

# **VAMMAISUUS JA HYVINVOINTI**

## **Ekososiaalinen lähestymistapa terveyden edistämiseen**

Jaana Finnilä

STOS620 Pro gradu tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Kokkolan yliopistokeskus Chydenius

Sosiaalityö

Tammikuu 2010

# TIIVISTELMÄ

Jyväskylän yliopisto Kokkolan yliopistokeskus Chydenius

Finnilä, Jaana: Vammaisuus ja hyvinvointi. Ekososiaalinen lähestymistapa terveyden edistämiseen.

Pro gradu-tutkielma, 123 sivua, 2 liitettä.

Sosiaalityö

Tammikuu 2010

---

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata vammaispalvelujen asiakaskuntaa. Tutkimuksessani halusin selvittää, miten vammaispalveluissa sosiaalityön keinoin voidaan edistää hyvinvointia ja terveyttä. Koska tutkimuksessani oli ekososiaalinen lähestymistapa terveyden edistämiseen, halusin tarkastella, mitä terveyden edistäminen eri tahoilta vielä vaatii aineistojen tulosten pohjalta.

Tutkimusaineistot muodostuivat asiakaskyselystä, johon vastasi 552 henkilöä sekä neljän kainuulaisen sosiaalityöntekijän/ luottamushenkilön teemahaastattelusta. Asiakaskysely postitettiin Kainuussa Vammaispalvelulain mukaista vaikeavammaisten kuljetuspalvelua saaville henkilöille. Asiakaskysely oli tutkimuksen kvantitatiivinen osuus, joka analysoitiin käyttämällä SPSS-ohjelmaa. Kainuulaisten sosiaalityöntekijöiden tai luottamushenkilöiden teemahaastattelun analysoin hermeneuttisella tutkimusotteella laadullisin menetelmin. Näiden kahden aineiston tulosten pohjalta laadin ekososiaalisesta näkökulmasta ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioinnin (IVA) vaikutusverkkoja. Tutkimus oli sekä aineistoltaan että metodiltaan triangulaatio. Tutkimuksella pyrittiin saamaan alueellista tietoa vammaisista henkilöistä erityisryhmänä sekä tuomaan tietoutta hyvinvoinnin ja terveyden suhteesta.

Asiakaskyselyn tutkimustulosten mukaan suurin osa vaikeavammaisten kuljetuspalvelua käyttävistä on ikääntyneitä. Vaikeinta sairaudesta ja vammasta johtuen ovat liikkumisen ongelmat ja yksinäisyys. Suurin osa kuljetuspalvelua käyttävistä eivät ole syntymästään saakka vammaisia. Uudelleen koulutusta on vammautumisen myötä ollut jonkin verran, mutta hyödynnettävä työkykyä on jäljellä pienellä osalla ja vain kaksi vastaajaa sovitaa työtä ja eläkettä yhteen. Koulutusaste ja opiskeluvuosien määrä ovat Kainuussa pienempiä kuin Terveys 2000-väestöaineistossa. Kuljetuspalvelumäärät ovat usein alle 18 matkaa kuukaudessa.

Haastattelujen tulosten mukaan vammaisten henkilöiden asemaa ja elinoloja tunnistettiin hyvin. Palvelujen ja ympäristön esteettömyyden vaikutus tiedostettiin. Haastattelussa kävi ilmi, että joillekin asiakkaille on vaikea löytää sopivia palveluja. Terveyden edistämisen eteenpäin viemistä ei koettu kuuluvan varsinaisesti omaan työhön.

Ennakoarvioinnissa luotiin vaikutusverkkoja, miten palvelujen puuttuminen voi vaikuttaa vammaisen henkilön ja hänen läheistensä hyvinvointiin sekä mitä on ekososiaalinen terveyden edistämisen tavoitteleminen. Tässä nousee esiin vammaispalvelujen sosiaalityön mahdollisuudet dialogiin ja miten kysymysten kautta valtaistaa asiakasta. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali-, terveys- ja kuntoutussektoreilla avartaa ymmärrystä asiakkaan arjessa selviytymisessä toimijana, kansalaisena.

**Avainsanat:** vammaisuus, hyvinvointi, osallisuus, empowerment, terveyden edistäminen

# SISÄLLYS

<b>1 JOHDANTO.....</b>	<b>6</b>
<b>2 EKOSOSIAALINEN LÄHESTYMISTAPA.....</b>	<b>8</b>
<b>3 VAMMAISUUS.....</b>	<b>12</b>
<b>4 HYVINVOINTI JA VALTAISTUMINEN.....</b>	<b>19</b>
4.1 Vamman vaikutus hyvinvointiin.....	19
4.2 Osallistumisen kautta valtaistuminen.....	22
4.3 Valtaistuminen vammaispalvelujen sosiaalityön keinoin .....	26
<b>5 TERVEYDEN EDISTÄMINEN.....</b>	<b>32</b>
5.1 Terveyden edistämisen määrittelyä.....	32
5.2 Terveyserojen kaventaminen.....	37
5.3 Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa.....	40
<b>6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....</b>	<b>46</b>
6.1 Tutkimuskohteena vammaisten elinolot ja asema Kainuussa.....	47
6.2 Asiakaskysely.....	48
6.3 Yhteistyötahojen teemahaastattelu.....	51
6.4 Ennakoarviointi.....	54
<b>7 NYKYTIEDON VALOSSA KOHTI TERVEYDEN EDISTÄMISTÄ.....</b>	<b>58</b>
7.1 Kuvaus vammaispalvelujen asiakaskunnasta.....	58
7.1.1 Perustiedot.....	58
7.1.2 Koulutus, opiskelu ja työ .....	61
7.1.3 Siviilisääty, asuminen ja tuki.....	64
7.1.4 Elintavat.....	65
7.1.5 Vammaispalvelut.....	70
7.1.6 Muut palvelut.....	71
7.1.7 Vaikeinta vammasta/sairaudesta johtuen...73	
7.1.8 Vammaispalveluista tietoa.....	73
7.1.9 Asiakastyytyväisyys sosiaalityöhön.....	75

7.2 Eri näkemyksiä vammaisten henkilöiden elinoloista.....	76
7.3 Terveysten edistäminen vaikutusverkon tunnistamisena....	89
<b>8 YHTEENVETO.....</b>	<b>93</b>
<b>9 POHDINTA.....</b>	<b>96</b>
<b>LÄHTEET.....</b>	<b>102</b>
Liite 1. Teemahaastattelurunko	
Liite 2. Kyselylomake	

## **KUVAT**

KUVA 1 Terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä tekijöitä.....	34
KUVA 2 Tutkimuksen eteneminen.....	46
KUVA 3 Vastaajamäärä Kainuun seuduilla ikäluokittain.....	57
KUVA 4 Ikäluokkien jakaantuminen.....	59
KUVA 5 Koulutusaste.....	61
KUVA 6 Avun määrä.....	64
KUVA 7 Alkoholin juonnin tiheys.....	67
KUVA 8 Liikunnan määrä.....	68
KUVA 9 Mielialue terveydentilasta.....	69
KUVA 10 Henkilökohtaisen avustajapalvelun tuntimäärät.....	71
KUVA 11 Henkilökohtaisen avun ja kuljetuspalvelun vaikutusverkko.....	89
KUVA 12 Terveyden edistämisen ekososiaalinen tavoitetila.....	90

## **TAULUKOT**

TAULUKKO 1 Vammautumisen ikäluokat.....	60
TAULUKKO 2 Vammautumisen vuoksi uusi ammatti ikäluokittain.....	62
TAULUKKO 3 Hyödynnettävä työkyky ikäluokittain.....	63
TAULUKKO 4 Tupakointi.....	65
TAULUKKO 5 Tupakoinnin kesto vuosina.....	65
TAULUKKO 6 Olutmäärä kuluneen seitsemän vuorokauden sisään.....	66
TAULUKKO 7 Väkevien määrä kuluneen seitsemän vuorokauden sisään.....	66
TAULUKKO 8 Kuljetuspalvelumäärät.....	70
TAULUKKO 9 Kotihoidon käyntimäärät ikäluokittain.....	72
TAULUKKO 10 Kotisairaanhoidon käyntimäärät ikäluokittain.....	72
TAULUKKO 11 Päätöksen saamisen kesto.....	74
TAULUKKO 12 Asiakastyytyväisyys.....	75

# 1 JOHDANTO

Pro gradu tutkielmani tarkastelee poikkileikkauskuvaa vammaispalvelujen asiakaskunnasta. Terveyden edistäminen sisältyy hallituksen politiikkaohjelmaan ja on sisällytetty myös vammaispoliittisessa selonteossa sen yhtenä tehtävänä. Lähestyn terveyden edistämistä ekososiaalisesta näkökulmasta.

Toimiessani hankevetäjänä ”Vammaispalvelujen saatavuuden ja erityisosaamisen parantaminen Kainuussa” –hankkeessa (Vasara-hanke v.2006 - 2008) kaikkien Kainuun maakunta-kuntayhtymän hankkeiden tuli katsoa omaa hankettaan terveyserojen näkökulmasta syksyllä 2007. Koska terveysero-tietoa vammaisista erityisryhmänä ei ollut, syntyi tarve saada tätä tietoa. Näistä lähtökohdista syntyi ajatus toteuttaa asiakaskysely. Etukäteen tiedostin, että tämän mittakaavan tutkimus vaatii aikaa ja paneutumista, jonka vuoksi esitin tästä itselleni aiheen pro gradu-tutkielmaksi. Tutkimuslupa tähän pro gradu tutkielmaan on myönnetty Kainuun maakunta-kuntayhtymän hallinnosta perhepalvelujohtajalta, jonka tulosalueeseen vammaispalvelut kuuluivat vuonna 2007.

Tutkimukseni on monivaiheinen, jonka lisäksi tutkimus on sekä metodiltaan että aineistoltaan triangulaatio. Tässä tutkimuksessa asiakaskyselyaineiston kautta tilastollisin menetelmin kuvaillaan vammaiset henkilöt erityisryhmänä Kainuussa. Sen jälkeen asiakaskyselyn tueksi haastateltiin teemahaastattelulla hermeneuttisella tutkimusotteella neljää vammaispalvelun sosiaalityöntekijää tai luottamushenkilöä, jotka ovat kukin omassa roolissaan tekemisissä vammaispalvelujen tai heidän asiakaskunnan kanssa. Tällä pyrittiin selvittämään ja ymmärtämään, millainen tuntemus haastateltavilla on vammaisten henkilöiden asemasta ja elinloista sekä miten hallitusohjelma terveyden edistämisestä on tiedossa ihan ruohonjuuritasolla asti.

Tutkimukseni kolmannessa vaiheessa on laadittu edellä kuvattujen aineistojen tulosten pohjalta ennakoarviointina ihmiseen kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA) ekososiaalisesta näkökulmasta. Ennakoarviointi on toteutettu vaikutusverkkona, jotta voidaan tunnistaa palvelujen ja ympäristön luomia vaikutuksia vammaisen henkilön elämässä. Ilman vaikutusten tunnistamista, ei voi suunnata toimenpiteitä haittojen

ehkäisemiseksi. Tässä näkyy tiedostaminen paikka eli mitä terveyden edistämien vaatii vielä eri tahoilta edistyäkseen.

Tutkielmallani haluan ensisijaisesti tuottaa tietoa erityisryhmän elinoloista. Tämän kautta avautuu myös sosiaalityön työkenttää vammaispalveluissa ja ne mahdollisuudet, joilla voidaan edistää hyvinvointia ja siten myös terveyttä. Tuotettu tieto voisi olla soveltuvien osin siirrettävissä valtakunnallisesti. Terveyden edistämiseen sisältyy sekä ehkäisevä työ että terveyserojen kaventaminen. Toisaalta ilman tietyn alueen erityisryhmän pohjakartoitusta ei voida arvioida, millaisia toimenpiteitä terveyden edistämiseksi kannattaa suunnata ja millaisia vaikutuksia näillä halutaan saavutettavan. Tutkielmallani haluan lisätä ihmisten ymmärrystä vammaisuuden aiheuttamiin haittoihin ja sitä kautta vaikuttaa asenteisiin. Tämä on tutkielman yhteiskunnallista tasoa, sillä arvot vaikuttavat siihen, miten politiikalla vaikutetaan lainsäädäntöön ja palveluihin.

Vammaisuutta eri näkökulmista ja vertailtuna valtaväestöön on tutkittu jonkin verran. Vammaispalveluista on ilmestynyt lisensiaattitutkimuksia viime vuosina. Kainuulaisten sosioekonomisista terveyseroista on ilmestynyt myös tietoa rekisterien valossa. Kandidaatin tutkielmassani olen perehtynyt erityisesti hyvinvointiin, vammaisuuteen, osallisuuteen ja valtaistumiseen. Näitä tietoja hyödynnän tässä tutkimuksessa. Asiakaskysely-aineiston pohjalta tehtyä kuvausta voidaan hyödyntää myöhemminkin, mikäli halutaan uusintakyselyn avulla seurata ja vertailla vammaisten henkilöiden asemaa ja elinoloja Kainuussa.

Aikaisempia tutkimuksia en tarkastele omana lukunaan vaan olen kirjoittanut ne tekstin sisään. Pro gradu-tutkielmani on aiheeltaan varsin laaja ja näin toimien saan aikaisemmat tutkimukset kohdistumaan aina siihen, mistä kulloinkin on kyse. Lähden liikkeelle ensin työtäni kantavasta ekososiaalisesta näkökulmasta, jonka jälkeen etenen vammaisuuden määrittelyyn. Tämän etenemisen valitsin, jotta lukija pääsee sisälle siihen kontekstiin, jossa vammaiset henkilöt elävät. Hyvinvointia tarkastelen vamman vaikutusten ja palvelujen merkityksen kautta. Tällöin tulee tarkasteluun osallistumisen vaikutus valtaistumiseen sekä miten valtaistumista voidaan edistää vammaispalvelujen sosiaalityön keinoin. Vasta tämän jälkeen tarkastelen terveyden edistämistä sen oman laatusuosituksen sekä kansallisen terveyserojen toimintaohjelman kautta. Teoreettisen viitekehyksen jälkeen omina lukunaan ovat tutkimuksen toteutus, tulokset, yhteenveto ja pohdinta.

## 2 EKOSOSIAALINEN LÄHESTYMISTAPA

Kati Närhi (2004) on väitöskirjassaan tutkinut ekososiaalista lähestymistä sosiaalityöhön. Lisäksi käytän Matthiesin ja Närhen (1998) toimittamaa kirjaa avaamaan ekososiaalisuuden käsitettä ja sen eri tasojen ulottuvuuksia, mutta ensin valotan historiaa, jotta tulee ymmärrys, mistä ekososiaalisuus on kehittynyt.

Ekologisuuden juuret nähdään 1800-luvun lopulle. Silloin yhdyskuntatyön kehittäjä, kaupunkisosiologi Jane Addams sovelsi ekologisuutta analysoidessaan kaupunkien resurssien jakautumista ja hahmotellessaan paikallista organisoitumista. Hänen tutkimukset tuottivat runsaasti käytännön tietoa slummien asukkaiden elämää kuormittavista ympäristöhaitoista eli kuinka sosiaaliset ongelmat ovat yhteydessä ympäristöongelmiin. Addamsin mukaan sosiaalisia ongelmia ei pitänyt vain kartoittaa ja analysoida vaan ongelmia piti myös ratkoa kyseisissä ympäristöissä käyttäen poliittisia keinoja. Näin yhteiskunnalliset liikkeet ja yhdyskuntatyö olivat tutkimuksen ohella tärkeitä työvälineitä sosiaalityössä. (Matthies 1993, 240 ; Matthies & Närhi 1998, 8.)

Sosiaalityön kentällä systeemiteoreettinen lähestymistapa 1970-luvulla ja ympäristöliikkeiden vaikutus 1980-luvulla voimistivat ekososiaalista keskustelua. Systeemiteoreettiset menetelmät pohjautuvat 1970-luvun sosiaalityöhön. Systeemiteoreettiset menetelmät muodostavat hyvin erilaisen teoriatyölin kuin perinteiset sosiaalityön käytännöt, joiden pyrkimyksenä on ollut yksilöllisyys ja psykologia. Systeemiteoreettinen lähestymistapa tarkastelee kokonaisuuksia, jolloin katsotaan, että kokonaisuus on aina enemmän kuin kokonaisuuden muodostavat pienemmät yksiköt. Systeemiteorian peruskäsitteissä esiintyy avoin systeemi, jossa energia virtaa sallivaan yhteisöön eli energiaa tulee ja sitä myös poistuu. Systeemiin voidaan vaikuttaa juuri tämän edellä kuvatun vaihtoehdon mukaan, koska palautteen avulla voidaan arvioida toimenpiteiden vaikutuksia. (Payne 1997, 133 - 138 ja 147 – 148 ; Matthies & Närhi 1998, 8.)

Politiikka nousee esiin tätä ilmiötä tutkittaessa, sillä ekososiaalisuus on kokonaisvaltaista, rakenteellista ja siinä pyritään vaikuttamaan ympäristötekijöihin. Tällä moniulotteisuudella yksilöön vaikuttavat riskit saadaan minimoitua ja ihminen eheytymään. Systeeminen



ajattelu näkyy ympäristön ja ihmisen verkostojen huomioimisena. Kaikki vaikuttaa kaikkeen ja siksi ihmisen kasvua pyritään tukemaan kokonaisvaltaisesti niin fyysisen kuin sosiaalisen ympäristön keinoin. Ekososiaalisuus on elinympäristön analyysiä, jossa moniulotteisen toiminnallisuuden kautta ihmistä pyritään eheyttämään. (Matthies & Närhi 1998, 8 – 10.)

Närhi nostaa esiin ekososiaalista näkökulmaa aluesosiaalityöntekijöillä, jotka arjessa työssään kohtaavat ongelmia, analysoivat tilanteita ja muodostavat alueestaan tietoa tämän pohjalta. Sosiaalityöntekijät toteuttavat ekososiaalista osaamistaan tuoden julki moniäänistä keskustelua elinympäristön ja hyvinvoinnin suhteesta sekä oman työn vaikutuksia tähän suhteeseen, mutta myös sitä, miten ihmisiä voidaan eheyttää ja valtaistaa omassa ympäristössään. Toisaalta tämä asettaa myös haasteita asiantuntijuudelle, koska asiantuntijuuden murrosta nähdään nyt laajasti esiintyvän yhteiskunnassa. (Närhi 2004, 84 – 88 ja 3/59 - 67.)

Ekososiaalisuutta pohdittiin muuallakin maailmassa. Saksassa samankaltainen ekososiaalinen keskustelu ilmeni termeillä ekososiaalinen politiikka ja Amerikassa keskustelu liittyi ympäristökysymysten vaikutuksista sosiaaliseen hyvinvointiin ja sosiaalityöhön. (Matthies & Närhi 1998, 9.)

Puch (1998) on tutkinut sosiaalityössä eri toiminnan tasoja ja nimennyt mallit kolmeen eri tasoon. Elämismaailma-malli on kokonaisvaltaista yksilötyötä, jossa tarkastellaan syy-seuraussuhteen ja sosiaalityön interventioita ihmisen ja ympäristön väliseen suhteeseen. Toinen taso on verkostointerventiot, jossa professionaalinen sosiaalityöntekijä korvaa, yhdistää, tukee, muuttaa tai kytkee uudelleen erilaisia sosiaalisia verkostoja. Kolmas taso on paikallisten elämisyhteyksien aktivoimista. Siinä on kysymys puuttumisesta rakenteellisiin sosiaalieekologisiin tekijöihin, samoin kuin kommunikatiivisiin aktiviteetteihin ja infrastruktuurin tarjoamiseen ruohonjuuritasolla. (Matthies 1993, 233-234.)

Ekososiaalisuuden koen sisältävän ajatuksen sosiaalisesti kestäväenä kehityksenä, ja tässä yhteydessä se sisältää valtaistumisen käsitteen niin metodina kuin tavoitteena. Yksilön täytyy olla itse osallisena tavoitteisiin nähden ja valtaistua, sillä muutosta ei voi vain muualta viedä eteenpäin, mikäli halutaan tavoitella kestävää olomuotoa. Sosiaalityön

näkökulma tulee ekososiaalisuuden kautta vahvemmaksi kuin käsittelemällä terveyttä pelkästään systeemiteorian ja ekologisuuden käsitteiden kautta.

Moniulotteisella rakenteisiin, verkostoihin ja ympäristötekijöihin vaikuttavalla työllä päästään kiinni kokonaisvaltaiseen ekososiaalisuuteen. Tarvitaan laajuutta ja syvyyttä, jotta lähestymistapa voi kattaa sosiaalityön osuuden terveyden edistämässä ja edistämiseksi. Tämän vuoksi koin ekososiaalisen lähestymisen tukevan ja vahvistavan tutkimusotettani pro gradu-tutkielmassani. Seuraavaksi kerron erilaisista esimerkeistä, miten ekososiaalisuus näkyy yhteiskunnassa.

Jukkala (1998, 97 - 98) on todennut ekososiaalisuuden tarpeen nuoriso- ja sosiaalityön välimaastossa. Ekososiaalisuutta voidaan toteuttaa ryhmätoiminnan kautta. Ongelma ei aina ole mahdollisuuksien puuttumisessa esimerkiksi alueen harrastusmahdollisuuksissa vaan ongelma ilmenee nuoren sosiaalisella puolella. Itsenäisesti ja myönteisesti ajatteleva nuori pystyy vastuulliseen luontosuhteeseen, mutta ympäristökasvatusta ei kannata kylvää maaperään, missä se ei kasva. Nuoret tarvitsevat eväitä, kuinka toimia ja oppia toimimaan, jotta päästään kestäväan tulokseen. Mikäli vanhemmat eivät pysty tarjoamaan nuorille hyvää sosiaalista ympäristöä, se haetaan muusta viiteryhmästä kuten kaveripiiristä. Tähän tulisi voida vaikuttaa, ennen kuin yhteiskunnalle tulee kallis lasku.

Leinonen tarkastelee ekososiaalisuutta sosiaalisen turvallisuuden tarpeen ja tavoitteen kautta. Voimakas turvattomuuden tunne synnyttää vetäytymistä, ihminen eristäytyy muusta ympäristöstä. Toinen vaihtoehto ihmisellä on puolustuskeinojen käyttö ehkäistäkseen turvattomuuttaan. Rakenteellisilla tekijöillä on merkitystä turvattomuutta lisäävänä tai vähentävänä muuttujina. Rakenteellisilla tekijöillä voidaan tukea alueen asukkaita keskinäiseen vuorovaikutukseen esimerkiksi luovuttamalla julkisia tiloja kuntalaisten käyttöön. Turvallisuus on ennustettavuutta, mikä näkyy arkielämän jatkuvuutena, jolloin elämä on hallinnassa. Vaikka elämään kuuluu riskejä, pyritään ennustamaan näitä riskejä ja siten saamaan elämästä ymmärrettävämpi. Koettu pelko ja ahdistus muuttaa ihmisen käyttäytymistä. Siksi näitä tilanteita pyritään ehkäisemään esimerkiksi tietön valaistuksessa asumisympäristössä, jotta asukkailla olisi vapaus tehdä valintoja, missä liikkuu ilman suuria riskejä. Sosiaalinen turvallisuus rakentuu niissä vuorovaikutussuhteissa, joissa elämme päivittäin. (Leinonen 1998, 100 – 112.)

Kaikkien ihmisten kohdalla on tärkeää saada vahva pohja itsetunnolle ja myönteinen suhtautuminen tulevaisuuteen ja omiin mahdollisuuksiin. Tällä tavoin ihmisen omat voimavarat saadaan käyttöön kohti mahdollisimman itsenäisestä elämästä ja palvelujen keinoin ympäristö tukemaan tätä yksilön valtaistumista. Sosiaalityön keinoin voidaan saada eri verkostoja kytkettyä kuten vertaisryhmät, jolloin päästään sosiaalisesti kestävämmälle tasolle. Tällä elinympäristön tuntemuksella on merkityksestä sosiaalityössä, koska siten voidaan vaikuttaa pysyvästi asioihin. (Hietaharju 1998, 137.)

Hiekka (1998, 181 ja 189) nostaa yhdeksi projektityön ekososiaaliseksi teemaksi alueen elinolojen kehittämisen. Sosiaalityön projekteissa voisi enemmän näkyä ekososiaalisuus. Käytännön ongelmia ilmenee kuitenkin yhä asenteissa ja projektien toiminnan rahoituksessa.

Kumpulainen-Väistö (1998) nostaa esille taloudellisesti kestävä alueen piirteinä järkipäriset rakenteet ja toiminnot. Sosiaalityöntekijän vaikuttamisen mahdollisuudet kohti kestävä kehitystä ovat olemassa. Asuinalueella tulisi suosia joukko- ja kevytliikennettä. Rakennukset lähiympäristöineen tulisi pitää kunnossa esimerkiksi päällystämällä tiestöä terveydellisistä syistä. Näillä toimenpiteillä luodaan siisti yleisilme sekä autetaan asukkaita huolehtimaan ympäristön puhtaudesta, siisteydestä, osallistumisen mahdollisuuksista ja viihtyvyydestä. Sosiaalityöntekijän rooli on toimia alueen tiedon välittäjänä omaan hallintokuntaan, aloitteentekijänä, tukijana toimijoille sekä saattaa toimijoita yhteen. Sosiaalityön moniulotteisuus ulottuu korjaavasta työstä ennaltaehkäisevään työhön. (Kumpulainen-Väistö 1998, 126 - 129.)

### 3 VAMMAISUUS

Vammaisuutta on tutkinut Ilkka Haarni (2006) hyvinvoinnin ja elinolojen tutkimustiedon näkökulmasta. Hänen katsaus on yhteenveto Suomessa viime aikoina tehdyistä vammaisuuteen ja vammaisiin henkilöihin liittyvistä tutkimuksista ja selvityksistä. Katsaus on laadittu myös tausta-aineistoksi Suomen ensimmäiseen vammaispoliittiseen selontekoon.

Marjo-Riitta Reinikaisen (2007) väitöskirjaa käytän tuomaan esimerkkejä syrjivistä ja sukupuolittuneista asenteista yhteiskunnassa. Marja-Liisa Heiskasen (2008) liseniaattityötä käytän rakentaakseni vammaisuuden mallit nykyaikaisiksi ja nostaakseni eri teemoja esiin vammaisuudesta ja vammaispalvelujen sosiaalityöstä. Tiina Airaksinen (2006) on pro gradu-tutkielmassaan käsitellyt liikkumisesteisten ihmisten asemaa. Samat teokset esiintyvät myös luvussa neljä, sillä vammaisuus ilmenee hyvinvoinnin ja osallisuuden kokemuksissa vahvasti.

Vammaisuutta on esiintynyt kaikkina aikoina eri yhteiskunnissa. Vammaisten määrä sen sijaan vaihtelee määrittelytapojen sekä yhteiskunnallisen tilanteen mukaan. Eri tavalla vammaisia ihmisiä arvioidaan olevan jopa noin 10 % väestöstä (Malm, Matero, Repo & Talvela 2004, 9.) Ikolan (2003, 23) mukaan suuri kysymys toimintakyvyn alenemisessa on ero vaikeavammaisten ja vanhusten välillä. Vuonna 2001 vammaispalveluja käytti noin 90 000 henkilöä, joka vastaa noin 1,7 prosenttia väestöstä. Vammaispalveluja käyttävistä lähes kaksi kolmasosaa oli 65 -vuotta täyttäneitä. (Sjöblom 2007, 45.) Kuljetuspalvelut ovat määrällisesti ylivoimaisesti suurin kuntien ehdottoman järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluvista vammaispalveluista (Malm ym. 2004, 372).

Vammaisuuden lääketieteellinen malli sisältää lähinnä hoitoon ja kuntoutukseen liittyvät asiat (Heiskanen 2008, 9). Mitä lähempänä lääketieteellistä menetelmää määritelmä on, sitä pienempi osuus on vammaisiksi luokiteltujen osuus väestöstä. Mitä lähemmäs sosiaalista mallia tullaan, sitä suurempi osuus väestöstä on vammaisia. (Haarni 2006, 14 - 15.)

Vammaisuuden sosiaalisen mallin synty yhdistetään usein Michael Oliveriin, sillä hän vuonna 1981 esitteli varovaisesti tätä mallia uutena keskusteluna vammaisuudesta. Yksilöiden fyysisten rajoitusten sijaan pitäisi keskustella siitä, miten fyysinen ja sosiaalinen ympäristö rajoittavat tiettyjä ryhmiä. Vammaisuuden yksilöllinen malli siihen sisältyvine tragediamalleineen ja sosiaalinen malli nähdään usein toistensa vastakohtina. Gustafssonin (1981) mukaan, vaikka yhteiskunta olisi suunniteltu siten, että pyörätuolilla liikkuminen ei tuottaisi vaikeuksia, ei se ehkäise mahdollista kriisiä, joka johtuu vammautumisen yhteydessä tapahtuvasta itsenäisen toimintakyvyn menettämisestä. Yksilöllinen tragediamalli ja sosiaalinen malli voivat esiintyä toistensa sisällä. Oliver (1981, 26) väittää, että ”tietääkseni ei ole olemassa tutkimuksia, joiden alkuoletuksena olisi se, että vammaisuus ei ole ongelma”. (Heiskanen 2008, 39 - 41.)

Sosiaalisen mallin suurempi osuus muodostuu siitä, että vammaisten terveyteen liittyvät seikat rajoittavat näiden henkilöiden osallistumista ja osallisuutta yhteisön toiminnassa. Vammaisuus merkitsee eri asioita eri elämänvaiheissa ja elämäntilanteissa. Kokemukset kattuvat elämänkulun myötä ja aiemmat elämänvaiheet vaikuttavat myöhemminkin. Vammaisen henkilön kohtaamat esteet ja ongelmat heijastuvat myös hänen läheisiinsä ja heidän elämäänsä epäsuorasti. (Haarni 2006, 14 - 15.)

Vammaisuuden sosiaalinen malli on saanut kritiikkiä Asko Suikkaselta (1999, 98), koska siinä ei oteta huomioon yhteiskunnan muutoksen vaikutusta. Esimerkiksi politiikka vaikuttaa hyvin olennaisesti vammaisuuteen eli vammaisen henkilön ja ympäristön väliseen suhteeseen. Lakien kautta palveluilla voidaan vaikuttaa vammaisen henkilön ja ympäristön väliseen suhteeseen ja siten vammaisuuden kokemiseen. (Heiskanen 2008, 41.)

Airaksinen (2006) käytti tutkimusaineistonaan Terveys 2000-väestöaineistoa ja toteaa tutkimuksen osoittaneen, että liikkumisesteisten naisten ja miesten hyvinvointi ja asema ovat heikompia kuin vastaavan ikäisillä muilla ihmisillä. Tämä näkyi koulutuksessa, työllisyydessä ja toimeentulossa. Koulutus- ja työmahdollisuuksista syrjäyttäminen voi merkitä elämistä koko loppuiän pelkän minimi toimeentulon varassa. (Airaksinen 2006, 81 ja 83.)

Koettu terveys oli yksi kohta Airaksisen aineistossa. Vastausvaihtoehdot olivat hyvä, melko hyvä, keskitasoinen, melko huono ja huono. Koettu terveydentila oli sitä heikompi,

mikä iäkkäämpi vastaaja oli. Liikkumisesteiset ihmiset kokivat terveydentilansa heikommaksi kuin muu väestö Airaksisen mukaan. (Airaksinen 2006, 47.)

Liikkumiskyvyn ollessa tarkastelukohteena liikkumisesteisillä, naisten osuus oli suurempi kuin miesten. Liikkumisen rajoitteet ilmaantuvat yleisesti ikääntymisen, sairauden tai tapaturmien myötä elämän kuluessa. Eero Lahelman (1998) mukaan sairauksien merkitys korostuu iän lisääntyessä. (Airaksinen 2006, 47.)

Keskimääräinen kouluvuosien määrä oli Terveys 2000-aineiston mukaan 11,1 vuotta. Liikkumisesteisten, vanhempiin ikäryhmiin painottuvan ihmisten kouluvuosien keskiarvo oli 7,9 vuotta. Ikäjakauman painottuminen iäkkäisiin ei anna riittävää kuvaa, koska ikäihmisillä on yleensäkin matalampi koulutustaso kuin nuoremmilla. Liikkumisesteisillä naisilla oli muuhun väestöön verrattuna noin vuosi vähemmän koulutusta, kun taas liikkumisesteisillä miehillä ero oli yhdestä neljään vuotta vähemmän kuin muulla väestöllä. (Airaksinen 2006, 53 – 54.)

Suurin ero näkyi 30 – 44 -vuotiailla naisilla, sillä kaikkien naisten osalta ylioppilas oli joka toinen, kun taas liikkumisesteisistä joka kymmenes. Vastaavasti miehistä ylioppilas oli lähes joka kolmas, kun liikkumisesteisillä joka kymmenes. Ilman ammatillista koulutusta olivat liikkumisesteiset jääneet muuta väestöä useammin, sillä 30 – 44 - vuotiaiden ikäluokassa ilman ammatillista koulutusta oli 10 prosenttia, mutta liikkumisesteisillä naisista 25 prosenttia ja miehistä 35 prosenttia. Vaikka liikkumisesteisten ihmisten koulutustaso on noussut erityisesti nuoremmissa ikäryhmissä, on se kuitenkin huomattavasti alempana kuin väestön koulutustaso. (Airaksinen 2006, 54 – 57.)

Pellervon taloudellisessa tutkimuskeskuksessa on tutkittu vuonna 2007 vammaisten henkilöiden työkykyä ja työhalukkuutta ja vertailtu näitä tietoja työttömiin. Tulosten mukaan eläkkeellä olevista enintään 44-vuotiaista vammaisista henkilöistä 39 prosenttia olisi halukas työelämään, mutta yli 45-vuotiaista enää 9 prosenttia. Pellervon tutkimukseen vastaajista kolmannes pyrki työelämään ja viidennes kävi töissä. Ei- eläkkeellä olevista lähes 60 prosenttia oli halukas työskentelemään. Työkyky oli hyvä tai erinomainen kolmanneksella vammaisista henkilöistä. (Holm & Hopponen 2007, 1-2 ja 17 - 18.)

Työhön osallistumisen aste 30 – 64-vuotiailla naisilla ja miehillä oli noin 65 prosenttia, kun liikkumisesteisillä naisilla osallistumisen aste oli 36 prosenttia ja miehillä 32 prosenttia. Osa-aikatyön kohdalla naiset tekivät osa-aikatyötä enemmän, lähes joka kymmenes, mutta liikkumisesteisistä naisista noin viisi prosenttia ja miehistä noin kolme prosenttia. (Airaksinen 2006, 61.)

Myös Airaksinen nostaa yhteiskuntapoliittiset keinot esiin syrjinnän ehkäisemiseksi. Terveystila ja toimintakyky voidaan huomioida luomalla yhteiskunnallisia edellytyksiä yhdenvertaiseen osallistumiseen. Näitä tukevat koulutus- ja työllistymismahdollisuudet, jotka turvataan riittäväillä kuljetus-, avustaja- ja tukipalveluilla. Talous- ja tulopoliittiset keinot verotuksineen ja sosiaaliturvineen yhdistettynä työ- ja koulutuspolitiikkaan luovat yhteistyön avulla näitä mahdollisuuksia liikkumisesteisille. Kategorisiksi ja toisensa poissulkeviksi suunnitellut rakenteet eivät ota huomioon vammaisuuden ja toimintaedellytysten moniulotteisuutta, vaan tarvitaan rakenteellista joustavuutta. (Airaksinen 2006, 83 – 84.)

Nykyisin vammaisuutta määritellään toimintaympäristön rajoitusten kautta. Mitä toimintakyvyn rajoituksia vamma aiheuttaa henkilön elinympäristössään, on riippuvainen vallitsevasta yhteiskunnasta, koska sosiaalisen haitan vaikutus on osaltaan riippuvainen vammaiselle henkilölle myönnettyistä palveluista. Vammaisen on henkilö, jolla on pitkäaikaisia tai pysyviä toimintarajoitteita ja vaikeuksia suoriutua omassa elinympäristössään normaalin elämän toiminnoista. (Malm ym. 2004, 9.)

Toimintakyky koostuu Maailman terveysjärjestön WHO:n luokituksen ICF:n (International Classification on Functioning, Disability and Health) mukaan kolmesta alueesta. Näitä ovat 1) ihmisen keho, sen rakenne ja fysiologiset toiminnot 2) mielekäs tekeminen (yksilötaso) ja osallistuminen (yhteisötaso) 3) yhteiskunta, kulttuuri, tekniikka ja elinympäristö, jotka vaikuttavat ihmisen itsenäiseen selviytymiseen tai avun tarpeeseen. (Malm ym. 2004, 10 - 11.)

ICF- mallissa otetaan huomioon yksilö ja hänen ympäristönsä. Yksilötekijöitä ovat elämäntilanne ja tausta, ikä, sukupuoli, koulutus, sosiaalinen tausta, elämäkokemukset, luonne ja psyykkiset voimavarat. Ympäristötekijöitä ovat fyysinen elinympäristö, palvelujärjestelmä, sosiaalinen ympäristö ja asennemaailma. Toimintamahdollisuuksia

arvioitaessa käytetään apuna henkilön suorituskykyä ja kapasiteettia. (Malm ym. 2004, 10 - 11.)

Lain vammaisuuden perusteella myönnettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987 voidaan katsoa pohjautuvan vammaisuuden sosiaaliseen malliin. Jatkossa käytän tästä laista nimitystä Vammaispalvelulaki. Rautavaaran (2002, 142) mukaan perusarvot ja lähtökohdat vammaispolitiikassa ovat edelleen tasa-arvo, yhdenvertaisuus ja täysivaltaistuminen. (Vuokniemi 2006, 13). Laissa kunnalle on annettu laajempi rooli kuin pelkästään vammaisten henkilöiden palvelujen turvaaminen. Laissa mainitaan myös elinolojen ja kunnan yleisten palvelujen kehittäminen epäkohtien ehkäisemiseksi ja haittojen poistamiseksi. Laissa korostetaan kunnan vastuuta palvelujen ja tukitoimien järjestämisessä kunnassa esiintyvän tarpeen perusteella sekä yhteistyöstä vammaisten henkilöiden olosuhteiden parantamiseksi. (Heiskanen 2008, 44 - 45.)

Kolmas tapa määritellä vammaisuutta tapahtuu Heiskanen (2007) mukaan poliittisen mallin kautta. Katsui (2005) on väitöskirjassaan esitellyt sosiaalisen mallin jatkumona poliittisen mallin. Jo sosiaalisessa mallissa näkyy ihmisoikeusnäkökulma, mutta poliittisessa mallissa tämä on pidemmällä. Vammaisen henkilö nähdään siinä aktiivisena toimijana, kansalaisena. He eivät ole palvelujen kohteita objekteja vaan toimijoina subjekteja. Vammaisuus nähdään oikeuksien puuttumisena. Yksilökohtaiset ongelmat johtuvat ympäröivästä rakenteesta ja tämän vuoksi rakenteita tulee muuttaa eikä ratkaista tilanteita pelkästään yksilöllisesti. Tähän strategiaan tarvitaan valtaistumista niin yksilöiden tietoisuutta lisäämällä kuin kollektiivisen toiminnankin kautta. Lain ja politiikan tulisi muuttua vammaisten henkilöiden tarpeiden mukaisesti, jolloin saadaan tilapäisen muutoksen sijasta kestävä, elämän laatuun vaikuttavaa muutosta. (Heiskanen 2008, 45 – 46.)

Vammaispalvelulain muutos astui voimaan 1.9.2009 ja siinä henkilökohtaisen avun palvelulla on hyvin suuri merkitys vaikeavammaisten henkilöiden osallistumiseen ja sitä kautta itse vammaisuuden kokemukseen. Poliittinen malli toimii yhteiskunnan arvojen ilmentymänä. Puhutaan perus- ja ihmisoikeuksista, jotka tulisi mahdollistaa vammaispalvelulain kautta.



Mielestäni vammaispalvelulakia ei tulisi nähdä erillislakina, jolla annetaan erityiskohtelua vammaiselle henkilölle. Laki tulisi nähdä vammaisten henkilöiden lain turvaamana mahdollisuutena, jotta he voivat käyttää itsemääräämisoikeuttaan ja elää yhdenvertaisena kansalaisena. Tosiasia kuitenkin on se, että todellista yhdenvertaisuutta ei täysin ole, vaikka vammaispalvelulaki on olemassa. On rakennuksia, asenteita, välitöntä ja välillistä syrjintää, mutta yhteiskunnan muutos näyttäytyy tässä menevän hyvään suuntaan esimerkiksi Design for All suuntauksineen käyttäjäystävällisemmäksi meille kaikille.

