

HENKILÖKOHTAINEN BUDJETTI

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kansainvälisestä tutkimuksesta

Emilia Leinonen

Pro gradu-tutkielma

Yhteiskuntapolitiikka

Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos

Jyväskylän yliopisto 2014

TIIVISTELMÄ

HENKILÖKOHTAINEN BUDJETTI

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kansainvälisestä tutkimuksesta

Emilia Leinonen
Yhteiskuntapolitiikka
Pro gradu-tutkielma
Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos
Jyväskylän yliopisto
Ohjaajat: Marja Järvelä ja Teppo Kröger
Kevät 2014
Sivumäärä: 86 + 5 liitettä

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää henkilökohtaisen budjetin käyttöä Hollannissa ja Englannissa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla. Henkilökohtaisella budjetilla tarkoitetaan tiettyä rahasummaa, joka myönnetään asiakkaan käytettäväksi hoidon, hoivan tai apuvälineiden hankintaa varten. Henkilökohtaisella budjetilla pyritään aktivoimaan kansalaisia lisäämällä heidän valinnanmahdollisuuksiaan. Sen tavoitteena on myös kustannusten vähentäminen ja kilpailun lisääminen.

Tutkimuksessa keskitytään kuvaamaan, miten nämä aktivointipyrkimykset näkyvät henkilökohtaisen budjetin mallissa tarkastelemalla eri osapuolten kokemuksia henkilökohtaisen budjetin käytöstä. Lisäksi tutkimuksessa tarkastellaan, millaisia ongelmia ja mahdollisuuksia henkilökohtaisen budjetin mallissa näyttää olevan. Tutkimuskysymykseni ovat: 1) Miten asiakkaiden valtaistaminen ja valinnanvapaus näkyvät henkilökohtaisessa budjetissa? 2) Millaisia kokemuksia henkilökohtaisen budjetin eri osapuolilla on budjetin käytöstä? 3) Millaisia etuja ja haittoja henkilökohtaisessa budjetissa näyttäisi olevan?

Tutkimuksen aineistona on käytetty henkilökohtaista budjettia koskevaa kansainvälistä tutkimusta. Aineisto kerättiin elektronisista tietokannoista käyttäen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää. Aineisto koostuu 18 artikkelista, joista 12 käsitteli Englantia, 4 Hollantia ja kaksi näitä molempia. Aineiston analysointiin puolestaan käytettiin narratiivista synteisiä.

Tutkimuksen tulosten mukaan asiakkaat ovat tyytyväisiä henkilökohtaisen budjetin käyttöön. Sen voidaan katsoa lisäävän valtaistamista ja valinnanmahdollisuuksia. Henkilökohtainen budjetti kuitenkin saattaa muuttaa perhesuhteita sopimuksellisen luonteensa vuoksi. Se voi myös heikentää budjetin avulla palkattujen hoitajien ja avustajien asemaa ja mahdollisuuksia poistua työsuhteesta. Tulosten perusteella voidaan päätellä, että henkilökohtaisen budjetin suunnittelussa on otettava huomioon eri ryhmien tarpeet sekä taattavat tuki- ja neuvontapalvelut. Lisäksi budjetin on oltava riittävällä tasolla ja työntekijöiden koulutukseen tulee panostaa. Tämä pätee etenkin, mikäli henkilökohtaisen budjetin käyttöä halutaan laajentaa.

Avainsanat: henkilökohtainen budjetti, systemaattinen kirjallisuuskatsaus, markkinoistuminen, valinnanmahdollisuudet, aktiivinen kansalainen, asiakas, hallinto

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	1
2. JULKISEN SEKTORIN MARKKINOISTUMINEN JA AKTIIVINEN KANSALAIKUUS	4
2.1. Eurooppalaisten hyvinvointivaltioiden muutos kohti markkinoita	4
2.2. Taloustieteellinen ajattelutapa: new public management, markkinoistuminen ja näennäismarkkinat.....	6
2.3. Aktiivinen kansalainen: vastuu, valinnanvapaus ja valtaistuminen	8
2.4. Suomen julkisen sektorin markkinoistuminen	12
3. HENKILÖKOHTAINEN BUDJETTI.....	16
3.1. Henkilökohtainen budjetti Hollannissa.....	16
3.2. Henkilökohtainen budjetti Englannissa	21
3.3. Suomeen ehdotettu henkilökohtaisen budjetin malli.....	24
4. TUTKIMUSTEHTÄVÄ.....	28
5. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	29
5.1. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus menetelmänä.....	29
5.2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit	32
5.3. Aineiston keruu, lähiluku ja kriittinen arviointi	33
5.4. Aineiston analysointi: narratiivinen synteesi	36
5.5. Tutkimusaineiston kuvaus.....	38
6. TULOKSET.....	41
6.1. Asiakkaan valinnanmahdollisuudet ja valtaistuminen.....	41
6.2. Perhesuhteet.....	46
6.3. Hoivatyöntekijöiden asema	49
6.4. Henkilökohtaisen budjetin hallinto ja informaation tarve.....	53

7. TULOSTEN YHTEENVETO, JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	59
7.1. Yhteenveto: henkilökohtaisen budjetin edut ja haitat.....	59
7.2. Johtopäätökset ja pohdinta	64
7.3. Henkilökohtaisen budjetin sovellettavuus Suomeen	69
7.4. Tutkimuksen luotettavuus ja tutkimusprosessin arviointi.....	72
7.5. Lopuksi.....	76
LÄHTEET	78
LIITTEET	87
Liite 1. Aineistoon valikoituneet tutkimukset.....	87
Liite 2. Aineiston kriittinen arviointi. Aineistolle tehdyt kysymykset	92
Liite 3. Aineiston kriittinen arviointi.....	93
Liite 4. Aineiston artikkeleiden julkaisukanavat.....	98
Liite 5. Aineiston julkaisuvuodet	98

1. JOHDANTO

Sosiaalipolitiikan toimintaympäristö on viime vuosikymmenen aikana muuttunut monin eri tavoin. Niin Suomessa kuin muuallakin Euroopassa sosiaali- ja terveyspalvelut ovat haasteen edessä väestön vanhetessa. Uusia palveluntuottamistapoja etsitään jatkuvasti, jotta kasvaviin palvelutarpeisiin voitaisiin vastata. Kuntien taloudet ovat vaikeuksissa, joten palveluiden tuottamiseen on haettu helpotusta markkinoilta: ulkoistamisesta, yksityistämisestä, yhteistyöstä ja tehokkuusajattelusta. Eurooppalaisessa kontekstissa markkinoistumisen taustalla on vaikuttanut erityisesti uusi julkisjohtamisoppi (*new public management*), joka kritisoi julkisen sektorin tehottomuutta. Lainsäädännössä ja palvelustrategioissa ihmisiä kannustetaan ottamaan enemmän vastuuta omasta terveydestään esimerkiksi valinnanmahdollisuuksien lisäämisellä (Yeandle et al. 2012, 434). Palvelusetelit ovat hyvä esimerkki tästä, sillä niiden avulla asiakas voi valita itse tarvitsemansa palvelun tuottajan.

Suomessa palvelujärjestelmää on viime vuosina yritetty rakentaa kokonaisuudeksi muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisella kehittämisohjelmalla (Kaste), jonka tavoitteena on hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen sekä asiakaslähtöisyyden ja sosiaali- ja terveydenhuollon taloudellisen kestävyuden korostaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012, 15–17). Kuntien palvelujärjestelyt eroavat kuitenkin toisistaan paljon aina toiminta- ja palvelukulttuurista erilaisiin palvelumuotoihin ja palvelukäytäntöihin. Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestelmä näyttääkin 2010-luvun alussa varsin pirstaleiselta. (Stenvall & Virtanen 2012, 13.)