Design for All on suunnitteluun liittyviä keinoja ja strategioita, joilla edistetään ympäristöjen ja tuotteiden käytettävyyttä ja saavutettavuutta toisin sanoen esteettömyyttä. Käsite on vakiintunut Euroopassa kymmenen vuoden aikana, mutta varsinaista suomenkielistä käännettä ei ole käytössä. Käsite kattaa kestävän kehityksen tukemisen, jossa erityinen painopiste on sosiaalisesti kestävässä kehityksessä, sillä tavoitteena on luoda kaikille sopivaa yhteiskuntaa käyttäjänäkökulmasta. (<http://dfasuomi.stakes.fi/FI/DFA+tieto/index.htm>) Design for All edustaa mielestäni ekososiaalista näkökulmaa ympäristöön.

Vammaisuus on yksilön rajoitusten ja ympäristön suhteesta muodostuva tila. Vammaisuus tai sairaus voi aiheuttaa ongelmia ja sosiaalista haittaa sosiaalisiin suhteisiin, tiedonsaantiin, opiskeluun, vapaa-ajan toimintaan, asumiseen ja liikkumiseen. (Papunen 2001, 65.)

Asenteilla on merkitys vammaisuuden kokemisessa, hyvinvoinnissa, osallistumisen mahdollisuuksissa ja valtaistumisessa. Reinikaisen (2007, 19 - 20) mukaan vammaisuus koetaan yksilön ongelmana, joka johtuu hänen poikkeavasta ruumiistaan, mutta vammaisten miesten kohdalla ympäristön ja yhteiskunnan merkitys saa eri painoarvon kuin vammaisten naisten kohdalla.

Vammaiset naiset joutuvat kamppailemaan vammaisen ruumiinsa kanssa, mutta vammaisille miehille annetaan mahdollisuus suunnata energiaa työhön, parisuhteeseen ja isyyteen. Miehet vapautuvat ns. terveen ruumiin vaatimuksesta toisin kuin naiset. Miehisuus suojaa vammaisuuden toiseuttavaa vaikutusta vastaan, mutta naiseus korostaa ja vahvistaa tätä. Reinikainen pohtiikin, kohdellaanko vammaisia miehiä ja naisia eri lailla sosiaali- ja kuntoutuspalveluissa. (Reinikainen 2007, 19 – 20.)

Vammaista miestä kuvataan sen mukaan, mitä tai kuka hän on, mitä hänellä on ja mitä hän tekee. Vammaista naista kuvataan menetysten ja puutteiden kautta eli mitä hän ei enää tee tai ole. Näiden pohjalta herääkin kysymys, vammaisuuden ja sukupuolten välisestä suhteesta ja keskinäisestä vuorovaikutuksesta. Mitä pidämme vammaiselle naiselle ja miehelle sopivana asemana ja roolina yhteiskunnassamme, ja mihin heitä tämän perusteella ohjataan ja tuetaan? (Reinikainen 2007, 21.)

Reinikaisen (2007) mukaan on tärkeää kehittää kriittistä tietoisuutta tavanomaista vammaisdiskurssia ja sen haitallisia muotoja kohtaan kuten edellä olevassa kappaleessa saimme lukea. Sukupuolella on vaikutusta, mikä näkyi ongelmanratkaisussa. Etsitäänkö ratkaisuja vammaisten sukupuolen mukaan joko vammaisen sisä- tai ulkopuolelta tämän käsityksen mukaan, mikäli vammainen henkilö esimerkiksi pyrkii saamaan valtaväestöön nähden yhdenvertaisia mahdollisuuksia? Erityisen tärkeää tämä tietoisuus on niiden ammattiryhmien keskuudessa, jotka työskentelevät vammaisten henkilöiden kanssa ja heidän hyväkseen. (Reinikainen 2007, 22.)

Reinikaisen (2007, 28 - 31) väitöskirjassa lisäksi paneudutaan yksilömalliin vammasta ja yhteiskunnalliseen malliin vammaisuudesta, mikä aiheen kokonaisvaltaisuudesta johtuen sisältyy tässä ekososiaaliseen lähestymiseen terveyden edistämisessä. Puhutaanko siis yksilöstä, jolla on vamma vai vammaisuudesta, jonka on yksilön ja ympäristön suhteesta johtuva tila, epäsuhta toiminnan mahdollisuuksissa kyseessä olevissa olosuhteissa?

Yhteiskunnan sosiaalista kehittyneisyyttä voidaan Haarnin (2006) mukaan arvioida sen perusteella, miten yhteiskunta kohtelee hauraimmassa asemassa olevia tai heikompia jäseniään. Suomessa esiintyy käsitys, että vammaisten henkilöiden asema maassamme on kohtuullisen hyvä, kun verrataan tilannetta esimerkiksi köyhimmissä maissa oleviin ongelmiin. Kuitenkin syrjintää ja ihmisoikeusongelmia esiintyy Suomessakin. Arjessa vammaiset henkilöt joutuvat kohtaamaan syrjintää, joko suoraan tai epäsuorasti. Nämä näkyvät asenteissa, suhtautumistavoissa, toimintatavoissa ja päätöksenteossa. (Haarni 2006, 10.)

## 4 HYVINVOINTI JA VALTAISTUMINEN

Valtaistumisen osalta pro gradu työni paneutuu erityisesti Stina Sjöblomin (2007) ruotsinkieliseen lisensiaattityöhön, joka käsittelee sosiaalityön potentiaalia ja rajoja vammaispalveluissa sekä Helena Vuokniemen (2006) pro gradu-tutkielmaan, jossa käsitellään voimaantumista vammaishuollon sosiaalityön tukena. Hyvinvoinnissa tukeudun edellisessä luvussa olleisiin teoksiin, sillä vammaisuudella on oma piirteensä hyvinvoinnin ja valtaistumisen kokemuksissa.

### 4.1 Vamman vaikutus hyvinvointiin

Suomessa käytetty näkemys hyvinvoinnista pohjautuu sosiologi Erik Allardtin (1976) jaotteluun, jossa hän esittää hyvinvoinnin koostuvan kolmesta osasta: elintasosta (having), yhteisyyssuhteista (loving) ja itsensä toteuttamisesta tai ihmisenä olemisesta (being). Elintaso koostuu tuloista ja varallisuudesta, koulutuksesta, terveydestä, työllisyydestä ja asumistasosta. Yhteisyyssuhteisiin (sosiaaliset suhteet) luetaan ystävien tai läheisten ihmisten olemassaolo ja työyhteisöön tai harrastusryhmään kuuluminen. Itsensä toteuttamisella tarkoitetaan ihmisen mahdollisuuksia tehdä mielekkäitä ja tärkeitä asioita ja saada arvostusta ja vastakaikua toiminnalleen. Ihmisenä oleminen on myös identiteetin muodostumista näkemyksinä omista kyvyistään, tietoisuus taustastaan ja kuulumisena tiettyihin sosiaalisiin ryhmiin jne. Vähemmistöryhmien jäsenille on tärkeää tasa-arvoinen kohtelu valtaväestön enemmistöön nähden. Jokaista näitä kolmea osaa voidaan tutkia ulkoapäin objektiivisesti tai ihmisen omien subjektiivisten kokemusten pohjalta. (Allardt 1976, 35 – 49.)

Vammaisten henkilöiden hyvinvointi muodostuu samoista tekijöistä kuin muillakin ihmisillä, mutta vamma aiheuttaa toiminnallisen erilaisuuden, joka usein merkitsee epäedullista asemaa tai lähtökohtaa hyvinvoinnin eri tekijöihin. Materiaaliset olosuhteet, ihmissuhteet ja mielekäs toiminta muodostavat hyvinvoinnin kolmijalan, jota saatetaan mitata tuloilla, ammatilla ja koulutuksella, työssäkäynnillä, perheasemalla ja ennen kaikkea osallistumisella. Vammaisen henkilön hyvinvointia tarkasteltaessa on syytä pohtia myös vamman aiheuttamia erityisolosuhteita hyvinvoinnin osatekijöiden kuten elämänlaadun kannalta. Tällöin esiin nousevat syrjintä, syrjäytyminen, mahdollisuuksien eriarvoisuus,

osallistuminen, osallisuuden rajoitukset, turvallisuus ja itsemäärääminen. Palvelut ovat sekä välttämättömyys että mahdollistaja. Niitä tarvitaan, jotta vammaiset henkilöt voivat elää yhdenvertaista, mielekästä elämää ja osallistua. (Haarni 2006, 10 ja 37.)

Hyvinvoinnissa merkittävä elementti Urposen (1989) mukaan on vammaisen henkilön subjektiivinen kokemus arjessa selviytymisessä. Liikkumista ja sosiaalista vuorovaikutusta rajoittavat vammat heikentävät selviytymistä, samoin kuin vamman näkyvyys. (Haarni 2006, 19 - 22.)

Suhtautuminen ja asenteet näkyvät nykyaikana, vaikka Suomen perustuslaki turvaa vammaisten henkilöiden yhdenvertaisuuden. Hurnastin (2005) tekemässä kyselyssä terveydenhuollon kuntoutuksen ammattilaisille suuri enemmistö vastaajista katsoi, että asiakkaiden päivittäisiä toimintoja ovat ensisijaisesti peseytyminen, ruuanlaitto, ostoksilla käynti ja siivoaminen. Elokuviissa käynti, käsityöt ja sähköposti eivät näiden ammattilaisten mielestä kuuluneet päivittäisiin toimintoihin. Asenteet näkyvät ja heijastuvat vammaisen henkilön arkeen sitä kautta, että heidän koetaan tarvitsevan vain niitä toimintoja, jotka liittyvät arjen rutiineihin kotona. (Haarni 2006, 31.)

Ympäristö antaa jatkuvan muistutuksen siitä, että osa ihmisistä on vammaisia; muun muassa lait ja normit sitovat etujen hakemisissa perusteisiin, asenteellisuuteen ja rajoituksiin. Nämä tekijät yhdessä luovat vammaiselle tunnekokemuksen siitä, että etuja hakeva henkilö on vammaisen. Vammaisuuden voi kuitenkin unohtaa hetkeksi esimerkiksi ystävien seurassa, sillä he saattavat pyytää vammaista henkilöä tekemään jotain sellaista, mihin tämä ei pysty. Ystävät saattavat tuossa tilanteessa täysin unohtaa henkilön vamman ja rajoitukset. Osa vammaisista henkilöistä puolestaan kokee, että se, miten itse suhtautuu itseensä, vaikuttaa siihen, miten ympäristö suhtautuu vammaiseen. Kokemus voi olla myös päinvastainen. Se, miten ympäristö suhtautuu vammaiseen henkilöön, vaikuttaa vammaisen henkilön omaan käsitykseen itsestään. (Bradley-Ikonen 2005, 83.)

Vammaispalvelujen sosiaalityön näkökulmasta on tärkeää muistaa, että hyvinvointi käsitteenä on laaja ja pitää sisällään monenlaisia asioita. Vaikka vammaisen henkilö asuisi hienossa palvelutalossa, jossa hänen fysiologisista tarpeistaan ja turvallisuudestaan huolehditaan, hänen hyvinvoinnissaan saattaa olla vakavia puutteita esimerkiksi ihmissuhteiden yksipuolisuudesta ja mielekkään tekemisen puutteesta johtuen. Vaikka

vammaispolitiikan tavoitteena on kaikille yhteinen yhteiskunta oikeuksineen ja velvolluuksineen, sen toteutumiseen on vielä matkaa. (Malm ym. 2004, 28 - 29.)

Kielellisten vähemmistöjen osalta palvelut tulisi järjestää heidän omalla äidinkielellään, jotta voidaan edistää esimerkiksi viittomakielisten sosiaalista vuorovaikutusta. Kommunikaatio on keskeisessä roolissa, kun puhutaan osallistumisen ja päivittäisten toimintojen mahdollistamisesta. Tulkkauksen näkyminen tässä yhteydessä perusoikeuden asemassa, välttämättömyytenä, mutta yhtenä vaihtoehtona on tuottaa palveluja esimerkiksi viittomakielellä. Tulkkipalvelujen saatavuus vaihtelee kuitenkin tälläkin hetkellä maassamme ajallisesti ja alueellisesti. (Haarni 2006, 27 ja 32.) Etätulkkauksen laajeneminen kuvapuhelinten ja internetpohjaisen etätulkkauksen alustan myötä sekä tulkkipalvelujen siirto vuonna 2009 Kansaneläkelaitokselle parantavat mielestäni jatkossa tulkkipalvelujen saatavuutta ja kansalaisten yhdenvertaisuutta.

Palvelulla pitäisi olla kahdensuuntainen merkitys palvelujärjestelmässä. Käsitys asiakkaiden elämäntilanteista tarpeineen ja mielipiteineen pitäisi saada esiin, mutta toisaalta kunnallisen palvelujärjestelmän tulisi saada tietoa palvelutarpeista toimintansa suunnittelemiseksi. (Papunen 2001, 77.)

Palvelusuunnitelma on mielestäni yksi hyvä käytännön työkalu, jolla saadaan selville asiakkaan näkökanta palveluihin sekä kunta saa tietoa alueellaan olevasta palvelujen tarpeesta. Palvelusuunnitelmien laadinta vie työaikaa, sillä sen edellytys on asiakkaan riittävän hyvä tunteminen. Lähiverkoston tuen mahdollisuudet tulee selvittää ja paikalliset olosuhteet, jotta asiakkaan kokonaisvaltainen elämäntilanne saadaan muodostettua ja tuen tarpeet näin määriteltyä. Tämä on työajallisesti haaste tämänhetkisillä vammaispalvelujen sosiaalityön henkilöstöresursseilla.

Tällä hetkellä voidaan puhua muuttuvasta hyvinvointivaltiosta. Tämä koskettaa kuitenkin hyvinvointipalvelujen asiakkaiden valinnanvapautta ja valtaa omasta itsestään. Sosiaalipolitiikassa pitäisi kyetä yhdistämään sosiaaliset oikeudet, valinnanvapaus ja moraali. Moraali liittyy sosiaaliseen toimintaan tietoisuutena. Universaalisuusperiaatteen mukaan kaikille väestöryhmille tulisi turvata samat palvelut, mutta niitä ei saavuteta, ellei palvelutoiminta perustu asiakkaiden, asiantuntijoiden ja yhteiskunnallisten rakenteiden käytäntöjen välisille vuorovaikutusprosesseille. (Teittinen 2000, 176.)

## 4.2 Osallistumisen kautta valtaistuminen

Valtaistumista, valtaistamista, voimaantumista ja empowermentia käytetään usein synonyymina toisilleen, vaikka näissä termeissä saattaa olla vivahde-eroja toisiinsa nähden. Tässä yhteydessä käytän aina termiä valtaistuminen, kun tarkoitan keinoja tukea vammaista henkilöä ottamaan vastuuta itsestään, elämästään ja valinnoistaan kohti tulevaisuutta, jotta hänen hyvinvointinsa ja siten asemansa paranisi yhteiskunnassa. Valtaistuminen on prosessi, joka käynnistyessään johtaa yleensä aina johonkin tulokseen.

Palvelut voivat olla keino, jolla vammaisen henkilö pääsee osallistumaan. Esimerkiksi kuljetuspalveluilla voidaan tukea päivätoimintaan osallistumista, jotta henkilö saa sosiaalisia suhteita, elämälleen sisältöä ja merkitystä sekä pääsee pois kotoa yksinäisyyden tunteesta. Toisaalta asia voi tapahtua käännteisessäkin järjestyksessä. Henkilö saattaa olla jo valmiiksi aktiivinen ja osallistua, mutta tätä olotilaa ja sosiaalisuutta tuetaan kuljetuspalveluilla, jotta tilanne säilyisi näin jatkossakin. Koen, että merkittävää on osallisuuden kokemus yleensäkin. On suuri ero, ollako toiminnan kohde vai toimijana mielipiteineen yhteistyössä suunniteltaessa palveluja. Täytyy miettiä toimintaamme ja tavoitettamme, puhummeko asiakaslähtöisyydestä vai käyttäjakeskeisyydestä? Kohtaammeko ihmisen aidosti ja mietimme yhteistyössä hänen tilanteeseensa sopivia palveluja käyttäen oikeasti harkintaa vai pohjaammeko toimintaamme pelkästään ohjeisiin uskaltamatta kokeilla jotain uutta ja onko siihen resursseja? Valtaistuminen on Adamsin (1996, 4) mukaan sosiaalityössä sekä teoria että menetelmä (Sjöblom 2007, 74).

Euroopan neuvoston vammaispoliittinen ohjelma julkaistiin syksyllä 2006. Peruseriaatteissa mainitaan jäsenvaltioiden syrjinnänvastaisen ja ihmisoikeudet turvaavan työn jatkaminen, jotta voidaan lisätä vammaisten henkilöiden itsenäisyyttä ja valinnanvapautta ja parantaa heidän elämänlaatuaan sekä lisätä tietoisuutta vammaisuudesta osana ihmisten monimuotoisuutta. ( STM 2006:18, 4.)

Euroopan neuvoston vammaispoliittisen ohjelman tärkein tavoite on toimia käytännön työvälineenä, jonka avulla kehitetään ja toteutetaan strategioita, joilla saadaan aikaan vammaisten henkilöiden täysi osallistuminen yhteiskunnassa. Lopulta päästään vammaisnäkökulman valtavirtaistamiseen jäsenvaltioiden politiikassa. ( STM 2006:18, 4.)

Valtioneuvoston selonteossa vammaispolitiikasta 2006 ilmenee, että Matti Vanhasen hallituksen ohjelmassa ovat keskeisellä sijalla vammaisten kansalaisten tasa-arvoisen kohtelun turvaaminen ja vammaispoliittiset toimenpiteet. Tavoitteena on turvata kansalaisten täysipainoinen työelämään osallistuminen ja edistää toimia vammaisten työllistymisen helpottamiseksi. Lisäksi mainitaan vammaispalvelujen saatavuuden turvaaminen ja henkilökohtaisen avustajajärjestelmän ja tulkkipalvelujen kehittäminen. Vammaispalveluja koskevan lainsäädännön uudistaminen on myös esillä. ( STM 2006:9, 9.)

Mahdollisuudet itsenäiseen elämään ja sosiaaliseen osallisuuteen syntyvät ennen kaikkea oman yhteisön jäsenenä elämisestä. Koska vammaiset henkilöt tarvitsevat erityisen paljon tukea toimintarajoitteensa vakavuuden ja monitahoisuuden takia, he ovat yksi herkimmin haavoittuvista ryhmistä. Heidän elämänlaatunsa riippuu paljon siitä, kuinka hyvin he saavat asianmukaisia palveluja sekä oikeaa, intensiivistä tukea. ( STM 2006:18, 6 - 7; Papunen 2001, 69 – 70.)

Euroopan komission johdolla tehty tutkimus vammaisten arjesta kertoo, että vain yksi kolmasosa työikäisistä vammaisista on työssä ja heistä yli puolet on pienipalkkaisissa tehtävissä. Työn merkitys on kuitenkin suuri, sillä se kohentaa elintasoa, luo sosiaalisia suhteita, antaa arvonantoa ja hyväksyntää sekä mahdollisuuden käyttää kykyjään ja toteuttaa itseään. Pitkäaikainen työelämän ulkopuolelle jääminen on yksi suurimmista syrjäytymisen riskeistä. (Malm ym. 2004, 28 - 29.)

Osallisuus yhteiskunnassa kiinnittyy usein työhön ja mahdollisuuteen tehdä työtä. Syrjäytymisessä painopiste on huono-osaisuudessa, jolloin yksilö jää syrjään yhteiskunnassa vallitsevista kulutustavoista ja hyvinvointinormeista. Vammaisten henkilöiden työllistymiskynnys on korkea ja työllisyysaste selvästi matalampi kuin väestöllä keskimäärin. Tulotasoltaan vammaiset ovat selvästi väestön keskimääräistä tulotasoa jäljessä, mikä näkyy tilastoista. Heidän tulotasonsa on alle 2/3 väestön tulotasosta, koska eläke on toimeentulon lähteenä huomattavan suurella osalla. Kansaneläkkeellä olevien taso on köyhyysrajan alapuolella. (Linnakangas ym. 2006, 30 - 35 ja 39; Haarni 2006, 19 - 22.)

Työikäisten vuositulot olivat korkeammat kuin iäkkäämmillä ja eläkkeen saajilla. Työikäisten 30 – 54- vuotiaiden liikkumisesteisten ihmisten tulot olivat alemmat kuin muulla vastaavalla ikäryhmällä. Liikkumisesteisten miesten tulot olivat liikkumisesteisten naisten tuloja korkeammat. Absoluuttisen köyhyyden rajana on pidetty 6000 euron nettovuosituloa, joka tarkoittaa 500 euron kuukausituloa. Tämän mukaan työikäisissä eniten köyhiä oli liikkumisesteisissä miehissä noin kolmannes ja liikkumisesteisissä naisissa noin neljännes, kun muun väestön osuus köyhyydessä elävistä on noin 10 – 16 prosenttia. Ero pienenee liikkumisesteisten ja muun väestön osalla iän lisääntyessä, mutta ei poistu. (Airaksinen 2006, 66 - 69.)

Koulutustaso kertoo myös vammaisten asemasta yhteiskunnassa. Perusasteen jälkeinen tutkinto puuttuu huomattavalla osalla ja usein kysymys ei ole henkilön omasta valinnasta vaan olosuhteiden luomasta tilasta. Näillä seikoilla on luonnollinen yhteys osallistumiseen, syrjäytymiseen ja hyvinvoinnin kokemiseen. (Linnakangas ym. 2006, 30 - 35 ja 39; Haarni 2006, 19 - 22.)

Teknologian lisääntyminen luo lisää toimintaedellytyksiä vammaisille henkilöille. Aikaisemmin työ liittyi agraariyhteiskunnassa fyysiseen työhön ja työ vaati tekijäkseen ihmistä. Työ liittyi keholliseen työ- ja toimintakykyyn, mutta koneistumisen lisääntyessä ja elinkeinorakenteen muuttuessa tietotyö yleistyi. Ihmisten kognitiiviset ja psykofyysiset ominaisuudet korostuivat, jolloin työlle asetettiin erilaisia vaatimuksia kuin aikaisemmin. (Airaksinen 2006, 58 – 59.)

Teknologian kehittyminen on mielestäni mahdollistanut uusia ja erilaisia mahdollisuuksia palvelujen saavuttamiseen, työn tekoon ja koulutukseen. Palveluja voidaan hakea sähköisesti, kuvapuhelimella voidaan suorittaa etätulkkauksia ja tietoa voidaan hakea internetin kautta kotoa käsin. Opiskella voi nykyään osittain myös tietokoneen kautta erilaisten alustojen välityksellä sekä seurata opetusta videoneuvottelutekniikan kautta. Työtä voi osittain tehdä myös etätöinä kotoa käsin, joskus osa-aikaisestikin. Opiskelussa on mahdollista luoda oma henkilökohtainen oppimissuunnitelma, jonka kautta pyritään ottamaan huomioon ihmisten eri elämäntilanteet ja oppimisvaikeudet tuen tarpeineen.

Osallistumisen edellytyksiä ovat myös esteettömyys ja saavutettavuus. Monet ongelmat muodostuvat Vammaistyöryhmä '96:n mukaan ensisijaisesti siitä, että ympäristö ei ota



riittävästi huomioon vammaisen henkilöiden tarpeita. Tällä ei tarkoiteta vain fyysisiä puitteita vaan ylipäätään erilaisten käyttäjien näkökulmien huomioimista. Esteettömyyden rinnalla tulisikin nähdä käytettävyys ja saavutettavuus, jotta voidaan aidosti puhua tarjolla olevasta palvelusta. Palvelu on saavutettavissa vasta, kun sen äärelle kyetään menemään. (Haarni 2006, 30.) Tämä kuvastaa mielestäni Design for All suuntausta.

Järjestöjen internetsivustolta saa mielestäni erittäin hyvää materiaalia, sillä järjestöjen palkkaamina on usein vammaisia henkilöitä työntekijöinä, ja he ovat alalle vahvasti suuntautuneita erityisalojen asiantuntijoita. Tekniikan avulla voidaan joitakin toimintakyvyn haittoja ehkäistä, jotta ihminen pystyy osallistumaan työelämään vammastaan huolimatta. Baldwinin ym. (1993) mukaan työ voi stressata ja fyysiset vaatimukset heikentää henkilön terveydentilaa, mutta toisaalta toiminnan ja työn puute voivat osallistumattomuuden kautta lisätä vammaisuuden kokemusta (Airaksinen 2006, 59).

Osallistumisen merkitystä tukee Loijaksen (1994) mukaan nuorten, aikuistumassa olevien vammaisten toiveet itsenäisestä asumisesta ja mielekkästä toiminnasta tai työstä. Työmahdollisuudet voivat olla heikot. Valinnanmahdollisuudet ja osallistumisen määrä vaihtelee, mikä voi omalta osaltaan tuottaa syrjäyttämistä ja eriarvoisuutta. Yksinäisyys ja tarpeettomuuden tunne sekä mielekkään tekemisen puute korostuvat työelämän ulkopuolella. (Haarni 2006, 19 ja 21.)

Janus-lehden (2007, 362) puheenvuorossa Mikko Mäntysaari ja Raili Haaki pohtivat sosiaalityön tutkimuksen tilaa ja suuntaa tarkastelemalla väitöskirjoja otsikolla ”Suomalainen sosiaalityön väitöskirjatutkimus vuosina 1982- 2006”. Kirjoittajat korostavat, että vaikka sosiaalityön keskustelussa eettiset kysymykset ovat esillä, väitöskirjoja aiheesta ei ole tehty. Tämä on näkemykseni mukaan hyvä nostaa esille esimerkiksi Reinikaisen (2007) esille nostamien vammaistyön kriittisten tiedostamisen kohtien valossa kuten sukupuolen vaikutus palvelujen saannissa (Reinikainen 2007, 15 - 20).

### 4.3 Valtaistuminen vammaispalvelujen sosiaalityön keinoin

Valtaistuminen ja itsenäisyys ovat olleet vammaistyön tavoitteina aina 1970-luvulta lähtien (Järvikoski 1999, 104). Tasa-arvokeskustelu nosti esiin vähemmistöjen aseman ja vammaiset alkoivat vaatia samoja oikeuksia kuin muillakin yhteiskunnan jäsenillä. Normalisoinnin ja integraation avulla tavoiteltiin, että vammaiset käyttävät ensisijaisesti yhteiskunnan normaalipalveluja, jolloin erityispalveluista voitaisiin luopua. (Määttä 1981, 26.)

Askheimin (2003, 230 - 231) mukaan valtaistuminen sisältää sekä **yksilöllisen** että **rakenteellisen ulottuvuuden**. Yksilölliseen ulottuvuuteen liittyvät toimet ja prosessit, joilla lisätään yksilön osallistumista oman elämänsä hallintaan. Samalla tuetaan yksilön itseluottamusta ja itsetuntemusta lisäämällä yksilön tietoja ja taitoja. Tämä auttaa yksilöä tunnistamaan niitä rajoja, jotka vähentävät oman elämään vaikuttamisen mahdollisuuksia tai itsensä toteuttamista. Rakenteellinen ulottuvuus liittyy sosiaalisiin rakenteisiin, rajoihin ja valtasuhteisiin, jotka ylläpitävät eroja ja epäoikeudenmukaisuutta. Nämä tekijät vaikeuttavat yksilön mahdollisuuksia kontrolloida omaa elämäänsä. Valtaistuminen nähdään keinona valtarakenteiden muuttamiseen, käsite toimii niin ideologiana kuin metodisena lähestymistapanakin. (Vuokniemi 2006, 30 - 31.)

Valtaistuminen ei ole yleensä saavutettavissa pelkästään mielen muutoksella, vaan se edellyttää taloudellisia ratkaisuja sekä tukea sosiaalisten ja fyysisten rakenteiden muuttamiseen. Palvelujärjestelmä perinteisesti katsoo valtaistumista vain yksilön ulottuvuutena, vaikka valtaistuminen on kuitenkin hyvinvointipolitiikan tavoite. (Järvikoski ym. 1999, 113.)

Askheimin (2003, 229) mukaan palvelujen käyttäjillä pitää olla oikeus ainakin vaikuttaa palvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen. Ammatillaisen asema muuttuu valtaistumisen myötä autoritaarisesta asiakkaan kumppaniksi ja asianajajaksi. Professori Mühlfeldin mukaan asiakkaan valtaistumiseen vammaishuollossa vaikuttavat luottamuksellisen suhteen lisäksi asiakkaan persoonallisuus, hänen sosiaalinen verkostonsa sekä yhteiskuntajärjestys siinä mielessä, että onko vammaisen helppo integroitua yhteiskuntaan. (Vuokniemi 2006, 33 - 34.)

Vuokniemen (2006) mukaan sosiaalityöntekijän asemaa julkisella sektorilla voidaan kuvata ”kahden isännän palvelijaksi”. Nämä isännät ovat sosiaalityön palvelujärjestelmä ja asiakas. Työntekijä voi määrittellä roolinsa ensi sijassa asiakkaan kautta, jolloin hän toimii puolestapuhujana tai asioiden ajajana. Tällaisessa suhteessa näkyy yhteistyö ja sopivien palvelujen etsintä asiakkaalle. Vaikuttamiskeinoina työntekijä voi käyttää päättäjiin vaikuttamista kertomalla havaitsemistaan puutteista ja ehdottamalla ratkaisuvaihtoehtoja. (Vuokniemi 2006, 36.) Tätä viimeksi mainittua keinoa voidaan kutsua ekososiaaliseksi toimintatavaksi sosiaalityössä.

Työntekijä voi toisaalta määrittellä rooliansa myös palvelujärjestelmän kautta, jolloin päähuomio kohdistuu lakeihin, säädöksiin ja kriteereihin, minkä mukaan määräytyy myös oikeus asiakkuuteen. Työntekijä tällöin toimii portinvartijana, joka huolehtii, ettei palvelujärjestelmään tule muita, kuin ne henkilöt, jotka täyttävät palvelun saamisen ehdot. Metterin (2003, 98) mukaan portinvartijan rooli on korostunut säästöpolitiikan seurauksena. (Vuokniemi 2006, 36 - 37.)

Vammaistyössä erityisesti korostuu työn kohteena olevien ihmisten puutteet ja työntekijän valta avun arvioimisessa. Työntekijän oma ihmiskäsitys arvoineen vaikuttaa eettiseen toimintaan. Jokaisella ihmisellä on mahdollisuuksia ja inhimillisen kasvun edellytyksiä ja siksi on syytä lähteä liikkeelle voimavaroista eikä vain ongelmista, mikä tekee sen, että ihmistä on tarkasteltava kokonaisvaltaisesti. (Malm ym. 2004, 372 ja 412.)

Tiedottamisen vähyys palveluista saattaa mielestäni olla yhteydessä taloudelliseen niukkuuteen kuntasektorilla. Tämä voi näkyä asiakkaalle niin, ettei jo valmiiksi niukkoja henkilöresursseja irroteta olennaisesta asiakastyöstä toissijaisena koettavaan erilliseen tiedottamistyöhön. Säästöpolitiikka ilmenee myös määrärahasidonnaisten palvelujen niukkana osuutena, jolloin avustuksille suunnatut kohteet priorisoidaan.

Oulun läänin sosiaalitarkastaja Maija Pelkonen (2007) on nostanut vammaispalvelujen kipukohdaksi palvelujen saatavuuden sekä alueelliset eriarvoisuudet. Tämä näkyy kuljetuspalvelujen toteutumisessa, henkilökohtaisen avustajan järjestämisessä, omaishoidontuen sopimuksissa ja vapaiden järjestämisessä kuin asumisen ja asumispalveluiden järjestämisessäkin. Palvelusuunnitelmia tehdään, mutta sisältö ja

asiakkaan ottaminen mukaan eivät aina toteudu. Kipukohtina nähdään myös sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön riittämättömyys sekä sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön ja toimintakulttuurien väliset erot. Keinoina lääninhallituksen tasolta nähdään PARAS-hanke (ts. kuntien palvelurakennemuutos) ja sitä kautta voidaan niin palvelut jatkossa turvata kuin kansalaisten yhdenvertaisuuskin taata. Tämän myötä koetaan vahvistettavan varsinaista kansalaisuuttakin.

Sjöblomin (2007) mukaan vammaispalvelujen sosiaalityössä tarvitaan keskustelua, vuoropuhelua kollegojen kanssa ja työparityöskentelyä. Sosiaalityöntekijä joutuu työssään antamaan tietoa, ohjaamaan, neuvomaan ja tekemään viranhaltijapäätöksiä palveluista. Osa palveluista voidaan järjestää ja osaa ei, mutta jotta päätös voidaan tehdä, on sitä ennen löydettävä yksilöllisiäkin ratkaisuja, jotta vammaisen henkilön arki olisi mahdollisimman tavallista. Sosiaalipolitiikalla ja sen toteutumisella lakien suomien palvelujen muodossa on suuri merkitys vammaispalvelujen sosiaalityössä. Juhilan (2006) mukaan sosiaalityö on yhteiskunnallinen instituutio, jossa sosiaalityöntekijöiden ja asiakkaiden kanssa samassa pöydässä ovat aina omalla tavallaan määritellyt ja säännöt. Ongelmia kunnissa koetaan vammaislakien soveltamisessa. Sosiaalityöntekijät kokevat olevansa puun ja kuoren välissä, niin työn kehittämisen mahdollisuuksien kuin palvelujen resurssien suhteen. Antaako valta vastuuta vai onko valta sama kuin vastuu? Yhteiskunnan arvot ja tahtotila näkyvät politiikan kautta. (Sjöblom 2007, 8, 40 – 44 ja 107 - 114.)

Kallandin (1996, 85) mukaan demokraattinen päätöksenteko käsittää enemmistön halun ja tahdon, mutta kunnissa vammaiset henkilöt eivät näyttele enemmistöä, jolloin alentuneen toimintakyvyn omaavat henkilöt jäävät mielipiteineen vähemmälle kuulolle yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. Osa alentuneen toimintakyvyn omaavista henkilöistä voi jäädä vaille riittäviä palveluja, koska eivät täytä vaikeavammaisen tai vanhuksen kriteerejä. (Sjöblom 2007, 43 - 44.)

Etiikan avulla pohditaan hyvää ja paha ihmisen toiminnassa ja käyttäytymisessä ja pyritään määrittelemään yksilön ja yhteiskunnan hyvää. Ammattietiikan tarkoituksena on suojata asiakasta ja auttaa ongelmatilanteiden ratkaisemisessa. Vammaistyössä erityisesti korostuu työn kohteena olevien ihmisten puutteet ja työntekijän valta avun arvioimisessa. Työntekijän oma ihmiskäsitys arvoineen vaikuttaa eettiseen toimintaan. Jokaisella ihmisellä on mahdollisuuksia ja inhimillisen kasvun edellytyksiä ja siksi on syytä lähteä

liikkeelle voimavaroista eikä vain ongelmista, mikä tekee sen, että ihmistä on tarkasteltava kokonaisvaltaisesti. (Malm ym. 2004, 412.) Ongelmia voi sosiaalityöntekijälle työssä kuitenkin tulla eteen, kun taustalla ovat työntekijän oma etiikka, työnantajan ohjeet ja asiakkaan paras. Nämä eri näkökulmat eivät aina kohtaa toisiaan. (Sjöblom 2007, 118.)

Ammattieettiset ohjeet ja lainsäädäntö yhdessä helpottavat oikeanlaisen toimintavaihtoehdon löytymistä, mutta eivät poista työyhteisön keskustelun tärkeyttä näiden linjausten luomiseksi. Nämä vaikuttavat myös työntekijän omaan jaksamiseen ja työssä kehittymiseen, työhyvinvointiin. (Malm ym. 2004, 412 - 422.)

Muukkosen ja Tulensalon (2001, 13 – 14; 2004, 5 – 7) mukaan sosiaalityössä näkyy erilaisia vivahteita, suuntauksia. Kysymyksellä ”Mitä?” haetaan toimenpiteiden tasoa, jolloin näkökulmana on yksilön valtaistuminen. Kysymyksellä ”Miten?” haetaan vuoropuhelua sosiaalityöntekijän ja asiakkaan välillä, jolloin kyse on kohtaamisen tasosta. Sosiaalityön eettiset periaatteet ovat taustalla kysymykselle ”Miksi?”. Tätä kautta vasta päästään toimintaperiaatteiden tasolle. (Sjöblom 2007, 27 – 28.)

Hyvinvointipalveluissa näkyy Piiraisen (1995, 245 - 247) mukaan ”case management” niin sanottu palveluohjaus suhteissa viranomaisten ja asiakkaiden välillä. Tämä voidaan Suikkasen (1999, 89.) mukaan ymmärtää valtaistumisen näkökulmana, jolloin asiakkuutta sosiaalipalveluissa kehitetään asiakkaiden tietoisuutta lisäämällä ja ympäristötekijöitä muuttamalla vuorovaikutuksellisissa prosesseissa palvelutyöntekijöiden, asiakkaiden ja sosiaalisten verkostojen välillä. (Teittinen 2000, 164.)

Somerkiven (2000, 178 - 181) mukaan osallistuminen ja osallisuus ovat avaintekijöitä valtaistumisessa, mikä voi näkyä mahdollisuutena osallistua itseä koskevaan päätöksentekoon. Osallistuminen voidaan nähdä toiminnan tavoitteena, mutta myös keinona valtaistumiseen ja sen lisäämiseen. Osallistumisen lisääminen on keino syrjäytymisen ehkäisemiseksi ja tulla enemmän läsnä olevaksi yhteiskunnan jäsenenä. Sosiaalityöntekijöillä on suuri rooli tukea vammaispalvelun asiakasta hänen osallisuutensa lisääntymisessä itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. (Vuokniemi 2006, 25 - 26; Malm ym. 2004, 30 - 31.)

Osallistumista voidaan nähdä vammaisneuvostojen kautta ympäristöön vaikuttamisena. Kunnallinen vammaisneuvosto ja vammaisfoorumi toimivat yhteistyössä, jolloin molemmat valtaistavat toisiaan yhdessä toimiessaan. Tämä täysivaltaistumisen omaksuminen vaatii Heiskasen (2008, 86) mukaan tietoa, taitoa ja aktiivisuutta. Esimerkiksi assistentti.info on tällainen valtakunnallinen verkosto, jossa yhteistyössä toimiessa saadaan laaja-alaista ja monipuolista voimaa. Verkostoon kuuluvien järjestöjen, vammaistyön kehittäjien ja palveluntuottajien eli jäsenten hallitsemia tietoja voidaan jakaa ja siten hyödyntää omassa työssä.

Henkilökohtaisella avulla on suuri vaikutus osallistumiseen ja siten vaikeavammaisen henkilön valtaistumiseen, mikä tapahtuu sosiaalityöntekijän päätöksen kautta palvelun saamisena. Sosiaalityöntekijä täyttää silloin omasta roolistaan valtaistamisen edellytykset ja sen hyödyntämisestä päättää lopulta itse vammaispalvelujen käyttäjä. Tässä tietoisesti korostan toimijuutta eli asiakas ei ole vain palvelujen kohde vaan aktiivinen toimija, kansalainen, joka käyttää palveluja toteuttaakseen itsemääräämisoikeuttaan, yhdenvertaisuuttaan kansalaisena.

Palvelusuunnitelma nousee voimakkaasti esiin, kun puhutaan 1.9.2009 voimaantulleesta vammaispalvelulain muutoksesta. Vaikka palvelusuunnitelma on tällä hetkelläkin laissa mainittu, on sen tekemisessä (tässä tarkoittaen tekemättä jättämisessä) todettu olevan kovasti ongelmaa. Palvelusuunnitelmia ei ole valtakunnallisesti kovinkaan tehty, vaikka Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeudesta (812/2000) palvelusuunnitelman teon mainitsee. Palvelusuunnitelma tulisi tehdä, ellei kyseessä ole tilapäinen neuvonta tai ohjaus tai sen koetaan olevan ilmeisen tarpeetonta.