Vuonna 2012 Sitra julkaisi raportin, jossa tehdään ehdotus Suomeen luotavasta henkilökohtaisen budjetin mallista. Henkilökohtaisella budjetilla tarkoitetaan tarpeen arvioinnissa määriteltyä rahasummaa, joka myönnetään asiakkaan käytettäväksi hoidon, hoivan tai apuvälineiden hankintaa varten. Henkilökohtainen budjetti eroaa palvelusetelistä siten, että asiakas voi vaikuttaa myös palvelun sisällön valintaan eikä pelkästään tuottajan valintaan. Tällainen malli on olemassa esimerkiksi Hollannissa, Englannissa, Saksassa ja Yhdysvalloissa. Pääasiassa sitä käytetään pitkäaikaissairaiden, vammaisten, kehitysvammaisten ja ikääntyneiden palveluiden järjestämiseen. Henkilökohtaisen budjetin taustalla ovat vaikuttaneet erityisesti erilaiset kansalaisjärjestöt, jotka ovat vaatineet lisää

itseään määräämisoikeutta käyttämiinsä sosiaali- ja terveyspalveluihin. Henkilökohtainen budjetti on nähty myös systeeminä, jossa kaikki voittavat: asiakkaat voidaan valtaistaa ja heidän valinnanmahdollisuuksia voidaan kasvattaa, hoivasta tulee yksilöllisempää ja humanimpaa, sosiaali- ja terveydenhuoltomenot vähenevät ja naisten tekemä informaali hoiva saa arvostusta (Grootegoed et al. 2010, 468).

Tässä tutkimuksessa aion tutkia henkilökohtaista budjettia systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla, joka tuo yhteen olemassa olevaa tietoa. Henkilökohtaisen budjetin käyttöönottoa perustellaan asiakkaiden aktivoinnilla, valtaistamisella ja valinnanmahdollisuuksien lisäämisellä, joten koin tärkeäksi tutkia, miten nämä tavoitteet ovat toteutuneet maissa, joissa kyseistä mallia on käytetty jo pidempään. Kiinnostukseni henkilökohtaisen budjetin tutkimiseen heräsi, kun löysin edellä mainitun Sitran raportin henkilökohtaisen budjetin mallista. Samassa raportissa kuvailtiin jonkin verran Hollannissa ja Englannissa käytettyä mallia, mistä sain idean tutkia näiden maiden kokemuksia perusteellisemmin. Palvelusetelit ja henkilökohtainen budjetti linkittyvät varsin vahvasti julkisen sektorin muutokseen, jossa asiakkaita aktivoidaan ottamaan vastuu omasta elämästään. Tästä syystä valitsin tutkimukseni viitekehikseksi eurooppalaisen ja suomalaisen julkisen sektorin markkinoistumiskehityksen sekä aktiivisen kansalaisuuden käsitteen.

Aineistonani käytän Hollannin ja Englannin henkilökohtaisen budjetin malleista tehtyjä tutkimuksia. Tutkimuksista muodostan synteetin, jossa tarkastelen, miten asiakkaiden valtaistaminen ja valinnanvapaus näkyvät henkilökohtaisessa budjetissa sekä sitä, millaisia etuja ja haittoja mallissa näyttäisi tutkimusten mukaan olevan. Aineistonkeruuvaiheessa huomasin, että monissa tutkimuksissa oli käsitelty kattavasti henkilökohtaisen budjetin eri osapuolten, kuten perheenjäsenten, hoitajien ja avustajien, kokemuksia budjetin käytöstä, joten päätin ottaa myös heidän näkökulmansa mukaan tutkimukseeni.

Hollanti ja Englanti valikoituivat tutkimukseni kohdemaiksi erityisesti siitä syystä, että niissä kummassakin on jo vuosia käytetty henkilökohtaista budjettia yhtenä palvelujärjestelyn muotona esimerkiksi vammais- ja vanhuspalveluissa. Valitsemani menetelmä vaikutti maiden valintaan myös, sillä kummastakin oli löydettävissä englanninkielistä tutkimusta. Suomessa ei ole vielä juurikaan tehty tutkimusta henkilökohtaisesta budjetista, joten kansainvälisten kokemusten tutkiminen on erittäin

tärkeää. Aihe on ajankohtainen, sillä Suomessa on jo käynnissä muutamia kokeiluja henkilökohtaisen budjetin käytöstä.

Tutkimukseni etenee seuraavalla tavalla: luvussa kaksi käyn läpi Euroopassa ja Suomessa tapahtunutta julkisen sektorin markkinoistumista, sen taustalla vaikuttavaa taloustieteellistä ajattelutapaa sekä käsitystä aktiivisesta kansalaisuudesta, jotka kaikki luovat viitekehystä sille, miksi kiinnostusta henkilökohtaisen budjetin soveltamiseen on. Kolmannessa luvussa puolestaan esittelen henkilökohtaisen budjetin käsitteistöä, sen käyttöä Hollannissa ja Englannissa sekä Suomeen ehdotettua henkilökohtaisen budjetin mallia. Luvussa neljä ja viisi esittelen tarkemmin tutkielmani tutkimustehtävän, käyttämäni metodin ja aineiston sekä kuvaan tutkimuspolkuni. Kuudennessa luvussa analysoin aineistosta löytämiäni teemoja käyttämällä narratiivista synteesiä. Seitsemännessä luvussa kokoan analyysin johtopäätöksiksi, joissa pohdin henkilökohtaisen budjetin etuja ja haittoja sekä sen soveltuvuutta Suomeen. Lisäksi arvioin tutkimukseni luotettavuutta ja tutkimusprosessin onnistuneisuutta sekä pohdin mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

2. JULKISEN SEKTORIN MARKKINOISTUMINEN JA AKTIIVINEN KANSALAISUUS

Tässä luvussa esittelen sekä eurooppalaista että suomalaista julkisen sektorin markkinoistumiskehitystä, joka on muuttanut tapoja tuottaa ja järjestää sosiaali- ja terveyspalveluita. Käyn lyhyesti läpi hyvinvointivaltioiden kehittymisen ja kriisiytymisen historiaa. Luvussa käsittelen taloustieteellisen ajattelutavan tuloa julkisen sektorin toimintatapoihin, mikä on luonut tilaa erilaisten markkinaratkaisujen käytölle palveluiden järjestämisessä. Tähän taloustieteelliseen ajattelutapaan liittyvät erityisesti käsitteet *new public management*, *markkinoistuminen* sekä *näennäismarkkinat*. Näiden edellä mainittujen käsitteiden taustalla vaikuttaa ajatus *aktiivisesta kansalaisuudesta*, johon on liitetty termit *valinnanvapaus*, *valtaistuminen* ja *vastuu*. Tarkastelen näitä käsitteitä luodakseni pohjaa sille, miksi henkilökohtaisen budjetin soveltamisesta on Suomessakin kiinnostuttu. Luvun lopussa esittelen esimerkkinä uudesta palveluntuottamistavasta *palvelusetelin*, joka muistuttaa läheisesti henkilökohtaista budjettia.

2.1. Eurooppalaisten hyvinvointivaltioiden muutos kohti markkinoita

Hyvinvointivaltioiden kehitys voidaan katsoa alkaneeksi jo ennen ensimmäistä maailmansotaa, mutta erityisesti toisen maailmansodan jälkeistä aikaa aina 1970-luvun puoleenväliin kutsutaan hyvinvointivaltion kultaiseksi ajaksi (Hemerijck 2013, Pierson 2007, Taylor-Gooby 2004). Tuolloin useissa maissa tehtiin reformeja, joiden tavoitteena oli muodostaa kattava ja universaali hyvinvointivaltio. Reformeja vauhditti poliittinen konsensus resurssien kohdentamisesta sosiaalipalveluihin ja järjestelmän laajentamiseen. Yksinkertaistettuna talouspolitiikassa luotettiin keynesiläisyyteen: tavoitteena oli luoda täystyöllisyys ja korjata markkinoiden aiheuttamia vääristymiä sosiaalipalvelujärjestelmän avulla. ”Kultaista aikaa” on myös kritisoitu siltä osalta, oliko tuolloin todella olemassa laaja sosiaalipoliittinen yhteisymmärrys hyvinvointivaltion rakentamisesta. Joka tapauksessa tutkimukset osoittavat, että tuona aikana sosiaalimenot kasvoivat merkittävästi nimenomaan sosiaalijärjestelmän laajentamisen myötä. (Hemerijck 2013, 28; Pierson 2007, 129–133.)