Palvelusuunnitelman kaksisuuntaista roolia selvittää kunnassa esiintyvä tarve ja laajuus on heikosti hyödynnetty. Tämä on yksi syy sen, miksi se on vammaispalvelulain muutoksessa niin keskeinen. Palvelusuunnitelmaa esitetään tehtäväksi ilman aiheutonta viivytystä koskien kaikkia vammaispalvelulain palveluja ja tukitoimia. Tällöin asiakasta kuullaan hänen asioissaan ja samalla tarpeet tulisi välittyä sosiaalityöntekijän kokoamina kunnassa johdolle ja budjettiin asti.

Sosiaalialan työssä pyritään edistämään ja tukemaan asiakkaan elämänhallintaa. Asiakkaan tulisi tiedostaa omaan elämään liittyvät olosuhteet, tilanteet ja valinnat. Sosiaalityöhön

liittyy olennaisesti odotuksia, joiden tavoite on vaikuttaa asiakkaiden elinolosuhteisiin. Sosiaalityöntekijöille kertyy näin tietoa asiakkaiden elämän todellisuudesta. Tiedostamalla nämä, voidaan pyrkiä vaikuttamaan niihin poliittisiin ratkaisuihin, joiden perusehtoja muuttamalla voidaan tosiasiallisesti vaikuttaa ihmisten elämään. (Aho 1999, 315.)

Vaikka ihmisten tarpeet ja todellisuus tiedostetaan, ongelmallista on vaikuttaminen yhteiskunnallisesti, koska eri osajärjestelmät eivät kulje samalla toimintatavalla. Ristiriitaisuuksiakin esiintyy, jotka voivat viedä tavoitteilta pohjan pois. Arvoista ja periaatteista on tingitty 2000-luvulla palveluja supistamalla. Kuitenkin kansalaisten tuella on vaikutusta luottamusmiesten ajatteluun. (Aho 1999, 315 ja 317.)

Sosiaalitutkija, sosiaalipoliitikko ja sosialisti Beatrice Webbin 1800-luvun loppupuolella toteuttamassa sosiaalitutkimuksessa tuli luoda pohjaa laajoille reformeille. Reformien tarkoituksena oli *”kuivattaa suo”* eikä vain pitää hukkuvien päätä *”vedenpinnan yläpuolella”*. Heiskanen (2008) mukaan tähän raivaustyöhön tarvitaan kumppaneita. Hän nostaa kysymyksen, ketkä osallistuvat kumppaneina raivaustyöhön vammaisliikkeen rinnalle ja saadaanko sosiaalityö mukaan? Yhteisiä rajapintoja löytyy vammaistyön ja sosiaalityön lisäksi esimerkiksi vanhusväestö esteettömyydessä ja informaatioteknologia apuvälineissä. (Heiskanen 2008, 84.)

Pohjolan mukaan yhteiskunnassa on syntynyt kaksijakoinen tilanne sosiaalityössä. Toisaalta sosiaalityö toimii yhteiskunnallisesti, rakenteellisesti ja sosiaalisesti kontrollin ja sopeuttamisen välineenä ja toisaalta taas sosiaalityön pitäisi tukea ja ajaa asiakkaiden etuja. Käytännössä molemmat tehtävät tulisi pitää sosiaalityön sisällä, jotta sosiaalityö saavuttaisi tarkoituksensa; saada ihminen toimimaan tarkoituksenmukaisesti hänen omalla toimintakyvyllään. (Pohjola 1996, 68 - 72.)

## **5 TERVEYDEN EDISTÄMINEN**

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut Terveyden edistämisen laatusuosituksen (2006) ja kansallisen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman (2008). Lisäksi Kansanterveystietokeskus (2008) on julkaissut Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Näihin tukeudun vahvasti tässä luvussa.

### **5.1 Terveyden edistämisen määrittelyä**

Kuntalain mukaan kunnan tehtävänä on edistää asukkaidensa hyvinvointia ja kestävästä kehitystä kuntapolitiikkansa turvin. Tästä suunnasta riippuu, miten hyvin tähän velvoitteeseen päästään. Kansalliset terveyden edistämisen tavoitteet on linjattu Terveys 2015-kansanterveysohjelmaan ja vuoden 2006 kansanterveystyön uudistuksessa (2005/928) säädetään terveyden edistämisestä osana kansanterveystyötä. Haaste tulee lain velvoitteen myötä koko kunnalle ja toiminnan vastuusta käydään jatkuvaa keskustelua eli mikä on yksilön vastuulla ja kuinka paljon vastuuta voi julkinen valta ottaa ihmisten terveydestä ja hyvinvoinnista? (STM 2006:19, 13.)

Terveyden edistäminen sisältyy nykyisen hallituksen politiikkaohjelmaan. Terveystunnettuna on yksi ihmisen tärkeimpiä arvoja sekä Suomen menestyksen kilpailutekijä, koska kansanterveydellä on tärkeä rooli taloudellisessa, sosiaalisessa ja inhimillisessä kehityksessä. Terveyden edistämisen tavoitteina ovat väestön terveydentilan parantuminen ja terveyserojen kaventuminen. Tähän pyritään muun muassa erilaisten rakenteiden ja lainsäädännön kehittämisellä kuin terveyden, hyvinvoinnin ja työhyvinvoinnin edistämiskäytännölläkin. (<http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/fi>.)

Vaikka elinodote on pidentynyt kolmenkymmenen vuoden aikana yli seitsemällä vuodella, maassamme on silti pahenevia terveysongelmia ja väestöryhmien väliset terveyserot ovat kasvaneet. Ihmisen elämänlaadun heikkenemisen lisäksi terveysongelmat aiheuttavat suuria kuluja yhteiskunnalle. Osa näistä ongelmista olisi ehkäistävissä terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn keinoin. Lähivuosina suuret ikäluokat eläköityvät ja väestörakenne muuttuu. Siksi olisikin tärkeää, että maassamme nykyisistä lapsista ja



nuorista kasvaa terveitä, hyvinvoivia aikuisia ja työikäinen väestö pysyisi töissä nykyistä kauemmin. Tällä on vaikutusta niin yhteiskunnan kuin yksilötasollakin. (<http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/fi>.)

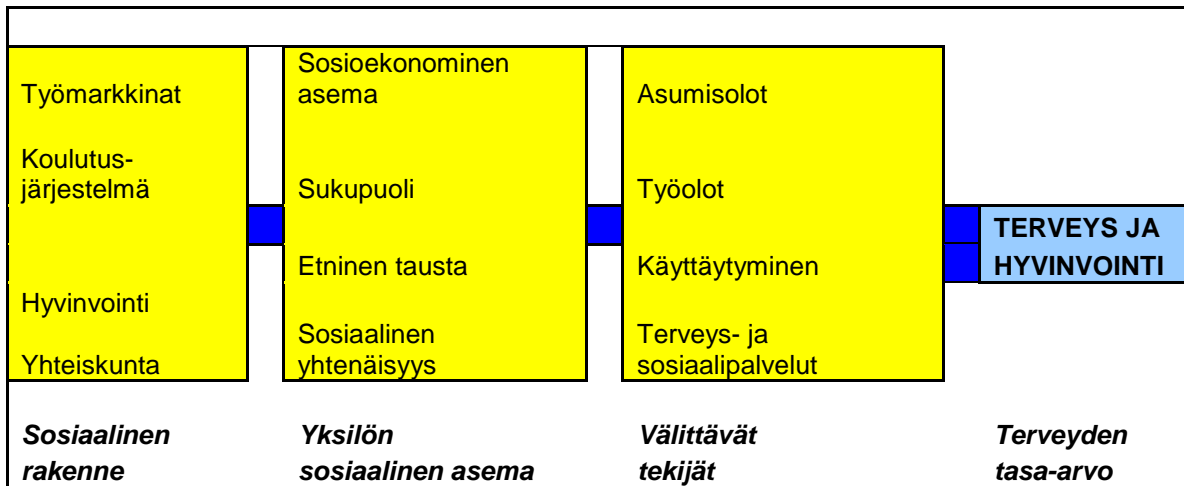
Terveyden edistämisen ohjelmajohtaja Maija Perho sanoo ennaltaehkäisyyn olevan huomattavasti halvempaa kuin syntyneiden terveysongelmien hoito. Kuntien palvelurakennemuutoksen (PARAS-hanke) yhteydessä terveyden edistämisen rakenteisiin voidaan vaikuttaa. Lisäksi haasteina Maija Perho sanoo olevan aiemmin mainittujen lisäksi työelämän kasvavat vaatimukset, mielenterveysongelmat, homeen aiheuttamat oireet ja sairaudet, koti- ja vapaa-ajan tapaturmat jne. Tarvitaan poikkihallinnollista otetta, eri ministeriöiden vastuunoton vahvistamista, verkottumista, laaja-alaisia projekteja sekä hyvien käytäntöjen siirtämistä. (STM 261/2007)

Terveyden edistämisen ohjelmassa on erilaisia rakenteita, jotka pitävät sisällään muun muassa terveyttä edistäviä elinolosuhteita, elintapoja, palveluja, osaamista, päätöksentekoa, johtamista ja seurantaa ja arviointia. Olennaista on, että päättäjät ja vaikuttajat tunnistavat ne tekijät, joilla terveyteen ja terveyseroihin on mahdollista vaikuttaa. Huomioon kannattaa ottaa, että esimerkiksi tapaturmat aiheuttavat vuosittain noin neljän miljardin kokonaiskustannukset.

(STM 261/2007).

Perhon (2007) mukaan terveyden edistämisen työnjako ja vastuut tulee sopia kunnan tai kuntayhtymän johtoryhmässä, jotta vastuhenkilö voi toimia yli sektorirajojen asemansa puolesta. Myönteisten merkkien havaitseminen ja vahvistaminen on yhtä tärkeää kuin epäkohtien tiedostaminen, sillä kun käytössä ovat ajantasaiset tunnusluvut, pystytään tulkitsemaan muutoksia omien asukkaiden näkökulmasta. (Karvinen 2007)

Terveyden edistämisen laatusuositus pohjautuu näyttöön ja kokemuksiin hyvistä käytännöistä. Laatusuositus sisältää kuusi eri toimintalinjaa, joista kukin linja sisältää neljästä kahdeksaan suositusta. Laatusuositusten tehtävänä on auttaa kuntia ja kuntayhtymiä luomaan ja jäsentämään toimintakäytäntöjä kehittämiseen, suunnitteluun ja toiminnan arviointiin, jotta kuntalaisten terveys paranisi. (STM 2006:19, 3 - 4.)



**KUVA 1** Terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä tekijöitä (mukailien Graham, Kelly 2004, NHS)

Väestön terveyteen vaikutetaan terveyden determinanttien eli terveyttä määrittävien tekijöiden kautta, mitkä ovat yksilöllisiä, sosiaalisia, rakenteellisia tai kulttuurisia tekijöitä, jotka voivat vahvistaa tai heikentää ihmisen terveyttä. Näiden determinanttien vaikutusta välittäviä tekijöitä ovat mm. voimavarat, asenteet, arjen sujuminen, terveyskäyttäytyminen, kyky omaksua ja tulkita terveystietoa sekä mahdollisuudet saada tai käyttää palveluja. (STM 2006:19, 16 - 17.)

Terveyden determinanteja ovat *yksilöllisissä tekijöissä* ikä, sukupuoli, perimä, tiedot, taidot, kokemukset ja elintavat. *Sosiaalisina tekijöinä* ovat sosio-ekonominen asema, toimeentulo, sosiaaliset ja yhteisölliset verkostot ja keskinäinen vuorovaikutus. *Rakenteelliset tekijät* muodostuvat koulutuksesta, elinoloista, elinympäristöstä, työoloista sekä peruspalvelujen tasapuolisesta saatavuudesta ja toimivuudesta. *Kulttuuriset tekijät* liittyvät fyysisen, poliittisen ja taloudellisen ympäristön turvallisuuteen, viihtyisyyteen, vuorovaikutteisuuteen ja asenteisiin terveyttä kohtaan. (STM 2006:19, 16.)

Edelliset kappaleet selventävät terveyden edistämisen yhteyden hyvinvointiin ja sosiaalityön kenttään kuten vammaispalveluihin ja ekososiaalisella näkökulmalla haetaan näihin pitkäaikaista vaikuttavuutta. Yhteys näiden laajojen näkökulmien välillä on nyt todettu. Ekososiaalisen näkökulman otin tähän terveyden edistämiseen siksi, että terveydessä tulee mielestäni korostaa sosiaalisen osuutta ihmisen elämässä ja nimenomaan pitkäkestoista moniulotteista vaikuttavuutta hain ekososiaalisuuden kautta. Sosiaalityössä

nähdään päivittäin ihmisten elämässä ongelmia arjessa, jotka ilmenevät hyvinvoinnin vajeina ja joilla on suora vaikutus henkilöiden terveyteen. Vaikutus ei välttämättä jää vain yhteen henkilöön, sillä jos perheeseen kuuluu useampia perheenjäseniä, vaikutus laajenee ja voi vaikuttaa jo seuraavaan sukupolven terveyteenkin. . Keskustelu hyvinvoinnista on aivan viime vuosina jäänyt taka-alalle ja sen taustoista on seuraavassa kappaleessa.

Simpura (2009) on nostanut keskusteluun terveyden ja hyvinvoinnin suhteen. Riippuen määrittelystä, voi joko terveys tai hyvinvointi olla yläkäsitteenä. WHO:n (1948) mukaan terveys on täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä vain sairauden puuttumista. Tällöin sosiaalinen hyvinvointi on terveyden alakomponentti eikä käsitteenä nosta esiin taloudellisen tai ympäristön tilaan ja kestävyysliittymiä osia hyvinvoinnista. Toisaalta terveyttä voidaan tarkastella myös sairauden puuttumisena, joka on arkisempi näkökulma asiaan. Kyse on siitä, onko terveys ihmisen ylin arvo vai onko yksi hyvinvoinnin komponentti. On huomattu, että terveyteen voidaan vaikuttaa ja terveyseroissa kyse on juuri osaltaan vaikuttaminen ihmisen sosiaalisiin taustatekijöihin. Kumpaa käsitettä keskustelussa käytetään, vaikuttaa siihen, mikä on sosiaalisen osuus. On kuitenkin todettava, että sosiaalisen osuus keskustelussa on kaventunut. (Simpura 2009, 36 – 41.)

Terveyden edistämisessä on erilaisia toimintalinjoja ja niiden sisällä suosituksia, miten terveyden edistämistä voitaisiin toteuttaa. Nostan esiin joitain toimintalinjoja ja niiden suosituksia, sillä niiden kautta rakentuu pro gradu tutkielmani ennakoarviointi. Toimintalinja 1. *Terveyden edistämisen toimintapolitiikka ja johtaminen*. Siinä suosituksina on esimerkiksi hyvinvointistrategia, terveystieteiden huomioonottaminen ja ennakoarviointi, mitkä luovat yhtymäkohdan tutkielmaani. Toimintakäytäntöjä terveyden edistämiseksi erityisesti vammaispalveluihin ei ole tehty, joten pro gradu -tutkielmalla pyrin nostamaan ongelmakohdat terveyden edistämisessä ja vaikutusverkon tunnistamisen tärkeyden esille koskien vammaisia erityisryhmänä. (STM 2006:19, 19 - 21.)

Toimintalinja 2. *Terveyttä edistävät elinympäristöt* pitävät sisällään ajatuksen elinympäristöstä, joka on esteetön, turvallinen, viihtyisä, virikkeinen ja edistää sosiaalista hyvinvointia. Elinympäristön suunnittelu edellyttää näiden terveyttä edistävien ratkaisujen

tunnistamista yhdyskuntarakentamisessa niin yksilö- kuin yhteisötasollakin. (STM 2006:19, 21.)

Suosituksina toimintalinja 2:ssa huomioidaan myönteiset ja kestävästä kehitystä tukevat vaihtoehdot, jolloin sosiaali-, terveys- ja ympäristöviranomaiset osallistuvat tähän yhdyskuntasuunnitteluun. Liikenne on yksi suosituksista, jotta kunta voi kehittää joukkoliikenteen palveluita ja kevyenliikenteen verkostoa. Mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa elinympäristöä koskevaan suunnitteluun ja päätöksentekoon on yksi teemoista ja tämän toteutumiseen vaikuttaa esteetön pääsy näihin rakennuksiin. Erityisryhmien tarpeet tulee varmistaa asumisessa, palveluissa, liikkumis- ja liikenneympäristöissä, jolloin mahdollistetaan mahdollisimman itsenäisen ja omatoimisen elämän tukeminen toimintakyvyn alentuessa. Yhteenvedon voisi sanoa, että elinympäristössä tulisi tunnistaa eri käyttäjäryhmien tarpeet. (STM 2006:19, 21 - 22.)

Esteettömyys on Suomessa niin tavoite, velvoite kuin määräys joillakin alueilla. Maankäyttö- ja rakennuslainsäädännössä on rakennetun ympäristön ja rakentamisen esteettömyydelle annettuja tavoitteita. Erityisesti asetus koskee hallinto- ja palvelurakennuksia. Lisäksi on säädöksiä luiskien kaltevuuksista, kynnyskorkeuksien enimmäismitasta ja liikkumisesteisten wc- ja pesutilojen mitoituksesta. Rakennusvalvonta ja -lupa ovat keinoja näiden tavoitteiden täyttämiseksi. Liikkumisvapaus on yksi ihmisen perusoikeuksista, mutta esteettömyyden näkökulmasta lainsäädäntöä on vielä vähän, vaikka liikenne tulkitaan osaksi rakennettua ympäristöä. (Kempainen 2008, 22 ja 24.)

Toimintalinja 4. *Terveyttä edistävän osaamisen* alueella suositukset liittyvät esimerkiksi tietopohjaan, valmennukseen ja kehittämiseen, koulutukseen. Hyvinvointiosaamista pyritään vahvistamaan niin kunnan johdolle, luottamushenkilöille kuin henkilöstöllekin. Verkostoitumalla hyödynnetään yritysten, järjestöjen ja koulutusorganisaatioiden osaamista ja asiantuntemusta. (STM 2006:19, 23 - 24.)

Toimintalinja 5. *Peruspalvelut* pyrkivät, että sosiaali- ja terveystoimen viranhaltijoiden ja sitä kautta johdon ja luottamushenkilöiden päätöksenteossa tulisi tietää kuntalaisten palvelutarpeet. Selvityksillä tulisi hakea tietoa erilaisissa elämäntilanteissa olevien kuntalaisten hyvinvointitarpeista. Terveystoimen kaventamiseksi kunnan palveluissa kiinnitetään erityistä huomiota riskiryhmiin ja huonommassa asemassa oleviin

väestöryhmiin. Suosituksina sosiaalipalveluissa ovat esimerkiksi voimavarojen tukeminen, ehkäisevä työote, sosiaalinen raportointi ja sen kehittäminen, syrjäytyminen ja sen uhat sekä sosiaalisten vaikutusten arviointi (SVA), jossa pyritään arvioimaan päätösten ja toimenpiteiden vaikutuksia kuntalaisten terveyteen ja hyvinvointiin. (STM 2006:19, 24 - 27.)

Toimintalinja 6. *Seurannan ja arvioinnin* avulla kunta pyrkii saamaan tietoa siitä, miten kunnan toimintarakenteet ja – käytännöt ovat muuttuneet terveyttä ja hyvinvointia edistäviksi ja miten asetetut tavoitteet ovat toteutuneet. Seurantaindikaattoreita muodostettaessa tulee muistaa vertailukelpoisuus ainakin osittain alueellisesti tai valtakunnallisesti. Suosituksena on, että kunta seuraisi väestön terveydentilan muutoksia ja väestöryhmien välisiä terveyseroja. Kuntalaisten terveyskäyttäytymistä sekä näkemyksiä ja kokemuksia terveyden ja hyvinvoinnin edistämistyöstä tulisi selvittää vähintään kerran valtuustokaudessa kyselyin tai haastatteluin. (STM 2006:19, 29 - 30.)

## **5.2 Terveyserojen kaventaminen**

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi ”Kansallisen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman 2008 – 2011”. Toimintaohjelma kytkeytyy hallituksen käynnistämään Terveyden edistämisen politiikkaan. Toimintaohjelma tukee omalta osaltaan myös Terveys 2015- kansanterveysohjelmaa. Toimintaohjelmalla pyritään vähentämään sosioekonomisten väestöryhmien välisiä eroja työ- ja toimintakyvyssä, koetussa terveydessä, sairastuvuudessa ja kuolleisuudessa. Tavoitteena on, että terveydeltään huonommassa asemassa olevien terveydentila lähentyisi paremman terveyden saavuttaneita ryhmiä. Terveyserojen kaventaminen vaatii pitkäjänteistä työtä eri sektoreiden ja hallinnon alojen välillä. Terveyserojen taustalla oleviin syytekijöihin ja prosesseihin on pystyttävä puuttumaan. (STM 2008:16, 17 - 18.)

Toimintaohjelmassa on eri päälinjoja, joita kaikkia en käy tässä yhteydessä läpi vaan poimin joitain tämän tutkielman kannalta oleellisimpia. Päälinjojen kautta pyritään vaikuttamaan köyhyyteen, koulutukseen, työllisyyteen, työoloihin ja asumiseen yhteiskuntapoliittisten toimien kautta. Yhteiskunnan rakenteet vaikuttavat tulonjakoon ja koulutusjärjestelmään. Terveellisten elintapojen tukeminen niin yleisesti kuin erityisesti

niiden ryhmien parissa, joissa esiintyy epäterveellisiä elintapoja, on yksi toimintatapa vaikuttaa. Sosiaali- ja terveystalvelujen tasa-arvoinen ja tarpeenmukainen saatavuuden parantaminen luo edellytyksiä terveyserojen kaventamiselle, koska silloin mahdollistuu palvelujen käyttö. (STM 2008:16, 18 ja 26.)

Terveyserojen kaventaminen vaatii seurantajärjestelmää, jolla toimenpiteiden vaikutuksia voidaan luotettavasti seurata. On luotava tietopohja tiedoille ja vahvistettava tiedon saantia. Koulutusta terveyseroihin ja niiden kaventamiseksi on laadittava sekä tiedotusta asiaan lisättävä. Toimijakenttä on monitahoinen. Erilaisilla hankkeilla on suoraan tai välillisesti vaikutusta terveyseroihin. (STM 2008:16, 18.)

Sosioekonomisen aseman osoittimina käytetään tavallisesti koulutusta, koulutusta vastaavaa sosiaaliluokkaa, työmarkkina-asemaa, tuloja ja varallisuutta. Usein nämä kytkeytyvät toisiinsa, mutta kullakin on oma itsenäinen sidos terveyteen. Terveyden eriarvoisuudella viitataan epäoikeudenmukaiseen terveyden vaihteluun, joihin yhteiskunnalliset tekijät selvästi vaikuttavat. Terveyserot eivät johdu pelkästään ihmisten omasta vapaasta valinnasta tai biologisista lainalaisuuksista vaan myös yhteiskunnallisista tekijöiden vallitsevuudesta. Terveys on yksi hyvinvoinnin keskeisimmistä ulottuvuuksista. Hyvinvoinnin vajeet voivat kasautua tiettyihin väestöryhmiin. Huono-osaisuuden kasautuminen syventää kuilua parempiosaisiin sekä aiheuttaa yhteiskunnan jakautumista. (STM 2008:16, 22.)

Terveyserojen kaventamiselle on esitetty erilaisia perusteluja. Osa koskee erojen eettistä hyväksyttävyyttä ja sosiaalista merkitystä, mutta osalla on selkeitä kansanterveydellisiä ja taloudellisia vaikutuksia. Hyvinvointiyhteiskunnassa ehkäistävissä olevia terveyseroja ei voida pitää oikeudenmukaisina ja siten eettisesti hyväksyttävinä. Yhteiskunnan sosiaalista kiinteyttä vahvistaa terveyserojen vähentäminen. Kyse on myös ihmisoikeuksien turvaamisesta. (STM 2008:16, 25 – 26.)

Terveysongelmat suurimmaksi osaksi ovat kasautuneet vähän koulutusta saaneiden ryhmiin. Tällä perusteella koulutus-asiaa korjaamalla voidaan vaikuttaa kansanterveyteenkin, sillä työvoima on turvattava ja eläkeikää nostettava. Riittävät palvelut voidaan turvata väestön ikääntyessä vain terveyseroja kaventamalla. Apua ja hoivaa tarvitsevien määrä nousee vuodesta 2000 noin 40 prosenttia vuoteen 2015

mennessä ja 80 prosenttia vuoteen 2030 mennessä. Vähän koulutusta saaneiden toimintakyvyn parantaminen on tälle edellytys, jotta toimenpide onnistuu ja kustannuksia saadaan hillittyä. (STM 2008:16, 25 - 26.)

Syrjäytymisen ehkäisemiseksi köyhyden vähentäminen on yksi keino terveyserojen kaventamiseksi. Köyhyden syyt ovat moninaiset. Pitkäaikaistyöttömyys, pätkätyöt työttömyysjaksoineen, palkka- ja eläketulojen pienuus, sairastamisesta ja vammaisuudesta johtuvat suuret terveydenhoito-, lääke-, apuväline- ja sairauskulut ovat yksittäisiä syitä, jotka voivat vaikuttaa jo yksistään tai kertautua. Kelan vastuulla on erilaisia sosiaaliturvaetuuksia, mutta arviota siitä, miten nämä etuudet vähentävät terveyseroja, ei ole tehty. (STM 2008:16, 31 - 33.)

Koulutuksen turvaaminen terveydenhoitopalveluineen on nostettu toimintaohjelmassa esiin. Työelämään osallistuminen on sekä taloudellinen että inhimillinen tavoite yhteiskunnassa. Työkyvyttömyyseläkkeiden kokonaismäärän nousu kuormittaa huoltosuhdetta ja syrjäyttää henkilöitä työmarkkinoilta. Välityömarkkinoiden toimivuus ja sosiaaliturvan kannustaminen työhön ilmenee erityisesti osatyökykyisten ihmisten työllistämässä. (STM 2008:16, 33 - 39.)

Politiikan avulla voidaan vaikuttaa elintapoihin. Erityisesti alkoholi-, tupakka-, ravitsemus- ja liikuntapolitiikka ovat niitä politiikanlohkoja, jotka vaikuttavat sosioekonomisiin eroihin. Vaikutus näkyy myös sairastavuudessa ja kuolleisuudessa ja eroja löytyy sukupuolten välillä. Alkoholin riskikäytön ja tupakoinnin on todettu selittävän jopa puolet työntekijämiesten ja ylempien toimihenkilömiesten välisestä elinaikaodotteen erosta, mikä on huomattava tulos. Päihdehuollon palvelut tulisi toimia saumattomasti sosiaali- ja terveystieteiden kanssa. Lihavuus on yksi riskitekijä, jolla on merkitys toimintakykyyn ja mielenterveyteen eikä vain ravitsemus- ja liikuntateeman kautta. (STM 2008:16, 42 - 42.)

Sosiaalipalveluiden osalta tunnustetaan henkilöstöpula ja pätevien sosiaalityöntekijöiden saanti sekä asiakaslähtöisen palveluohjauksen tarve. Koulutuksen kautta turvataan palvelujen kehittäminen, niin palveluja koskevien arviointitiedon kerääminen ja analysoiminen, tilastoiminen kuin vaikutusten arvioiminenkin. Sosiaalityön osaamisperusta on tie yhteistyöhön verkostoissa, oikea-aikaisiin palveluihin ja asiakkaan osallisuuden tukemiseen voimavaroja unohtamatta. Sosiaalityön ja perusterveydenhuollon sekä niiden

välisen yhteistyön kehittäminen on suora väline terveyserojen kaventamiseen, sillä tässä yhteydessä vammaiset henkilöt ovat tavalla tai toisella aina jommankumman tahon asiakkaina. (STM 2008:16, 48 - 50.)

Toimijatahoina terveyserojen kaventamisessa nähdään etupäässä valtionhallinto, kunnat ja kuntayhtymät, kansalaisjärjestöt, kirkon diakoniatyö, työmarkkinaosapuolet ja elinkeinoelämä. Terveyserojen kaventamisen on saatava pysyväksi osaksi hyvinvointipolitiikkaa, terveydenhuollon toimintaa ja terveyden edistämistä. Sosiaali- ja terveysministeriön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osasto vastaa ohjelman toimeenpanosta ja seurannasta arviointineen. Kansanterveyslaitos, Stakes ja Työterveyslaitos osallistuvat myös ohjelman toimeenpanoon, seurantaan ja arviointiin, sillä näiden laitosten asiantuntijatuki kanavoidaan TEROKA-hankkeen kautta, jonka pilottialueena myös Kainuu on. (STM 2008:16, 63 – 73.)

### **5.3 Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa**

Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos yhdessä toimivat TEROKA- hankkeessa (2006 - 2007), jossa kehitetään ja kootaan tietopohjaa terveyserojen kaventamiseksi Terveys 2015-ohjelman kaventamistavoitteen saavuttamiseksi. Sosioekonomiset terveyserot ovat haaste yhteiskuntapolitiikalle Suomessa. Sosioekonominen asema viittaa yleensä niin hyvinvoinnin aineellisiin ulottuvuuksiin kuin voimavarojen hankkimiseen tarvittaviin edellytyksiin. (<http://www.teroka.fi/teroka>)

TEROKA-hankkeen ja Kainuun maakunta –kuntayhtymän yhteisraporttiin ”Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa” on koottu tietoa kainuulaisten terveydestä, terveyskäyttäytymisestä, riskitekijöistä, kuolleisuudesta ja terveyspalveluiden käytöstä sukupuolittain ja koulutusryhmittäin. Kansanterveyslaitos on julkaissut tämän raportin vuonna 2008.

Kainuun maakunta sijaitsee Koillis-Suomessa Oulun läänissä. Kainuun pinta-ala on 24 452 neliometriä ja vuoden 2007 lopussa asukkaita oli 83 779. Kainuun maakunnassa on kahdeksan kuntaa, jotka ovat Vaala (3 561 asukasta), Kajaani (38 089), Paltamo (4 071), Ristijärvi (1 575), Sotkamo (10 716), Kuhmo (9 943), Suomussalmi (9 632), Puolanka (3



225) ja Hyrynsalmi (2 967.). Asukastiheys on 4 asukasta neliökilometrillä. Vuolijoki liittyi Kajaaniin jo vuoden 2007 alussa. (Kaikkonen ym. 2008, 19 - 20.)

Kainuussa on meneillään hallintokokeilu, jonka kesto on vuosien 2003 – 2012 välisen ajan. Maakunta vastaa sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamisesta ja peruskoulutuksen järjestämisestä hallintokokeilun ajan. Kainuun maakunta –kuntayhtymä aloitti toimintansa vuoden 2005 alussa ja tuottaa sosiaali- ja terveystalvelut sekä osan koulutustalveluista lukuun ottamatta lasten päivähoitoa, joka on peruskuntien vastuulla. Kainuun maakunta –kuntayhtymään kuuluvat Kainuun kunnat lukuun ottamatta Vaalan kuntaa. (Kaikkonen ym. 2008, 21 - 22.)

Kainuun bruttokansantuote oli vuonna 2004 maakunnista kolmanneksi alhaisin ja asukasta kohden laskettuna maan alhaisin (70,2). Työttömyysaste on pitkään ollut Kainuun kunnissa maan korkein ja työllisyysaste alhaisin. Koulutusrakenteeltaan kainuulaiset poikkeavat muusta maasta. Vuoden 2005 lopussa kainuulaisista 15 vuotta täyttäneistä tutkinnon suorittaneita oli 59,4 %, kun vastaava arvo koko maassa oli 63,4 %. Korkea-asteen tutkinnon suorittaneita Kainuussa samaan aikaan oli 19,1 %, kun vastaava luku koko maassa oli 25,4 %. Kainuulaiset naiset ovat pääsääntöisesti saaneet pidemmän koulutuksen kuin miehet. (Kaikkonen ym. 2008, 21 - 22.)

Elinajanodote on kainuulaisilla vuonna 2000 – 2003 syntyneillä naisilla 80,9 vuotta, mikä on hieman maan keskiarvoa (81,5) huonompi. Vastaavasti miesten elinajanodote on kainuulaisilla vuonna 2000 – 2003 syntyneillä 72,4 vuotta, kun maan keskiarvo on 74,7 vuotta. (Kaikkonen ym. 2008, 19.)

TEROKA-projekti käytti neljää kvantitatiivista ja yhtä kvalitatiivista aineistoa tutkimuksessaan. Kansanterveyslaitoksen suorittama vuosittainen aikuisväestön terveystalveluikäytymiskysely, Stakesin kouluterveystalveluikäytymiskysely, Tilastokeskuksen ja Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen elinolot ja kuolleisuus aineisto, Stakesin terveystalveluikäytymiskyselyn käyttöä koskeva aineisto ja Kainuun haastattelumateriaali olivat julkaisun aineistoja. (Kaikkonen ym. 2008, 23.)

Kainuussa työikäisistä (25 – 64 vuotiaat) naisista ja miehistä lähes puolet kokivat terveystalveluikäytymiskyselyssä tai sitä huonommaksi, kun kyseessä olivat enintään 9 vuotta

opiskelleet. Vastaava luku vähintään 13 vuotta opiskelleilla oli kolmannes. Vastausvaihtoehdot olivat hyvä, melko hyvä, keskitasoinen, melko huono ja huono. Ero koetussa terveydessä alimman ja ylimmän koulutusryhmän välillä on Kainuussa muuta Suomea jyrkemmät. Lapset, joiden vanhemmat ovat korkeammin koulutettuja, kokevat terveytensä paremmaksi kuin vähemmän koulutettujen vanhempien lapset. (Kaikkonen ym. 2008, 33 – 38.)

Liikkumiskyvyn ongelmat ovat Kainuussa yhtä yleisiä myös koulutusryhmien väliset erot kuin koko Suomessa. Mitä vähemmän koulutusta, sitä yleisempää ongelmat liikkumisessa, kun mittarina on pystyykö 500 metrin juoksuun. Naisilla ongelma on miehiä yleisempää, mikä näkyy naisilla kaikissa koulutusryhmissä. (Kaikkonen ym. 2008, 45- 46.)

Liikuntaa ei harrasta työkäisistä Kainuussa ja koko Suomessa 10 % naisista ja Kainuun miehistä 15 %. Vähän koulua käyneet harrastavat liikuntaa vähemmän kuin enemmän opiskelleet kuten on koko Suomessakin. Kuitenkin Kainuussa yleisemmin kuin koko Suomessa liikuntaa harrastetaan kaksi kertaa viikossa kaikissa koulutusryhmissä. (Kaikkonen ym. 2008, 167 – 176.)

Työkäisten lihavuus on yhtä yleistä kuin koko maassa. Useampi kuin joka viides työkäinen on lihana painoindeksin ollessa yli 30. Mitä vähemmän koulutusta, sitä yleisempää on lihavuus, todentuu tutkimuksessa. (Kaikkonen ym. 2008, 177 - 182.)

Pysyvää työkyvyttömyyseläkettä saavia on Kainuussa kuten koko Suomessa, samalla tasolla. Kuitenkin koulutusryhmittäiset erot olivat Kainuussa suuret verrattuna koko Suomeen. Enintään yhdeksän vuotta opiskelleista miehistä 13 % ja naisista 10 % saa pysyvää työkyvyttömyyseläkettä. Vastaavat luvut vähintään 13 vuotta opiskelleista on kahdesta kolmeen prosenttia, joten ero on jo yli viisinkertainen. Työkyvyttömyyseläkettä saavista 90 % on opiskellut enintään 12 vuotta. (Kaikkonen ym. 2008, 87 – 89.)

Elintapojen osalta päivittäinen tupakointi on yksi vaaratekijä. Naisten osalta tupakoivista noin 76 % on opiskellut enintään 12 vuotta. Miesten osalta luku on 84 %. Työkäisistä naisista päivittäin tupakoi joka viides ja miehistä joka neljäs. Tupakointi on Kainuussa yleisempää kuin muualla maassa. (Kaikkonen ym. 2008, 132 – 135.)

Työikäisistä alkoholia yli riskirajan käyttävistä Kainuun tilanne on Suomen tasolla. Riskiraja on naisilla vähintään 16 annosta viikossa ja miehillä 24 annosta. Väkevien alkoholien osalta tilanne Kainuussa on Suomen tasoa yleisempää. Riskikulutus väkevissä on naisilla vähintään kuusi annosta viikossa ja miehillä kahdeksan annosta viikossa. (Kaikkonen ym. 2008, 138 – 142.)

Kainuulaisia johtavassa asemassa olevia kahtatoista päätöksentekijää oli haastateltu marraskuussa 2006, jolloin terveyserotietoa ei ollut esitelty Kainuussa juurikaan. Haastattelujen tarkoituksena oli saada toimijoiden näkemyksiä, miten terveyserot näyttäytyvät, mitä niille on tehty ja mitä niille tulisi tehdä. Keskeisiä teemoja olivat työttömyys, syrjäytyminen, ennaltaehkäisy, sosiaalisuus ja osallisuus, terveystalouden toiminta ja lapset ja nuoret. Yleisesti nähtiin, että terveyseronäkökulma tuli saada strategioihin ja ennaltaehkäisevän työn merkitys kuntataloudelle oli suuri. Sosiaali- ja terveystaloudet nähtiin vain yhdeksi osaksi terveyserojen kaventamista ja pelkkä hallinnollinen järjestelmä ei ole tae onnistumiseen, vaan tarvitaan osallisuuden lisäämistä. Kolmannelle sektorille nähtiin vaikuttava rooli terveyserojen kaventamisen työssä, mutta koettiin, että terveyserojen kaventaminen kuuluu kaikille. (Kaikkonen ym. 2008, 243 – 254.)

Kainuun maakunta-kuntayhtymässä on luotu neljä strategista tavoitetta linjaamaan tulevaa toimintaa. Yksi tavoite on palvelujen suuntaaminen siten, että osataan tunnistaa ja puuttua palveluprosessien eriarvostaviin tekijöihin. Toinen tavoite on kehittää terveydenhuollon kykyä tunnistaa ja puuttua eri väestöryhmien tarpeisiin. Kolmas tavoite liittyy tutkittuun tietoon pohjautuvaa toimintaa, joka vaatii oman seuranta- ja ohjausjärjestelmän sekä yhteistyön tutkimuslaitosten kanssa. Neljäs tavoite on hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen otteen vahvistamiseen ja osaamisen kehittämiseen läpi organisaation. (Pääkkönen ym. 2008, 255.)

Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen on edennyt toimintaan Kansanterveyslaitoksen tuottaman tiedon pohjalta. Tieto tukee päätöksentekoa ja toimintaa, joilla haetaan vaikuttavuutta. Valtakunnallinen tieto ei yksin riitä, vaan tarvitaan alueellista tietoa kohdennettujen toimien pohjaksi. Viittauksia löytyy siitä, että monet elintapoja muokkaavat toimenpiteet ovat vaikuttavia ja niiden kustannusvaikuttavuussuhde

on edullinen. Kainuun maakunta –kuntayhtymän toiminnoissa kehittämisen tavoitteena on poikkihallinnollinen ja sektorirajat ylittävä toiminta. (Aitoaho 2008, 256 – 258.)

Kainuun peruskuntien ja Kainuun maakunta –kuntayhtymän tehtävänä on tukea terveellisten valintojen mahdollisuuksia ja vahvistaa terveyden kannalta edullisia taustatekijöitä. Näitä taustatekijöitä ovat koulutusmahdollisuudet, elinolot, työolot ja palveluiden toimivuus. Näillä pyritään luomaan yksilölle ja yhteisölle ne mahdollisuudet, joilla voidaan edistää omaa ja lähiympäristön terveyttä. Terveyserot huomioonottava terveyden edistämisen toimintamalli tähtää kainuulaisten hyvään oloon, hyvinvoinnin lisääntymiseen ja terveyteen, jossa näkyy terveyden tasa-arvoistuminen. (Aitoaho 2008, 256 – 260.)

Terveyden ja sairaanhoidon tulosalueella on tunnistettu, että sosioekonomisten terveyserojen merkitys taustatekijänä tulee ottaa huomioon selvemmin erityisesti ennalta ehkäisevää toimintaa kohdennettaessa. Terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn näkökulman tuominen hoitotilanteeseen niin terveyskeskuksissa kuin erikoissairanhoidossa on vaativa tehtävä. (Saari 2008, 261 – 262.)

Perhepalvelujen tulosalueen toimintasuunnitelmassa on sellaisia strategisia päämääriä, jotka sisältävät terveyden ja hyvinvoinnin näkökulmat. Esimerkiksi vammaispalvelut ja aikuissosiaalityö toteutuvat koko maakunnan alueella samantasoisesti, laadukkaasti ja tehokkaasti. Toimintaperiaatteet on luotu kumpaankin osa-alueeseen. Vasara-hanke mainitaan vammaispalvelujen tasapuolisen saatavuuden, palveluista tiedottamisen ja henkilökunnan erityisosaamisen kehittämisen välineenä. Kehitysvammaisten tilapäishoidon keskittäminen Kuusanmäkeen ja laitoshoidon purkaminen ovat myös esillä. Perhepalveluissa on toimiva organisaatio- ja palvelurakenne sekä potilas/asiakas- ja voimavarakeskeiset hoito- ja palveluketjut. Osatyökykyisten työllistämiseksi kunnat, maakunta-kuntayhtymä ja työvoimahallinto toimivat aktiivisesti yhteistyössä. Pitkäjänteinen taloussuunnittelu ja kokonaistaloudellinen näkökulma ovat huomioitu perhepalveluissa. (Ylävaara 2008, 263 -265.)

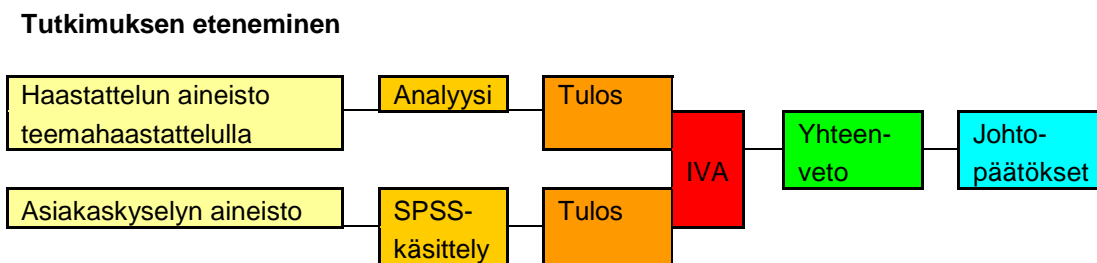
Vanhuspalvelujen tulosalueella nostetaan esille vanhuksen kotona selviytyminen ja siihen kuntien panostus esimerkiksi turvaamalla julkiset liikenneyhteydet ja ympäristön esteettömyys. Palvelujen suuntaamisessa näkyvät esimerkiksi palveluohjauksen

monipuolinen hyödyntäminen, kuntouttava työote ja sosiaalityön osaamisen panostaminen. Vanhuspalvelujen osalta todetaan, että tarvitaan enemmän tietoa terveyserojen osalta vanhuksilla, sillä monet näkökulmat terveyseroissa, joita tavoitellaan, painottuvat lapsiin ja nuoriin. Vanhusväestön osalta tavoiteltavat asiat saattavat olla juuri päinvastaisia esimerkiksi ravitsemuksessa, liikunnassa, mikä on todellakin muistettava asia. (Tolonen 2008, 265 -266.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittäminen Kainuun maakunta –kuntayhtymässä on koottu yhteen, jotta kehittämistoimintaa voidaan tehostaa ja parantaa vaikuttavuutta. Kuntayhtymän hallinnoimia hankkeita on vuosittain meneillään noin 20 ja kumppanuushankkeita noin 15. Kehittämistoiminta liittyy kiinteästi Kainuun maakunnan strategiaan suunnitelmiin kuten maakuntasuunnitelmaan, maakuntaohjelmaan ja sosiaali- ja terveystoimialan suunnitelmiin. Kainuussa jokainen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishanke tarkastellaan väestöryhmien välisistä terveyserojen näkökulmasta hankevetäjän johdolla ohjausryhmässä. (Pikkarainen 2008, 267 – 268.)

## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimuksen toteuttamisessa kuvaan tehtävään liittyvät menetit kussakin vaiheessa erikseen. Pro gradu - opinnäytteeni on sekä aineistoltaan että metodiltaan triangulaatio. Metodisessa triangulaatiossa on kyse tietyn ilmiön tutkimisesta käyttämällä usein jaksoittain useammasta eri metodologisesta lähestymistavasta peräisin olevia menetelmiä täydentämään toistensa antamaa kuvaa tutkittavasta ilmiöstä. Metodisessa triangulaatiossa ollaan kiinnostuneita siitä, vahvistavatko saadut tulokset toisiaan, kun käytössä ovat eri menetit. (Raunio 1999, 340 - 341.)



**KUVA 2 Tutkimuksen eteneminen**

Metodinen triangulaatio pro gradu - tutkielmassani liittyy asiakaskyselyyn, yhteistyötahojen haastatteluihin ja näiden aineistojen tulosten kautta laadittuun ihmisiin kohdistuvien vaikutusten ennako-arviointiin (IVA). Näitä molempia aineistoja tarvittiin luomaan ja täydentämään kuvaa siitä, millainen on vammaispalvelujen asiakaskunta, miten terveyden edistäminen ymmärretään, tiedostetaan ja miten tätä tietoa voitaisiin ennakoarvioinnin kautta hyödyntää. Tutkimuksella pyritään ekososiaalisen lähestymisen kautta korostamaan hyvinvoinnin osuutta terveyden edistämisessä.

Janus-lehdessä (2007) ollut Jani Erolan ja Pekka Räsäsen artikkeli Suomalaisen sosiaalitieteen menetelmätrendit 1990- ja 2000- luvuilla painottui tutkimuksiin ja kriisikeskusteluun eri menetelmistä. Tämän mukaan Erik Allardt (1995, 10) on peräänkuuluttanut aineistomäärältään suurten ja merkittävien yhteiskunnallisten kysymysten tutkimusta, jotka vähenivät 1990-luvulla. Kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen

tutkimuksen epätasapaino näkyy siinä, ettei enää ole toteutettu rakenne- ja elinolosuhdetutkimuksia kuten aiemmin. (Erola & Räsänen 2007, 299.)

Suomen vammaispoliittisessa ohjelmassa (1995, 45) edellytettiin, että tutkimuslaitosten lisäksi yliopistot ja kuntoutustutkimuskeskukset tekevät tutkimuksia vammaisten ihmisten elinoloista. (Airaksinen 2006, 85). Tietoa on jonkin verran tullut 2000-luvulla vammaisten ihmisten elinoloista rekisterien valossa, mutta käsittääkseni alueellista tietoa ei niinkään ole tuotettu.

## 6.1 Tutkimuskohteena vammaisten elinolot ja asema Kainuussa

Tutkimustehtäväni ovat:

1. **Millainen kuva muodostuu vammaispalvelujen asiakaskunnasta Kainuun maakunta-kuntayhtymään kuuluvien kahdeksan kunnan toiminta-alueella.**
2. Lisäksi haluan selvittää, **miten vammaispalveluissa sosiaalityön keinoin voidaan edistää hyvinvointia ja siten terveyttä.**
3. Kolmas tutkimustehtäväni on luoda ennakoarviointi näiden kahden edellä mainittujen aineistojen avulla, jotta voidaan selvittää, **millaisia toimenpiteitä terveyden edistäminen eri tahoilta vaatii.**

Tutkimukseni on ajankohtainen, sillä tietoa ei ole tästä terveyden edistämisen näkökulmasta vammaisilla erityisryhmänä. Yhteiskunnallisesta näkökulmasta olisi tärkeää saada tietoa, kuinka paljon vammautuneiden uudelleen koulutusta on ja onko tällä koulutuksella vaikuttavuutta työelämään pääsemiseksi ja tulotason nousuun tähtäävänä sekä miten henkilöt itse kokevat oman terveytensä ja hyödynnettävän työkykynsä. Kansantaloudellisesti työkäinen väestö pitäisi saada töihin ja pysymään työelämässä mahdollisimman pitkään. Etukäteen on jo tiedossa, että vammaisten henkilöiden työllistymiskynnys on korkea, tulotaso matala sekä muutos väestön koulutusvuosien määrässä on suuri vuosikymmenien aikana liittyen yhteiskunnan kehittymiseen. Uskon, että pro gradu-tutkielmani tulokset ovat jossakin määrin siirrettävissä valtakunnallisesti. Tutkimuslupa on myönnetty Kainuun maakunta-kuntayhtymän hallinnosta perhepalvelujohtajalta, jonka tulosalueelle vammaispalvelut kuuluivat vuonna 2007.

## 6.2 Asiakaskysely

Tutkimukseni ensimmäinen metodivaihe oli pääasiassa kvantitatiivinen, jossa toteutettiin vaikeavammaisten kuljetuspalveluja saaville kysely Kainuun maakunta-kuntayhtymän kahdeksan kunnan toiminta-alueella. Kunnat ovat Kajaani, Ristijärvi, Paltamo, Sotkamo, Kuhmo, Suomussalmi, Hyrynsalmi ja Puolanka. Vuolijoen kunta oli jo aiemmin liittynyt Kajaanin kaupunkiin. Peruste, miksi kysely kohdistettiin vaikeavammaisten kuljetuspalveluja saaville, oli se, että he edustavat määrältään ylivoimaisesti suurinta vammaispalvelujen käyttäjäryhmää. (Kaski 2005, 2). Tilastotietoa vammaispalveluista löytyy internetistä SOTKANet-tietokannasta (<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Vammaisuus/index.htm>).

Vammaispalvelujen vuoden 2008 kuljetuskorttien postittamisen yhteydessä joulukuun puolivälin ja tammikuun puolivälin aikana kuljetuskortin kanssa samaan kirjekuoreen tuli asiakaskysely palautuskuorineen. Tämä asiakaskysely lähti 1436 henkilölle eli tarkoitus oli saada jokaisen mielipide esiin. Vastauksia palautui 552 kappaletta, joten vastausprosentti oli 38,44 prosenttia. Kyselyn tuottamaa aineistoa käsiteltiin SPSS-ohjelmalla tilastollisen analyysin keinoin. Kyselyn avoimet vastaukset käsiteltiin luokittelemalla vastaukset teemoihin, joiden kautta saadaan määrät kullekin teemalle. Vammaispalvelujen asiakaskyselyn avulla luotiin kuvaus Kainuun vammaispalvelujen asiakaskunnasta. Kuvauksessa tilastollista analyysia käytin erityisesti ristiintaulukoinnissa (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1994, 144).

Kvantitatiivisen tutkimuksen perusedellytyksenä on myös niiden merkitysjärjestelmien riittävä ymmärtäminen, joita tutkittava kohde ympäristöineen käyttää, koska käsitteillä tulee olla mielekäs yhteys tutkittavan yhteisön omaan käsitteistöön. Tulosten ymmärtäminen ja oikea tulkinta vaativat, että tutkijan on tunnettava hyvin kohteenaan oleva ilmiö. Tällöin ei riitä vain tutkimuskohteen tunteminen vaan laajemminkin mielessä kuin käytetty aineisto, jotta tutkija osaa ymmärtää ja antaa tulkintaa tuloksille oikeassa perspektiivissä. Kvantitatiivisella tutkimuksella voidaan kuvata tutkimuskohteen rakennetta eli millaisista osista se koostuu, löytyykö niistä jonkinlaista riippuvuuskina ilmenevää systematiikkaa, minkälaisia yhteyksiä eri osien välillä on ja minkälaisia muutoksia ilmiössä tapahtuu. (Alkula ym. 1994, 20 - 22.)



Empiirisen aineiston tutkimusasetelma voi perustua esimerkiksi mahdollisimman erilaisten ryhmien, eri alueiden tai eri aikojen vertailulle. Yleisesti voidaan sanoa, että mikäli halutaan tarkkoja yleistettäviä tietoja, tarvitaan suurta aineistoa. Hyvän aineiston peruskriteerinä pidetään luotettavuutta. Sisäinen luotettavuus kuvaa sitä, miten hyvin kerätyt tiedot kuvastavat niitä asioita, joita on ollut tarkoitus tutkia. Ulkoinen luotettavuus kuvaa sitä, voidaanko kerättyjen tietojen pohjalta tehdä yleisempiä päätelmiä. (Alkula ym. 1994, 44.)

Kyselylomakkeen laadinnassa hyödynsin työyhteisöä, asiakaskunnan edustajia ja TEROKA-hankkeen toimijoita. Kysymyslomakkeen laadinta oli prosessi, jossa tarkennettiin kysymyksiä, lisättiin olennaisia asioita kysyviä kysymyksiä, poistettiin epäolennaisia kysymyksiä, mutta myös karsittiin kysymyksiä, jottei kyselylomakkeesta tulisi liian pitkää. Vastausvaihtoehtojen laadinta tapahtui suurimmaksi osaksi asteikkollisesti, mutta joukossa oli avoimiakin vastausmahdollisuuksia. Myös muuttujia tuli miettiä etukäteen kysymyslomaketta laadittaessa. Etukäteen oli jo valmistauduttava suureen aineistomäärään, joten kvantitatiivinen tutkimus oli minulle ainoa vaihtoehto tuottaa tietoa tuossa vaiheessa.

Operationalisoinnissa laadin SPSS-ohjelmaan kysymysten käsitteille mitattavia muuttujia. Yhteen kysymykseen saattoi kohdistua useampi muuttuja. Operationalisoinnin jälkeen alkoi tallennusvaihe, jossa syötin vastausten arvoja muuttujiin. Analysointivaiheessa saatoin huomata, että olemassa oleva muuttuja täytyi muokata vielä uudeksi muuttujaksi, esimerkiksi järjestysasteikollinen vastaus täytyi luokitella, jotta tätä muuttujaa voisi käyttää ristiintaulukoinnissa.

Tilastollista analyysia toteutin pääasiassa tilastollisen tutkimuksen perusmenetelmän ristiintaulukoinnin kautta. Asteikkona oli usein laatueroasteikko. Ristiintaulukointi sopii osajoukkojen vertailuun ja sen kautta tulokset voidaan esittää ymmärrettävästi. SPSS-ohjelman kautta saadaan ristiintaulukoinnissa haluttaessa myös erilaisia graafisia esityksiä, joiden kautta tulosten esitys on lukijalle helpompaa. (Alkula ym. 1994, 188 – 192.)

Taulukointiin liittyy kaksi ongelmaa, koska useimmiten halutaan taulukoida monta muuttujaa ristiin keskenään. Tällöin aineisto hajoaa pieniin ryhmiin ja tulokset käyvät

epäluotettaviksi. Vaaditaan suuria otoksia, jotta analyysin taso ei kärsisi. Toinen ongelma on monimutkaisten taulukoiden vaikea tulkinta. (Alkula ym. 1994, 175 - 220.)

Tutkimuseettisesti tutkimusta voi arvioida ihmisarvon kunnioituksen normien mukaan siten, että kyselylomakkeeseen vastaaminen oli vapaaehtoista ja vastaaminen tapahtui nimettömänä. Lomake postitettiin vastauskuoren kanssa eikä nimilistojen tai numerokoodien kautta seurattu, kuka vastasi, joten yksityisyyden suoja ja vastaajan vahingoittumattomuus turvattiin näiden toimien kautta. Jo tutkimuskohdetta voidaan pitää arkaluonteisena aiheena, joten nimettömyydellä pyrittiin ehkäisemään vastaajien tunnistamattomuus. Tämä tapahtui esimerkiksi luokittelujen kautta siten, että iät olivat jo valmiina luokitteluina ja kuntien sijasta asuinpaikka kysyttiin seutuina, sillä pienillä paikkakunnilla yksittäisen vastaajan olisi iän ja sukupuolen perusteella saattanut tunnistaa. Koska en työskennellyt hankevetäjänä vammaispalveluissa viranhaltijana, ei minulla ollut oikeutta saada asiakasrekisteristä vammaispalveluja käyttävien henkilöiden yhteystietoja. Tämän vuoksi kysely vastauskuorineen meni sosiaalitoimen kautta. Kyselylomakkeessa oli tieto aineiston käyttämisestä pro gradu tutkielmassa. Paperiset nimettömät kyselylomakkeiden vastaukset säilytetään Kainuun hanketoiminnan arkistonmuodostusohjeen mukaisesti. (Kuula 2006, 61 – 64, 91 – 92, 200 ja 211.)

Tutkimuksen luotettavuudessa validiuteen pyrin isolla aineistolla, joka kuvaisi asiakaskuntaa ja tässä mielestäni onnistuin. Muuttujien laadinta oli äärimmäisen tärkeä vaihe, jotta ilmiötä voitiin kuvata sisällöllisesti. Osa kysymyksistä oli aiheeltaan arkoja esimerkiksi paino ja tähän en saanut läheskään kaikilta vastausta tai osa ei vastannut puolestaan pituuteen, joten painoindeksiä en lopulta laskenut ollenkaan. Suuri osa koki elintavoista kysymisen mielekkäänä, mutta yksi vastaaja oli loukkaantunut, että niistä kysytään edes nimettömänä. Kyselyssä palvelu ja siihen tyytyväisyys olisi pitänyt saattaa lähemmäksi, sillä usein vastaajat arvioitsivat sellaista palvelua, jota eivät käyttäneet. Siltä osin palveluun tyytyväisyyttä ei voida tarkasti mitata. Aihealueen tuntemus johtui työstäni vammaisalalla sekä tutustumisesta terveyserojen kaventamisen painopisteisiin. Jo etukäteen olin rajannut intressini, että en etsi mm. syy-seuraussuhteita tai korrelaatiota vaan haluan kuvata asiakaskuntaa. Jälkeenpäin analysoin, että osa kyselylomakkeen kysymyksistä oli ehkä liiankin tarkkoja ja olisi voinut jättää pois. Aineiston tallennus ja käsittely onnistuivat mielestäni luotettavasti, sillä SPSS-ohjelman kautta pystyin tarkistamaan arvojen mielekkyyden kuhunkin kysymykseen ja korjaamaan virheet siirrossa

ennen kuin aloitin analysoinnin. Asiakaskunnan kuvauksessa toin ristiinkerronnan kautta painopisteitä eri teemoihin, joista osa on mielestäni tärkeitä nostaa esiin, jotta siihen voidaan puuttua. Reliaabelius on mahdollista tarkistaa toteuttamalla kysely uudelleen. (Alkula ym. 1994, 74 - 97. ; Kuula 2006, 156.)

### **6.3 Yhteistyötahojen teemahaastattelu**

Tutkimukseni täydennykseksi halusin eri menetelmällä saada lisätietoa, miten hyvin vammaisten asema ja elinolot tunnetaan ja tuntevatko haastateltavat terveyden edistämistä käsitteenä ja sisällöllisesti. Koska vammaisten henkilöiden palvelut ovat osittain kiinni myös poliittisesta tahdosta, halusin selvittää, miten eri tahot tuntevat tilanteen. Tämä osa tutkimuksesta on hermeneuttista tutkimusta, jonka kautta haetaan ymmärrystä haastatteluissa olleille ilmiöille. Laadullinen tutkimus on kuvailevaa ja toisaalta ilmiöille pyritään löytämään selityksiä (Syrjälä 1994, 10 - 13).

Heideggeriläinen hermeneutiikka on kiinnostunut ihmisenä olemisesta ja avautumisesta muille ympärillään läsnä oleville asioille. Heideggeriläinen hermeneutiikka puhuttelee, sillä se pitää sisällään esioletuksen asiasta, jota pyritään tulkitsemaan ja ymmärtämään. (Heidegger 2000b, 26.)

Heideggeriläiseen hermeneutiikkaan liittyy virittyneisyys ja huolet (2000a, 174). Heideggeriläisessä hermeneutiikassa huoli on maailmassaolemista, huoli ei ole sidottuna yhteen asiaan, kohteeseen. Virittyneisyys on riippuvainen mielialasta, sillä mielialat vaihtelevat huolista johtuen ja siten koko vastaanottokyky eri asioille riippuu tästä virittyneisyyden tilasta. (Kusch 1986, 81 – 82.)

Valitsin aineiston keruumenetelmäksi teemahaastattelun, joka on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä. Teemahaastattelu ottaa huomioon ihmisen sekä ajattelevana että toimivana olentona. Teemahaastattelu sopii käytettäväksi silloin, kun kyseessä on emotionaalisesti arat asiat ja kun halutaan saada selville esimerkiksi heikosti tiedostettuja seikkoja kuten ihanteita, aikomuksia, arvostuksia ja perusteluita. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47, 68 - 69 ja 116.)

Toukokuusta 2008 alkaen aina maaliskuuhun 2009 suoritin neljälle yhteistyötahona toimivalle henkilölle teemahaastatteluna tutkimuksen kvalitatiivisen osion, jotta näkyisi miten haastateltavat tuntevat vammaisten yhteiskunnallista asemaa sekä miten terveyden edistämisen politiikka tulee ruohonjuuritasolle asti. Teemat muodostin etukäteen. Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista, mutta osa saattoi kokea työn asettamaksi velvollisuudeksi suostua haastatteluun. Haastattelut kohdistuivat useammalle sosiaalityöntekijälle ja sosiaali- ja terveystoimen luottamushenkilölle, jotka ovat kukin omassa roolissaan tekemisissä vammaispalvelujen asiakaskunnan kanssa. Rajasin haastateltavien määrän neljään, mutta valitsin molemmista ryhmistä edustajia, jotta heitä ei tunnistettaisi. Täysin varma ei voi laadullisessa tutkimuksessa olla, että suora aineistositaatti on tunnistamaton, mikä voi ilmentyä tässäkin tutkimuksessa. Haastattelut nauhoitin MP3-laitteelle, minkä kerroin etukäteen pyytäessäni haastatteluun ja kerroin haastattelun tarkoituksen liittyen Pro gradu-tutkielmaan. Haastattelut litteroin ja muutin nimitiedot numerotiedoksi. Tämän jälkeen hävitin äänitallenteet. (Kuula 2006, 128 – 129, 145 ja 205.)

Teemahaastattelun koin olevan hyvä valinta, jotta haastattelun aikana voin motivoida haastateltavia, tehdä tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä ja antaa haastateltaville vapauden tajunnanvirtaan, kunhan huolehdin teemojen äärelle pysähtymisestä. Laadullisessa tutkimuksessa keskitytään varsin pieneen määrään tapauksia ja niitä pyritään analysoimaan varsin tehokkaasti. Aineiston tieteellisyyden mittari ei laadullisessa tutkimuksessa ole määrä vaan laatu. Tutkija voi käyttää harkinnanvaraista otantaa, jolloin aineiston hankinta ohjaa kohti teoreettisia perusteita. Luonne laadullisessa tutkimuksessa on enemmänkin teoriaa kehittävä kuin koetteleva, koska aineiston valinta ohjaa esioletuksiin pyrkimistä (Eskola & Suoranta 1998, 16 - 18.)

Oman tutkimukseni analysointi tapahtui teemoittelun pohjalta, jolloin teoria ja empiria lomittautuivat keskenään, mikä näkyi vuoropuheluna tekstissä. Teemoittelun sisällön jaoin haastatteluaineistossa väri- ja numerokoodeilla, mikä helpotti analysointia. Itselläni ei ollut käytössä tietokonepohjaista kvalitatiivista analyysiohjelmaa.

Tulosten ja todellisuuden mahdollisimman hyvä vastaavuus tulisi olla tutkimuksen tavoitteena. Tähän pyrin käyttämällä tutkimusmenetelmänä teemahaastattelua, joka tekee oikeutta todellisuuden moni-ilmeisyydelle. Teemahaastattelulla voi tavoittaa tutkittavien

ilmiöiden erilaisia vivahteita ja tiivistää ne siten, että kuvauksen uudet ulottuvaisuudet välittäisivät haastateltavien todellisia ajatuksia ja kokemuksia. Koin saaneeni haastateltavilta luontevia ja todellisuuden mukaisia vastauksia ilmiöihin. (Hirsjärvi ym. 2000, 179 - 184.)

Tarkastelen tutkimuksen luotettavuutta laadulliselle tutkimukselle sekä teemahaastattelulle asetettujen luotettavuuden kriteerien kautta. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkijan avoin subjektiviteetti ja sen myöntäminen, että tutkimuksen keskeinen tutkimusväline on tutkija itse. Luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. (Eskola ym. 1998, 211.) Oikeastaan ainoa tapa osoittaa laadullisen tutkimuksen validius on kuvata tutkimusraportissa yksityiskohtaisesti koko tutkimusprosessi (Grönfors 1985, 178.)

Sisäisellä validiteetilla (pätevyydellä) viitataan tutkimuksen käsitteellisten ja teoreettisten määrittelyjen sopusointuun. Teoreettis-filosofisten lähtökohtien, käsitteellisten määritteiden ja menetelmällisten ratkaisujen tulee olla loogisessa suhteessa keskenään. Aineiston sisäinen validiteetti kuvastaa lähinnä tutkijan omaa tieteellistä otetta ja sitä, että tutkija tuntee tieteenalansa. (Eskola ym.1998, 214.) Aineiston sisäinen validiteetti voidaan tarkastaa käyttämällä ns. tervettä järkeä eli päättelyn avulla (Grönfors 1985, 174 ; Hirsjärvi ym. 2000, 187).

Ulkoinen validiteetti tarkoittaa tehtyjen tulkintojen ja johtopäätösten sekä aineiston välisen suhteen pätevyyttä. Ulkoinen validiteetti liittyy enemmän tutkijaan kuin tutkittavien käyttäytymiseen. Grönforsin (1982) mukaan tietyn tutkimushavainnon sanotaan olevan ulkoisesti validia silloin, kun se kuvaa tutkimuskohteen sellaisena kuin se on. (Eskola ym. 1998, 214.) Haastattelututkimusta suoritettaessa aineisto on ulkoisesti validia silloin, kun haastateltava on antanut totuudenmukaisia tietoja kyseisistä asioista (Grönfors 1985, 174). Koen, että tutkimukseni laadullinen osuus onnistui luotettavasti enkä osaa sanoa, olisinko tehnyt jotain toisin, sillä tulos tuki asiakaskunnan kuvailua ja terveyden edistämisen käsitteen tuntemista.

## 6.4 Ennakkoarviointi

Pro gradu - tutkielmaani sisältyy ennakkoarviointi. Ennakkoarviointina on ihmiseen kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA), jota kautta pyrin edistämään hyvinvointia ja terveyden edistämistyötä. IVA sisältää sekä sosiaalisten vaikutusten arvioinnin että terveystaikutusten arvioinnin (STM 2006:19, 43).

Käytin tutkimukseni kahden aineiston tuloksia pohjana laatiakseni IVA:n vaikutusverkon muodossa. Vaikutusverkon kautta pyrin vaikuttamaan ilmiöiden ymmärtämiseen. Tunnistamalla palvelujen puuttumisen ja ympäristön luomia vaikutuksia vammaisen henkilön elämässä, voidaan tämän tiedostamisen ja ymmärtämisen kautta vaikuttaa ihmisten asenteisiin. Tutkimuksessani lähestyn terveyden edistämistä ekososiaalisesta näkökulmasta, jonka vuoksi koin vaikutusverkon olevan mielekäs kuvaamaan niitä ongelmia, joita vammaisen henkilö voi elämässään ja arjessaan kohdata. Ilman vaikutusten tunnistamista, ei voi suunnata toimenpiteitä haittojen ehkäisemiseksi.

Asiakaskyselyyn sisältyi terveyden edistämisen laatusuosituksessa olevia hyvinvoinnin mittareita. Teemahaastattelujen avulla sain käsityksen, missä määrin sosiaalityöntekijät ja vammaisten henkilöiden palvelujen kanssa tekemisessä olevat luottamushenkilöt tunsivat hyvinvointiin ja terveyden edistämiseen liittyviä asioita. IVA:n tuloksena syntyi päättäjien hyödynnettävissä olevia vaikutusverkkoja, joilla on ekososiaalisesti hyvin merkittävä rooli ihmisen hyvinvoinnille ja siten terveyden edistämislle.

Ihmiseen kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA) tarkoittaa ennakkoarviointia suunnitelmien, ohjelmien, päätösten vaikutuksista ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin. Arvioinnissa tarkastellaan erilaisia toiminta- ja ratkaisuvaihtoehtoja sekä niiden vaikutuksia niin positiivisessa kuin negatiivisessakin mielessä. (STM 2006:19, 43.)

Vaikutusten ennakkoarviointi on haasteellista, koska taustalla olevat syy-seuraussuhteet ovat monimutkaisia ja tieto tulevaisuudesta usein epävarmaa. Ennakkoarvioinnissa puhutaan todennäköisistä tai mahdollisista vaikutuksista. IVA voidaan toteuttaa monin eri tavoin. Painotuksena voivat olla määrälliset tiedot ja asiantuntijuus tai laadullinen tieto ja

asiakasryhmien osallistuminen prosessiin, jolloin kyse on enemmän arvoneuvotteluista. (Nelimarkka & Kauppinen 2007, 8.)

IVA soveltuu kaikkeen päätöksentekoon, sillä sen avulla valmistelusta saadaan läpinäkyvämpi, osallistavampi ja mahdollisista vaikutuksista saadaan etukäteen tietoa. Koska tietoa saadaan etukäteen, voidaan etsiä keinoja myönteisten vaikutusten vahvistamiseksi ja haitallisten vaikutusten ehkäisemiseksi tai lieventämiseksi. Päätäjille saadaan selkeämpi kuva ja käsitys, miten päätökset vaikuttavat kuntalaisten terveyteen ja hyvinvointiin. IVA on valtaistumisen väline ja sen avulla voidaan konkreettisemmin huomioida eri lakien ja ohjelmien velvoitteet koskien kuntalaisista huolehtimista. (Nelimarkka ym. 2007, 11 – 13 ; Kauppinen & Nelimarkka 2004, 56 – 58.)

IVA:n tarpeellisuuden voi tunnistaa, mikäli päätöksellä on mahdollisia vaikutuksia esimerkiksi elinympäristöön, elinoloihin, elintapoihin, elämäntapaan, hyvinvointiin ja terveyteen tai hyvinvointipalveluihin. Jotta IVA voidaan tehdä, tarvitaan tietoa nykytilasta, vaihtoehdoista ja vaikutuksista. Valtakunnalliset ohjelmat on hyvä pitää esillä kuten Terveys 2015 ja Hyvinvointi 2015. Paikalliset ohjelmat ja strategiat täytyy myös tuntea. Tietoa tarvitaan mitattavista asioista, arvoista ja kokemuksista. Analysoinnissa voidaan vertailla tilannetta kunnan tai maan keskiarvoon. Ennakoarvioinnin yhteenvedon esittämistyyliä on taulukkona vaikutuksista, hyötyjen ja haittojen kuvauksena, arvostusten kuvauksen kautta tai voittajien ja häviäjien kuvauksena. (Nelimarkka ym. 2007, 21 – 23; 37.)

Laatimani IVA:n vaikutusverkkojen levittämiseen, hyödyntämiseen ja sen seurauksena toimenpiteiden toteuttamiseen en ota kantaa tutkielmassani, vaan siitä lopulta keskustelevat virkamiehet ja päättäjät keskenään. Heidän päätöksestään riippuu, mitä toimenpiteitä tehdään ja miten vaikutuksia halutaan jatkossa seurattavan. Seuranta varten voidaan laatia oma seurantasuunnitelma, joka tarkastelee kohteen kannalta, toteutetaanko kertaluonteista vai jatkuvaluonteista seurantaa. Tekijänä ja kohteena voi olla asiakas tai viranomainen/ palveluntuottaja. (Nelimarkka ym. 2007, 40 – 41.)

Ennakoarviointia voidaan saavuttaa paremmin perusteltuja päätöksiä ja ne tukevat osaltaan myös kunnan strategiaa. Työskentelytapana IVA mahdollistaa uuden työkalun sosiaali- ja terveystieteiden politiikkaan. IVA tukee monialaista, osallistavaa ja valtaistavaa työtä

nostamalla esille mahdollisia vaikutuksia. Tiedostamalla mahdolliset vaikutukset, voidaan arvioida paremmin kestävän kehityksen käännepesteet. (Nelimarkka ym. 2007, 50 – 51.) Ekososiaalisuus saadaan näin näkökulmaksi ja toivottavasti myös toimintaan sisällytetyksi kuntatason toimijoille.

Asiakaskyselyä voidaan hyödyntää pohjana myöhemminkin, mikäli halutaan seurata vammaisten henkilöiden aseman ja elinolojen muutosta. Uusintakyselyn voisi tehdä muutaman vuoden välein ja näin verrata saatuja tuloksia. Ekososiaalinen näkökulma terveyden edistämässä pyrkii parantamaan hyvinvointia ja elinoloja pysyvästi, mutta siihen tarvitaan ensin tutkittua tietoa.

Terveyserojen syntyyn vaikuttaa huono-osaisuuden kasautuminen. Joihinkin syytekijöihin yksilöllä itsellään ei ole osuutta esimerkiksi lapsuuden elinolosuhteet. Toiset syytekijät saattavat juontua sosiaalisesta liikkuvuudesta, fyysisestä tai psykososiaalisesta elinympäristöstä. Elämänkaarella on vaikutusta tarkastelunäkökulmaan. Erilaisia toimenpiteitä kannattaa suunnata elämänkaaren eri vaiheissa eikä kaikille samaa toimenpidettä, koska toimenpiteen vaikutus on sidoksissa elämänkaaren vaiheeseen. (West 1998, 24 ja 44.)

Nykypäivänä suomalaisen terveyttä määrittävät muutkin tekijät kuin altistuminen tartuntataudeille, onnettomuuksille tai terveyskäyttäytyminen. Yhteiskunnan voimavarojen tasa-arvoinen jakaantuminen koulutusmahdollisuuksineen, työllisyysnäkyvineen, turvallisine ja virikkeellisine elinympäristöineen voivat synnyttää juuri ne olosuhteet, joissa täyttyvät hyvän terveyden edellytykset niin kasvuohtoineen kuin elämänvaihenäkökulmineen. (Karvonen 1998, 79.)

Elämänkaaren eri vaiheet on hyvä tiedostaa IVA:a laadittaessa, sillä eri asiat merkitsevät eri tavalla eri ikäkausina. Esimerkiksi harrastuksilla on aivan eri merkitys, kun kyseessä on pieni lapsi, kouluikäinen, aikuinen tai ikääntynyt henkilö. Myös toimintakyvyn rajoitteet saattavat vaikuttaa asian merkitykseen yksilölle. Ihmiseen kohdistuvien vaikutusten arvioinnissa tunnistetaan kolme eri laatua, millä tasolla vaikutuksia arvioidaan. Minimissään sosiaalisten vaikutusten arviointi käsitetään osallistumisena ja asukasmielipiteiden esittämisenä ilman, että tuloksia analysoidaan ja pohditaan. Terveysvaikutusten arvioinnissa painopiste on tuolloin päästöjen määrässä tai



leviämismallin esittelyssä. Kehittyneempi arvio pitää pohdinnassa aikaulottuvuuden tai ihmisryhmän tai alueellisen kohdentumisen sisällään. Parhaimmillaan arvioinnissa on tarkasteltu käytön ja rakentamisen aikaisia vaikutuksia tai vaihtoehtojen etuja tai haittoja on pohdittu syvällisesti. (<http://info.stakes.fi/iva/FI/Oppimateriaali/laatu.htm>)

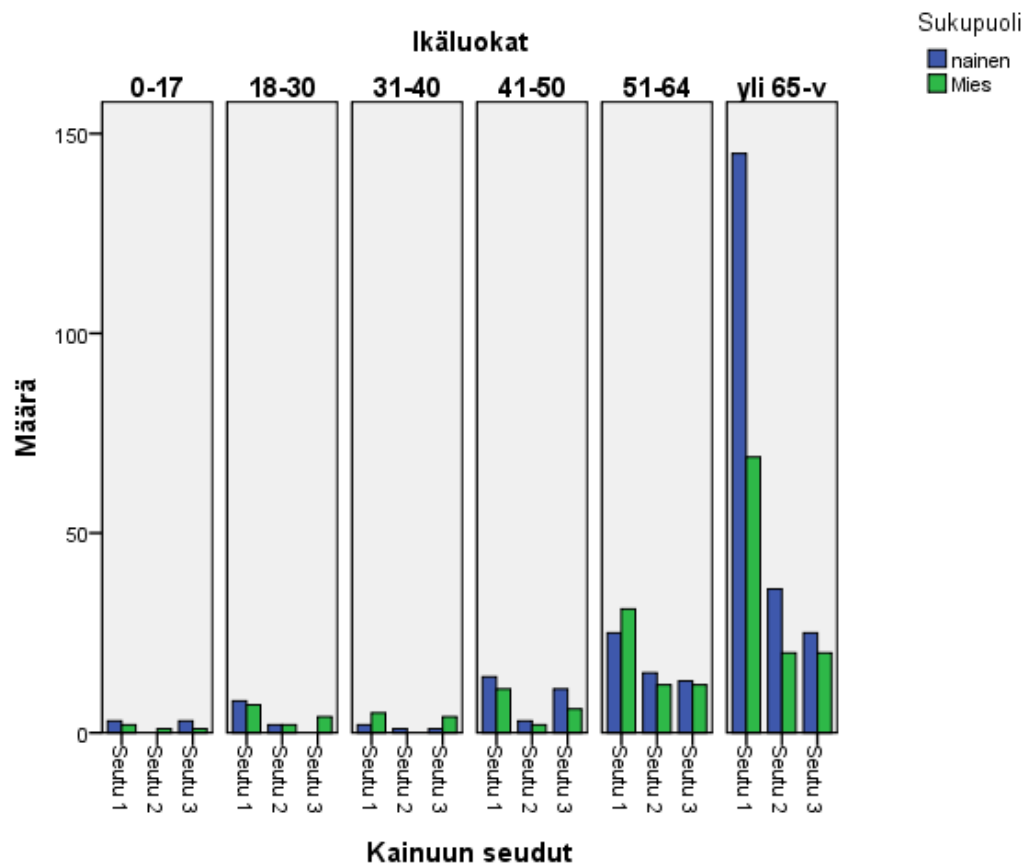
Kainuussa maakunta-kuntayhtymän sosiaali- ja terveyslautakunta on tehnyt 12.3.2008 päätöksen ennakoarvioinnin suorittamisesta. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi sosiaali- ja terveyslautakunnan työskentelyssä tehdään silloin, kun lautakunta oma-aloitteisesti tekee selvityksen tai suunnitelman tai tarpeen mukaan vastattaessa lausuntoihin, esityksiin tai kirjeisiin tai valmisteilla olevalla asialla on merkittäviä vaikutuksia tietyille ihmisryhmälle tai alueelle.

Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi oli minulle menetelmänä uusi ja totesin siinä olevan useita eri mahdollisuuksia. Mikäli olisin tavoitellut tiettyyn toimintaan liittyviä vaihtoehtojen laatimista, olisi työryhmässä tullut olla viranhaltijoita ja asiakaskunnan edustajia, jotta vaikutuksia olisi voitu luotettavasti arvioida. Tämä ei sopinut tavoitteisiini, joten päädyin vaikutusverkkojen kuvaamiseen, koska aiemmat aineistot nostivat esiin jo näitä ongelmakohtia, joihin tulisi kiinnittää huomioita. Vaikutusverkkoja tämänkaltaisiin tilanteisiin oli jo valmiiksi luotu, joten mukailin valmiita kaavioita tähän tutkimukseen lisäämällä niihin joitain teemoja, mutta sanallisessa selityksessä avasin kaavioita enemmän auki.