OECD-maiden talouksien kasvu kutistui 1970-luvulla muun muassa öljykriisin vuoksi. Julkinen velkaantuminen, inflaatio ja työttömyys lisääntyivät, mikä tarkoitti myös sosiaalimenojen kasvua. Samaan aikaan alkoi puhe hyvinvointivaltion kriisistä. Englannissa tämä näkyi erityisesti Margaret Thatcherin pääministerikausien aikana, jolloin valtion omistamia yrityksiä yksityistettiin ja ammattiyhdistysten valtaa supistettiin merkittävästi. (Pierson 2007, 146–148, 157.) 1980-luvulta eteenpäin sosiaalipolitiikan yleinen suunta englanninkielisissä maissa on ollut kohti julkisten menojen leikkausta. Pohjoismaissa ja Manner-Euroopassa hyvinvointivaltion laajentamista sen sijaan jatkettiin aina 1980-luvun loppuun saakka, jonka jälkeen 1990-luvun lama katkaisi tämän kehityksen. Bonoli et al. (2000) kirjoittavat tämän muutoksen tarkoittaneen sitä, että Esping-Andersenin käyttämästä dekommodifikaation käsitteestä on siirrytty kohti rekommodifikaatiota. Tällä tarkoitetaan sitä, että ihmisten riippuvuus työmarkkinoista on lisääntynyt ja palkkatuloja on alettu korostaa ensisijaisena tulojen lähteenä. (Bonoli et al. 2000, 29, 48–49.)

Esping-Andersenin (1996) mukaan länsimaisten hyvinvointivaltioiden kriisille esitetyt syyt voidaan jakaa kolmeen ryhmään: hyvinvointivaltion itsensä aiheuttamiin markkinaväärityksiin ja kannustimien heikentymiseen, väestön ikääntymiseen sekä uuteen globaalitalouteen. Myös Pierson (2007) asettaa edellä mainitut asiat hyvinvointivaltioiden suurimmiksi haasteiksi. Esping-Andersen kirjoittaa hyvinvointivaltioiden sisäisistä ongelmista, jotka hänen mukaansa syntyvät erityisesti olemassa olevien sosiaalijärjestelmien ja kansalaisten tarpeiden välisestä ristiriidasta: hyvinvointivaltiot rakennettiin pitkälti vastaamaan varsin homogeenisen ryhmän, teollisuustyöväestön, tarpeita. Jälkitekollisessa yhteiskunnassa työn muutos ja epävarmuus, perhемуotojen muutokset ja väestön ikääntyminen vaikuttavat ihmisten elämään, tarpeisiin ja odotuksiin hyvin eri tavalla kuin hyvinvointivaltion rakentamiskaudella ajateltiin. (Esping-Andersen 1996, 1-7).

Nykyään Euroopan valtioiden toimintaan ja osin sosiaalipolitiikkaankin vaikuttaa Euroopan unioni. Euroopan unionin sisäistä sosiaalipolitiikkaa luodaan tällä hetkellä pääasiassa taloudellisen integraation ja työntekijöiden vapaan liikkuvuuden kautta (Hemerijck 2002, 187). EU-tasoiseen sosiaalipolitiikan ohjaukseen käytetään lähinnä avoimen koordinaation menetelmää, joka on pehmeämpi ohjauskeino kuin direktiivit: kukin jäsenvaltio saa valita oman tapansa saavuttaa EU:n asettamat tavoitteet. Avoimen

koordinaation menetelmä perustuu hyvien käytänteiden levittämiseen. (Larsen & Taylor-Gooby 2004, 181–187.)

2.2. Taloustieteellinen ajattelutapa: new public management, markkinoistuminen ja näennäismarkkinat

Hyvinvointivaltioiden kriisiytymisellä oli merkittäviä seurauksia. Selkälän (2013, 22) mukaan keynesiläisyys korvautui 1980-luvulla uusliberalismilla, mikä johtui julkisen talouden kyvyttömyydestä vakauttaa taloutta öljykriisin jälkeen. Piersonin (2007) mukaan hyvinvointivaltiot ovat rakenteellisesti sopeuttaneet talouspolitiikkaansa demografisten muutosten ja globalisaation takia. Tämä on tarkoittanut hänen mukaansa joustavuuden lisäämistä työmarkkinoilla, yksityistämistä sekä julkisten palveluiden tason alentamista ja tehokkuusvaatimusten lisääntymistä. Nykyään valtiot enemmänkin säätelevät kuin tuottavat palveluita. (Pierson 2007, 169–170.)

Selkälän (2013, 22) mukaan EU-maissa tapahtui paradigman vaihdos eli ideologinen muutos, jonka mukaan julkisella sektorilla voidaan ottaa käyttöön yksityisen sektorin toimintatapoja. Tämän ajatuksen taustalla on erityisesti uusi julkisjohtamisoppi, *new public management*, joka kritisoi julkisen sektorin tehottomuutta (Pollitt & Bouckaert 2011, 9). New public management (NPM) korostaa johtamisen yleistettävyyttä, jonka mukaan sekä yksityisellä että julkisella sektorilla johtamisen peruseriaatteena tulisi olla mahdollisimman tehokas suoritteiden tuottaminen. Julkisella sektorilla tulisi NPM-ajattelun mukaan kiinnittää huomiota (tulos)johtamisen ja tehokkuuden lisäksi hankintojen kilpailuttamiseen, vaihtoehtoihin palveluntuottamistapoihin, sopimusmenettelyjen hyödyntämiseen sekä toiminnan valvontaan ja arviointiin. (Lähdesmäki 2003, 53–58.)

Yksityisen sektorin toimintatapojen käyttöönottoa julkisella sektorilla kutsutaan myös termillä *markkinoistuminen*. Markkinoistumisen käsite on varsin kompleksinen, mutta tässä sillä tarkoitetaan erityisesti kilpailun ja asiakkaiden valinnanmahdollisuuksien korostamista palvelujärjestelmässä. Meagher & Szebehely (2013, 16) käsitteellistävät markkinoistumisen seuraavalla nelikentällä:

Taulukko 1. Markkinoistumisen käsite

	Yksityiset toimijat mukana	Ei yksityisiä toimijoita mukana
Markkinakäytännöt/kilpailu	1. Ulkoistaminen, kilpailuttaminen, asiakkaiden valinnanmahdollisuuksien korostaminen	2. Yksityisen sektorin toimintatapojen käyttäminen julkisella sektorilla
Ei markkinakäytäntöjä	3. Ulkoistaminen ilman kilpailuttamista	4. "Perinteinen" julkinen sektori

Lähde: Meagher & Szebehely (2013, 16)

Markkinakäytännöistä voidaan puhua selkeästi silloin, kun palvelutarjonnan organisoimiseen käytetään kilpailua ja kun yksityiset toimijat ovat mukana palveluntuotannossa. Esimerkiksi kunta voi kilpailuttamisen myötä valita hinnaltaan ja/tai laadultaan parhaan palveluntarjoajan tai joukon palveluntarjoajia, joista asiakkaat voivat vapaasti valita itselleen parhaan vaihtoehdon (kohta 1). Markkinoistumisesta voidaan puhua myös silloin, kun julkinen sektori käyttää yksityisen sektorin toimintatapoja omassa toiminnassaan, esimerkiksi johtamisessa (kohta 2). Suomessa ja Norjassa on käytetty myös ulkoistamista ilman yksityisiä toimijoita, jolloin kolmannen sektorin organisaatiot ovat tuottaneet esimerkiksi vanhuspalveluita julkisella rahalla (kohta 3). Meagherin ja Szebehelyn (2013) mukaan perinteinen julkinen sektori oli tyypillinen Pohjoismaissa aina 1980-luvun lopulle saakka (kohta 4). (Meagher & Szebehely 2013, 16–18.)

Markkinoistumiseen ja taloustieteelliseen ajatteluun liittyy läheisesti myös käsite *näennäismarkkinat*, jota on tutkittu 1990-luvun alusta lähtien. Näennäismarkkinoiden idea perustuu pitkälti englantilaisten Le Grandin ja Bartlettin kirjaan *Quasi-Markets and Social Policy* (1993). Näennäismarkkinoilla tarkoitetaan julkisen sektorin ja "aitojen" markkinoiden välimuotoa, jonka julkinen sektori luo ja jota se ylläpitää. Julkisen sektorin eli tilaajan on huolehdittava siitä, että näennäismarkkinoilla ei esiinny kermankuorintaa: tällä tarkoitetaan sitä, että tuottajat eivät valitse vain tiettyjä asiakasryhmiä saadakseen parhaan tuoton tarjoamistaan palveluista. (Kähkönen 2007, 4-6.) Näennäismarkkinoilla julkisen sektorin toimeksiannoista kilpailevat erilaiset yritykset, joista osa voi olla voittoa tavoittelemattomia, esimerkiksi kansalaisjärjestöjä (Valkama 2004, 56). Näennäismarkkinoita käytetään yleensä hyvinvointipalveluiden tuottamiseen. Julkinen sektori myös ohjaa ja ainakin osin rahoittaa näiden palveluiden tuotantoa. Näennäismarkkinoilla on oltava kuitenkin aitoa kilpailua eli hintoja ei voida määrittää

esimerkiksi lainsäädännöllä. Merkittävimpiä näennäismarkkinoiden muotoja ovat tilaaja-tuottajamalli sekä palveluseteli, jota käsitelen myöhemmin tässä luvussa. (Kähkönen 2007, 5-6.)

Anttosen ja Häikiön (2011) mukaan Suomessa markkinoistuminen viittaa yksityisten palveluntuottajien lisääntyvään määrään sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä markkinamekanismien institutionalisoitumiseen. Markkinoiden logiikan ja näennäismarkkinoiden edistäminen ovat luoneet uusia käytäntöjä, joiden tarkoituksena on resurssien tehokkaampi kohdentaminen ja asiakkaan valinnanmahdollisuuksien lisääminen. (Anttonen & Häikiö 2011, 69.) Taloustieteellisen ajattelutavan tulo julkisen sektorin käytäntöihin on muuttanut myös käsitystä kansalaisuudesta, mitä käsitelen seuraavaksi.

2.3. Aktiivinen kansalainen: vastuu, valinnanvapaus ja valtaistuminen

Pohjoismaissa kansalaisuus on pitkälti perustunut ajatukseen sosiaalisesta kansalaisuudesta, jota määrittävät sosiaaliset oikeudet (Häikiö et al. 2011, 240). Sosiaalisia oikeuksia ovat muun muassa oikeus työhön, koulutukseen, välttämättömään toimeentuloon sekä riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin (Kansaneläkelaitos 10.2.2014). Suomessa perustuslaki määrittelee vastuun sosiaalisten oikeuksien toteutumisesta julkiselle vallalle (Perustuslaki 1999/731 § 19). Sosiaalinen kansalaisuus on nähty kansalaisen ja valtion välisenä sopimuksena, jossa kansalaisella on tiettyjä oikeuksia ja velvollisuuksia (Hvinden & Johansson 2007, 3).

Kuitenkin pelkästään kansallisvaltion sidottu ajatus kansalaisuudesta on muuttumassa kansainvälistymisen ja Euroopan unionin myötä. Vapaa liikkuvuus Euroopan unionin sisällä on tarkoittanut sitä, että esimerkiksi Saksaan työnhakuun tuleva EU-kansalainen on oikeutettu Saksan sosiaalitukiin. Euroopan unionissa on luotu lisäksi kanavia, joiden kautta kansalaiset pääsevät jossain määrin vaikuttamaan poliittiseen päätöksentekoon EU-tasolla. Hvindenin ja Johanssonin (2007) mukaan hyvinvointivaltioihin kohdistuu muutospaineita sekä "ylhäältä" että "alhaalta": ylhäältä globalisaation ja EU:n kautta, ja alhaalta kansalaisten taholta, jotka vaativat enemmän itsemääräämisoikeutta ja valinnanmahdollisuuksia. (Hvinden & Johansson 2007, 3-6.)

Sosiaalisen kansalaisuuden on haastamassa käsitys aktiivisesta kansalaisuudesta, jossa kansalaisilta odotetaan aktiivisempaa roolia oman elämänsä hallinnassa ja jota he myös itse

haluavat (Hvinden & Johansson 2007, 6; Rose 1999, 177). Tässä tutkimuksessa aktiivista kansalaisuutta ei rinnasteta kansalaisyhteiskuntaan, jonka yksi selkeä määritelmä on se, ettei julkinen sektori suoraan ohjaile sitä (esim. Kontinen et al. 2010, 20). Julkunen (2006, 206) kirjoittaa, että "jos pitäisi valita sosiaalipolitiikan kansalaisuuden uudelleenmuotoilun perusideologia, se olisi aktiivisuus". Passiivisen, hyvinvointietuuksista nauttivan kansalaisen tilalle halutaan Rosen (1999, 164) mukaan aktiivinen toimija, joka omaaloitteisesti edistää esimerkiksi työllistymistään. Kotkas (2009) osoittaa artikkelissaan, että kansalaisten ja erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden "aktivoituminen" ei ole pelkästään seurausta koulutus- ja tietotason noususta, vaan aktiivinen kansalaisuus on myös menettelyllisten oikeuksien kautta "juridisesti konstruoitu: kyse on yhtä paljon *aktivoinnista* kuin *aktivoitumisesta*". Menettelyllisillä oikeuksilla Kotkas tarkoittaa oikeuksia, jotka liittyvät sosiaalisten etuuksien hakemiseen ja toisaalta myönnettyjen palveluiden toimeenpanemiseen. Menettelylliset oikeudet eivät kuitenkaan takaa varsinaista oikeutta etuuksiin. (Kotkas 2009, 211, 224–225.)

Yhtenä olennaisena osana aktiivista kansalaisuutta pidetään vastuuta. Anttonen ja Häikiön (2011, 70) mukaan oikeuksiin perustuvan diskurssin on korvannut vastuudiskurssi, joka heidän mukaansa näkyy esimerkiksi vanhushoivapolitiikan asiakirjoissa. Vanhushoivapolitiikassa ikääntyneet määrittävät vastuuseen ja valintoihin kykenevinä kansalaisina, jotka avun tarpeessa käyttävät hyväkseen palvelumarkkinoita ja valitsevat yksilöllisten hyvinvointitarpeidensa kannalta sopivimmat palvelut. Häikiön et al. (2011) mukaan tällainen sosiaalipoliittinen vastuuden ja oikeuksien jakautuminen sopii hyvin toimeentuleville ja terveille vanhoille ihmisille. Sen sijaan 2000-luvun vanhushoivapolitiikassa ei heidän mukaansa ole tarjolla heikon ja apua tarvitsevan kansalaisen paikkaa. (Häikiö et al. 2011, 247.)

Newmanin ja Tonkensin (2011) tutkimuksen mukaan aktiivisen kansalaisen vastuut voivat olla taloudellisia, demokraattisia, kehityksellisiä, kuluttajuuteen tai hoivaan liittyviä vastuita. Tässä tutkimuksessa hoivalla tarkoitetaan hoivatarpeiden laaja-alaisuutta: hoiva voi olla luonteeltaan fyysistä tai psyykkistä toisen tarpeista huolehtimista, joka taas voi olla sekä ruumiillista työtä tai läsnäoloa (Anttonen et al. 2009, 17). Kansalaisten taloudellisella vastuulla tarkoitetaan säästämistä, vakuutuksen ottamista sekä hoivaan liittyvien kulujen maksamista joko osin tai kokonaan. Kansalaisia velvoitetaan myös osallistumaan naapuruston ja yhteisöllisyyden kehittämiseen (Ranska, Hollanti, Iso-Britannia).

Kehityksellisillä vastuilla tarkoitetaan sitä, että kansalaisen tulisi kehittää itseään jatkuvasti niin työelämässä kuin potilaanakin - esimerkiksi Iso-Britanniassa tavoitteena on muuttaa potilaat ”asiantuntija-asiakkaksi”, jotka pystyvät hallinnoimaan omaa hoivaansa. ”Asiantuntija-asiakkaisiin” liittyvät myös hoivavastuut, jotka laajenevat muihin kohdistuvaan hoivaan. Kuluttajan vastuut taas liittyvät läheisesti valinnanvapauteen ja sen harjoittamiseen. (Newman & Tonkens 2011, 180–181.)