# 7 NYKYTIEDON VALOSSA KOHTI TERVEYDEN EDISTÄMISTÄ

## 7.1 Kuvaus vammaispalvelujen asiakaskunnasta

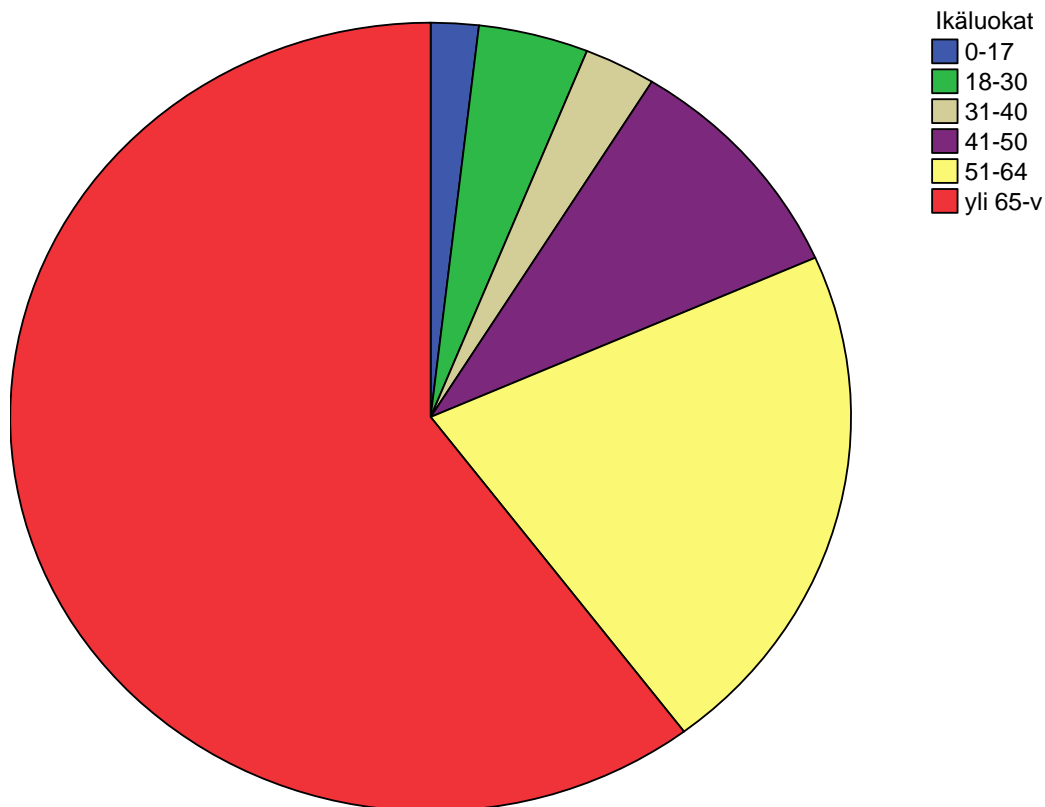
### 7.1.1 Perustiedot



**KUVA 3 Vastaajamäärä Kainuun seuduilla ikäluokittain**

Vastaajia oli luonnollisesti eniten Kajaanin seudulta (seutu 1= Kajaani, Paltamo, Ristijärvi). Vastaajia oli myös seutu 2:lta (=Sotkamo, Kuhmo) ja seutu 3:lta (=Suomussalmi, Puolanka, Hyrynsalmi eli ns. Ylä-Kainuu). Vastaajista alle 17-vuotiaita oli 10 vastaajaa. 18 - 30 -vuotiaita vastaajia oli 23. 41 - 50-vuotiaita oli 52 vastaajaa. 116 vastaajaa edusti ikäluokkaa 51 – 64-vuotiaita. Yli 65-vuotiaita oli 328.

Sukupuolista naiset (59,8 %) olivat edustettuina hieman paremmin kuin miehet (40,2 %). Tämä saattaa osaltaan johtua ikääntyneiden suuresta määrästä tässä kyselyssä sekä naisten eliniästä. Vastaajia tuli kaikkiin ikäluokkiin ja osa vastaajista oli maininnut erikseen vielä ikänsä, yleensä korkean iän. Vastaajista 20 ei halunnut ilmoittaa ikäänsä eikä heitä ole huomioitu tässä yhteydessä.



#### KUVA 4 Ikäluokkien jakaantuminen

Vastaajien ikäjakauma kallistuu kovin ikääntyneisiin. Yli puolet tämän kyselyn kuljetuspalvelun käyttäjistä on yli 65-vuotiaita. Kun otetaan huomioon vielä yli 50-vuotiaiden osuus, näiden ikäluokkien osuus kallistuu jo 81,6 prosenttiin. Alle 50-vuotiaiden osuus jää 18,5 prosenttiin. Kahdeksan vastaajaa ei ilmoittanut ikäänsä eikä heitä ole huomioitu prosenttiluvuissa.

Yli puolella vastaajista oli tukielinvamma. Näkövamma oli neljäsosalla ja kymmenesosalla kuulu- tai käsivamma. Näkövammaisten osuus selittyy vastaajien korkealla iällä. Kehitysvamma oli 15 prosentilla vastaajista. Vammoja on enemmän kuin vastaajia, sillä

vastaajilla oli mahdollisuus merkitä useampi vamma tai sairaus. Avoimessa kohdassa 206 vastaajaa nimesi lisäksi vielä jonkin muun vamman tai sairauden. Näin vammojen tai sairauksien summaksi muodostui lopulta 890. Vastauksissa esiintyviä sairauksia tai vammoja koottiin eri teemakokonaisuuksien alle luokittelemalla.

Ylivoimaisesti eniten mainittiin (55) aivohalvaus, aivoinfarkti tai sen seurauksena mahdollisesti esiintyvä halvaus. Muistisairauksista dementia tai Alzheimerin tauti esiintyi 17 kertaa. Sydän- ja sepelvaltimotaudit ilmoitettiin 14 kertaa. Epilepsia 12, CP- vamma ja Parkinsonin tauti molemmat 11 kertaa. Puhelukykyyn liittyvät ongelmat tai afasia 10 kertaa, astma 10 kertaa. Aivoruhje, aivovamma tai aivokasvain mainittiin 8 kertaa. Pienempiä määriä tuli reumaan, diabetekseen, polioon, syöpään, mielenterveysongelmiin, raajan amputointiin ym.

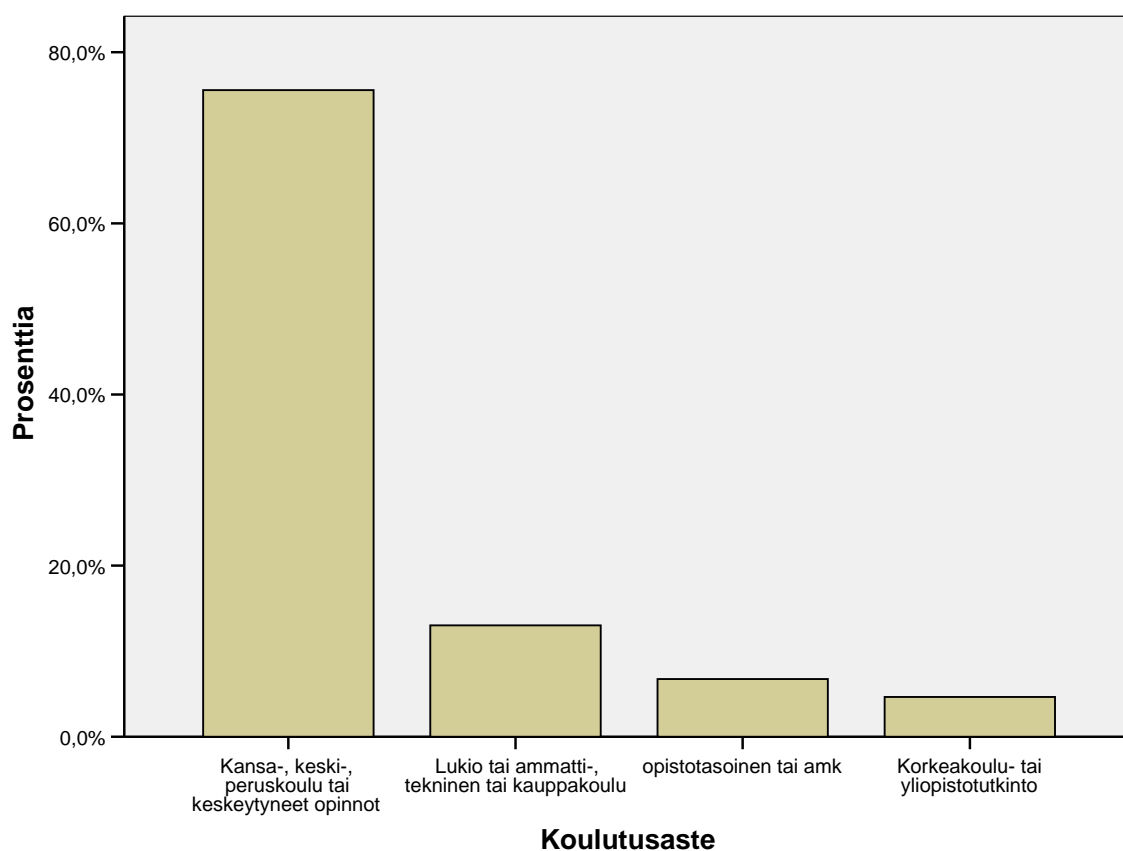
Syntymästään saakka vammaisia oli 21,6 prosenttia vastaajista ja myöhemmin vammautuneita 78,4 prosenttia. Vastaajista 56 ei vastannut tähän kysymykseen eikä heitä ole huomioitu prosenttiluvuissa. Vammautumisiän ilmoitti 350 vastaajaa. Tämän vammautumisiä-jakauman perusteella luokiteltiin ja muodostettiin uusi muuttuja.

## TAULUKKO 1 Vammautumisen ikäluokat

		Vammautumisiä			
		Frekvenssi	Prosentti	Todellinen prosentti	Kumulatiivinen prosentti
Vammautumisiä	0-12 vuotta	22	4,0	6,3	6,3
	13-18 vuotta	15	2,7	4,3	10,6
	19-29 vuotta	20	3,6	5,7	16,3
	30-39 vuotta	18	3,3	5,1	21,4
	40-49 vuotta	53	9,6	<b>15,1</b>	36,6
	50-59 vuotta	55	10,0	<b>15,7</b>	<b>52,3</b>
	60-69 vuotta	64	11,6	<b>18,3</b>	70,6
	70-79 vuotta	75	13,6	<b>21,4</b>	92,0
	80-90 vuotta	28	5,1	8,0	100,0
	Yhteensä	350	63,4	100,0	
	Puuttuvia	202	36,6		
	Yhteensä	552	100,0		

Taulukossa todellinen prosentti kuvaa nimenomaan tähän kysymykseen vastauksen antaneita, jolloin todellinen prosentti ei kerro puuttuvien vastausten prosentuaalista määrää. Tässä taulukossa todellinen prosentti kertoo, että esimerkiksi eniten vammautumista on tapahtunut 70-79 vuoden iässä (21,4 %). Kumulatiivinen prosentti kertoo, paljonko kukin vastausvaihtoehto prosentuaalisesti kattaa tähän kysymykseen vastanneista, jolloin prosentuaalinen osuus kasvaa taulukossa alaspäin. Kumulatiivisen prosentin avulla voi seurata esimerkiksi tässä yhteydessä, minkä ikäisinä puolet vastaajista on vammautuneet (ennen 59 vuoden ikää). Luokitellusta vammautumisen ikäjakaumasta ilmenee, että 40 ikävuoden jälkeen vammautuneiden osuus on kasvanut jo hieman yli 15 prosenttiin. Tämän jälkeen prosenttiosuus kasvaa lukuun ottamatta yli 80-vuotiaiden osuutta. Selittäviä tekijöitä vammautumiseen löytyy eri vammaryhmien esiintymisen yhteys ikään kuten aivohalvaukset, aivoinfarktit jne.

### 7.1.2 Koulutus, opiskelu ja työ



**KUVA 5 Koulutusaste**

Koulutusasteen osalta (N=vastaajat tähän kysymykseen=430) suurin osa vastaajista (75,8 %) oli käynyt kansa-, keski-, peruskoulun tai opinnot olivat keskeytyneet. Lukion, ammatti-, teknisen tai kauppakoulun oli käynyt 12,8 %. Opistotasaisen tai ammattikorkeakoulun oli käynyt 6,7 % ja korkeakoulun tai yliopiston 4,7 %. Vastaajat olivat opiskelleet päätoimisesti keskiarvona 8,23 vuotta (N=405). Keskimääräinen kouluvuosien määrä oli Terveys 2000-aineiston mukaan 11,1 vuotta ja Airaksisen mukaan liikkumisesteisten, vanhempiin ikäryhmiin painottuvan ihmisten kouluvuosien keskiarvo oli 7,9 vuotta. Ikäjakauman painottuminen iäkkäisiin ei anna riittävää kuvaa, koska ikäihmisillä on yleensäkin matalampi koulutustaso kuin nuoremmilla. Airaksinen on todennut kouluvuosien olevan vammaisilla ihmisillä määrällisesti pienempi kuin valtaväestöllä, mikä näkyy myös tässäkin tutkimuksessa. (Airaksinen 2006, 53 – 54.)

Airaksisen tutkimuksessa suurin ero näkyi 30 – 44 -vuotiailla naisilla, sillä kaikkien naisten osalta ylioppilas oli joka toinen, kun taas liikkumisesteisistä joka kymmenes. Vastaavasti miehistä ylioppilas oli lähes joka kolmas, kun liikkumisesteisillä joka kymmenes. Vaikka liikkumisesteisten ihmisten koulutustaso on noussut erityisesti nuoremmissa ikäryhmissä, on se kuitenkin huomattavasti alempana kuin väestön koulutustaso. (Airaksinen 2006, 54 – 57.) Tässä tutkimuksessa Kainuun osalta 31 – 40 – vuotiaista lukion, ammatti-, teknisen tai kauppakoulun oli käynyt kolme vastaajaa ja 41 – 50 vuotiaista seitsemän vastaajaa (N=427), mikä on kaksi prosenttia vastaajista. Opistotasaisen tai ammattikorkeakoulututkinnon oli suorittanut kuusi vastaajaa ja korkeakoulu tai yliopistotutkinnon kaksi vastaajaa, jotka kaikki kuuluivat ikäluokkaan 41 – 50 –vuotiaat. Kainuussa tulos on huonompi kuin Airaksisen tulos, vaikka kysymykset eivät suoraan kysyneet ylioppilastutkintoa vaan koulutusastetta.

## TAULUKKO 2 Vammautumisen vuoksi uusi ammatti ikäkausittain

Määrä

	Vammautumisen vuoksi uusi ammatti		Yhteensä
	kyllä	ei	
Ikäluokat 0-17	0	1	1
18-30	1	3	4
31-40	2	8	10
41-50	2	26	28
51-64	6	85	91
yli 65-v	10	249	259
Yhteensä	21	372	393

Vammautumisen vuoksi uuden ammatin oli opiskellut 21 vastaajaa, ja tähän kysymykseen vastasi 393 vastaajaa. Erikseen tarkastelin, että vain kaksi vastaajaa sovittoa yhteen työtä ja eläkettä eikä yhtään ollut kokopäiväisesti töissä.

179 vastaajaa oli työkyvyttömyyseläkkeellä ja 304 vastaajaa vanhuuseläkkeellä. Tähän kysymykseen vastasi siis yhteensä 485 vastaajaa. Kysymyksessä yhtenä vaihtoehtona oli avoin kysymys. Siihen tuli mainintoja 26 kappaletta esimerkiksi työeläke, sairaseläke jne. Koululaisia oli kuusi, opiskelijoita kolme, kuntoutustuella yksi ja sairaspäivärahalla yksi henkilö. Näistä avoimista vastuksista muodostui 37 vastausta eli 25 henkilön tämänhetkistä toimenkuvaa ei tiedetä. Kainuussa tulos on huonompi kuin Pellervon tekemän tutkimuksen tulos, jonka mukaan työelämässä on viidennes ja kolmannes pyrkii työelämään.

### TAULUKKO 3 Hyödynnettävä työkyky ikäluokittain

Määrä

	Hyödynnettävää työkykyä			Yhteensä
	Kyllä	Ei	En osaa sanoa	
Ikäluokat 0-17	1	3	1	5
18-30	1	9	9	19
31-40	3	7	4	14
41-50	8	30	8	46
51-64	8	85	15	108
yli 65-v	1	285	16	302
Yhteensä	22	419	53	494

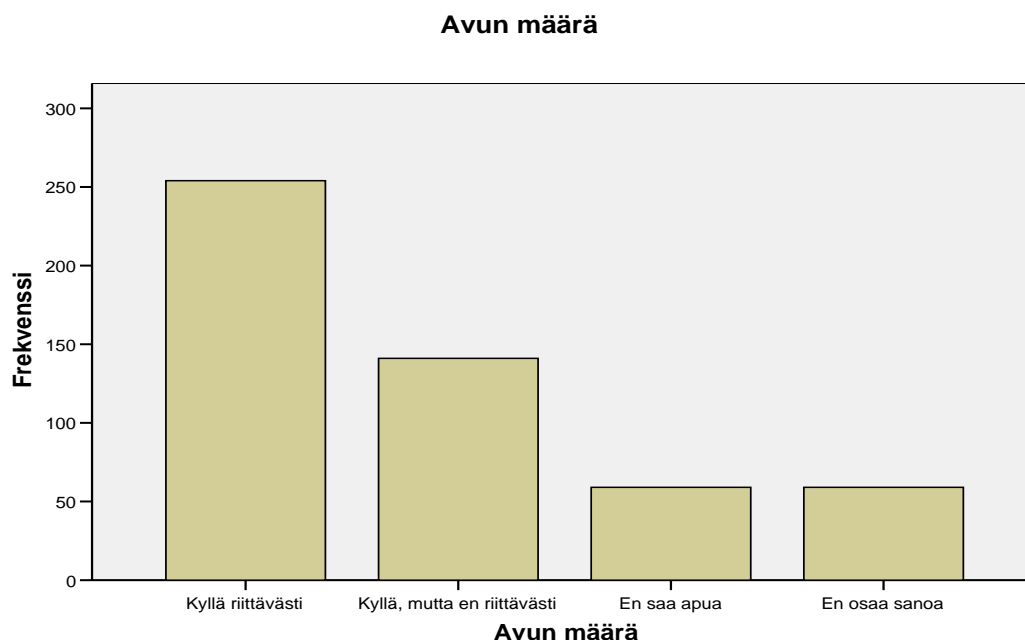
Vastaajista 494 henkilöä vastasi kysymykseen, olisiko heillä hyödynnettävää työkykyä. Näistä hieman 419 koki, ettei ollut hyödynnettävää työkykyä ja 22, että olisi hyödynnettävää työkykyä. Sotkanetin tilastojen mukaan vammaispalveluja käyttävistä noin 80 prosenttia käyttää vaikeavammaisten kuljetuspalvelua, joten tähän kysymykseen vastasi kainuulaisista vammaispalvelulain mukaista kuljetuspalvelua käyttävistä kolmannes. Näiltä osin Kainuun tulos (22 vastaajalla olisi hyödynnettävä työkykyä) on huonompi kuin Pellervon tekemässä tutkimuksessa, jossa kolmanneksella oli erinomainen tai hyvä työkyky.

Tulosten koki riittävän hieman 42,2 prosenttia vastaajista. 36,1 prosenttia vastaajista koki, etteivät tulot riitä. Toisinaan tulot riittävät 21,8 prosentille vastaajista. On tutkittu, että vammaiset henkilöt elävät köyhyysrajan alapuolella (Haarni 2006, 22). Syitä tähän voi olla, ettei työelämää ole ehtinyt karttua ja siten työeläkettä.

#### 7.1.4 Siviilisäätö, asuminen ja tuki

Siviilisäädyn osalta avo- tai avioliitossa elävistä 83 prosenttia asui omistusasunnossa sekä vain neljä prosenttia laitoksissa. Leskistä puolet asui omistusasunnossa. Eronneita oli 42 vastaajaa, joista lähes puolet asui vuokra-asunnossa sekä neljäsosa omistusasunnossa tai laitoksessa. Perheellisiä (puoliso ja lapset taloudessa) vastaajista oli 16 henkilöä. Tuloksia tarkasteltaessa on muistettava kuitenkin vastaajien selkeä painottuminen korkea ikäisiin.

Hieman yli puolet vastaajista ei vastannut perheen vaikutuksesta suoriutumiseen - kysymykseen ja syinä voi olla korkeasta iästä johtuva asuminen palvelukodissa, laitoksessa tai henkilö voi olla leski. Lapset voivat asua kaukana, jolloin ei koeta konkreettista perheen tukemista. Vastauksen tähän kysymykseen antoi 40,1 prosenttia vastaajista ja heistä 81,6 prosenttia koki, että perheen tuella on vaikutusta suoriutumiseen. Avoimessa kysymyksessä ilmoitettiin, että suoriutumista tukivat perhe, ystävät, asumispalvelut, avustajat, sukulaiset ja tuttavat.



**KUVA 6 Avun määrä**

Apua koki saavansa riittävästi lähes puolet vastaajista. Hieman yli kymmenisen prosenttia ei saanut apua ja saman verran ei osannut sanoa avun määrästä. Määrällisesti riittävää apua ei saanut 141 henkilöä.



### 7.1.5 Elintavat

#### TAULUKKO 4 Tupakointi

Määrä

		Tupakkamäärät				Yhteensä
		0-9 kpl	10-19	20-29	30-39	
Tupakointi nykyään	Kyllä päivittäin	21	15	11	1	48
	Satunnaisesti	11	1	0	0	12
	En lainkaan	424	11	21	1	457
Yhteensä		456	27	32	2	517

Tupakointia tarkasteltiin yllä olevassa taulukossa savukemäärien mukaan. Tätä ennen luokittelin savukkeet määrien mukaan neljään luokkaan uudeksi muuttujaksi. Itsekäärityjen savukkeiden, sikareiden ja piipun osuus oli vastaajien joukossa alhaista, joten niitä ei ole nostettu erikseen tuloksiin.

Tupakointia tarkastelin erikseen myös sen mukaan, milloin on viimeksi polttanut. Yli 10 vuotta sitten reilu 100 vastaajaa poltti vielä savukkeita. Viimeisen 10 vuoden sisään 40 vastaajaa on lopettanut tupakoinnin.

#### TAULUKKO 5 Tupakoinnin kesto vuosina

Tupakoinnin kesto vuosina

		Frekvenssi	Prosentti	Aito prosentti	Kumulatiivinen prosentti
Vuodet	1-4	11	2,0	7,1	7,1
	5-9	7	1,3	4,5	11,5
	10-19	33	6,0	21,2	32,7
	20-29	24	4,3	15,4	48,1
	30-39	40	7,2	25,6	73,7
	40-49	24	4,3	15,4	89,1
	50-59	12	2,2	7,7	96,8
	60-69	4	,7	2,6	99,4
	70-79	1	,2	,6	100,0
Yhteensä		156	28,3	100,0	
Puuttuva		396	71,7		
Yhteensä		552	100,0		

Edellä olevan taulukon mukaan tupakoijia on ollut aiemmin 156 henkilöä, joten tupakoitsijoiden määrä on vähentynyt selvästi. 17 vastaajaa on tupakoinut yli 50 vuotta. Vastaajista päivittäin tupakoi nykyään 48 henkilöä edellisen sivun taulukon mukaan.

Alkoholin käyttöä kysyttiin ja reilu kolmasosa on käyttänyt alkoholia vuoden sisään. Osa vastaajista ilmoitti, ettei voi lääkkeiden vuoksi käyttää alkoholia. Seuraavaksi esittelen kaksi taulukkoa, joissa näkyy oluen ja väkevän viinan määrä kuluneiden seitsemän vuorokauden sisään.

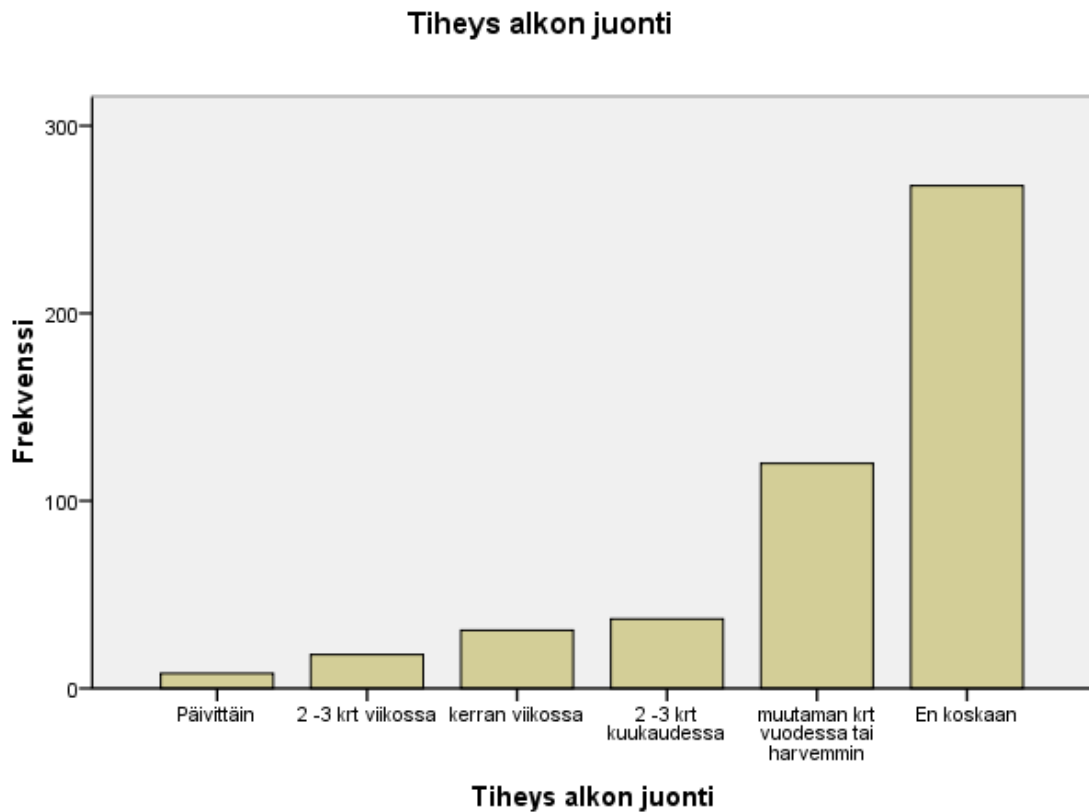
#### TAULUKKO 6 Olutmäärä kuluneen seitsemän vuorokauden sisään

		Frekvenssi	Prosentti	Aito prosentti	Kumulatiivinen prosentti
Vastaus	0	502	90,9	91,1	91,1
	1	21	3,8	3,8	94,9
	2	12	2,2	2,2	97,1
	3	7	1,3	1,3	98,4
	4	2	,4	,4	98,7
	5	2	,4	,4	99,1
	6	2	,4	,4	99,5
	7	1	,2	,2	99,6
	12	1	,2	,2	99,8
	50	1	,2	,2	100,0
	Yht.	551	99,8	100,0	
Puuttuva		1	,2		
Yhteensä		552	100,0		

#### TAULUKKO 7 Väkevien viinojen määrä kuluneen seitsemän vuorokauden sisään

		Frekvenssi	Prosentti	Aito prosentti	Kumulatiivinen prosentti
Vastaus	0	498	90,2	90,4	90,4
	1	20	3,6	3,6	94,0
	2	14	2,5	2,5	96,6
	3	5	,9	,9	97,5
	4	6	1,1	1,1	98,5
	5	1	,2	,2	98,7
	6	2	,4	,4	99,1
	7	1	,2	,2	99,3
	9	1	,2	,2	99,5
	12	1	,2	,2	99,6
	20	1	,2	,2	99,8
	40	1	,2	,2	100,0
	Yht.	551	99,8	100,0	
Puuttuva		1	,2		
Yhteensä		552	100,0		

Oluessa ja väkevissä alkoholijuomissa näkyvät erityisesti erot muihin alkoholijuomiin muutaman yksittäisten vastaajien alkoholikäyttäytyminen suurissa määrissä. Aikajakso alkoholimäärissä oli kulunut seitsemän vuorokautta.

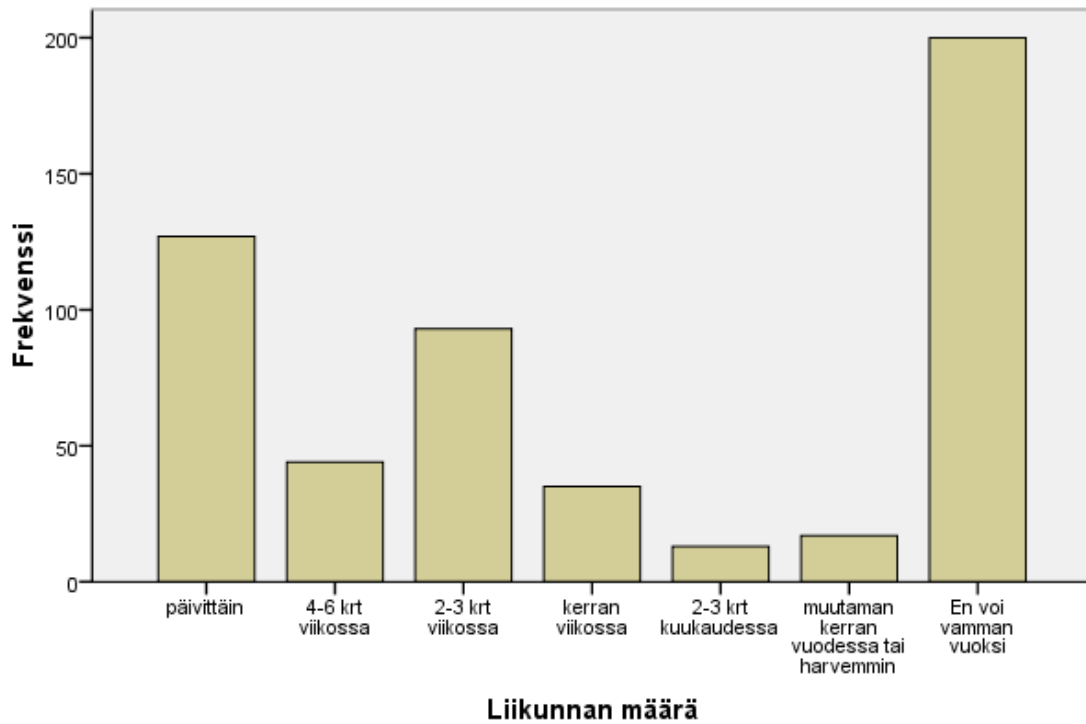


**KUVA 7 Alkoholin juonnin tiheys**

Alkoholin juomisen tiheydessä näkyy eroja. Niin sanottu saunaolut, siideri tai ruokaviini on kerran tai kaksi viikossa tapahtuvaa, mutta sitten näkyy joillakin vastaajilla suurempi käyttö niin määrissä kuin tiheydessäkin. Tarkastelin myös alkoholin käytön tiheyttä ja määrää ikäluokittain.

Päivittäin alkoholia käyttää tässä aineistossa 8 henkilöä, joista kaksi myös tupakoi korkeintaan yhdeksän savuketta päivässä. Tupakoitsijoista 14 juo alkoholia enemmän kuin kuusi annosta viikoittain.

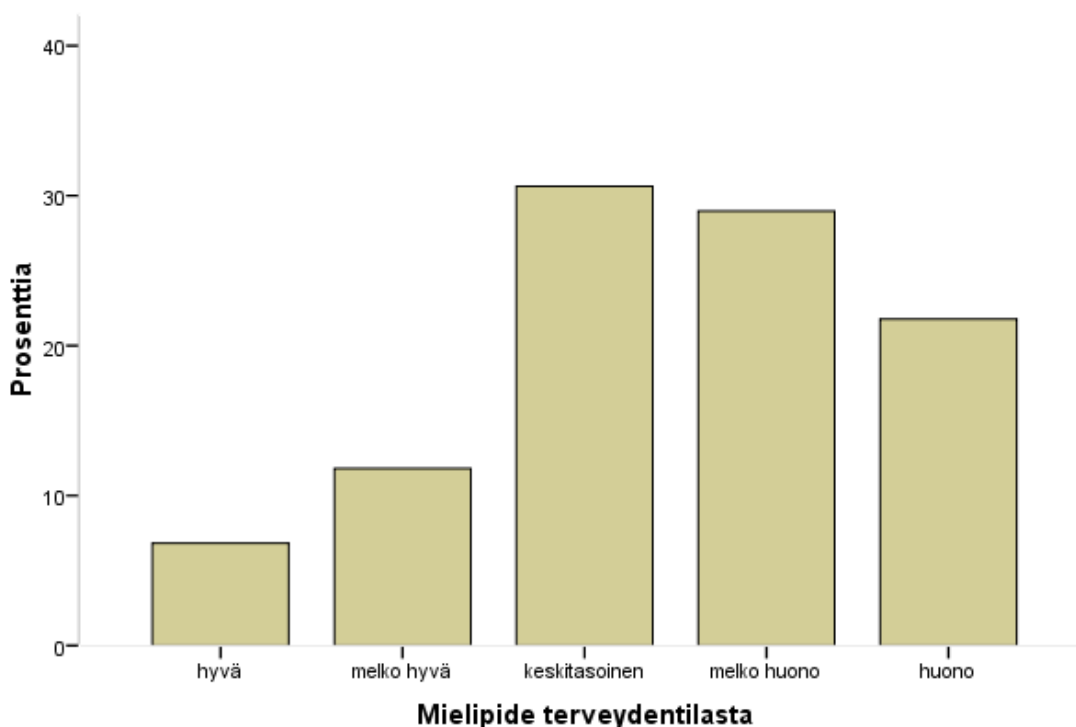
## Liikunnan määrä



### KUVA 8 Liikunnan määrä

Liikunnan määrä vaihtelee kovasti. Reilu kolmasosa vastaajista koki, etteivät voi vammaan vuoksi harrastaa liikuntaa. Kaikkosen (2008, 167 – 176)) mukaan Kainuussa yleisemmin kuin koko Suomessa liikuntaa harrastetaan kaksi kertaa viikossa kaikissa koulutusryhmissä.

### Mielipide terveydentilasta



#### KUVA 9 Mielipide terveydentilasta

Melko huonoksi tai huonoksi terveydentilan koki puolet vastaajista (275 vastaajaa). Vastaajista 158 koki omaavansa ylipainoa ja haluavansa laihtua. Vastaajista 213 henkilöä ei osannut sanoa, onko hänellä riittävästi tietoa terveydestä, mutta 215 vastaajaa koki, että oli tietoa. 87 vastaajaa koki, ettei ollut riittävästi tietoa. Terveydestä tietoa oli hankkinut 190 vastaajaa ja tottumuksia muuttanut 137 vastaajaa.

Terveydestä koettiin saatavan eniten tietoa lääkäriltä (36,8 %), terveyden-/ sairaanhoitajalta (28,4 %), lehdistä ja kirjoista (12,7 %), sukulaiset, ystävät ja tuttavat (11,2 %), radio ja tv (11,1 %), apteekki (8,0 %), terveys-/ potilasjärjestö (5,4 %), internet (4,5 %), tuoteselosteet (4,3 %), mainokset (2,0 %), luontaistuotekauppa (1,1 %), palvelupuhelin (0,4 %).

Avoimessa kohdassa esiin nousivat kuntoutuslaitokset/ -jaksot 10 mainintaa, lääkäri- ja hoitohenkilöstö 8 mainintaa, terapeutit 8 mainintaa, tuttavat ja perhe 4 mainintaa. Lisäksi yksittäisiä mainintoja tuli Kelasta, palveluoppaasta, koulusta, kirjoista ja vammaisjärjestön keskusliitosta.

### 7.1.5 Vammaispalvelut

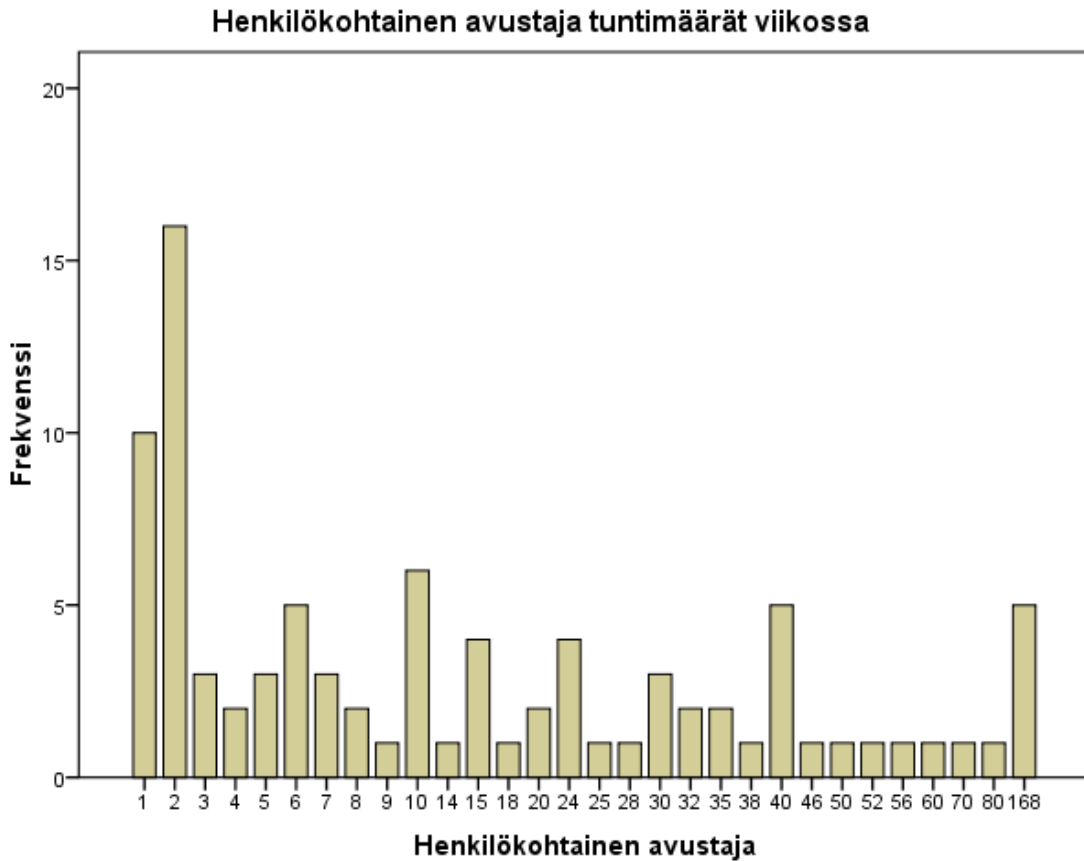
**TAULUKKO 8 Kuljetuspalvelumäärät**

		Frekvenssi	Prosentti	Aito prosentti	Kumulatiivinen prosentti
Vastaus matkojen määrinä	1-4	143	25,9	34,4	34,4
	5-8	100	18,1	24,0	58,4
	9-12	68	12,3	16,3	74,8
	13-17	21	3,8	5,0	79,8
	18-19	74	13,4	17,8	97,6
	20-22	6	1,1	1,4	99,0
	23-50	4	,7	1,0	100,0
	Yht.	416	75,4	100,0	
	Puuttuvia	136	24,6		
Yhteensä	552	100,0			

Kuljetusmäärät luokittelin, jotta niistä saa selkeämmän esitystavan. Huomattavaa on kuitenkin, että lähes 80 prosenttia vastaajista saa alle 18 matkaa kuukaudessa. Palveluliikenne saattaa tässä yhteydessä vähentää näitä ilmoitettuja varsinaisia taksikyytimääriä. Lisäksi yksi syy voi olla, että vastaaja on saanut autoavustuksen, mutta tämä ei voi selittää koko määrää. Toinen vaihtoehto voisi olla pitkät etäisyydet, jonka vuoksi sosiaalityöntekijä on yhdessä asiakkaan kanssa sopinut, miten oma- ja lähikuntien matkamäärät jakautuvat. Seutujen kesken ei ollut merkittäviä eroja matkamäärien suhteen. Ikäluokalla ja sukupuolella ei ollut vaikutusta matkamäärien jakaantumisen suhteen. Tyytyväisiä kuljetuspalveluun oli 470 vastaajaa ja tyytymättömiä 15 vastaajaa. Toisaalta tyytymättömyyttä avoimissa vastauksissa nousi matkamääristä, joita oli vähennetty ilman asiakkaan kanssa neuvottelua 18 matkasta 12 matkaan.

Tulkkipalvelua käytti 17 vastaajaa, joista yli puolella oli alle 10 tuntia viikossa tulkkipalvelua. Tulkkipalvelua käyttävien osuus vastaajissa oli määrältään yllättävä. Taloudellisia tukitoimia- kohdassa ihmiset olivat vastanneet hoitotuen, asumistuen ja yleensä Kelan etuuksia. Vain kaksi vastaajaa mainitsi vammaispalvelulain mukaisia

etuksia (autoavustus ja asunnonmuutostyöt). Tästä syystä tuloksia tarkastellessa on arvioitava onko vastauksilla tässä kohdassa painoarvoa, sillä tyytyväisiä taloudellisiin tukitoimiin oli 56 vastaajaa ja tyytymättömiä 59 vastaajaa.