Vastuun lisäksi on yhä enemmän kiinnitetty huomiota asiakkaiden äänivaltaan (*voice*) ja valinnanmahdollisuuksiin (*choice*). Asiakkaiden äänivallan katsotaan olevan tapa vaikuttaa palvelujärjestelmään alhaalta päin. Erilaiset kansalaisliikkeet, erityisesti vammaisten ihmisten liikkeet, ovat vaatineet useassa maassa lisää mahdollisuuksia vaikuttaa palvelujärjestelmään ja palveluiden sisältöön. Esimerkiksi Hollannissa henkilökohtainen budjetti lähti järjestelmänä liikkeelle nimenomaan kansalaisten vaatimuksesta. Ulkoistaminen ja kilpailuttaminen eivät kuitenkaan välttämättä lisää asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia, vaikka ne antavatkin paikallisille viranomaisille enemmän vaihtoehtoja järjestää palveluita. (Yeandle et al. 2012, 437–441.)

Äänivaltaan ja valinnanmahdollisuuksiin liittyy läheisesti käsite valtaistuminen (*empowerment*), jolla tarkoitetaan yksilön, ryhmän tai yhteisön kykyä kontrolloida omaa elämäänsä, saavuttaa omia tavoitteitaan ja täyttää tarpeitaan ollakseen autonomisia (Adams 1996, 5; Servian 1996, 8). Valtaistumista voidaan käyttää monessa eri asiayhteydessä, mutta tässä sillä tarkoitetaan nimenomaan yksilön valtaistumista ja toimintakykyisyyttä. Valtaistavassa sosiaalityössä asiakkaan valtaistumisen katsotaan sisältävän a) kontrollin omasta elämästä, b) luottamuksen omiin kykyihin toimia itselleen tärkeissä asioissa, c) kyvyn tunnistaa tai kehittää toimintavoimaansa, d) tietoisuutta ja mahdollisuutta valintoihin sekä e) riippumattomuutta muista ihmisistä päätöksenteossa ja toiminnassa (Sosweb 2014). Sosiaalipalvelujärjestelmän muutoksissa on tähdennetty valinnanmahdollisuuksien valtaistavan yksilöitä, mutta kuten Servian (1996, 56) kirjoittaa, pelkkä organisatorinen muutos saattaa vain uudelleentuottaa perinteisiä valtasuhteita. Servianin mukaan markkinaratkaisut täyttävät pikemminkin poliittisia, hallinnollisia ja taloudellisia tarpeita kuin yksilöiden tarpeita. Tällä hän tarkoittaa samaa kuin Yeandle et al.: valinnanmahdollisuudet lisäävät viranomaisten vaihtoehtoja järjestää palveluja. (Servian 1996, 15; Yeandle et al. 2012, 441.)

Kotkas (2009, 222) kirjoittaa yksilön omatoimisuuden lisäämisen olevan lähtökohtaisesti myönteinen tavoite, mutta huomauttaa aktiivisen kansalaisuuden käänköpuolena olevan vastuukysymykset: yksilön autonomian kasvattaminen johtaa samanaikaisesti yksilön vastuullistamiseen. Samoin Julkusen (2006) mukaan valinnanvapauden lisääminen sosiaalipolitiikassa sisältää paljon kysymysmerkkejä. Julkusen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollossa on paljon avuttomia tarvitsijoita, joilla ei ole kykyä tehdä asiakkaalle kuuluvia perusteltuja hinta- ja laatusuhdevertailuja. Julkunen kirjoittaa myös, että valinnanvapaus uhkaa vanhan sosiaalipolitiikan mukaista eetosta oikeudenmukaisesta jaosta ja tasa-arvosta. Vähäresurssisten valinnanvapauden lisääminen on mahdollista, mutta vaatii lisäpanostuksia esimerkiksi neuvonnan ja informaation muodossa. (Julkunen 2006, 203–206.)

Newmanin ja Tonkensin (2011) mukaan aktiivinen ja valitseva kansalainen ei välttämättä ole sosiaalisten liikkeiden voitto, vaan enemmänkin poliittisten päättäjien kehittämä termi, jolla valinnanvapaudesta, vastuusta ja osallistumisesta voidaan oikeuksien sijaan tehdä velvollisuuksia. Heistä konsumerismista on tullut reitti voimaannuttamiseen ja valtaistamiseen. Newmanin mukaan esimerkiksi Englannissa kansalaisjärjestöjen ajama itsemääräämisoikeuden lisääminen sosiaali- ja terveyspalveluissa on hallituksen toimesta yhdistetty kuluttajuuteen ja markkinamekanismien lisäämiseen. (Newman & Tonkens 2011, 10–13.) Samalla myös perheiden vastuuta on korostettu (Knijn & Verhagen 2007, 466). Aktiivisen kansalaisuuden edistäminen saattaa muuttaa julkisen vallan ja kansalaisten välisiä suhteita. Monissa tutkimuksissa todetaan, että valtiota pyritään muuttamaan palveluiden tuottajan sijaan "mahdollistajaksi"; valtio siis luo kansalaisilleen tilan ja pelisäännöt, joiden puitteissa kansalainen voi huolehtia omasta hyvinvoinnistaan (esim. Newman 2005, Gilbert 2005, Koskiaho 2008, Rose 1999).

Hyvinvointivaltiota on kritisoitu sen rapauttavasta vaikutuksesta ihmisten oman elämän hallintaan ja vastuunottoon - sen tilalle on ehdotettu niin kommunitaristista ajattelua (ks. esim. Etzioni 1996) kuin kolmannen tien politiikkaakin (Giddens 1998), joista kumpikin korostaa, ettei oikeuksia voi olla ilman velvollisuuksia. Lisäksi kiinnostus markkinamekanismeja soveltaviin ratkaisuihin on kasvanut: tärkeimpiä syitä tähän ovat kuluttajien suurempi halu valita palveluiden tuottajat sekä yksityisten palvelujen nopeasti kasvanut tarjonta. Merkittävin tekijä lienee kuitenkin laajamittainen usko

markkinamekanismien sosiaalipoliittista toimintaa tehostavaan vaikutukseen. (Saari 2001, 135.)

Pohjoismaissa hyvinvointivaltiolla on edelleen vahva kannatus, mutta myös muutoshalukkuutta näyttää olevan. Menneisyydessä tehdyt valinnat vaikuttavat kuitenkin erittäin paljon sosiaalipoliitikan kehittämiseen ja instituutioiden muutokseen. Tästä käytetäänkin kuvaavasti nimeä polkuriippuvuus. (Timonen 2003, 25.) Seuraavaksi kuvaan Suomen julkisen sektorin markkinoistumiskehitystä, jossa on samankaltaisia piirteitä kuin eurooppalaisessa kontekstissa. Luvun lopussa käsitelen myös palveluseteliä.

2.4. Suomen julkisen sektorin markkinoistuminen

Esping-Andersen luokitteli kirjassaan *The Three Worlds of Welfare Capitalism* (1990) lähinnä eurooppalaisia maita kolmeen eri hyvinvointiregiimiin - liberaaliin, konservatiivis-korporatistiseen ja sosiaalidemokraattiseen regiimiin. Vaikka Suomi ei suoranaisesti ole koskaan kuulunut sosiaalidemokraattiseen regiimiin, on sitä kuitenkin pidetty pohjoismaisena hyvinvointivaltiona, joka nojaa pitkälti universalismiin ja laajoihin sosiaalisiin palveluihin. Universalismi on kansalaisten keskuudessa edelleen laajasti hyväksytty ja tuettu sosiaalipoliittinen periaate, mutta uudet käytännöt ja periaatteet erityisesti liiketaloudellisesta ajattelusta ovat tulossa, ja osin tulleetkin, sen tilalle. (Kallio, 2010, 108.)

Eurooppalainen markkinoistumiskehitys näkyy Suomen viime vuosikymmenien sosiaali- ja terveyspalvelusektorin historiassa. Suomessa ajateltiin vielä 1960–1970-luvun sosiaalipoliitikan laajentamiskaudella, että palvelujen järjestämistä vastuuun lisäksi palvelujen tuotanto kuuluu olennaisena osana kunnan tehtäviin. Lisäksi kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon hallinto oli 1980-luvun loppuun asti vahvasti valtion ohjauksessa ja valvonnassa (Heinämäki 2012, 17). Ensimmäinen muutos kohti markkinoistumista oli vuonna 1984 voimaan tullut sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuusjärjestelmää muokannut Valtava-uudistus. Tuolloin lainsäädännön yhteydessä kunnille tarjottiin mahdollisuus ulkoistaa jossain määrin palveluitaan. Kunta saattoi rajatusti järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut hankkimalla ne valtiolta, toiselta kunnalta, yksityiseltä sektorilta tai kolmannelta sektorilta (Lehto 2005). Niemelän (2008)

mukaan uudistusten myötä alettiin ajatella, että palvelujen järjestämisvastuu ja niiden tuottaminen voidaan myös erottaa toisistaan. (Niemelä 2008, 19–21.)