**KUVA 10 Henkilökohtaisen avustajapalvelun tuntimäärät**

Henkilökohtaisessa avustajapalvelussa suurin osa on pieniä tuntimääriä, joita ihmiset käyttävät. Mediaani (= eniten vastauksia tälle arvolle) oli 9,5 tuntia viikossa. Viisi vastaajaa ilmoitti käyttävänsä 168 tuntia viikossa, joka vastaa seitsemää vuorokautta. Kainuussa ei ollut kyselyn aikana kenelläkään käytössä henkilökohtainen avustaja päätöstä ympäri vuorokauden. Osa siis kokee toimivansa avustajan roolissa ympäri vuorokauden. 110 vastaajaa ilmoitti olevansa tyytyväisiä avustajapalveluun ja 12 vastaajaa oli tyytymättömiä.

#### 7.1.6 Muut palvelut

Omaishoito-palveluna oli myönnetty 169 vastaajan kohdalla. Tyytyväisiä omaishoitoon oli 145 vastaajaa ja tyytymättömiä kolme vastaajaa. Tilapäishoitoa käytti 29 vastaajaa, joka on 5,3 prosenttia vastaajista. Muutamia mainintoja avoimessa kohdassa tuli tähän, että

vastaajat ovat tyytymättömiä tilapäishoidon keskittymiseen Kuusanmäen palvelukeskukseen (kehitysvamma palvelut).

### TAULUKKO 9 Kotihoidon käyntimäärät ikäluokittain

Määrä

		Uusi kotihoito luokittelu käyntimäärien mukaan							Yht.
		0-2	3-6	7-9	10-14	15-19	20-29	30-49	
Ikäluokat	41-50	0	0	2	0	0	0	0	2
	51-64	6	6	4	2	1	0	1	20
	yli 65-v	28	10	14	8	1	19	6	86
Yhteensä		34	16	20	10	2	19	7	108

Kotihoidon osalta asiakkaiden luona käyntimäärät viikossa vaihtelivat suuresti. Kotihoidon käyntikerrat luokittelin uudeksi muuttujaksi, jotta käyntimääriä voidaan ristiinkertoa muiden muuttujien kanssa kuvailemaan tilannetta. Taulukko osoittaa, että kotihoitoa käyttää Kainuussa suurimmaksi osaksi yli 65 -vuotiaat.

Kotisairaanhoidossa vastaukset olivat yleensä ilmoitettu kuukausitasolla ja siinä vaihdoin tulosten syöttämisen vaiheessa muuttujan aikamääräksi viikon sijalta kuukauden. Suurimmaksi osaksi kotisairaanhoidosta käydään kerran tai kaksi kuukaudessa. Tyytyväisiä kotisairaanhoidon oli 116 vastaajaa ja tyytymättömiä 13 vastaajaa. Kotisairaanhoidon käyntimäärät kuukaudessa luokittelin myös uudeksi muuttujaksi, jotta pystyin tarkastelemaan käyntimääriä ikäluokittain. Pääpaino kotisairaanhoidossa kohdistui yli 65- vuotiaisiin kuten kotihoidonkin osalta Kainuussa.

### TAULUKKO 10 Kotisairaanhoidon käyntimäärät ikäluokittain

Määrä

		Uusi kotisairaanhoidon luokittelu käyntimäärien mukaan								Yht.
		1-2	3-4	5-8	9-12	21-30	51-60	81-90	101-112	
Ikäluokat	41-50	2	0	2	0	0	0	0	0	4
	51-64	6	5	2	0	1	1	0	0	15
	yli 65-v	38	9	4	1	2	1	1	1	57
Yhteensä		46	14	8	1	3	2	1	1	76

Tarkastelin erikseen, että tässä aineistossa puolet kotisairaanhoidon asiakkaista käyttää myös kotihoidon palveluita.



### 7.1.7 Vaikeinta vammasta/sairaudesta johtuen

Vaikeinta vammassa tai sairaudessa oli 249 vastaajan mielestä liikkuminen ja yleensäkin vamman aiheuttamat haitat sosiaaliseen elämään, mikä ilmeni yksinäisyytenä. Tämän lisäksi mainittiin vaikeaksi se, ettei selviä enää itsenäisesti yksin tai kotiaskareet eivät suju omatoimisesti ja on muista riippuvainen, mistä mainintoja oli 60 kappaletta. Puheen, kommunikaation ja ymmärtämisen vaikeudesta mainittiin 11 kertaa. Eri sairaudet kuten psyykkinen sairaus, epilepsian aiheuttama vapina, tasapainovaikeudet mainittiin kahdeksan kertaa. Muutamia yksittäisiä mainintoja tuli vertaistuen ja harrastusmahdollisuuksien puutteesta, lääkärin vastaanottoajoista, ulkoilusta ja siitä, ettei voi enää asua kotona.

### 7.1.8 Vammaispalveluista tietoa

Vammaispalveluihin laaditut toimintaohjeet olivat vieraita suurelle osalle vastaajista. 94 vastaajaa oli tutustunut toimintaohjeisiin. Lähes sama määrä kuuli toimintaohjeista nyt ensimmäistä kertaa, mutta yli 200 vastaajaa ei tiennyt laadituista toimintaohjeista.

Laadittuihin hakulomakkeisiin tutustuneita oli 94 vastaajaa. Ensimmäistä kertaa lomakkeista kuuli kyselyn myötä 77,8 prosenttia vastaajista. Tähän kysymykseen ei ollut vastannut 129 henkilöä eikä heitä ole huomioitu prosenttiluvuissa. Lomakkeita oli käyttänyt ainakin 17 henkilöä ja 16 vastaajaa ei osannut sanoa, oliko käyttänyt lomakkeita. Puuttuvia vastauksia oli 52 eli lomakkeita ei ollut käyttänyt ainakaan 467 vastaajaa.

Vammaispalveluista tietoa sai eniten viranhaltijoilta (32,8 %). Seuraavaksi mainittiin eniten tuttavat (27,7 %), kuntoutusjaksot (20,3 %), yhdistykset (13,0 %), kuntayhtymän tiedottamana (11,6 %), lehdet (10,9 %), sosiaaliamies (7,4 %), tv (7,2 %), koulutukset (3,4 %), internet (2,2 %), maakunnan internetsivut (1,8 %).

Kehitysvammaisista 44,4 prosenttia kokivat saavansa tietoa viranhaltijoilta. Kehitysvammaiset omana vammaryhmänään saivat tietoa viranhaltijoilta eniten verrattuna muihin vammaryhmiin. Muilla vammaryhmällä tietoa saavien osuus oli suunnilleen 26 - 36 prosentin luokkaa.

Avoimena kysymyksenä oli, mistä muulta sai tietoa vammaispalveluista. Tähän kysymykseen vastattiin 122 kertaa. Eniten vastauksia (42) ilmeni, että hoitohenkilökunta ja palvelutaloissa työntekijät kertovat. Toiseksi eniten (24) mainittiin oma perhe, ystävä tai sukulaiset. Kolmanneksi eniten tuli mainintoja lääkäreistä ja sairaanhoitajista. Ei mistään saa tietoa oli kokemus 11 vastaajalla. Tämän kyselyn avulla tietoa sai kaksi vastaajaa. Muutamia vastauksia tuli sosiaalipalveluista, radiosta, yhdistyksestä, CP-illoista, lehdestä, huhuista, itse kysymällä, avustajalta, eri asiamiehiltä, Kelalta, taksinkuljettajilta ja terapeuteilta.

Seuraavaksi tarkasteltiin, miten asiakkaat haluavat tavoittaa sosiaalityöntekijän. 45,1 prosenttia vastaajista haluaa tavoittaa puhelimitse sosiaalityöntekijän. 23 prosenttia haluaisi tavoittaa puhelimella soittopyynnön jättämällä. Erikseen sovittavasta vastaanottoajasta kokee hyötyvänsä 20,6 prosenttia. Toimistoaikaa suosisi 10,7 prosenttia vastaajista. Kirjeen ja sähköpostin osuus jää alle 9 prosenttiin.

Avoimena kysymyksenä kysyttiin, miten muuten haluaisi tavoittaa sosiaalityöntekijän. Siihen vastattiin 41 kertaa kotikäynti. Seitsemän kertaa mainittiin, että puoliso, lapsi, ohjaaja tai perhehoitaja hoitaa asian. Neljä halusi, että vastattaisiin silloin kun soitetaan. Muutama yksittäinen vastaus sisälsi atk:n käytön.

#### TAULUKKO 11 Päätöksen saamisen kesto

	Frekvenssi	Prosentti	Aito prosentti	Kumulatiivinen prosentti
Vastaus alle 1 kk	97	17,6	20,9	20,9
1 -2 kk	86	15,6	18,5	39,4
3 -6 kk	44	8,0	9,5	48,8
7 -9 kk	5	,9	1,1	49,9
10 -12 kk	2	,4	,4	50,3
yli 1 vuosi	5	,9	1,1	51,4
en ole hakenut tänä vuonna	226	40,9	48,6	100,0
Yht.	465	84,2	100,0	
Puuttuva	87	15,8		
Yhteensä	552	100,0		

Päätöksen saamisen keston osalta vastaajat ovat kokeneet, että päätös tulee lähes 40 prosentilla alle kahdessa kuukaudessa. Alle puolen vuoden sisään päätöksen ovat saaneet lähes puolet. Käsittelyä ei voi aloittaa, ennen kuin tarvittavat liitteet ja lisäselvitykset ovat saapuneet, mutta 12 vastaajaa on odottanut päätöstä enemmän kuin 7 kuukautta, mikä on pitkä aika.

#### 7.1.9 Asiakastyytyväisyys sosiaalityöhön

### **TAULUKKO 12 Asiakastyytyväisyys**

#### **Asiakastyytyväisyys**

	N	Keskiarvo
Sosiaalityöntekijän tavoitettavuus	280	3,16
Vammaispalvelujen hakemisen ohjeistus	273	3,14
Vammaispalveluista tiedottaminen	275	3,11
Vammaispalveluista tiedottaminen	293	2,78
Päätösten käsittelyajat	278	3,08
Päätösten sisältö	269	3,33
Päätösten perustelut	257	3,22
Päätösten kesto/voimassaoloaika	261	3,35
Asiakaspalvelu ja asiakkaan kohtaaminen	270	3,45
Yhteistyö vammaispalvelun viranhaltijan kanssa	282	3,52
Luottamus vammaispalvelun viranhaltijaan	295	3,67

Keskiarvotaulukoissa on otettu huomioon ne vastaajat, jotka ovat ilmaisseet arvosanan kullekin kohdalle. Asteikkona asiakastyytyväisyydessä oli 5 erittäin tyytyväinen, 4 melko tyytyväinen, 3 keskinkertainen, 2 melko tyytymätön ja 1 erittäin tyytymätön. Keskiarvot osoittavat, että muut kohdat saavat arvosanaksi keskinkertaisen, mutta vammaispalveluista tiedottaminen sijoittuu melko tyytymättömäksi. Erikseen tarkastelin, että 40 prosenttia koki

olevansa vammaispalveluista tiedottamiseen melko tai erittäin tyytymättömiä. 20 prosenttia koki olevan melko tai erittäin tyytymättömiä luottamukseen vammaispalvelun viranhaltijaa kohtaan.

Vammaispalveluista tuli palautetta avoimessa kohdassa. Negatiivista palautetta tuli eniten tiedotuksen puuttumisesta (23 mainintaa). Henkilökunnan vähyyden ja tästä johtuvan kiireen ja aikapulan mainitsi yhdeksän vastaajaa, samoin kuin kohtelun ja arvostuksen puutteen. Enemmän taksikyytejä ja matkoja toivoi viisi vastaajaa. Vaihtoehtoja asumiseen ja alueiden epätasa-arvon mainitsi myös viisi vastaajaa. Lopuissa oli muutamia mainintoja liittyen viriketoimintaan, ystäväpalveluun, henkilökohtaisesta avustajasta palvelutaloon, kotikäynnit, esteettömyyden huomioimisesta, hoitajien lisäämisen, rahaa palveluihin, henkilökohtaisen avustajan toistaiseksi voimassa olevat päätökset, apua pikkuhommiin, kirjallisten päätösten puuttumisen ja taksin odotusajan lyhyiden. Esiin nousi myös kysymys, miksei avustajakoiran ylläpitoon saa avustusta, mutta opaskoiran ylläpitoon saa?

Positiivista palautetta vammaispalveluista tuli 29 maininnalla siitä, että vastaajat ovat tyytyväisiä saamiinsa palveluihin. Asioiden eteenpäin vieminen huomioitiin. Muutamia mainintoja tuli seuraavista aiheista; käsittely on nopeutunut, Vasara-hanke saanut paljon parannusta, sosiaalityöntekijät ok, kuntayhtymän aikaan asiat hoidetaan asioina, kuljetuslaput tulivat postissa automaattisesti, koulutustilaisuudet hyviä, ajokortin & auton menetyksen tilalle asiakas saanut kuljetuspalvelun, kotipalvelun ja kuljetuspalvelun työntekijät saivat myös kiitosta toiminnastaan.

## **7.2 Eri näkemyksiä vammaisten henkilöiden elinoloista**

Tutkielman toinen aineisto koostui viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden teemahaastatteluista, jonka tuloksia tarkastellaan tässä osiossa. Haastatteluissa useimmat tunnistivat vammaispalvelujen asiakaskunnan suurimmaksi osaksi ikääntyneiksi, joka näkyi myös asiakaskyselyn tuloksissa. Ylivoimaisesti eniten vammaispalvelun asiakkaat käyttävät Vammaispalvelulain mukaisia kuljetuspalveluja kuten ilmeni jo aiemmin Malm ym. (2004) mukaan. Sjöblomin (2007) mukaan kaksi kolmasosaa kuljetuspalvelua käyttävistä on yli 65-vuotiaita, mutta tässä tutkimuksessa yli puolet edusti tätä ikäluokkaa, joten tulos ei ollut niin jyrkkä kuin Sjöblomilla.

*Tällä hetkellä sehän on silleen niinku vääristyny että se on tää kuljetuspalveluasias iso asia vammaispalveluissa, joka tavallaan niinku vääristää niinku se vammaispalveluasiakkaan semmosen standardihahmon. Se on yleensä iäkäs nainen, yksinasuva. (H2)*

*Heti ensimmäisenä tulee mieleen halvausasiakkaat, pyörätuolilla liikkuvat. (H4)*

Käsitykset koulutuksen omaavista tai vammautumisen jälkeen uuden koulutuksen hankkineista haastattelut tukivat asiakaskyselyn tuloksia. Vammautumisen jälkeen vaatii pitkäjänteisyyttä ja motivaatiota hankkia uusi ammatti ja pystyä näyttämään osaamisensa työmarkkinoilla siten, että saa työpaikan ja pystyy saamaan työn kautta toimeentulon. Työnantajien ennakkoluulot ja asenne vammaisia kohtaan näkyy vielä nykyään työnsaantia heikentävästi, mistä Linnankangas (2006) ja Haarni (2006) ovat kirjoittaneet.

Vammautuminen työikäisenä työssäkäyvänä henkilönä aiheuttaa uudelleen tarkastelun niin kotiin esteettömyyden vuoksi kuin töihinkin. Tällöin työnantaja joutuu tarkastelemaan työn antamat mahdollisuudet, miten työ suoritetaan. Onko työpaikalla työnkuvasta riippuen mahdollista sovittaa yhteen työtä ja eläkettä? Vammautuneen henkilön oma jaksaminen ja toimintakyky tulee arvioida uudelleen. Kysymys laittaakin arvioimaan vammaisten henkilöiden todellisia työmahdollisuuksia, sillä mikäli terveitä ihmisiä parhaillaan lomautetaan ja irtisanotaan, onko todellisia mahdollisuuksia työllistää vammaisia henkilöitä tässä talouden taantumatilanteessa? Kohtaavatko työvoimamarkkinat ja onko vajaakuntoisten työnsaantimahdollisuuksia tuettu riittävästi?

*Hyvin niukasti, itse asiassa meillä on näitä työssäkäyviä vaikeavammaisia ihmisiä tosi niukasti. Ett kyl se sellasia suuria ponnisteluja on asiakkaalta vaatinu, jos hänellä ei ole ennen vammautumista ollu soveltuvaa koulutusta, sellasta että hän on joutunu sitten myöhemmin vammaisena hankkimaaan koulutuksen ja etsimään itselle sen työpaikan ja toisaalta joutunu varmasti myös monille työssäkäyville perustelemaan, että hän vammaisena selviää tästä tehtävästä, ett se ei ole este hoitaa näitä tehtäviä, ett kyl siinä on kysymys, voi sannaoo että verrattuna tavalliseen kansalaiseen niin siinä on ainaki sellane kolomekymmentäviis prosenttia*

*enemmän ihminen joutuu perustelevaan sitä pärjäämistään ja kyvykkyyttään hoitaa tehtävä. (H2)*

*Jos on vammanen niin työnantajat hyvin harvoin ottaa semmisiin tehtäviin mihin ei koulutuskaa edellyttäis. Minä en usko, että heille helposti työpaikkoja löytyy, siinähan on tutkimuksiaki tehty. (H1)*

*Niin ei varmaan kovin helposti työllistyy. Varmaanki semmosia työtehtäviä on, että vammanen työllistyy, mutta sitten on se toimeentulo ja palkka. Kaikki oma lukunsa. (H1)*

*Oon miettiny paljon viime aikoina, oon ite ollu paljon vajaakuntoisten työllistämässä mukana, että miten vaikuttaa työvoimapula, mistä nyt hyvin paljon puhutaan? Onko sillä merkitystä, että työnantajien asenteet muuttuu? Jaa, se on asennekysymyshän se on. Moniki vammaisen haluais työtä tehdä, mutta ennakkoluulot työnantajilla. Esimerkkiäki hyviä löytyy, mutta niitä on vähän. (H3)*

Varsinaisia perheellisiä, joissa lapsia on kotona, on asiakaskyselyn tulosten mukaan vähän. Haastattelujen tulokset tukevat asiakaskyselyn aineistoa. Asumispalvelut kodin ulkopuolella ovat yleensä palvelutaloissa, joissa asukas asuu huoneistossaan yksin. Henkilökohtaisen avun sisältyessä vammaispalvelulakiin tulee mahdollisuuksia lisää osallistumiselle ja lähteä kotoa ja palvelutalosta ulos, jolloin on mahdollista saada lisää sosiaalisia suhteita. Jääkin nähtäväksi, kuinka paljon mahdollisuudet osallistua vaikuttavat perheiden muodostumiseen?

Haastattelun tuloksista nousi lisäksi esiin sellaisia aiheita, joita ei näy varsinaisessa asiakaskyselyssä kuten pätkätyöt aiheuttavat, ettei työterveyshuolto kohtaakaan työntekijää, jolloin terveystarkastukset eivät välttämättä toteudu säännöllisesti.

Avun määrän riittämättömyys tarpeeseen nähden nousi esiin asiakaskyselyn tuloksissa, samoin tästä mainittiin haastattelussa. Pääseekö ulos tai asioille, mikäli kuljetuspalvelumäärä ei ole riittävä tai avustaja/ saattaja mahdollisuutta ei ole. Miten

hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen tällöin toteutuu? Kyse on yhdenvertaisuudesta, ihmisoikeudesta ja kansalaisuudesta. Tulokset tukivat toisiaan tässäkin kohdassa.

*Niin sehän heittää niinkun aivan häränpyllyä tänä päivänä, olis pitänyt jo kymmenkunta vuotta sitten saada jo uudistus aikaiseksi että rajataan tai velvoitetaan kuntia järjestämään sosiaalihuoltolain mukaista tukea tai joku sellanen jolla tää iäkkäitten ihmisten porukka ois tullut palveltua kuljetusten osalta, koska se kuljetus minun näkemyksen mukaan on semmonen, millä ihmisten omatoimisuutta saadaan tuettua ja sitä sellasta tiettyä jopa itsemääräämisoikeutta, menenkö minä tänään kauppaan. Jos minulla ei ole niitä kuljetuksia niin minä en voi hoitaa niitä asioita ett se tukee hirveen vahvasti ihmisen semmosta itsemääräämisoikeuttaki. (H2)*

*Vammanen henkilö pystyis jotenki sitten ää, mitenkä mä nyt sanosin, tuomaan niitä omia, omia toiveita ja tarpeita esille ja näihin haasteisiin meki yritettäis vastata ja ajattelen sillä lailla että esimerkiksi semmonen että tuota ois toimiva koti, tarvittavat apuvälineet, on muutostyöt tehty, saatais hyvät avustajat sinne esimerkiksi ja kuljetuspalvelut toimis ja kaikki tämmönen, ette se ois sitte tämmöne hyvä asia, ett vammane vois hyvin siellä ja ett siel ois tarvittavat välineet muutokset, ett ei tulis tapaturmia, murtumia tai ett siel ois niin vaikea kotona olla esimerkiksi, että ei pääsis sängystä tai muuta tällasia asioita esimerkiksi. (H4)*

Elintapojen osalta tunnistettiin, että myös vammaisilla henkilöillä voi olla alkoholin käyttöä ja tupakointia. Haastattelujen tulokset tukivat asiakaskyselyn tulosta. Ongelmia muodostuu kuitenkin siinä vaiheessa, kun asiakkaiden tarvitsemia palveluja tuottavat eri sektorit, palvelujärjestelmät tai ei löydy sopivaa palvelumuotoa vielä palveluvalikoimasta. Kansanterveyslaitoksen (2008) raportissa Kainuussa eri hallintosektoreiden johtohenkilöt tarkastelevat kukin terveyserojen kaventamista omasta hallinnonalastaan ja tämä saattaa aiheuttaa, että ihminen jää väliinpuotoajaksi näiden kahden sektorin väliin. Painopistettä ja yhteistyötä tulisi saattaa vielä lähemmäksi poikkihallinnolliseksi yhteistyöksi Kainuussa.

*En siihen ossaa sinänsä sanoa omaa näkökulmaa, ainakaan sitä isompaa alkoholinkäyttöä ja tupakointia ku muillakkaa. (H1)*

*Kyllä tietyn tyyppisille vammaisille ihmisille on sitten niin todella vaikea löytää esim. palveluasumispaikkaa. Että tässä äskettäin on sitten ollut sellanen tilanne, että on psykiatrin puoli myös pyörätuolikäyttäjän kans tekemisissä, niin kyllä sellasille ihmisille on todella vaikea löytää paikkaa. (H2)*

*Sitten on tietysti, missä tää alkoholi tulee meidän puolella esille, on tällönen keski-ään ylittäny mieshenkilö löytyy täältä taustalla, joka on alkoholilla tuhonnu aivonsa eikä enää selviä yksin, ei oo enää ihan tässä päivässä ajatukset ja sen takia tarttee joitain palveluja meidän puolelta. (H2)*

Päivätoiminta toisi päivään sisältöä osalle asiakkaista, mikäli palvelua on saatavilla. Asiakaskyselyn tuloksissa näkyi yksinäisyys, liikkumisen vaikeus ja toisista riippuvaisuus ja sama toistuu haastattelun vastauksissa.

*Se ois lähinnä semmosta vammassella henkilöllä, ett ois mahdollisuus toteuttaa ja kehittää itseään vammasta huolimatta ja että on mahdollisuus semmoseen hyvään onnelliseen elämään ja ja tässä mä ajattelen sitä, että esimerkiksi tää päivätoiminta että sitä on aloteltu, että jotakin on sitte niinku semmosta muuta ku se kotiympäristö ja tällönen, ett ois mahdollista vammasta huolimatta niin päästä tapahtumiin ja tällösiä asioita. (H4)*

Asumismuodon ollessa palvelutalo tai vastaava, se tukee asiakaskyselyn tulosten mukaan tiedon saantia. Näkisin tässä yhteydessä saman asian terveyden suhteen, että hoitohenkilökunta huolehtii asukkaan ohjaamisen terveyden ja sairaanhoidon vastaanotolle, mikä ilmeni haastattelussa.

*Ei me olla tasa-arvosessa asemassa. Ett kyllä mä ajattelen, että ei välttämättä ne ihmiset, joilla on vammaispalvelun näkökulmasta katottuna palveluasumisessa, heillä on kokoajan se henkilökunta palvelun äärellä, että hei, pitäisköhän sun käyä hammaslääkäriissä, ai sulla kolottaa selkää, niin otetaan yhteys lääkäriin ja niin edelleen. Joku huolehtii heidän asioistaan siellä, mutta kuinka monen muun asioista joku toinen on sanomassa, että*



*kyllä nyt sun täytyy olla yhteydes asioissa. Se jää mejän oman ittemme niinku hanksaamiseen se juttu. (H2)*

Osallisuuden merkitys hyvinvointiin ja yhteiskuntaan ilmeni haastatteluisa. Esteettömyys huomioidaan puheissa ja teoissa ja se osoittaa asenteiden muuttumista asiakasystävällisemmäksi, mutta myös käyttäjälähtöisemmiksi.

*Niin käsiteltiin kaikkia näitä, että ne pääsee kauppoihin ja liikennevälineisiin ja se osallistuminen on varmaan...näillä niin tota tärkeetä, että ne osallistuu heti, kun aletaan suunnitella jotain julkisia rakennuksia ja näitä niin, että he pääsee siihen kiinni ja sanoo mielipitteensä kaupungin rakenne näille ää suunnittelijoille, jotka on julkisissa viroissa. (H1)*

*Ett ehkä nuoremmat vammaset otetaan tiiviimmin yhteiskuntaan mukaan. Nuoret osaa vaatia enemmän, vanhemmat jää syrjään. (H3)*

Kainuun erityispiirteenä tunnistetaan pitkät etäisyydet. Liikkuminen koettiin vaikeimmaksi asiaksi vammasta tai sairaudesta johtuen asiakaskyselyn tuloksissa. Haastattelun tuloksissa näkyy palvelujen riittämättömyys kuljetuspalveluissa ja osaltaan Kainuussa myös välimatkat vaikuttavat, sillä kuljetuspalveluissa on julkisen liikenteen omavastuu. Matkan pituus vaikuttaa omavastuun määrään ja pienillä tuloilla kohteiden etäisyys vaikuttaa osallistumiseen tulojen/ menojen kautta.

*No mikä on riittävää vai ei, onkin jo eri kysymys, mutta tuota vaikeavammasten kotipalvelut ja nämä. Nehän on unohtuneet kaikki nämä tästä kuntayhtymän suunnitelmista kokonaan pois, vaikiavammasten perheet ja nämä. Semmosia, joissa on vaikiavammanen perheessä, niin se on unohtunu, samoin niin kuin vanhusten kotipalvelu elikkä ei sillä lailla ole. Ne pitäisi käsitellä aivan erikseen samassa kaupungissa, mutta syrjässä elikkä jos täältä lähtee kotipalvelu tuonne 50 kilometrin päähän niin se on jottain 90:n reissu ja ne avustukset ja eläkkeet niin, eihän niin kovin kummosia ole. (H1)*

*Niin valvontaa pitäisi käyvä paloviranomaisten ja laatusuosituksia kattoo ja ja ja ois hyvä jos siitä hyvinvoinnista puhutaan niin elämisen jonninlaisesta laatuista niin sekin että vammaiskojit ja hoivalaitokset ois likempänä keskuksia eikä metän keskellä. (H1)*

*No varmaankin näin on että jos tällä menolla mitä nyt on niin tulee vanhemmaks ja vanhemmaks kaikki ihmiset mitä nyt on niin tuota jos enempi tulee näitä kustannukset nousee ja tuota ei ei saaha lisää rahaa näihin budjetteihin ja muuta niin jaja varsinkin Kainuussa, niin ei oo tuolla kunnissa muita kun vammassia ja vanhuksia niin ja niihin on tuota vaikke tuottaa palveluja esimerkiksi jonneki syrjäseuvulle niin tämmönen vastustus jos sitte on näihin sosiaalipuolen tahoihin ja näihin niin tuota öö se käypi näin että käyppi näin palvelut senkun huononee ja huononee sitten kun sitä ruvettaan katsomaan että mistä sitä voiiaan karsia. (H1)*

Väestörakenteen muutos väestön ikääntyessä tiedostettiin haastatteluissa. Huoltosuhde muuttuu vaativammaksi väestörakenteen muutoksen myötä ja sitä myötä asia näkyy palvelujen rahoituksissa. Palvelujen saavutettavuuteen ja esteettömyyteen osataan jo kiinnittää huomiota, ainakin he, jotka ovat tekemisessä vammaisten henkilöiden kanssa.

*Näissä vanhoissahan niitä ei taija olla ja ja julkisissa rakennuksissaki on palijo puutteita, että tuota, että hyvin varmaankin se on parantunu, mutta talvisinki on parkkipaikat ja nämä sitten invapaikat. Nehän on hankalia semmosta, että ja jokka nyt pyörätuolilla pääsee eikä niin näitä avustajia käytä, niin niitähän pitäis olla enempi jokka kävelyttäs ihmisiä ja kävelyttäis näkövammaisia ja siinä siinä varmaankin pitäisi yhteiskunnan pitäis kiinnittää enemmän huomiota. Ja ja sitten toisekseen minä en oo varma siitä, tavoittaako tiedottaminen kaikki vammaiset, että he tietäsivät kaikki etunsa, mitä he saisi ja mitä laki säätää. (H1)*

Omaishoito ja tilapäishoito muina kuin vammaispalveluina näkyivät myös asiakaskyselyn tuloksissa. Omaishoitajan ja tilapäishoidon vapaiden antamispaikat eivät aina miellyttäneet omaisia ja tästä syystä vapaat jätettiin käyttämättä. Palvelujen valikoima ja

yhteensovittaminen perheen tarpeiden mukaan ei aina kohtaa. Haastattelun tulos tuki tältä osin asiakaskyselyn tulosta.

*Meidän pitää lähtä niistä normaalipalveluista liikkeelle, mutt siinä ainahan se asiakkaan tavoitela ei kohtaa sitä mitä on tarjolla. Hän ei ehkä ole tyytyväinen palveluihin, mitä hän saa. (H2)*

*Kun on luotu tuo yhtenäinen systeemi kuntayhtymässä, niin sitä en minä tiijä, että onko se oikein tuo yhtenäinen systeemi, jos yhdelle sanotaan jotta yhdelle maksaa niin kaikille pittää maksaa, näinhän se on, mutta se pittäisi näkyä jossain se eriarvosuus ja se että kuka että tosissaan tarvii sen hoidon kotia ei se voi näin olla että joku säännös siihen pittää olla, joku tarvittee sen hoijon kotia niin se pittää olla, kuntayhtymässä pittää olla niin että ku se on määritelty niin sitä ei oo ja ku se on se ommaishoitovappaa se kolome päivää niin se on moni jotta ei käytä sitä ku on vanhempia hoitajia niin rasiiteeksihan se ruppee käymään. (H1)*

Palvelujen yhdenmukaisuuden tavoitteena on luoda tasa-arvoa alueelle, mutta yksilölle tilanne saattaa kääntyä juuri päinvastaiseksi. Yksilölliset palvelusuunnitelmat ovat keino tarkastella asiakkaan tilannetta kokonaisvaltaisesti huomioiden verkostot ympärillä. Näillä on yhteys hyvinvointiin ja sitä kautta itse terveyteen.

Terveyden edistämisessä luottamus näyttäytyy siinä, mitä asioita on helpompi nostaa esille. Voiko ensi kertaa sosiaalityöntekijän tavatessa puhua arkaluonteisista asioista kuten liiallisesta alkoholinkäytöstä vai onko asia helpompi nostaa esiin vasta vuosien yhteistyön siivittämänä, kun luottamus on saavutettu? Terveyden edistäminen käsitteenä toi haastateltaville usein ensin mieleen terveyden ja elintavat, mutta ihminen nähtiin lopulta kuitenkin kokonaisuutena. Tästä terveyden ja hyvinvoinnin käsitteiden suhteesta Simpura (2009) on kirjoittanut artikkelin. Asiakaskyselyssä terveyteen viitattiin kuntoutuksina ja liikkumisena.

*No kuntoutustahan se, kuntoutusta se mun mielestä ja tuota ja luultavasti se on sitäkin että on sellasia liikuntavälineitä joilla pystyy kulkemaan ja kaikkia apuvälineitä ja tällasta. (H1)*

*Jokainen omalla kohalla miettis, että mitä minä voin omalla kohalleni tehdä terveyden eteen ja niin edelleen ja samanlain sitten perheelle tuo niitä hyviä tottumuksia. (H3)*

*Hyvinvointi pitää sisällään silloin paljo muutaki kuin, miten mä sen sanosin, nimenomaan hyvinvointi. Myös sosiaalisia suhteita esimerkiksi. Joku kokee, ett mä en voi lähtä solmimaan sosiaalisia suhteita, ellen mä lähde ravintolaan ja parin paukun jälkeen ole paljon valmiimpi luomaan niitä sosiaalisia suhteita, ett tota se terveys-sana johtaa tietysti tuohon terveydenhuollon puolelle äkkiä ajattelemaan, ett pitää se toki paljon muutaki sisällään. (H2)*

*Mää kävin kuuntelemassa ja heiltä mä sain sellasen salkullisen materiaalia, jota mä voin jakaa asiakkaille erilaista prosyyriä liittyen nimenomaan tähän alkoholinkäyttöön. Salkussa oli esitteitä, jossa ite kukanenki voi tsekkailla, oonko mä nyt suurkuluttaja vai en. Monenlaista tietoa, missä ajassa alkoholi poistuu verestä ja niin edelleen. Ja sain myös sen oppaan, jossa on niinku tästä puheeksiottamisesta ihan hyviä, hyvä selvitys. (H2)*

*No tietysti puheeks ottaminen on yks asia, että jos me tavataan asiakas, jonka ongelmatiikka kietoutuu paljolti siihen, että on liiallista alkoholinkäyttöä, niin puheeks ottaminen on yks tapa, jolla voijaan ohjata asiakasta vähentään käyttöä tai jopa luopumaan kokonaan siitä tai ohjata asiakas sellasiin vertaisryhmiin, onko se sitte alkoholinkäyttöön liittyvää AA:ta tai tämän tapaista vai onko se niin, että jos on vammaisen asiakas niin hän kuittailee sitä yksinäisyyttään tai muuta rentoutumiskeinoa, mikä se kenellekin on alkoholinkäyttö. Jos hän sitä oloansa helpottaa, niin me voijaan ohjata vaikka vertaisryhmään tai harrasteryhmään, että tulis niitä sellasia muitakin vaihtoehtoja elämään. (H2)*

*Esimerkiksi järjestöt on tällä hetkellä hyvinkin tiiviisti mukana terveyden edistämistoiminnoissa. (H3)*

*Enemmän mahdollisuuksia vammaisille, ei neljän seinän sisälle vaan ulos elikkä ihminen on kokonaisuus, siinä on huomioitava sosiaalinen kanssakäyminen, fyysinen kunnon kohottaminen, kaikki osa-alueet. (H3)*

*Kyllähän tietenkin, hyvinvointi on, että ihmiset voipi paremmin ja kokonaisuudessaan paranee terveys ja kunto ja kaiken myötä. Niin ilman muutahan sillä on silloin, jos hyvinvoipi ja voipi niin, jos se on varaaki vähän enempään, niin kyllähän se terveyteen vaikuttaa, onhan se muillaki vaikuttanu. Että terveempiä on parempipalkkaset kuin huonompipalkkaset ja työttömät ja. (H1)*

*Nyt kun se laki muuttuu syksyllä ja henkilökohtaista apua sitten on ihan tämmönen subjektiivinen oikeus luulen, että sillä ihan edistetään tätä vammaseen terveyttä ja hyvinvointia, jos se saadaan toimimaan. Että alkuun on se kymmenen tuntia, että todella pääsee sieltä kotoa ja sais siihen sitte apuja ja sitte sitä yhdenvertaisuutta sitte terveitten ihmisten kanssa, että ois mahdollisuus sitte sieltä lähteä teatteriin, uimaan, minne tahansa, mutta se että se on iso haaste, että se on saatais henkilökohtaisia avustajia sitte sinne. Että esimerkiksi nyt kun ajattelee, niin nyt muutamaa tuntia varten, se on tosi tiukassa saaha. Ett semmonen rengas, jos ois useempi avustettava. Mut luulen, että sillä sitten olis todellakin merkitystä vammaseen elämänlaatuun. (H4)*

Erikoista oli mielestäni, että kukaan ei tarkasti nostanut esille, että nimenomaan omaan työhön tai rooliin kuuluisi terveyden edistäminen. Terveiden edistäminen koettiin aina enemmän muiden rooliksi ja työkentäksi. Kertooko tämä kiireisestä työtahdista jo valmiiksi sosiaalityössä ja koetaanko, että järjestökentän vapaaehtoistyössä ei voida sitoutua pitkäjänteiseen työhön, koska projekteja ole vakinaistettu vai siitä, että luottamushenkilöt ovat puun ja kuoren välissä palvelujen tarpeen ja kireiden budjettien kanssa nykyiselläänkin? Joka tapauksessa terveyden edistäminen vaatii tietoa, roolien jakoa ja yhteistyötä & -toimintaa julkisen puolen, järjestökentän ja kolmannen sektorin välillä, jotta ei vain todeta ongelmia vaan tehdään toimenpiteitä ongelmien poistamiseksi kuten Kaikkonen (2008, 243 – 254) on esittänyt.

*No, se mikä mulla kokemus on, niin se jää viranhaltijoille viimeistään, että se on sitten jollain tavalla tulppa, mutta onko se tulppa siinä, että viranhaltijoitten aika ei riitä viemään sitä tietoa eteenpäin? En kuitenkaan usko, että se on halusta kiinni. (H3)*

*Ehkä viranhaltijoittenki koulutus, tietoiskut viranhaltijoille ja kertois, että suur merkitys sillä on ja että kuitenkin, miten pienellä vaivalla sitä voitais sitte kuitenkin viijä etteenpäin. Se ei tarvi monta sanaa vaihtaa asiakkaan kans, kun ymmärretään puolin ja toisin, mitä tää on. Ett niitä Ahaa-elämyksiä tulee puolin ja toisin. (H3)*

*Nehän käy kuntoutuksessa, niin sinne oisin osittain siirtämässä sitä sellasta tietoiskua tai jotain jotain. Koska siellä kuitenkin käsitellään monia sellasia asioita, ihmisillä on aikaa miettiä, niillä on aikaa keskustella toistensa kanssa, aikaa tietysti myös viettää vapaa-aikaa jossain iltaohjelmissa, mutta ehkä se ois kuitenkin sellanen luontevin keino, kuitenkin monille meistä alkoholista puhuminen, omakohtaisen käytön puhuminen, silloin mennään tietyllä tavalla mun reviirille lainausmerkeissä sanoen, me ei olla valmiita keskusteleen siitä, kuinka paljon mä käytän. Kyllä siitä pitää ite olla huolissaan ja tietty luottamus tulla toiseen. Tietty luottamus ei synny hetkessä, vaan se syntyy vaikkapa siinä tilanteessa, kun ympärillä on muita kuntoutujia ympäri Suomen ja ne näkee mut tänäpäivänä tällasena ja tän kuntoutuskurssin jälkeen mä poistun ja ne voi unohtaa, ett se käytti niin paljo alkoholia tai jotain tällasia, että kyllä mä siihen sinne ympäristöön oisin terveysvalistusta siirtämässä yhä enemmän. (H2)*

*Ajattelen tuota sosiaalityöntekijäporukkaa, joka tekee työtä vammaisten ihmisten kanssa, niin ei me olla keskusteltu siitä. Ett tietysti työnantaja huolehtii työntekijät, ett mitä tehdään, mutt ei niinku asiakkaitten kohdalla ole sovittu mitenkään erityisesti. (H2)*

*Ei voimakkaasti, ei millään lailla. Ensinnäkin mä väittäisin, ett siitä on ollut jossain vaiheessa jossain tiedotuspuolella kaimassa tai jossain, mutt*

*sellasenaan se ei tuu, ett niinku työntekijöitä otettais hartijoista kiinni ja sanottais että muistathan pitää aina esillä tämä. (H2)*

*Mun mielestä se on niinku semmonen kokonaisuus, että tässä vammaispalvelussa toimitaan, kotipalvelun kanssa, kotisairaanhoidon kanssa, lääkäreiden kanssa, öö niin sitte kaikki, niinku ajatellaan ruuan tuojat monenmoiset, mitkä tähän linkittyy, ett kyllähän se sellanen yhteinen haaste on sitte kaikille toimijoille, ketkä sitte on yhteydessä tähän vammaseen. (H4)*

*Tietysti siinä on aina näitä työntekijäpuolia ett kuinka paljon minäki työntekijänä oon valmis puhumaan siitä alkoholiasiasta tai jostain muusta terveyttä haitallisesti, jaa ehkä siinä on sitten taustalla tämä yleinen moraalikäsitteen löyhtyminen, ett jos minä itse käytän ton verran, niin miten mä voin mennä sanoon, että äläpä käytä muuten ollenkaan. Ett se on jotenki sellane hankala asia ottaa itelläki käyttöön, mutt ei se myöskään tuu niin voimakkaasti esiin työnantaja puolelta ett se on ihan eri linjassa pyörii ku tää savuton Kainuu, jolla niinku pyritty saamaan Kainuun keskussairaala ja terveyskeskukset savuttomiksi ja mitä muuta, työpaikat on savuttomia, ett se ei samalla tavalla missään nimessä tule. (H2)*

*Joo se niin semmosta ja tuota ja kyllähän nämä kolmannen sektorin ja erilaiset järjestöt ja kaikki mitä niitä nyt on että heidän pitäis pystyä enempi painottamaan päättäjiä lakia novattaa ja likimain sitten osittain vaan sitten se valvonnan puute siitä kyse. (H1)*

Sosiaalityöntekijöiden saatavuus ja pysyvyys eivät näkyneet johtotason haastatteluissa Kainuussa, mutta haastattelussa ja teoreettisessa viitekehyksessä terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa aihe näkyi. Tämän koen hyvänä asiana pitää esillä, sillä sosiaalityöntekijöiden sitoutumisella ja pysymisellä voidaan pitkäjänteisesti viedä ekososiaalista terveyden edistämistyötä eteenpäin.