Valtio-ohjausta höllensi vuoden 1992 kuntalaki, jossa lisättiin kuntien päätäntävaltaa hallinnon järjestämisessä ja kuntainliitot muutettiin kuntayhtymiksi. Valtionosuusjärjestelmän uudistus vuonna 1993 vähensi merkittävästi valtion säätelyä, kun kunnille ei enää annettu "korvamerkittyä" avustusta. Valtionosuusuudistus poisti kuntien suunnitteluvollisuuden ja antoi kunnille laajemmat valtuudet tehdä säästöpäätöksiä haluamallaan tavoilla. Krögerin (1997) mukaan valtionosuusuudistuksen myötä valtio luopui kuntien ohjaamisesta yhtenäisen palvelujärjestelmän rakentamisen osalta ja hyväksyi kuntakohtaisten erojen syntyminen palveluihin. (Kröger 1997, 61–62.) Niemelän (2008) mukaan yksityisen sektorin tuottamat palvelut tuotiin korostetuimmin esille kuin koskaan aikaisemmin kuntien tehtäviä koskevissa uudistuksissa. Liittyminen Euroopan unioniin vuonna 1995 muutti myös institutionaalista toimintaympäristöä. Niemelä (2008) havaitsi tutkimuksessaan, että Euroopan integraatiokehitys vaikutti kunnallisten palvelujen järjestämistapojen monipuolistumiseen, sillä Euroopan integraation syventymisen myötä kilpailupolitiikka alkoi 1990-luvun alussa vaikuttaa kuntien toimintaan. (Niemelä 2008, 40.)

Julkusen (2001) mukaan Suomessa tapahtui 1990-luvun laman jälkeen selkeä suunnanmuutos kohti markkinoiden alueen laajentamista ja julkisten menojen kasvun pysäyttämistä. Kilpailutuksiin on lähdetty pitkälti väestörakenteen muutoksista johtuvista syistä, jolloin kunnan oman palvelutuotannon kattavuus on nähty riittämättömänä esimerkiksi vanhusten asumispalveluiden kasvavien tarpeiden vuoksi. Kilpailuttamisen myötä kuntalaisista on tullut paitsi asiakkaita, myös kuluttajia. Möttösen ja Niemelän (2005, 47) mukaan tähän suunnanmuutokseen kuului myös se, että hyvinvointiyhteiskunnan toteuttaminen eriytettiin monille toimijoille: kansalaisille itselleen ja kansalaisten muodostamille järjestöille, mikä puolestaan korosti paikallisuutta.

Uusina palvelutuottamistapoina ovatkin nykyään markkinoilla tuotettavat palvelut, sopimusohjausmallit, tilaaja-tuottajamallit, palvelusetelijärjestelmä, ostopalvelukäytännöt ja palvelujen ulkoistaminen. Kiinnostavaa on kuitenkin se, että vuoden 2013 Sosiaalibarometrin mukaan yli puolet sosiaali- ja terveysalan johtajista kertoo ostopalveluiden lisänneen kustannuksia. Myös ongelmia palveluiden laadussa on kohdannut yli puolet sosiaali- ja terveysalan johtajista. (Eronen et al. 2013, 93–97.)

Koskiahon (2008) mukaan yksityistämisen periaatteellisia vaiheita on kolme, joista ensimmäisessä vaiheessa siirretään valtakunnantason julkisesta vastuusta suuri osa paikallistasolle. Toisessa vaiheessa vastuuta puolestaan siirretään yksityiselle sektorille ja mahdollisesti myös kolmannen sektorin vapaaehtoisille toimijoille. Oletuksena on, että paikalliset yksityiset yritykset ovat toiminnassaan responsiivisia eli kykenevät reagoimaan asiakkaidensa muuttuviin palvelutarpeisiin nopeammin kuin julkinen sektori. Kolmannessa vaiheessa vastuunkanto siirretään tai siirtyy kokonaan kansalaisille, jolloin julkiselle sektorille jää lähinnä tuottajien valvonnan järjestäminen. (Koskiahon 2008, 21–22.)

Palveluseteli

Suomessa kehitys näyttäisi kulkevan kohti Koskiahon kuvaamaa kolmatta vaihetta, jossa vastuuta siirretään yhä enemmän kansalaisille itselleen korostamalla kansalaisten - tai asiakkaiden - vapaata valintaa. Palveluseteli ja henkilökohtaisen budjetin pilotoinnit ovat tästä hyviä esimerkkejä. Myös uudet lainsäädäntöhankkeet korostavat asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia: esimerkiksi vuonna 2014 voimaan astunut terveydenhuoltolain pykälä antaa asiakkaille mahdollisuuden valita sekä terveyskeskus että erikoissairaanhoidon toimintayksikkö valtakunnallisesti. Oman terveyskeskuksen valinnan mahdollisuudella halutaan sitouttaa ihmisiä aiempaa paremmin itseään koskeviin terveysvalintoihin ja hoitopäätöksiin. (HE 90/2010, 86–87.) Samalla tavalla 1.7.2013 voimaantullut laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalouksista tähtää vanhusten valinnanvapauksien lisäämiseen (989/2012).

Koskiahon (2008, 232) mukaan vastuunsiirrolla on myös vaaransa, sillä taloudellistumisen lisäksi sosiaalipolitiikka myös oikeudellistuu, kun mukaan astuvat sopimukset eri toimijoiden välillä. Esimerkiksi palvelusetelijärjestelmässä setelin saanut asiakas tekee palvelujen tuottajan kanssa sopimuksen palvelun antamisesta, ja tätä sopimussuhdetta koskevat sopimuksen sisällön mukaan määräytyvät kuluttajaoikeuden ja sopimusoikeuden säännökset ja oikeusperiaatteet. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä, 6§.) Palveluseteli on nähty eräänlaisena pääpolkuna yksityistämisen tiellä sekä keinona määrittää julkisen ja yksityisen sektorin välistä vastuusuhdetta uudelleen (Uotinen 2009, 14). Krögerin ja Leinosen (2012) mukaan vastuu tuo asiakkaalle mukanaan myös kasvavan taloudellisen vastuun, sillä asiakkaat saattavat päätyä maksamaan aikaisempaa suuremman

osuuden esimerkiksi kotihoidon kokonaiskustannuksista. (Kröger & Leinonen 2012, 325.)
Palvelusetelin arvo määräytyy asiakkaan tulojen mukaan esimerkiksi säännöllisessä kotihoidossa (STM 12.10.2013).

Asiakkaan taloudellinen vastuu näkyy esimerkiksi Linnosmaan (2012) tutkimuksessa Helsingin palvelusetelijärjestelmästä. Tutkimuksen mukaan alimpaan tuloluokkaan kuuluvan asiakkaan omavastuuosuus oli merkittävästi suurempi kuin ylemmillä tuloluokilla - omavastuuosuus jopa ylitti asiakkaan nettotulot. Pienituloisimmalle tuloluokalle kohdentui lähes puolet kaikista palveluasumisen omakustannuksista. (Linnosmaa 2012, 18–33.) Myös asiakkaan todellista valinnanvapautta palvelusetelijärjestelmässä on kritisoitu. Kuusinen-James (2012, 9) toteaa tutkimuksessaan, että säännöllistä palveluseteliä käyttävien ikäihmisten valinnanvapaus saattaa olla joissakin tilanteissa lähes olematonta. Yksilö pääsee valitsemaan lähinnä silloin, kun hänen toimintakykynsä on riittävän huono, jotta hän täyttää kunnallisen palvelun saantikriteerit.

Suomessakin sosiaalipolitiikan toimintaympäristö ja toimintatavat ovat siis jatkuvassa muutoksessa. Uusilla palveluntuottamistavoilla pyritään vastaamaan kansalaisten muuttuneisiin tarpeisiin ja samalla vähentämään julkisen sektorin menoja. Kansainvälisestikin vastausta palvelutarpeiden kasvuun näytetään etsittävän 2010-luvulla erityisesti aktiivisesta kansalaisuudesta. Palvelusetelien käyttö on lisääntynyt, mutta niiden käytössä ja tavoitteiden toteutumisessa on edelleen ongelmia. Henkilökohtaisen budjetin käyttöönotolla on samanlaiset tavoitteet kuin palvelusetelillä, joten on todennäköistä, että samankaltaisia ongelmia saattaa ilmetä myös sen käyttöönotossa. Tästä syystä on tärkeää tarkastella kansainvälisiä kokemuksia henkilökohtaisesta budjetista, jotta nämä ongelmat voitaisiin välttää. Seuraavassa luvussa esittelen tarkemmin henkilökohtaisen budjetin mallin.

3. HENKILÖKOHTAINEN BUDJETTI

Suomeen on Sitran toimesta ehdotettu uutena palveluiden järjestämisen muotona henkilökohtaista budjettia. Sitran ehdotuksen mukaan henkilökohtainen budjetti sopisi erityisesti omaishoitoon. Henkilökohtaisella budjetilla tarkoitetaan tarpeenarvioinnissa määriteltyä rahasummaa, joka myönnetään asiakkaan käytettäväksi hoidon, hoivan tai apuvälineiden hankintaa varten. (Patronen et al. 2012.) Erona edellä kuvattuun palveluseteliin on se, että asiakas voi vaikuttaa myös palvelun sisällön valintaan eikä pelkästään tuottajan valintaan. Henkilökohtaisen budjetin tavoitteena on tarjota asiakkaalle vapaus valita oman terveytensä hoitamiseen liittyviä sosiaali- ja terveyspalveluja, joita hän voi hankkia ulkopuolisilta palveluntuottajilta, omalta perheeltä, omaisilta tai ystäviltä. Tässä luvussa esittelen Hollannin ja Englannin henkilökohtaisen budjetin mallit sekä Suomeen ehdotetun mallin.

3.1. Henkilökohtainen budjetti Hollannissa

Henkilökohtainen budjetti on ollut käytössä Hollannissa jo 1990-luvulta lähtien. Sen luomiseen vaikuttivat kansalaisjärjestöt: vuonna 1988 Hollannin vammaisneuvosto julkaisi raportin asiakasbudjetista, jossa kiinnitettiin huomiota erityisesti vammaisten sosiaali- ja terveyspalveluiden organisoinnin läpinäkymättömyyteen, joustamattomuuteen, hoivatyöntekijöiden suureen vaihtuvuuteen sekä ajanpuutteeseen. Taustalla vaikutti myös Hollannin potilasliike, joka peräänkuulutti potilaiden suurempaa autonomisuutta sekä itsemääräämisoikeutta. Potilasliike halusi myös vähentää professionalismia, sillä liikkeen mukaan potilaat olivat kykeneviä valitsemaan itselleen sopivat sosiaali- ja terveyspalvelut eikä heidän tarvinnut turvautua hoivan ammattilaisiin. Nykyään demokratian, autonomisuuden ja osallistavuuden uskotaan toteutuvan hoivamarkkinoilla, joilla kansalainen/kuluttaja saa valita itselleen sopivat palvelut. (Kremer 2006, 386–388; Tonkens 2011, 46.) Kilpailun ajatellaan alentavan hintoja hoivamarkkinoilla sekä nostavan palveluiden laatua ja responsiivisuutta. Lisäksi henkilökohtainen budjetti on nähty naisten hoivatyön jatkumisen kannustimena. Henkilökohtaisella budjetilla on katsottu olevan myös ”moraalinen arvo” siinä mielessä, että sen avulla voidaan korostaa ja tukea perheen sisällä tapahtuvaa hoivaa. (Grootegoed et al. 2010, 468; Houtepen & Meulen 2000, 364.)

AWBZ (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*) eli yleinen laki erikoissairaanhoidon maksuista tuli voimaan vuonna 1968. Tässä laissa määriteltiin ihmisten oikeus sosiaalipalveluihin: laki kattoi pitkäaikaisen hoivan kaikille Hollannin kansalaisille, jotka myös vakuutettiin sairauksien varalta. Sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut tuottivat pääasiassa kollektiivisesti rahoitetut yksityiset organisaatiot, joten hallituksen rooli oli jo 1980-luvulla rajallinen. Hyvinvointivaltio oli laajentunut merkittävästi ja palveluiden rahoitus alkoi olla koetuksella, mutta hallituksen kyky pitää rahoitus kurissa oli heikkoa. Tonkensin (2011) mukaan juuri tästä syystä hallituksella oli halu siirtää palveluiden rahoitusvastuuta muille osapuolille. Potilaiden äänivallan lisäämisen myötä myös vastuuta päätöksenteosta siirrettiin heille. Useiden oikeisto- ja vasemmistointellektuellien mukaan hallituksen oli väistytävä syrjään ja annettava enemmän päätöksentekovaltaa kansalaisille: muuten hyvinvointivaltio tekisi kansalaisista passiivisia ja laskelmoivia. Vastuusta oli tehtävä oikeuden lisäksi myös velvollisuus. Kansalaiset ja erityisesti potilasliike ottivat tämän hyvin vastaan, sillä he halusivat tulla kohdelluiksi tasavertaisina sairaudesta tai vanhuudesta huolimatta. 1990-luvulla markkinamekanismien käyttöönoton myötä potilaista alettiin käyttää termiä 'asiakas', ja heille annettiin näin oikeus poistua (*exit*) vanhasta palvelujärjestelmästä ja valita itselleen sopivimmat palvelut esimerkiksi yksityiseltä sektorilta. (Tonkens 2011 45–50.)

Henkilökohtaista budjettia kokeiltiin vammaispalveluissa Hollannissa jo vuonna 1991 (Tonkens 2011, 51). Kokeilun tulokset olivat myönteisiä: asiakkaat olivat erittäin tyytyväisiä ostamiinsa palveluihin (Pijl & Ramakers 2007, 87). Vuonna 1995 henkilökohtainen budjetti institutionalisoitiin, jolloin sitä pääsivät käyttämään ne asiakkaat, jotka tarvitsivat hoitoa ja kotipalveluita yli kolmen kuukauden ajan. Myöhemmin asiakkaiksi pääsivät myös muut. Vuonna 1997 asiakkaiden painostuksen vuoksi mahdollistettiin omaisen tai ystävän palkkaaminen palveluntuottajaksi. (Kremer 2006, 189.) Vuonna 2007 uudistettiin myös sosiaalihuoltolaki WMO (*Wet Maatschappelijke Ondersteuning*), jonka myötä henkilökohtaista budjettia voitiin käyttää kotipalveluihin kuten siivouspalveluun. Tämä tarkoitti samalla sitä, että kotipalvelut siirtyivät valtiolta kunnan vastuulle (van Staveren 2009, 14). Vuotta myöhemmin luotiin vammaisten työntekoa tukeva laki WSW (*Wet Sociale Werkvoorziening*), jonka mukaan voitiin luoda vammaisille sopivia työpaikkoja. (Decruynaere 2010, 2-4.)