*Pitäis tuonne sosiaalipuolelle ja tuonne saaha pätevyyttä ja koulutettuja ihmisiä ja niille suoraan sanottuna kunnon palkkaki, että siitähän se paljon riippuu hakeutuuko ihmisiä. (H1)*

Yllättävää oli, kuinka hyvin ja laajalti eri rooleissa osattiin kuvailla vammaisia asiakaskuntana ja tiedostettiin vammaisuuden aiheuttamia haittoja ja esteitä elämässä yhteiskunnan jäsenenä. Haastateltavat puheissaan suhtautuivat näihin asioihin hyvin vastuullisesti.

*Terveyserojen kaventaminen se, niinku sillä lailla, että siitähän on näitä tutkimuksia, että esimerkiksi oliko jossakin, että koulutetut ovat terveempiä ja onko siinä että pystyvät käyttämään enemmän palveluja sitten ja että esimerkiksi naimisissa olevat ovat terveempiä kuin yksinäiset sitten niin. Niinku vammasia asiakkaita ku ajattelen, niin kyllä se on ehkä turvallisempi se kotiympäristö silloin ja varsinki jos toimii se parisuhde, niin tietysti silloin, kyllä vois ajatella silleen, että jos ois yksinäinen vammaisen, niin ois kotona, kyllä siinä silloin tulee tällänen eroavaisuus, niin ei siellä aina niin turvallista oo siellä. (H4)*

Varsinainen toimintaroolien sopiminen terveyden edistämistyössä näyttää olevan vielä kesken haastattelujen perusteella. Terveyden edistäminen näyttäytyy toiminnalle, jota ei omista kukaan, ainakaan tällä hetkellä tämän haastattelututkimusten valossa. Tämä tulos tukee sitä tulosta, mikä näkyy kainuulaisten päätöksentekijöiden haastatteluissa sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseen liittyen. Tämän mukaan terveyserojen kaventaminen tulee saattaa strategioihin sisälle, ja vain yksi osa terveyserojen kaventamista on sosiaali- ja terveystalvet. Pelkkä hallinnollinen järjestelmä ei ole ta toimenpiteiden onnistumiseksi vaan tarvitaan osallisuuden lisäämistä. Vastuu terveyserojen kaventamisesta kuuluu kaikille. (Kaikkonen ym. 2008, 254.)



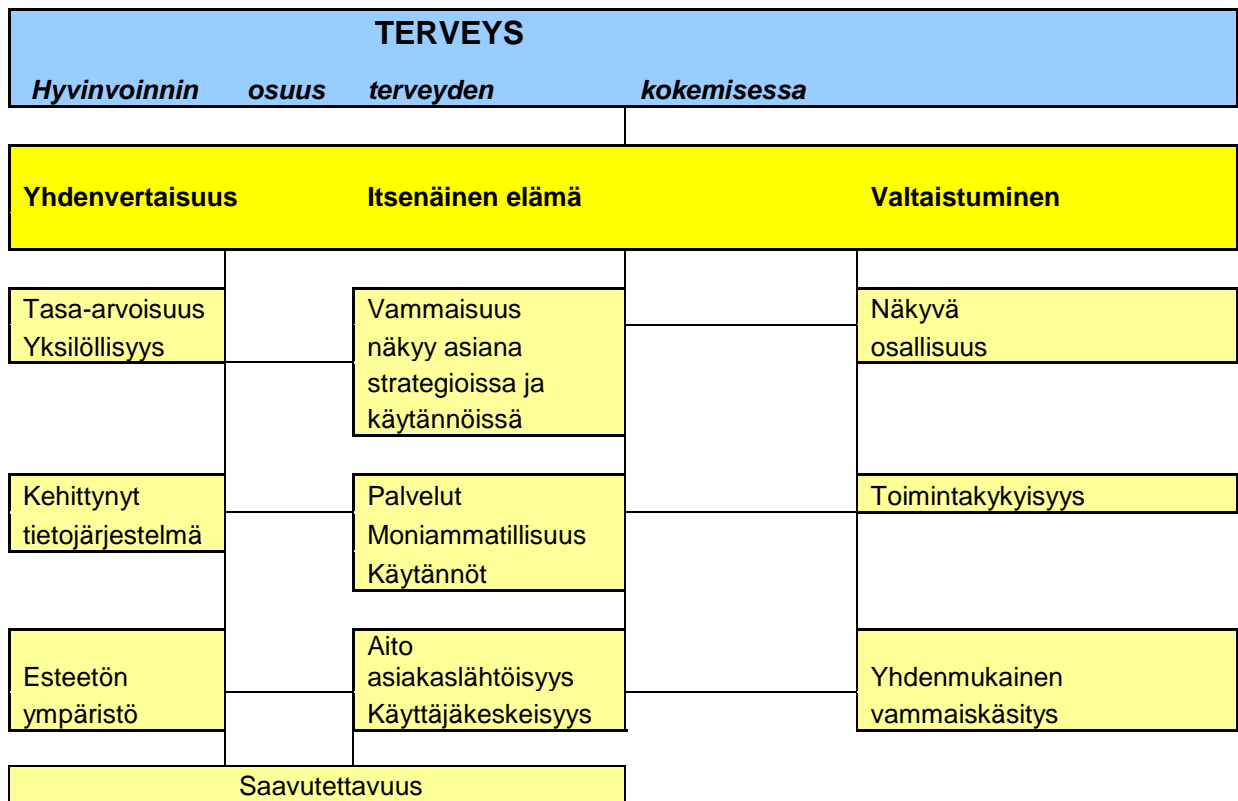
### 7.3 Terveyden edistäminen vaikutusverkon tunnistamisena

	<b>Henkilökohtaista apua tai kuljetuspalvelua ei saatavilla</b>								
Vammaisen henkilön liikkuminen.	Sitoo läheiset avustamaan, riippuvuus omaisiin kasvaa								
itsenäinen toimiminen ja aktiivisuus vähenee	Mielenterveys, fyysinen terveys ja toimintakyky heikkenee	Läheiset uupuvat hoito- ja kuljetusjärjestelyjen kanssa Työssäpoissaoloja auttamisen vuoksi Läheisen omat sosiaaliset suhteet kaventuvat Läheisen oma hyvinvointi heikentyy							
Harrastukset, sosiaaliset suhteet osallistuminen, kouluttautuminen työssäkäynti ym. estyvät	Palvelujen ja tukitoimien käyttö lisääntyy	Vammaisen ja läheisten pahoinvointi ja sairaudet lisääntyvät					Roolit perheessä vääristyvät Tilanne voi kriisiytyä		
Yksinäisyys, turvattomuus asunnottomuus syntyminen yhteiskunnasta elämäntilanne kapenee elämäntilanteita heikkenee							Yhteiskunnan kustannukset nousevat palveluiden tuottaminen		
	Vammaisten henkilöiden voimavarat jäävät käyttämättä								
Perusoikeudet eivät toteudu Yhteiskunta eriarvoistuu	verotulot vähenevät								

**KUVA 11 Henkilökohtaisen avun ja kuljetuspalvelun vaikutusverkko (mukaiillen eslh2002s30.gif)**

Asiakaskyselyssä suurimmaksi vaikeudeksi vammaisuudesta tai sairaudesta johtuen nousivat liikkumisen ja yksinäisyyden ongelmat. Vaikutusverkon tunnistaminen edesauttaa asiakkaan kokonaistilanteen hahmottamisen tärkeyttä. Asiakkaan oma sosiaalinen verkosto ja hänelle sopivat ja riittävät palvelut tukevat asiakkaan valtaistumista. Asiakaskyselyjen tuloksissa kävi ilmi, että 79,8 prosenttia sai alle 18 kuljetuspalvelumatkaa kuukaudessa, kun Vammaispalvelulaissa määränä on minimissään 18 matkaa kuukaudessa. Pitkien etäisyyksien kunnat tarkastelevat oma- ja lähikuntamatkoja matkakohteen tarpeellisuuden ja etäisyyksien kautta, jolloin asiakas voi joutua luopumaan osasta matkoista päästäkseen haluamaansa paikkaan tai osa matkoista myönnetään kunnan omaan palveluliikenteeseen. Riittävien palvelujen lisäksi on muistettava palvelujen saavutettavuus ja alueellinen rakenne.

Vaikutusverkko kuvaa arjen käytännön tilanteiden vaikutuksia hyvinvointiin ja terveyteen, mutta näyttää myös sen, miten asiakkaan lähiverkosto voi kuormittua palvelujen puutteen vuoksi. Tällöin apua tarvitsevia onkin kohta useampi, ellei asiakkaan ja hänen perheen/läheisten tilannetta tunnisteta.



*Ekososiaalisella lähestymisellä pyritään kestävään vaikuttavuuteen!*

**KUVA 12 Terveyden edistämisen ekososiaalinen tavoitetila (mukaillen eslh2002s11.gif)**

Kun tunnustetaan terveyden epätasa-arvoa luovat rakenteet, voidaan niitä ehkäistä. Esteettömyys, riittävät ja oikea-aikaiset palvelut, moniammatilliset verkostot tavoitteita ja keinoja pohtimassa sekä todelliset opiskelu- ja työmahdollisuudet ovat avaintekijöitä hyvinvoinnin parantumiseen ja sitä kautta terveyden edistämiseen. Toimeentuloa voi pitkäjänteisesti turvata enemmän työn kuin sosiaaliturvaetuuksien kautta ja näin vaikutus ulottuisi perheenjäsenillekin. Kaikkonen ym. (2007, 37) on todennut, että korkeammin koulutettujen vanhempien lapset kokevat terveytensä paremmaksi kuin vähemmän koulutettujen vanhempien lapset. Kolmannen sektorin osuus järjestöineen ja yhteisöineen on täydentää mahdollisuuksia ja olla verkostossa mukana, ei korvata pysyviä, julkisia rakenteita yhteiskunnassa. Kolmas sektori tulisi ottaa mukaan tiiviimmin ja turvattava toiminnan jatkuvuus kolmannen sektorin kanssa, sillä muuten ei voida taata kolmannen sektorin sitoutumista pitkäkestoiseen yhteistyöhön.

Palveluohjaus kolmannen sektorin tuottamana voisi olla yksi keino, jonka kautta yksilön oma verkosto, julkisten palvelujen verkosto ja kolmannen sektorin alueelliset toiminnat saataisiin tukemaan asiakkaan tavoitetta. Yhteistyöllä yhteisöllisyyttä kohti alueelliset rakenteet tiedostaen on mielestäni kuvaava teema valtaistumisen kautta tapahtuvaan hyvinvoinnin lisääntymiseen, jotta terveyden edistäminen toteutuisi.

Julkisella liikenteellä on vielä matkaa esteettömyyteen. Matalalattia-kalusto on mielestäni ensimmäinen askel saavuttaa eri käyttäjäryhmät. Liikennöitsijöille tämä tietää investointikustannuksia esteettömän kaluston hankkimiseksi ja tämän vuoksi tulisi olla pitkäkestoiset sopimukset liikennöitsijöiden ja kuntien välillä, jotta kalustotaso parantuisi. Uusissa rakennuksissa noudatetaan paremmin esteettömyyden periaatteita, mutta enemmän voisi eri vammaryhmien tarpeita edelleen tiedustella, jotta päämäärä kirkastuisi ja tältäkin osin saadaan riittävä asiantuntemus esteettömyyteen ja palvelujen saavutettavuuteen. Matkailussa ei vielä kovin tiedoteta esteettömyydestä, mutta suuntaus kasvaa tulevaisuudessa. Design for All suuntaus tulisi vahvistua valtakunnallisesti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rajapintoja voisi olla yhteiset moniammatilliset palvelu- ja kuntoutussuunnitelmat, jolloin mahdollistuisi nopea käsittely riittävän palvelun saamiseksi oikea-aikaisesti, mutta myös ylipalvelun ehkäisemiseksi. Haasteita luovat yhteistoimintaan eri näkemykset asiakkaan parhaasta ja tavoitteista, mutta myös totutut yhteistyökäytännöt. Aidon dialogin saavuttaminen ja miten-kysymykset vievät aikaa, mutta näiden käyttämiseen voi oppia. Asiakkaan voimavarojen ja vahvuuksien selvittäminen ja hänen lähiverkostonsa tuen mahdollisuudet tukevat valtaistumista. Sosiaalityöntekijän riittävän hyvä asiakkaan ja paikallisten rakenteiden tunteminen edistävät määrittämään keinoja lisätä hyvinvointia. Ei siis olla kiinnostuneita vain siitä, mitä palveluja on, vaan miten tilannetta yleensäkin edistetään ja kuka tekee, mitä tekee ja miten tekee kuten Sjöblom (2007) on ilmaissut.

Asiakasohjelmistot eivät toimi läheskään aina yhteisellä tietokannalla, jotta toimijat voisivat tarkistaa, mitä keinoja asiakkaalla on jo käytössä, mutta ohjelmistot kehittyvät kuitenkin tilaajien tarpeen mukaan pitkällä aikavälillä. Kansanterveyslaitoksen (KELA) kanssa tehtävä konkreettinen yhteistyö voisi myös edistää asiakkaan tilanteen kohentumista. Voisiko esimerkiksi KELA:n edustaja voisi olla paikalla palvelu- ja kuntoutussuunnitelmien laadinnassa silloin, kun on kyse alle 65-vuotiaan

vaikeavammaisen kuntouttamisesta, jolloin kuntoutuskustannuksista vastaa KELA. Yli 65-vuotialla kuntoutus tapahtuu kunnan terveydenhuollon kautta. Kuntoutuksen turvaaminen on tärkeää, koska väestö ikääntyy ja ihmisten tulisi pysyä kunnossa ja asua kotona pidempään. Organisaatiot toimivat omalla tavalla, minkä vuoksi yhteistyölle voisi pyrkiä luomaan uusia toimintatapoja.

Puheeksi ottaminen elintavoista tulisi keskustella auki sosiaali- ja terveydenhuollon, kuntoutuksen sekä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa ja sopia toimintatapoja näihin liittyen. Haastatteluissa ilmeni, että joillekin asiakkaille on vaikea löytää palveluja, esimerkiksi kun on vammaispalveluja käyttävä päihderiippuvainen tai mielenterveys asiakas. Haastatteluissa ilmeni, että terveyden edistämisestä puhutaan käsitteenä, mutta ei ole määritelty, miten sitä toteutetaan omassa työssä asiakkaisiin nähden. Tässä nousee esiin myös etiikka, sillä oma näkemys voi olla päinvastainen kuin asiakkaan elintapoihin liittyen. Palveluista tiedottamisen sai asiakaskyselyn asiakastyytyväisyys-keskiarvoissa alinta keskiarvoa, joten suunnitelmallinen tiedottaminen tulee sisältyä osaksi työtehtäviä.

Vanhussosiaalityötä ei saa unohtaa väestörakenteen muutoksesta johtuen, parhaimmillaan oikea-aikaisilla ja riittävillä palveluilla voidaan tarvittaessa hidastaa raskaampien palvelujen tarvetta, mikä tuo kustannustehokkuutta ja säästöä, ehkä asiakkaalle elämään hyvinvointia ja mielekkyyttäkin. Koulutusta tarvitaan henkilöstölle, jotta voidaan tunnistaa hyvinvointiin liittyviä rakenteita ja vaikutuksia. Asiakaskyselyn tuloksissa ilmeni, että kotihoidon ja kotisairaanhoidon palvelut kohdistuvat suurimmaksi osaksi yli 65-vuotiaisiin. Tulevaisuudessa tulee nähdä kokonaisuus, ei vain oman työn sektoriajattelua.

Strategioita tarvitaan luomaan käytäntöjä, joilla vahvistetaan hyvinvointiosaamista terveyden edistämiseksi. Seuraavaksi tarvitaan konkreettisia toimintatapoja eri sektoreilla, miten terveyden edistäminen toteutuu ja miten sitä tehdään. Toimenpiteitä tulee uskaltaa kokeilla ja seurata vaikutuksia. Terveyden edistämisessä on kyse arvoista, joilla pyritään yhteiseen hyvään, vaikka toimenpiteitä luodaankin tietyille kohdejoukoille. Terveyden edistämisen ekososiaalisen tavoitetilän vaikutusverkolla kuvataan vammaista henkilöä kuntalaisena ja kansalaisena. Rakenteet avautuvat perusoikeusnäkökulmasta, jolloin vammaisen henkilö on yhteiskunnan jäsen ja osallinen, toimija. Vaikutusverkko osoittaa, ettei riitä, että vain oma koti on esteetön. Kansalaisena on pystyttävä myös osallistumaan.

## 8 YHTEENVETO

Ikäjakauman perusteella herää kysymys, missä määrin Sosiaalihuoltolain mukainen kuljetuspalvelu ja Vammaispalvelulain mukainen kuljetuspalvelu kohtaavat. Onko Vammaispalvelulain mukaisesta kuljetuspalvelusta tullut ikääntyneiden kuljetuspalvelu, sillä osa vastaajista ei tiedostanut käyttävänsä vammaispalveluja. Matkamäärät olivat suurimmaksi osaksi alhaisempia kuin laissa määritellään ja palveluliikenteen toimivuus kunnissa ja etäisyydet näyttävät liittyvän matkamääriin.

Osa ongelmista on yhteisiä kaikille esimerkiksi koulutusmahdollisuudet. Kainuussa opiskeluvuodet olivat muuta maata vähäisempiä myös valtaväestöllä. Tässä tutkimuksessa ei selvinnyt, johtuiko opiskeluvuosien vähyys vastaajien painottumisesta korkea ikäisiin, jolloin siihen sukupolveen liittyi vähäisempi opiskelu, koska yhteiskunnassa työ oli enemmän ruumiillista vai oliko uudelleen koulutettujen opiskelu sellaisella alalla, ettei töitä ole vai onko lähes mahdotonta sovittaa työtä ja eläkettä yhteen. Vai onko kenties kyse siitä, että Kainuussa vähemmän opiskelupaikkoja, ja koulutuspaikkoja on tarjolla muualla kuin kaupungeissa vai eikö tarjonta/koulutuspaikkakunnat kiinnosta ja onko koulutustilat esteettömät?

Toisaalta mietin myös sitä, turvaako koulutus työn vai onko koulutus suorite, joka palveluna annetaan ja sitten ihminen jää eläkkeelle esimerkiksi vammauduttuaan. Koulutuksen, työn ja eläkkeen yhteensovittaminen sekä hyödynnettävän työkyvyn tulokset olivat yllättäviä tässä aineistossa. Tähän seikkaan on hyvä kiinnittää jatkossa huomiota. Tulokset tukivat näkemystä, että vammaisten henkilöiden hyvinvointi ja asema ovat heikompia kuin vastaavan ikäisillä muilla ihmisillä. Koulutus- ja työmahdollisuuksista syrjäyttäminen voi merkitä elämistä koko loppuiän pelkän minimi toimeentulon varassa. (Airaksinen 2006, 81 ja 83.)

Selittäväenä tekijöinä siinä, että kehitysvammaiset omana vammaryhmänään saavat enemmän tietoa viranhaltijoilta kuin muut vammaryhmät, voidaan mielestäni pitää, että osa kehitysvammaisista todetaan jo syntymästään tai varhaisessa vaiheessa kehitysvammaisiksi ja kuuluvat siten erityishuollon alle säännöllisine seurantoineen. Toinen selittävä tekijä voi olla se, että palveluohjaajat ovat toimineet kehitysvammaisissa jo vuosia.

Vaikeinta vammaisuudessa oli asiakaskyselyn mukaan liikkuminen ja yksinäisyys. Se, että on riippuvainen toisista. Tähän voivat vastata riittävät ja oikea-aikaiset palvelut, hyvä verkosto ihmisen tukena, mutta myös ihmisen oma tahto ottaa apua vastaan. Koskaan palveluilla ei tulla saavuttamaan samanlaista itsenäisyyttä toimintarajoitteiselle ihmiselle kuin terveellä ihmisellä, mutta mahdollisuus on kuitenkin pienentää henkilön kokemaa avuttomuuden tunnetta.

Palveluohjauksen näen tärkeänä, että henkilön yksilöllisen tilanne vuoksi voidaan tarkistaa ja millainen verkosto on asiakkaan tukena. Tämän kautta moniammatillisella yhteistyöllä voidaan räätälöidä palvelut tarpeen mukaisesti. Palveluohjauksen toteuttamisessa olisi mielestäni tilaa myös kolmannelle sektorille, tässä erityisesti vammaisjärjestöille.

Jokaisella on vastuu elintavoistaan, mutta jos elää läpi koko elämänsä köyhyysrajan alapuolella toimeentulon suhteen, ei voi välttämättä aina tehdä niitä terveellisiä ratkaisuja oman elämän suhteen. Liikuntaan on olemassa erilaisia ratkaisuja, mutta osa voi tarvita avustajaa liikkumiseen esim. talvikeleillä, pimeällä jne. Edullisemmat asunnot ovat yleensä kauempana kuntakeskuksista ja silloin eri palvelut harrastusmahdollisuuksineen ovat kaukana. Nämä saattavat aiheuttaa lisäkustannuksia (kuljetuspalvelujen omavastuiden) matkakustannusten muodossa.

Osallisuuden lisääntyminen on tie valtaistumiseen, olipa palveluna yksilöity ratkaisu, kuljetuspalvelu tai henkilökohtainen apu. Osallisuudella on merkitys hyvinvoinnin kokemisessa ja ulottuu näin myös omaan kokemukseen terveydentilasta yksinäisyyden tunteineen ja pahoinvointineen. Terveydentilan koki melko huonoksi tai huonoksi puolet vastaajista, mikä on paljon. Asiakkaiden kokonaistilanne tulee selvittää entistä syvällisemmin ja samalla voi ohjata etsimään tai antaa tietoa alueen vapaa-ajan mahdollisuuksista, järjestöjen toiminnasta ja palveluista.

Moniammatillinen yhteistyö, poikkihallinnollinen yhteistyö ovat termejä, joita käytetään, mutta saavutetaanko tosiasiallisesti tavoitteita, joissa kukin katsoisi omasta hallinnonsektoristaan niitä mahdollisuuksia, joita voi tarjota asiakkaan tilanteen parantamiseksi? Minulle tuli käsitys, että on tilanteita, joissa asiakas on ” ei kenenkään maalla”, koska puuttuu tietty diagnoosi tai hänellä on kaksoisdiagnoosin ongelma, jolloin

eri sektorit väittelevät, kenen hallinnon alalle asiakas kuuluu ja kukaan ei ensimmäisenä ota näitä asiakkaita hoitaakseen, kun vedotaan toiseen diagnoosiin. On mahdollisesti unohdettu oman sektorin säästötoimissa se, että usein työskennellään saman työnantajan palveluksessa.

On myös tilanteita, jolloin on vaikea löytää sopivaa palvelua asiakkaalle johtuen hänen useammasta ongelmasta, esimerkiksi asiakkaalla on liikuntavamman lisäksi vakava päihdeongelma tai mielenterveysongelmia. Tässä saattaa myös tulla eteen se tosiseikka, että vanhat rakennukset harvoin ovat esteettömiä, jolloin sopiva palvelu ei ole saavutettavissa juuri näiden fyysisten tilojen vuoksi.

Niin asiakaskyselyn tuloksissa kuin haastatteluissakin ilmeni tiedotuksen puutetta. Toimintaohjeista ei ollut levinnyt tietoa riittävästi ja koettiin, että eniten tietoa sai viranhaltijoilta, mikä oli kuitenkin vain 32,8 prosenttia vastaajista. Toisaalta asiakastyytyväisyydessä koettiin, että yhteistyö vammaispalvelun viranhaltijan kanssa toimi keskiarvona arvosanalla keskinkertainen (ka. 3,52). Päätöksen sai vain 39,4 prosenttia vastaajista kahden kuukauden sisään ja asiakastyytyväisyydessä päätöksen saamisen keskiarvo oli myös keskinkertainen (ka. 3,08). Herää kysymys, onko sosiaalityöntekijöillä vammaispalveluissa riittäviä resursseja hoitaa työtään, tiedottaa, perehtyä asiakkaiden tilanteisiin ja tehdä päätöksiä ilman kohtuuttomia viiveitä..

Puheeksi ottaminen, terveyden edistämisen vieminen omalta osaltaan työssään eteenpäin nousivat haastatteluissa esiin. Ei ole määritelty, kenelle ja miten asiaa tulisi nostaa omassa työssään. Minulle tuli käsitys, että kun on käynyt koulutuksessa, oletetaan jokaisen vievän terveyden edistämistä eteenpäin ja puuttuvan tilanteisiin, mutta esimiehet eivät ole alaisilleen tästä tehtävästä puhuneet. Jatkossa tulisi käydä keskustelu, kuka tekee, mitä tekee ja miten tekee, jotta edistymistä tapahtuisi.

## 9 POHDINTA

Tutkimukseni oli hyvin laaja ja sekä aineistoltaan että metodiltaan triangulaatio. Näin ollen tutkimuksen toteuttaminen vei aikaa yli kaksi vuotta ja tutkimuksen eteneminen oli prosessi, jonka aikana alitajunta työsti teemoja. Tutkielman eteenpäin vieminen vaati tätä tajunnanvirtaa eikä sitä voinut ulkopuolelta nopeuttaa, joten sysäyksittäin laadin tekstiä tutkielmaan ja sidoin tuloksia ja teoreettista viitekehystä vuoropuheluun pyrkimyksenä ekososiaalisuuden ilmentyminen läpi koko työn. Tutkimuksen aikana tutkimustehtävät säilyivät ennallaan, mutta lähestymistapana ekososiaalisuus vahvistui, koska aineistojen tulokset ohjasivat tätä painottumista.

Vammaisuus ja sen vaikutukset hyvinvointiin ilmentävät epäsuhtaa lähtötilanteissa, jolloin yksilön omat mahdollisuudet parantaa omaa hyvinvointia ovat rajalliset eikä silloin ole kyse täysin omasta tahdosta. Tämän vuoksi on tärkeää tunnistaa erityisryhmän asema ja tarpeet niin kuntalaisena toimijana kuin kansalaisenakin. Perusoikeusnäkökulma palvelujen merkityksestä hyvinvoinnin kokemukselle liikkumisessa, sosiaalisissa suhteissa ja osallistumisessa yllättivät tässä tutkimuksessa. Yhteiskunnan poliittinen tahtotila arvoineen, lakeineen ja sitä kautta valtionosuudet kunnan järjestämissä palveluissa ovat suorassa yhteydessä tämän asiakasryhmän edellytyksiin hoitaa omaa terveyttään hyvinvointia ja osallisuutta lisäämällä, mikä ilmentää juuri Heiskasen (2007) mukaan vammaisuuden poliittista mallia.

Eläminen pienen toimeentulon varassa läpi elämän, luo myös rajalliset puitteet osallistua ja hyödyntää eri palveluja ja kantaa vastuuta valinnoistaan omaksi terveydekseen. Poliittisen ilmapiirin arvomaailma on sidoksissa tämän erityisryhmän perusoikeuksiin, kuten teoreettisessa viitekehyksessä kävi ilmi. Harvoin vammaiset henkilöt vähemmistöihmisryhmänä edustavat luottamushenkilöiden enemmistöä, joten miten he vähemmistönä saisivat äänensä voimakkaammin kuuluville? Tämän vuoksi tarvitaan asenteisiin vaikuttamista ja se mielestäni toteutuu ymmärtämisen kautta mahdollisimman luonnollisella tavalla. Ymmärtämisen kautta vastuullinen ihminen voi kokea oivaltamisen iloa siitä, miten kukin omasta roolistaan voisi edistää heikoimpien väestöryhmien hyvinvointia ja terveyttä. Ideoinnin vapaus ja kehittäminen jalostavat uusia toimintatapoja.



Ekososiaalisuus on sen kokonaisvaltaisuudesta ja syvällisyydestä johtuen samalla linjalla kuin itse terveyden edistäminen. Miten vammaisten henkilöiden terveyttä voidaan ekososiaalisesti edistää, jotta vaikutukset ulottuvat kauaskantoisiksi? Hyvinvointi tulee merkittäväksi elementiksi, jotta terveyttä voidaan edistää vammaisilla henkilöillä erityisryhmänä. Tämä vaatii yhteiskunnan mukaantuloa, sillä tällä hetkellä kunnat yksinään ovat melko voimattomia saamaan rakenteellisia parannuksia taloudellisessa mielessä ja siten myös kestävien ulottuvuuksien saavuttaminen on epävarmaa. Kuntien taloudellinen tilanne on nykypäivänä suurimmaksi osaksi melko heikko. Asenteisiin voidaan kuitenkin vaikuttaa. Vammaisia lapsia ei enää juurikaan eristetä omiin yksikköihin vaan heidän palvelunsa on usein integroitu kuntalaisten peruspalvelujen sisään mm. päiväkodeissa ja kouluissa.

Aina ei kuitenkaan ole kyse vain rahasta. Elinympäristön esteettömyyttä voidaan huomioida jo suunnitteluvaiheessa kysymällä eri käyttäjäryhmien kannanottoja, mitä eri vammaryhmien osalta rakennuksessa tulisi huomioida. On kyse eri käyttäjäryhmiä koskevien tiedon hankkimisesta ja antamisesta, ihmisten kohtaamisesta, valinnoista, virikkeistä, mahdollisuuksista ja palvelujen toimivuudesta. Vammaispalvelujen sosiaalityöntekijöillä on oma roolinsa viedä kuntalaisten hyvinvointitietoa eteenpäin ja ajaa heidän asiaansa, mutta myös kehittää elinolosuhteita ja tuottaa tästä tietoa. Ekososiaalisen lähestymisen sisäistäminen ja toteuttaminen terveyden edistämisen laatusuosituksen eri toimintalinjojen jäsentämänä, luovat kestäväää pohjaa usealla ihmiseen kohdistuvalla ulottuvuudella.

Ekososiaalisuuden ulottuvuudessa päästään pidemmälle, kun huomioidaan johtamisen, päätöksenteon ja strategioiden sisältävän terveyden edistämisen ja terveyserojen kaventamisen tahtotilan sekä henkilöstön osallisuuden tässä työssä. Tarvitaan niin yksilöön, elinympäristöön, aluerakenteeseen kuin yhteiskuntaankin vaikuttavia toimenpiteitä, mikä tukee vammaisuuden kolmannen mallin, poliittisen mallin olemassa oloa. Ekososiaalisuus terveyden edistämässä on kokonaisvaltaista, mutta yksilön omaa vastuuta omasta elämästään ei voi kuitenkaan kokonaan unohtaa.

Voidaanko terveyttä edistää niin paljon, että terveyserot kokonaan poistuvat, lienee mahdotonta. Sosiaalityön näkökulmasta voidaan pohtia samaa asiaa niin, että voidaanko rakenteelliselta tasolta ihmisten hyvinvointia huomioida niin paljon, jotta sosiaaliset

ongelmat poistuvat, jolloin painopiste muuttuisi korjaavasta työstä pelkästään ennaltaehkäisevään sosiaalityöhön ns. vaikuttamiseen etukäteen. Tämäkin lienee mahdotonta, sillä ongelmat muuttuvat ja aina tulee olemaan se alin tai heikoin ryhmä, jonka eteen tehdään käytännön korjaavaa työtä.

Terveyden edistämiseen liittyvät toimenpiteet ja tehtyjen toimenpiteiden vaikutusten seuranta. Ilman, että yhden kerran on aluksi tutkittu kokonaisuus, ei voida arvioida tehtyjen toimenpiteiden vaikutusta. Työ on pitkäjänteistä. Voidaan puhua hyvinvointiosaamisesta, mutta myös eettisistä kysymyksistä vammaispalvelujen sosiaalityössä, mikä liittyy palvelujen saatavuuteen ja määrään perusoikeusnäkökulmasta.

Pro gradu-tutkielmassa harmitti jälkeenpäin, ettei kyselylomakkeessa ikää kysytty vain vuosina. Silloin olisi saanut tarkemman kuvan yli 65-vuotiaiden ikäjakaumasta. Sanottakoon kuitenkin, kyselyssä oli myös yli 90-vuotiaita vastaajia. Osa oli erikseen laittanut tarkan ikänsä ikäluokan kohdalle. Kysely kuitenkin näyttää selkeästi vammaispalvelujen kuljetuspalvelun painottuneen ikääntyneiden kuljetuspalveluksi, kuten muissakin tutkimuksissa on todettu. Lisäksi huomion paikka on se vammaisten henkilöiden suuri määrä, jotka kokivat vaikeimmaksi asiaksi vammassaan liikkumisen menetyksen sekä yksinäisyyden. Ensimmäinen voi omalta osaltaan vaikeuttaa arjessa selviytymistä, koska on riippuvainen toisista avuntarpeen vuoksi ja palveluilla tätä tarvetta voidaan poistaa, mutta riippuvuus toisista ihmisistä voi myös eristää, koska palvelujen puuttumisen vuoksi ei halua vaivata läheisiään ja pyytää kaveriksi johonkin osallistumaan/saattamaan.

Yllättävä haastatteluissa oli huomata se, että terveys on sanana niin vahva, että sitä tarkastellaan aluksi vain somaattisten sairauksien ja vammojen valossa. Terveyden ja sosiaalisen rajapinta ilmenee kuntoutuksessa ja apuvälineissä. Vasta hyvinvoinnista keskustelun yhteydessä haastateltavat tunnistivat hyvinvoinnin vaikutuksen terveyteen. Haastateltavat kokivat yksimielisesti, että vammaisilla henkilöillä oli mahdollisuuksia, mutta osa niistä tai niiden hyödyntämisestä riippui päätöksistä.

Tässä tulee se ristiriita, että onko vammaisilla henkilöillä tosiasiallisesti yhdenvertainen asema yhteiskunnassa ihmisoikeusnäkökulmasta, kun heidän osallistumismahdollisuudet osittain ovat riippuvaisia palvelupäätöksistä liittyen esimerkiksi henkilökohtaiseen apuun ja kuljetuspalveluun. Mikäli alueella toimisi joukkoliikennettä, joka olisi kalustoltaan

huomioinut esteettömyyden, edesauttaisiko se mahdollisuuksien hyödyntämistä ja voisiko kuljetuspalvelulla riittävästi täydentää osallistumisen mahdollisuuksia? Kohtaavatko tarve ja määrä sekä suoko laki heille kuitenkin perustuslain mukaisia oikeuksia näillä palveluilla? Pyydämmekö silloin heitä sopeutumaan tilanteeseensa, mikäli he tarvitsevat enemmän kuin laki minimissään suo? Onko mahdollista saada palveluohjaaja, joka tutustuisi riittävän hyvin asiakkaiden elämään, että tietää, mihin asioihin voi vaikuttaa ja mihin ei ja onko asiakas jäänyt eri palvelujärjestelmien välimaastoon ”ei kenenkään maalle”? Kuka ottaa hoitaakseen nämä ihmiset? Näihin kysymyksiin ei saada vastauksia tällä tutkimuksella, mutta ne liittyvät arvoihin, joilla on yhteiskunnallista ulottuvuutta ja suoranaista vaikutusta vammaisten henkilöiden arkeen.

Mittareiden avulla voidaan arvioida ja valita eri painopisteitä ja niihin kohdistuvia suunnitelmia terveyden edistämiseksi. Mikäli mittariksi otetaan hyvinvointi ja elämänlaatu sosioekonominen asema huomioiden eri ikäkausina, voidaan jollain tasolla verrata valtaväestöä ja vammaisia erityisryhmänään. Vertailun tuloksena voidaan pyrkiä niihin terveyseroja poistaviin toimenpiteisiin, joilla on todellista vaikutusta vammaisten ihmisten elämään ja hyvinvointiin ja sitä kautta terveyteen. Vertailtaessa on huomioitava kuitenkin se tosiasia, että vanhemmilla ikäluokilla on Koistisen (1999, 205) ja Aromaan ym.(2005, 454) mukaan ollut vähäisempää kouluttautumista, jolloin sukupolvisuus näkyy koulutusnäkökulmassa (Airaksinen 2006, 51).

Riittävien koulutuspaikkojen ja siten työllistymisen turvaaminen ovat niitä tekijöitä, joilla materiaalisia olosuhteita riittävän toimeentulon muodossa voidaan korjata ja siten ehkäistä eriarvoisuutta. Kuitenkaan tutkimustuloksia ei näy, miten koulutuspaikat eroavat syntymästään saakka vammaisilla ja eri-ikäisinä vammautuneilla. Onko näillä tekijöillä suuri vaikutus toimeentuloon? Onko syntymästään saakka vammaisille valittu sellaisia opintolinjoja, jotta he saavat ammatin, mutta saavatko siitä riittävän toimeentulon? Näkyykö esimerkiksi koulutuksen kautta vammaisuuden syrjivää ja toiseuttavaa vaikutusta, mitä Reinikainen (2007) tutki. Poikkileikkaustutkimus koulutuksen vaikutuksesta toimeentuloon eri ikäkausina ja itse työllistymiseenkin olisi mielenkiintoinen sosioekonomisten erojen näkökulmasta. Henkilökohtaisen avun vaikutus osallistumiseen ja sosiaalisuuteen olisi myös mielenkiintoinen tutkimuskohde, sillä siihen kohdistuu suuria positiivisia odotuksia. Terveyden edistämisen seuraamiseksi asiakaskyselyn uusinta vertailututkimuksena olisi mielenkiintoinen toteuttaa jatkotutkimuksena.

Vammaispalveluissa haasteita tuovat nimenomaan vammaispalvelulaissa voimaantulleet sosiaalitakuuna olevat aikamäärät palvelutarpeen arvioinnissa hakemiselle päätöksineen, palvelusuunnitelmien laadinta kaikkiin tukitoimiin ja palveluihin sekä henkilökohtaisen avun muuttuminen subjektiiviseksi oikeudeksi vaikeavammaisille, joka oli aiemmin määrärahasidonnainen, harkinnanvarainen tukitoimi vammaisille. Tämän sosiaalitakuun velvoitteen tulisi vaikuttaa myös resurssina riittävään sosiaalitoimen henkilökuntaan, jotta lain velvoitteet tultaisiin saavuttamaan.

Itse koen haasteeksi sosiaalityön asiantuntijuudessa sen, että mitkä ovat tällä hetkellä ne todelliset ekososiaaliset vaikuttamiskeinot ihmisten monimutkaisiin tilanteisiin ja yhteiskunnan rakenteisiin ja mikäli keinot ovat vähäiset, turhauttaako asiantuntijana edes yrittää hyödyntää näitä keinoja ja väheneekö työn imu ja ammatti-identiteetti tämän turhauman myötä. Miten saadaan sosiaalityöntekijät sitoutumaan pitkäjänteiseen työhön?

Sosiaalisen osuus arjessa on se hyvinvoinnin kohta, johon vammaisten henkilöiden kohdalla tulee luoda painoarvoa. Osallisuus yhteiskunnassa on mielestäni se kantava voima, jolla voi olla suuri ekososiaalinen vaikutus terveyden edistämiseen. Tämä on ennen kaikkea tiedostamisen paikka, niin sosiaalityössä kuin päättäjätasolla aina kuntatasolta valtakunnan tasolle saakka.

Yhteisöllisyyttä tarvitaan jatkossa. Tähän tulisi haastaa riippumatta siitä, mitä tahoja edustaa. Kolmas sektori, järjestöt, vapaaehtoistyö, julkinen organisaatio ja kaikki me ihmiset olemme vastuussa, mihin suuntaan yhteiskunta kehittyy. Palvelut tuskin tulevat olemaan koko ratkaisu hyvinvointiin ja terveyden edistämiseen, mutta vastuu toisista arvona voisi olla tie yhteisöllisyyden kasvuun. Paikallisten rakenteiden tunteminen edesauttaa löytämään keinoja ratkaista ongelmia hyvinkin yksilöllisesti. Tässä tullaan siihen, että viranhaltijalla tulee sopivassa määrin olla vapaat kädet ja mahdollisuus harkintaan eikä vain ohje noudattaa laajan alueen yhteisiä toimintaohjeita, jotka ovat alueelle suuntaa-antavia.

Ekososiaalisuus lähestymistapana avaa terveyden edistämisen laajasti auki, jolloin hyvinvoinnin merkitys korostuu terveyden edistämässä. Ekososiaalisuudessa ja terveyden edistämässä molemmissa on eri tasoja ja ulottuvuuksia, mutta ne eivät ole ristiriidassa

keskenään, kun tarkastelua suorittaa asiakkaan tai palvelun käyttäjän näkökulmasta. Itse koen, että sisällyttämällä ekososiaalisen lähestymistavan tähän tutkimukseen, tämän asiakasryhmän kohdalla saatiin vahvistettua ekososiaalista vaikuttavuutta ja hyvinvoinnin merkittävyyttä ihmisten arkeen ja elämään.

Tutkimuksen teko oli mielenkiintoista ja haasteellista. Haasteellisuutta toi kolmen eri menetelmän hallinta ja tutkimuksen jatkuva rajaaminen, jotta tutkimuksen lähestymistapa säilyisi alusta loppuun. Kun pro gradu-tutkielmaa työstää ja tarkastelee useampia lisensiaattitutkimuksia ja väitöskirjoja, huomaamatta omat odotukset kirjallisen tuotoksen laadusta nousevat korkealle. Unohtaa, että pro gradu-tutkielmassa on kyse oman oppineisuuden osoittamisesta ja välillä ihan hätäntyy, että oma tuotos ei ole riittävän hyvä ja tieteellinen. Laaja aihepiiri useampine menetelmineen vaati tutkimuksen haltuunottoa ja sitä kautta uskalsi osoittaa omaa tajuunvirtaa. Iloa koin siitä, että uskalsin kokeilla jo lähtökohdiltaan laajan tutkimuksen tekemistä ja uskoin siitä selviäväni. Toisaalta uuden aiheen tutkiminen tieteen maailmassa, antoi myös valinnan vapautta tutkimuksen näkökulmille. Tutkimuksen loppusuoralla koen olevani tyytyväinen tutkimuksen onnistumiseen ja samalla sain orastavan siemenen kytemään jatko-opintojen suhteen, mikä on edellytys motivaation säilymiselle itsensä kehittämiseksi ammatillisesti.

Lopuksi tuon vielä erään tuntemattoman henkilön aforismin, jolla on edelleen painoarvoa tänäkin päivänä sosiaalityön moniulotteisessa tehtäväkentässä. Aforismi ilmentää osaltaan myös sosiaalityöntekijän eri menetelmillä tehtävää työtä; tulla vastaan ja tunnistaa asiakkaan tarpeet huomioiden hänen voimavaransa, mutta kulkea myös yhtä matkaa eteenpäin tuoden esiin kunnassa esiintyviä hyvinvoinnin puutteita ihmisyyttä kunnioittaen.

*Pisin matka,*

*jonka ihminen voi toiselleen tehdä,*

*on tulla toista puolitiehen vastaan.*

(Tuntematon)

## LÄHTEET

Aho, Päivi (1999) Haasteet ja asiantuntijuus sosiaalialan työssä. Sosiaalialan ammattien vuosikirja 1999. Sosiaalityöntekijöiden liitto ry. Porvoo:WSOY- Kirjapainoyksikkö.

Aitoaho, Annikki: Kainuulaisten terveyden edistäminen. Teoksessa Risto Kaikkonen, Elisa Kostiainen, Eila Linnanmäki, Tuija Martelin, Ritva Prättälä ja Seppo Koskinen (toim.): Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 27/2008. Yliopistopaino, Helsinki 2008, s. 256 – 260. Saatavilla www-muodossa:

[http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2008/2008b27.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b27.pdf)

Airaksinen, Tiina (2006) Syrjäyttäminen eriarvoistaa, vertaileva tutkimus liikkumisesteisten ihmisten asemasta. Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Saatavilla www-muodossa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00970.pdf>

Alkula, Tapani, Pöntinen, Seppo & Ylöstalo, Pekka (1994) Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. WSOY. Juva.

Allardt, Erik (1976) Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Werner Söderström Osakeyhtiön laakapaino: Porvoo.

Bradley- Ikonen, Tanja (2005) Vammaisuuden yhteiskunnallisuus ja ruumiillisuus: reumaa sairastavien naisten kokemuksia syrjinnästä. Sosiaalityön pro gradu-tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos.

Erola, Jani ja Räsänen, Pekka: Suomalaisen sosiaalitieteen menetelmätrendit 1990- ja 2000- luvuilla. Janus 2007, 4, 297 - 313

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1998) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Euroopan neuvoston vammaispoliittinen ohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:18. Helsinki: Yliopistopaino. Saatavilla www-muodossa:

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3729.pdf&title=Euroopan\\_neuvoston\\_vammaispoliittinen\\_toimintaohjelma\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3729.pdf&title=Euroopan_neuvoston_vammaispoliittinen_toimintaohjelma_fi.pdf)

Grönfors, Martti (1985) Kvalitatiiviset kenttätömenetelmät. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.

Haarni, Ilkka (2006) Keskeneneräistä yhdenvertaisuutta. Vammaisten henkilöiden hyvinvointi ja elinolot Suomessa tutkimustiedon valossa. Stakesin raportteja 6/2006. Helsinki: Valopaino Oy. Saatavilla www-muodossa:

<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R6-2006-VERKKO.pdf>

Heidegger, Martin (2000a) Oleminen ja aika. Suom. Reijo Kupiainen. Tampere: Vastapaino.

Heidegger, Martin (2000b) Kirje humanismista ja maailmankuvan aika. Suom. Markku Lehtinen. Helsinki: Tutkijaliitto.

Heiskanen, Marja-Liisa (2008) Henkilökohtaisen avustajajärjestelmän kaksi vuosikymmentä suomalaisessa vammaispolitiikassa. Stakesin raportteja 10/2008. Helsinki: Valopaino Oy. Saatavilla www-muodossa:

<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R10-2008-VERKKO.pdf>

Hiekka, Eija: Sosiaalityötä projekteissa – alueellisesta sosiaalityöstä sosiaaliseen perusparannukseen. Teoksessa Matthies, Aila-Leena ja Närhi, Kati (toim.): Ekososiaalisia oivalluksia sosiaalityön arjesta. Jyväskylän yliopistopaino, Jyväskylä 1998, s. 176 - 192.

Hietaharju, Elisa: Kestävän kehityksen lähiö asukkaiden tulkitsemana. Teoksessa Matthies, Aila-Leena ja Närhi, Kati (toim.): Ekososiaalisia oivalluksia sosiaalityön arjesta. Jyväskylän yliopistopaino, Jyväskylä 1998, s. 130 - 137.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2000) Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Holm, Pasi & Hopponen, Anneli (2007) Vammaisten työkyky vuonna 2007. Vertailua työttömiin. Pellervon taloudellisen tutkimuslaitoksen raportteja nro 202. Saatavilla www-muodossa: [http://www.ptt.fi/dokumentit/pttrap202\\_2607071249.pdf](http://www.ptt.fi/dokumentit/pttrap202_2607071249.pdf)

Jukkala, Tarja: Ryhmätoiminta nuorisotyön ja sosiaalityön välimaastossa. Teoksessa Matthies, Aila-Leena ja Närhi, Kati (toim.): Ekososiaalisia oivalluksia sosiaalityön arjesta. Jyväskylän yliopistopaino, Jyväskylä 1998, s. 86 - 99.

Järvikoski, Aila, Härkäpää, Kristiina & Pättikangas, Mervi: Vammaisen henkilön valtaistuminen – palvelujärjestelmän avulla vai ilman sitä. Teoksessa Susanna Nouko - Juvonen (toim.): Pyörätuolitango. Näkökulmia vammaisuuteen. Edita, Helsinki 1999, s. 103 - 126.

Kaikkonen, Risto, Martelin, Tuija ja Koskinen, Seppo: Kainuun maakunta ja sen väestö. Teoksessa Risto Kaikkonen, Elisa Kostiainen, Eila Linnanmäki, Tuija Martelin, Ritva Prättälä ja Seppo Koskinen (toim.): Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 27/2008. Yliopistopaino, Helsinki 2008, s. 19 - 22. Saatavilla www-muodossa:

[http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2008/2008b27.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b27.pdf)

Kaikkonen, Risto, Martelin, Tuija, Prättälä, Ritva, Helakorpi, Satu, Arffman, Martti, Pietikäinen, Minna ja Koskinen, Seppo: Sosioekonomiset erot terveydessä. Teoksessa Risto Kaikkonen, Elisa Kostiainen, Eila Linnanmäki, Tuija Martelin, Ritva Prättälä ja Seppo Koskinen (toim.): Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 27/2008. Yliopistopaino, Helsinki 2008, s. 33 - 95. Saatavilla www-muodossa:

[http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2008/2008b27.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b27.pdf)

Kaikkonen, Risto, Murto, Jukka, Linnanmäki, Eila ja Kostiainen, Elisa: Kainuulaisten toimijoiden haastattelut. Teoksessa Risto Kaikkonen, Elisa Kostiainen, Eila Linnanmäki, Tuija Martelin, Ritva Prättälä ja Seppo Koskinen (toim.): Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 27/2008.



Yliopistopaino, Helsinki 2008, s. 243 - 254. Saatavilla www-muodossa:

[http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2008/2008b27.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b27.pdf)

Kaikkonen, Risto, Martelin, Tuija, härkänen, Tommi & Koskinen, Seppo: Aineistot ja menetelmät. Teoksessa Risto Kaikkonen, Elisa Kostiainen, Eila Linnanmäki, Tuija Martelin, Ritva Prättälä ja Seppo Koskinen (toim.): Sosioekonomiset terveysterot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 27/2008. Yliopistopaino, Helsinki 2008, s. 23 - 32. Saatavilla www-muodossa:

[http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2008/2008b27.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b27.pdf)

Kaikkonen, Risto, Prättälä, Ritva, Helakorpi, Satu, Arffman, Martti, Pietikäinen, Minna ja Koskinen, Seppo: Sosioekonomisiin terveyseroihin vaikuttavia tekijöitä. Teoksessa Risto Kaikkonen, Elisa Kostiainen, Eila Linnanmäki, Tuija Martelin, Ritva Prättälä ja Seppo Koskinen (toim.): Sosioekonomiset terveysterot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 27/2008. Yliopistopaino, Helsinki 2008, s. 127 – 235. Saatavilla www-muodossa:

[http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2008/2008b27.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b27.pdf)

Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008 - 2011. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus julkaisuja 2008:16. Yliopistopaino: Helsinki. Saatavilla www-muodossa: [http://www.teroka.fi/teroka/uploadfiles/tervero\\_ohjelma.pdf](http://www.teroka.fi/teroka/uploadfiles/tervero_ohjelma.pdf)

Karvinen (2007): Ohjelmajohtaja Maija Perho: Yhteistyön verkko terveyden edistämiseen. Saatavilla www-muodossa: <http://www.stm.fi/resource.phx/socius/socius-32007/sivu1.htm> [Luettu 7.11.2007].

Karvonen, Sakari: Kasvuettoja vai elämänvaihe: näkökulmia nuorten ja lasten terveyteen. Teoksessa Ossi, Rahkonen ja Eero, Lahelma (toim.): Elämänkaari ja terveys. Tammer-Paino Oy: Tampere 1998, s. 66 – 81.

Kaski, Markus: Vammaishuolto. Suomalaisten terveys. Saatavilla www-muodossa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=suo00059](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00059) [Luettu 29.11.2007].

Kauppinen, Tapani & Nelimarkka, Kirsi (2004) Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi Terve Kunta-verkoston kunnissa. Aiheita 18/2004. Stakesin monistamo:Helsinki.

Saatavilla www-muodossa: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Aiheita18-2004.pdf>

Kempainen, Erkki (2008) Kohti esteetöntä yhteiskuntaa. Yhteiskuntapolitiikan normatiiviset keinot esteettömyyden edistämiseksi. Stakesin raportteja 33/2008. Valopaino Oy: Helsinki. Saatavilla www-muodossa:

<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R33-2008-VERKKO.pdf>

Kumpulainen - Väistö, Liisa: Kaksi kylää kaupungissa, kaupunki kylässä. Teoksessa Matthies, Aila-Leena ja Närhi, Kati (toim.): Ekososiaalisia oivalluksia sosiaalityön arjesta. Jyväskylän yliopistopaino, Jyväskylä 1998, s. 114 - 129.

Kusch, Martin (1986) Ymmärtämisen haaste. Pohjoinen: Oulu.

Kuula, Arja (2006) Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Osuuskunta Vastapaino. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista. Finlex-Ajantasainen lainsäädäntö: 3.4.1987/380 Saatavilla www-muodossa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870380>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Finlex- Ajantasainen lainsäädäntö: 22.9.2000/812. Saatavilla www-muodossa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Leinonen, Ansa: Sosiaalinen turvallisuus tarpeena ja tavoitteena. Teoksessa Matthies, Aila-Leena ja Närhi, Kati (toim.): Ekososiaalisia oivalluksia sosiaalityön arjesta. Jyväskylän yliopistopaino, Jyväskylä 1998, s. 100 - 112.

Linnakangas, Ritva, Suikkanen, Asko, Savtschenko, Victor & Virta, Lauri (2006) Uuden alussa vai umpikujassa? Vammaiset matkalla yhdenvertaiseen kansalaisuuteen. Stakesin raportteja 15/2006. Saatavilla www-muodossa:

<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R15-2006-VERKKO.pdf>

Malm, Marita, Matero, Marja, Repo, Marjo & Talvela, Eeva-Liisa (2004) Esteistä mahdollisuuksiin. Vammaistyön perusteet. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Matthies, Aila-Leena :Ekologinen lähestymistapa sosiaalityössä. Teoksessa Riitta Granfelt, Hannu Jokiranta, Synöve Karvinen, Aila-Leena Matthies ja Anneli Pohjola: Monisärmäinen sosiaalityö. Sosiaaliturvan Keskusliitto. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 1993, s. 229 - 252

Matthies, Aila-Leena ja Närhi, Kati: Eheytymistä, analyttisyyttä ja poliittisuutta – ekososiaalinen lähestymistapa sosiaalityössä. Teoksessa Matthies, Aila-Leena ja Närhi, Kati (toim.): Ekososiaalisia oivalluksia sosiaalityön arjesta. Jyväskylän yliopistopaino, Jyväskylä 1998, s. 8 - 15.

Mäntysaari, Mikko ja Haaki, Raili: Suomalainen sosiaalityön väitöskirjatutkimus vuosina 1982 - 2006. Janus 2007, 4, 357 - 366.

Määttä, Paula (1981) Vammaiset – suuri vähemmistö. Mitä on hyvä tietää vammaisuudesta. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Nelimarkka, Kirsi ja Kauppinen, Tapani (2007) Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioiminen. Stakes Oppaita 68. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Närhi, Kati (2004) The Eco-social Approach in Social Work and the Challenges to the Expertise on Social Work. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 243. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.

Papunen, Elina (2001) Näkövammaisen asiakkaan näkökulma vammaispalveluihin: vammaispalvelulain toteutuminen sekä palveluiden ja tukitoimien merkitys näkövammaiselle. Pro gradu-työ. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Sosiaalityö. Mikrokorppi.

Payne, Malcolm (1997) Modern social work theory. Second edition. Great Britain: Creative Print and Design.

Pelkonen, Maija (2007) Miltä näyttää vammaispalvelujen toteutuminen lääninhallituksen näkökulmasta. Seminaarin esitys Kajaanissa 16.11.2007.

Pohjola, Anneli (1996) Kohteesta osallisuuteen. Teoksessa Riitta Granfelt, Hannu Jokiranta, Synnöve Karvinen, Aila-Leena Matthies ja Anneli Pohjola: Monisärmäinen sosiaalityö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, s. 68 - 72.

Pikkarainen, Marita: Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittäminen Kainuun maakunta – kuntayhtymässä. Teoksessa Risto Kaikkonen, Elisa Kostiainen, Eila Linnanmäki, Tuija Martelin, Ritva Prättälä ja Seppo Koskinen (toim.): Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 27/2008. Yliopistopaino, Helsinki 2008, s. 267 - 268. Saatavilla [www-muodossa:](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b27.pdf)

[http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2008/2008b27.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b27.pdf)

Pääkkönen, Tuomo, Pikkarainen, Marita, Aitoaho, Annikki ja Kaikkonen, Risto: Kainuun maakunta –kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimialan strategiset linjaukset sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseksi. Teoksessa Risto Kaikkonen, Elisa Kostiainen, Eila Linnanmäki, Tuija Martelin, Ritva Prättälä ja Seppo Koskinen (toim.): Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 27/2008. Yliopistopaino, Helsinki 2008, s. 255. Saatavilla [www-muodossa:](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b27.pdf)

[http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2008/2008b27.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b27.pdf)

Raunio, Kyösti (1999) Positivismi ja ihmistiede. Sosiaalitutkimuksen perustat ja käytännöt. Gaudeamus. Tampere: Tammer- Paino Oy.

Reinikainen, Marjo-Riitta (2007) Vammaisuuden sukupuolittuneet ja sortavat diskurssit, Yhteiskunnallis-diskursiivinen näkökulma vammaisuuteen. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 304. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House. Saatavilla [www-muodossa:](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13370/9789513928469.pdf?sequence=1)

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13370/9789513928469.pdf?sequence=1>

Saari, Mauno: Terveyden ja sairaanhoidon tulosalue. Teoksessa Risto Kaikkonen, Elisa Kostiainen, Eila Linnanmäki, Tuija Martelin, Ritva Prättälä ja Seppo Koskinen (toim.):

Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B 27/2008. Yliopistopaino, Helsinki 2008, s. 261 - 262. Saatavilla www-muodossa:

[http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2008/2008b27.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b27.pdf)

Simpura, Jussi: Sosiaalinen puristuksessa. Onko talouden, onnellisuuden ja terveyden välissä tilaa globaalisosiaaliselle kysymykselle? Janus 2009, 1, 36 - 46.

Sjöblom, Stina (2007) Har de blivit hjälpta så att de blivit stjälpda?, en studie i socialarbetets potential och gränser inom handikappservice. Helsingfors universitet, Statsvetenskapliga fakulteten. Saatavilla www-muodossa:

[http://www.sosnet.fi/includes/file\\_download.asp?deptid=16345&fileid=12569&file=20080206104357.pdf&pdf=1](http://www.sosnet.fi/includes/file_download.asp?deptid=16345&fileid=12569&file=20080206104357.pdf&pdf=1)

Syrjälä, Leena, Ahonen, Sirkka, Syrjäläinen, Eija & Saari, Seppo (1994) Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Rauma: Kirjapaino West-Point Oy.

Teittinen, Antti (2000) Miten tutkia vammaisuutta yhteiskunnallisena kysymyksenä. Jyväskylän yliopiston sosiologian julkaisuja 65 (2000). Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Terveyden edistäminen. Hallituksen politiikka ohjelma. Saatavilla www-muodossa: <http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf> [Luettu 7.11.2007].

Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla www-muodossa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-9303.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9303.pdf)

Terveys kaikkiin politiikkoihin. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 261/2007. Saatavilla www-muodossa: <http://stm2.teamwareplaza.com/Resource.phx/publishing/documents/12545/index.htm> [Luettu 7.11.2007].

Tolonen, Eija: Vanhuspalvelut. Teoksessa Risto Kaikkonen, Elisa Kostainen, Eila Linnanmäki, Tuija Martelin, Ritva Prättälä ja Seppo Koskinen (toim.): Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 27/2008. Yliopistopaino, Helsinki 2008, s. 265 - 266. Saatavilla www-muodossa: [http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2008/2008b27.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b27.pdf)

Valtioneuvoston selonteko vammaispolitiikasta 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla www-muodossa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3655.pdf&title=Valtioneuvoston\\_selonteko\\_vammaispolitiikasta\\_2006\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3655.pdf&title=Valtioneuvoston_selonteko_vammaispolitiikasta_2006_fi.pdf)

Vuokniemi, Helena (2006) Vammaishuollon sosiaalityö asiakkaan voimaantumisen tukena. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaalityön ja sosiaalipedagogian laitos. Sosiaalityö.

West, Patrick: Terveydentilan eriarvoisuus ja elämänkaarinäkökulma. Teoksessa Ossi, Rahkonen ja Eero, Lahelma (toim.): Elämänkaari ja terveys. Tammer-Paino Oy, Tampere 1998, s 23 – 47.

Ylävaara, Helena: Perhepalvelut. Teoksessa Risto Kaikkonen, Elisa Kostainen, Eila Linnanmäki, Tuija Martelin, Ritva Prättälä ja Seppo Koskinen (toim.): Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 27/2008. Yliopistopaino, Helsinki 2008, s. 263 - 265. Saatavilla www-muodossa: [http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2008/2008b27.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b27.pdf)

#### **Elektronisia lähteitä:**

<http://dfasuomi.stakes.fi/FI/DFA+tieto/index.htm> [Luettu 19.12.2009]

<http://info.stakes.fi/iva/FI/Oppimateriaali/laatu.htm> [Luettu 24.1.2010]

<http://www.teroka.fi/teroka> [Luettu 24.10.2007].

<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Vammaisuus/index.htm> [Luettu 24.1.2010]

## **Liite 1. TEEMAHAASTATTELURUNKO**

### **TERVEYDEN EDISTÄMINEN**

- Mitä on terveyden edistäminen?
- Mitä ovat sosioekonomiset terveyserot?
- Vammaisten kohdalla kuka tai mikä taho toteuttaa/toteuttaisi ja miten?
- Kenelle kuuluu vammaisten kohdalla terveyden edistäminen työ?

### **VAMMAISPALVELUJEN ASIAKASKUNTA**

- Millainen on vammaispalvelujen asiakaskunta? Onko tyypillistä asiakasta?
- Miten vaikuttavat palvelut ja näkykö osallistuminen?
- Millainen asema; koulutus, työ, perhe?
- Elintavat, poikkeako valtaväestöstä?

### **HYVINVOINTI**

- Miten määrittelisit hyvinvointia?
- Onko terveyden edistämiseksi ja hyvinvoinnilla jotain yhteistä? Mitä ja miten näkyy?

### **MITÄ MUUTA HALUAISIT SANOA HAASTATTELUUN LIITTYEN?**

- Vapaa sana



## Vammaispalvelujen asiakaskysely 2007

### "Vammaispalvelujen saatavuuden ja erityisosaamisen parantaminen Kainuussa"-hanke (VASARA) aloitti toukokuussa 2006.

Hanke toteuttaa viime vuotiseen tapaan asiakaskyselyn, jonka avulla seurataan vammaispalvelujen käyttäjien kokemuksia vammaispalveluista hankkeen ajan. Tämän vuoden kyselyyn sisältyy lisäksi kysymyksiä mm. elintavoista. Kyselyyn vastataan nimettömästi.

Tietoja kootaan **palautteen saamiseksi vammaispalveluista ja kyselyä käytetään aineistona Jaana Finnilän yhteiskuntatieteen sosiaalityön pro gradu työssä, joka liittyy aiheeseen Terveiden edistäminen vammaispalveluissa.** Lomakkeen voi täyttää myös avustajan kanssa tai avustaja voi täyttää puolestanne.

**Pyydän ystävällisesti vastaamaan kyselyyn 15.1.2008 mennessä! Palautuskuoreen ei tarvitse postimerkkiä. Osallistumisenne kyselyyn auttaa kehittämään vammaispalveluja ja jokainen vastaus on tärkeä!**

**Vastatkaa jokaiseen kysymykseen, ellei kysymys-kohdassa toisin ilmoiteta. Niihin kysymyksiin, joihin sopivaa vastausvaihtoehtoa ei mitenkään löydy, jättäkää kokonaan vastaamatta tai kirjoittakaa kysymysnumero & vastaus kysymyskohtaan 52 viimeiselle sivulle. Kysely on kaksipuoleinen!**

Kyselyn yhteenvetoraportti julkaistaan hankkeen internet-sivulla ([www.kainuu.fi](http://www.kainuu.fi) ja siellä hakusanaksi vasara).

Rauhallista Joulua ja Onnea Uudelle Vuodelle!

Yhteistyöstä kiittäen

Jaana Finnilä puh. 044 7970277 tai [jaana.finnila@kainuu.fi](mailto:jaana.finnila@kainuu.fi)

#### 1. Asuinseutunne Kainuussa?

- Seutu 1 (Kajaani, Paltamo, Ristijärvi)
- Seutu 2 (Sotkamo, Kuhmo)
- Seutu 3 (Suomussalmi, Hyrynsalmi, Puolanka)

#### 2. Ikänne?

- 0-17
- 18-30
- 31-40
- 41-50
- 51-64
- yli 65-v



### 3. Sukupuolenne?

- Nainen
- Mies

### 4. Millainen vamma teillä on? Voitte tarvittaessa valita useampia vaihtoehtoja.

- Tuki- ja liikuntaelinvamma
- Käsivamma
- Näkövamma
- Kuulovamma
- Etenevä sairaus esim. MS-tauti ym.
- Kehitysvamma
- Jokin muu, mikä? \_\_\_\_\_

### 5. Mikä on invaliditeetti-haitta-aste prosenttina?

- \_\_\_\_\_ prosenttia
- ei ole määritetty

### 6. Oletteko syntynyt vammaisena vai vammautunut myöhemmin?

- syntymästä saakka vammainen (siirtykää kysymykseen 10)
- myöhemmin vammautunut

### 7. Mikäli olette myöhemmin vammautunut, minkä ikäisenä?

- \_\_\_\_\_ vuotiaana

### 8. Jouduitteko vammautumisen myötä hankkimaan uuden ammatin?

- kyllä
- ei

### 9. Mikä on koulutustasostanne?

- Kansakoulu, keskikoulu, peruskoulu tai keskeytyneet opinnot
- Lukio tai ammatti-, tekninen tai kauppakoulu
- Opistotasoinen tai ammattikorkeakoulu
- Korkeakoulu- tai yliopistotutkinto

### 10. Kuinka monta vuotta olette yhteensä käynyt koulua ja opiskellut päätoimisesti? Kansa- ja peruskoulu lasketaan mukaan.

- \_\_\_\_\_ vuotta

**11. Oletteko tällä hetkellä pääasiassa**

- työssä
- osin työssä, osin eläkkeellä
- työtön tai lomautettu
- työkyvyttömyyseläkkeellä
- vanhuuseläkkeellä
- jokin muu, mikä \_\_\_\_\_

**12. Koetteko, että teillä olisi hyödynnettävää työkykyä ja haluaisitte sovittaa yhteen työtä ja eläkettä?**

- kyllä
- ei
- en osaa sanoa

**13. Teillä voi olla erilaisia tulonlähteitä esimerkiksi työtuloja, eläketuloja, sosiaalietuuksia jne. Kun nämä kaikki otetaan huomioon, koetteko toimeentulonne olevan riittävä?**

- kyllä
- ei
- toisinaan

**15. Millainen on siviilisäätynne?**

- naimaton
- avo-/avioliitossa
- eronnut
- leski

**16. Onko teillä lapsia?**

- kyllä
- ei

**17. Asutteko (voitte tarvittaessa valita useita vaihtoehtoja)**

- yksin
- vanhempienne/vanhempanne kanssa
- puolison kanssa
- lasten kanssa
- laitoksessa
- muiden henkilöiden kanssa

**18. Miten koette samassa taloudessa asuvan perheenne vaikuttavan elämästä suoriutumiseen?**

- perhe tukee suoriutumistani mm. arkiaskareissa
- perheellä ei ole vaikutusta suoriutumiseeni
- jokin muu, mikä? \_\_\_\_\_

**19. Saatteko tarvittaessa apua/tukea esimerkiksi vanhemmiltaan, lapsiltaan, muilta sukulaisilta, ystäviltä tai naapureilta?**

- Kyllä, saan riittävästi apua
- Kyllä, mutta en riittävästi
- En saa tarvittavaa apua
- En osaa sanoa

**20. Missä asutte?**

- omistusasunnossa
- vuokra-asunnossa
- laitoksessa
- jossakin muualla, missä? \_\_\_\_\_

**21. Kuinka paljon liikutte ja rasitatte itseänne ruumiillisesti vapaa-aikana? Jos rasitus vaihtelee paljon eri vuodenaikoina, merkitkää se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa keskimääräistä tilannettanne.**

- päivittäin
- 4-6 kertaa viikossa
- 2-3 kertaa viikossa
- kerran viikossa
- 2-3 kertaa kuukaudessa
- muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
- en voi vammaan tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa

**22. Oletteko koskaan tupakoinut päivittäin ainakin yhden vuoden ajan? Kuinka monta vuotta yhteensä?**

- en ole koskaan tupakoinut päivittäin
- olen tupakoinut päivittäin yhteensä \_\_\_\_\_ vuotta

**23. Tupakoitteko nykyisin (savukkeita, sikareita tai piippua)?**

- kyllä, päivittäin
- satunnaisesti
- en lainkaan

**24. Milloin olette tupakoineet viimeksi? Jos tupakoitte jatkuvasti, merkitkää vaihtoehto 1.**

- eilen tai tänään
- 2 pv - 1 kk sitten
- 1 kk - puoli vuotta sitten
- puoli vuotta - vuosi sitten
- vuosi - 5 vuotta sitten
- 5-10 vuotta sitten
- yli 10 vuotta sitten

**25. Miten paljon poltatte nykyisin tai poltatte ennen lopettamista keskimäärin päivässä? Vastatkaa joka kohtaan. Merkitkää 0, jos ette tupakoi lainkaan.**

- tehdasvalmisteisia savukkeita \_\_\_\_\_ kappaletta päivässä
- itsekäärittyjä savukkeita \_\_\_\_\_kpl päivässä
- piippua \_\_\_\_\_ piipullista päivässä
- sikareita \_\_\_\_\_ kpl päivässä

**26. Oletteko viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana käyttänyt mitään alkoholijuomia (olutta, viiniä, siideriä tai väkeviä)?**

- olen
- en ole

**27. Montako lasillista (tavallista ravintola-annosta) tai pullollista olette juonut edellisen viikon (edelliset 7 vrk) aikana seuraavia: Ellette ole juonut yhtään, merkitkää 0.**

- olutta (IVA tai III) \_\_\_\_\_ pullollista (1/3 l)
- long drink-juomia \_\_\_\_\_ pullollista (1/3 l)
- väkevää alkoholia \_\_\_\_\_ ravintola-annosta
- viiniä tai vastaavaa \_\_\_\_\_ lasillista (alkoholipitoisuus yli 5 %)
- siideriä tai kevytviiniä \_\_\_\_\_ lasillista (alkoholipitoisuus noin 5 %)

**28. Kuinka usein tavallisesti juotte alkoholijuomia?**

- päivittäin
- 2-3 kertaa viikossa
- kerran viikossa
- 2-3 kertaa kuukaudessa
- muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
- en koskaan

**29. Kuinka usein juotte alkoholia kerralla kuusi annosta tai enemmän (alkoholiannos käsittää pullon olutta tai vastaavaa, lasin viiniä tai ravintola-annoksen väkevää alkoholijuomaa)?**

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- kerran kuukaudessa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

**30. Kuinka pitkä olette?**

- \_\_\_\_\_ cm

**31. Miten paljon painatte kevyissä vaatteissa punnittuna?**

- \_\_\_\_\_ kg

**32. Mitä mieltä olette painostanne? Haluaisitteko laihtua?**

- en ole mielestäni ylipainoinen
- mielestäni olen ylipainoinen, mutta minulla ei ole tarvetta tai halua laihtua
- mielestäni olen ylipainoinen ja haluaisin laihtua

**33. Onko terveydentilanne mielestänne nykyisin:**

- hyvä
- melko hyvä
- keskitasoinen
- melko huono
- huono

**34. Onko Teillä mielestänne riittävästi tietoa siitä, miten voisitte edistää omaa terveyttänne ja ehkäistä sairauksia?**

- kyllä
- ei
- en osaa sanoa

**35. Oletteko viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) hankkinut tietoa voidaksenne edistää omaa terveyttänne ja ehkäistäkseenne sairauksia?**

- en (siirrykää kysymykseen 38)
- olen (seuraavassa kysymyksessä nro 36 on tiedonlähteet)

**36. Mistä tiedonlähteistä saitte tietoa? Voitte valita useamman vastausvaihtoehdon.**

- lääkäriltä
- terveyden-/sairaanhoitajalta
- palvelupuhelimesta
- terveys- ja/tai potilasjärjestöstä
- apteekista
- luontaistuotekaupasta
- internetistä
- lehdistä, kirjoista
- radiosta, TV:stä
- mainoksista
- tuoteselosteista
- sukulaisilta, ystäviltä ja tuttavilta
- muualta, mistä? \_\_\_\_\_

**37. Oletteko muuttanut tottumuksianne em. lähteestä/lähteistä saadun tiedon perusteella?**

- kyllä
- en

**38. Mitä vammaispalveluja käytätte ja minkä verran?**

- kuljetuspalveluja \_\_\_\_\_ matkaa kuukaudessa
- tulkkipalveluja \_\_\_\_\_ tuntia kuukaudessa
- henkilökohtaista avustajaa \_\_\_\_\_ tuntia viikossa
- taloudellisia tukitoimia, mitä? \_\_\_\_\_

**39. Mitä muita palveluja ja minkä verran käytätte elämästä suoriutumiseksi? Voitte valita useamman eri vastausvaihtoehdon.**

- kotihoito käy vammaani/sairauteni vuoksi luonani \_\_\_\_\_ kertaa viikossa
- kotisairaanhoito käy luonani em. perustein \_\_\_\_\_ kertaa viikossa
- omaiseni toimii omaishoitajanani em. perustein
- tilapäishoito \_\_\_\_\_ kertaa kuukaudessa esim. omaishoitajan vapaan ajan
- muu, mikä? \_\_\_\_\_

**40. Merkitkää palveluihin tyytyväisyytenne/ tyytymättömyytenne niin, että käyttämänne palvelun riville tulee rasti joko tyytyväisyyteen tai tyytymättömyyteen. Niihin palveluihin, joita ette käytä, älkää merkitkö mitään.**

- kuljetuspalvelut: \_\_\_ tyytyväinen \_\_\_ tyytymätön
- tulkkipalvelut: \_\_\_ tyytyväinen \_\_\_ tyytymätön
- henkilökohtainen avustaja: \_\_\_ tyytyväinen \_\_\_ tyytymätön
- taloudelliset tukitoimet: \_\_\_ tyytyväinen \_\_\_ tyytymätön
- kotihoito: \_\_\_ tyytyväinen \_\_\_ tyytymätön
- kotisairaanhoito: \_\_\_ tyytyväinen \_\_\_ tyytymätön
- omaishoito: \_\_\_ tyytyväinen \_\_\_ tyytymätön
- tilapäishoito: \_\_\_ tyytyväinen \_\_\_ tyytymätön
- muu mikä-kohta: \_\_\_ tyytyväinen \_\_\_ tyytymätön

**41. Minkä asian tai tilanteen koette elämässänne vammastanne tai sairaudestanne johtuen vaikeimmaksi?**

---

---

---

---

**41. Oletteko tutustuneet sosiaali- ja terveyslautakunnan hyväksymiin vammaispalvelujen toimintaohjeisiin, jotka otettiin käyttöön 1.4.2007 alkaen?**

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa
- Saan tietoa asiasta nyt ensimmäistä kertaa

**42. Tiedättekö, että vammaispalvelujen hakemislomakkeita löytyy myös maakunnan nettisivulta perhepalvelujen lomakkeista?**

- Kyllä, olen saanut tietoa asiasta aiemmin
- Saan tietoa asiasta nyt ensimmäistä kertaa

**43. Oletteko käyttäneet maakunnan nettisivulla olevia vammaispalvelujen hakemislomakkeita?**

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

**44. Mistä saitte tietoa vammaispalveluista? Voitte valita useamman kohdan.**

- Vammaispalvelun viranhaltijoilta
- Kuntayhtymän tiedottamana
- Maakunta-kuntayhtymän internet-sivustolta
- Tuttavilta, ystäviltä
- Lehdistä
- Televisiosta
- Internetistä
- Koulutuksesta/tapahtumista
- Yhdistyksistä/järjestöiltä
- Kuntoutusjaksolla
- Sosiaaliamiehellä
- Muualta, mistä? \_\_\_\_\_

**45. Miten haluaisitte tavoittaa vammaispalvelun sosiaalityöntekijän? Voitte valita useamman vastausvaihtoehdon.**

- Puhelimitse puhelinajalla
- Puhelimitse, tarvittaessa jättää soittopyyntö vastaajaan
- Kirjeellä
- Sähköpostitse
- Vakituksella toimistoajalla
- Erikseen sovittavalla vastaanottoajalla
- Jokin muu, mikä? \_\_\_\_\_

**46. Kun olette laittaneet vammaispalvelu-hakemuksen vireille, kuinka kauan päätöksen saaminen on kestänyt tänä vuonna 2007?**

**Vain yksi vastaus sallitaan!**

- Alle 1 kuukausi
- 1-2 kuukautta
- 3-6 kuukautta
- 7-9 kuukautta
- 10-12 kuukautta
- Yli 1 vuoden
- En ole tänä vuonna hakenut erikseen/ uusia vammaispalveluja.

**47. Oletteko asioineet vammaispalvelun sosiaalityöntekijän kanssa kuluneen vuoden aikana kasvotusten, puhelimitse, sähköpostilla tai asiakaspalaverissa tai hoitaako joku toinen henkilö yhteyden vammaispalvelun sosiaalityöntekijään "nimissänne"?**

- Kyllä olen itse asioinut kuluneen vuoden aikana.
- En ole itse asioinut vuoden 2007 aikana.
- En osaa sanoa.
- Omaiseni hoitaa käytännön asiat ja hän on asioinut sosiaalityöntekijän kanssa "nimissäni".
- Edunvalvoja tai työntekijä esim. asumispalveluista hoitaa asioimisen puolestani/tukenani sosiaalityöntekijän kanssa.

**48. Millä tavoin vammaispalvelut ovat kehittyneet mielestänne parempaan suuntaan vuoden 2007 aikana?**

---

---

---

---

**49. Millä tavoin vammaispalvelut ovat menneet mielestänne huonompaan suuntaan vuoden 2007 aikana?**

---

---

---

---



## 50. Asiakastyytyväisyys vuoden 2007 aikana.

	5 Erittäin tyytyväinen	4 Melko tyytyväinen	3 Keskimääräinen	2 Melko tyytymätön	1 Erittäin tyytymätön	0 En osaa sanoa
Sosiaalityöntekijöiden tavoitettavuus	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Vammaispalvelujen hakemisen ohjeistus	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Asiakkaan ohjaus ja neuvonta	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Vammaispalveluista tiedottaminen	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Päätösten käsittelyajat	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Päätösten sisältö	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Päätösten perustelut	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Päätösten kesto/voimassaoloaika	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Asiakaspalvelu ja asiakkaan kohtaaminen	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Yhteistyö vammaispalvelun viranhaltijan kanssa	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Luottamus vammaispalvelun viranhaltijaan	( )	( )	( )	( )	( )	( )

## 51. Mitä muuta palautetta haluaisitte antaa vammaispalveluista "ruusut ja risut"?

---

---

---

---

## 52. Mitä muuta haluaisitte sanoa esim. liittyen tähän kyselyyn?

---

---

---

---

**53. Kuka/ ketkä täyttivät lomakkeen?**

- täytin lomakkeen itse omatoimisesti
  - täytin lomakkeen toisen henkilön avustamana
  - toinen henkilö täytti puolestani, kuka/rooli esim puoliso, lapsi?
- 

**Palautuskuoreen ei tarvitse laittaa postimerkkiä!**

**Kiitos kyselyyn vastaamisesta!**