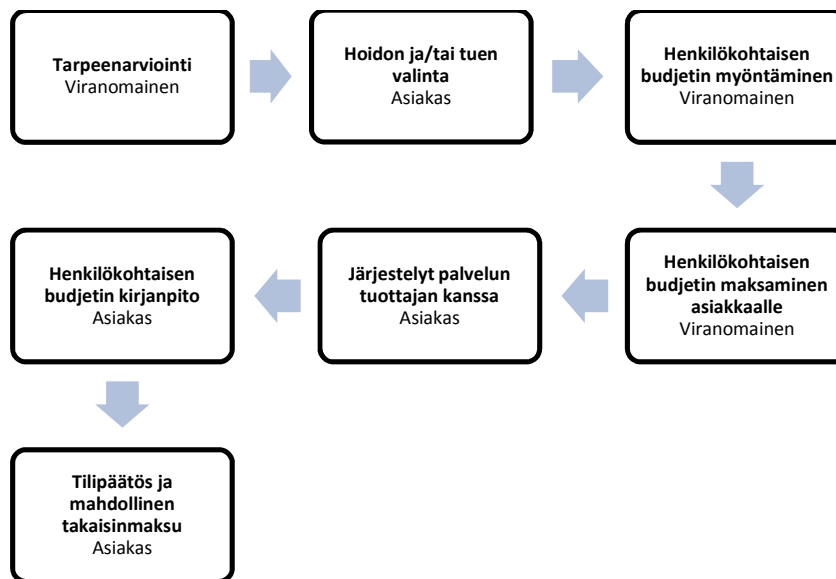
Hollannissa henkilökohtaista budjettia on ajanut erityisesti Per Saldo-järjestö. Per Saldo on kansalaisjärjestö, jonka jäseniä monet henkilökohtaisen budjetin käyttäjät ovat. Per Saldo

harjoittaa julkaisutoimintaa sekä tarjoaa informaatiota, kursseja ja keskustelutilaisuuksia henkilökohtaiseen budjettiin liittyvistä asioista. Se tarjoaa jäsenilleen myös lakiasioihin ja sopimuksiin liittyvää neuvontaa. Per Saldon tavoitteena on saada ”ihmisten kontrolli omasta elämästään takaisin heidän omiin käsiinsä”. Per Saldo tekee yhteistyötä muiden kansalaisjärjestöjen, kuten potilasliikkeen, kanssa kampanjoissaan paremmasta henkilökohtaisesta budjetista. (Per Saldon kotisivut 2013.)

Nykyjärjestelmä

Henkilökohtaisen budjetin voi Hollannissa saada esimerkiksi vammais- ja vanhuspalveluiden hankintaan. Hollannissa on olemassa kolme erilaista henkilökohtaisen budjetin muotoa. Henkilökohtaisen budjetin voi saada AWBZ:n kautta terveydenhuoltoon, WMO:n kautta kotipalveluihin ja WSW:n kautta työntekoon ja työharjoitteluihin. Vuonna 2009 10 prosenttia kaikista hoivapalveluita käyttävistä ihmisistä oli henkilökohtaisen budjetin piirissä keskimääräisen budjetin ollessa vuodessa noin 14 800 euroa per henkilö. (Decruynaere 2010, 4-5.)

Kuvio 1. Henkilökohtaisen budjetin asiakasprosessi Hollannissa (AWBZ)



Lähde: Patronen et al. (2012) Henkilökohtainen budjetti. Asiakaslähtöinen toimintamalli omaishoidossa. Hakapaino, Helsinki.

Kuviossa 1 kuvataan Hollannin AWBZ:n kautta haettua henkilökohtaisen budjetin asiakasprosessia, joka alkaa viranomaisen tekemällä tarpeenarvioinnilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeenarviointi tehdään siihen erikoistuneessa ja riippumattomassa arviointikeskuksessa (CIZ), joiden toimintaa ohjaa oma kansallinen lainsäädäntö. Arvion tekemiseksi arviointikeskus saattaa konsultoida esimerkiksi asiakasta hoitanutta lääkäriä. Tarpeenarvioinnissa määritellään asiakkaan hoitotarve luokittain, joita kuvaavat tietyt vähimmäis- ja enimmäistuntimäärät. Tarpeenarvioinnissa arvioidaan asiakkaan yleistä terveydentilaa, psyykkistä ja fyysistä toimintakykyä, asumisololoja, sosiaalisia oloja sekä hoidon tarvetta ja intensiteettiä. (Decruynaere 2010, 7-9, Juntunen 2010, 8.)

Arvioinnin tuloksena voi olla oikeus hoitolaitoksessa annettavaan hoivaan, jolloin ”hoitopaketti” koostuu suoraan hoitolaitokseen maksettavasta pysyvästä määrärahasta, joka määräytyy hoidon määrän ja tarpeen mukaan. Myös kotona tapahtuva hoito on mahdollista, mutta tällöin hoivan tarvitsijan on ostettava hoivapalvelut itsenäisesti. Tarpeenarvioinnin yhteydessä asiakkaalle kerrotaan myös, millaiseen hoitoon ja palveluihin hänellä on oikeus. Asiakkaan on valittava joko henkilökohtainen budjetti tai hänelle nimetty palveluntuottaja. Asiakas voi myös yhdistää edelliset vaihtoehdot, jolloin hän saa osan henkilökohtaisesta budjetista haluamiensa palveluiden hankintaan ja osan palveluista arviointikeskuksen osoittamalta palveluntuottajalta. Henkilökohtaisen budjetin määrä muodostuu eri hoidoille annettujen korvausmäärien summista, joista vähennetään asiakkaan omavastuuosuus. Budjetin tarkempaa määrittämistä varten arviointikeskus pyytää verohallinnolta tiedot asiakkaan tuloista - käytännössä budjetti määritellään kahden vuoden takaisten verotustietojen mukaan. (Decruynaere 2010, 10–11, Juntunen 2010, 8-13.)

Budjetti maksetaan tarpeenarvioinnin jälkeen suoraan asiakkaan tilille, jolloin asiakkaasta tulee myös tilivelvollinen. Budjetti koostuu kolmesta komponentista eli henkilökohtaisesta budjetista, kertasummasta ja asiakasmaksuosuudesta. Mikäli asiakas ei käytä kokonaan kertasummaa tai asiakasmaksuosuutta, on hänellä oikein pitää jäljelle jääneet rahat itsellään. (van der Berg & Hassink 2008, 211.) Jos asiakas saa palveluita enempänä kuin kolmena päivänä viikossa, tulee hänen pitää palkkarekisteriä ja maksaa verot tehdystä työstä. Henkilökohtaisen budjetin haltijalla on oikeus käyttää 1,5 prosenttia budjetistaan täysin vapaasti, jolloin hänen ei tarvitse tehdä erillistä selvitystä rahan käytöstä. Vapaasti

käytettävän budjetin osuus oli vuonna 2010 maksimissaan 1250 euroa. (Decruynaere 2010, 18.)

Knijn & Verhagen (2007) toteavat, että aluksi Hollannin henkilökohtainen budjetti näytti tavalta järjestää palvelut siten, että kaikki voittavat: asiakkaat saisivat autonomiaa ja valinnanvapautta, informaaliset hoitajat ensimmäistä kertaa palkkaa tekemästään hoivatyöstä ja päättäjät vapautettaisiin erilaisten tukien organisointivastuusta. Knijn & Verhagen kuitenkin huomauttavat henkilökohtaisen budjetin tarkoittavan myös sitä, että asiakkaiden on muututtava kuluttajiksi. Samalla heidän perheensä sisäinen hoiva kommodifikoituu eli asiakkaat ovat riippuvaisempia perheestään. (Knijn & Verhagen 2007, 458–459.)

Henkilökohtaisen budjetin suosio nousi vuosien 2002–2010 välillä kymmenkertaiseksi, 13 000 käyttäjästä lähes 130 000 käyttäjään.. Oletus kustannusten laskusta osoittautui vääräksi, sillä todellisuudessa henkilökohtaisen budjetin kustannukset kasvoivat saman periodin aikana keskimäärin 23 prosenttia vuodessa. Vuosien 2002–2010 välillä budjetin kustannukset nousivat 0,4 miljardista 2,2 miljardiin euroon. Kustannusten kasvu oli Ginnekenin et al. (2012) mukaan nopeampaa kuin ilman henkilökohtaista budjettia hoidettavien asiakkaiden parissa. 2000-luvun aikana myös budjetin käyttäjät muuttuivat: vuonna 2012 jopa 45 prosenttia budjetin käyttäjistä oli alle 18-vuotiaita, esimerkiksi autismista tai oppimisvaikeuksista kärsiviä, lapsia tai nuoria, joiden edunvalvojina toimivat heidän vanhempansa. Ennen mahdollisuutta henkilökohtaiseen budjettiin nämä lapset ja nuoret saivat lähinnä informaalia hoivaa. Alkujaan suurin henkilökohtaisen budjetin käyttäjäryhmä oli liikuntarajoitteiset, mutta vuonna 2012 heidän osuutensa budjetin käyttäjistä oli vain noin 20 prosenttia. (Ginneken et al. 2012.)

Suosion suuruudesta, kustannusten kasvusta ja raportoiduista väärinkäytöksistä, kuten työnantajavelvollisuuksien kiertämisestä johtuen, Hollanti on päättänyt lakkauttaa henkilökohtaisen budjetin tarjoamisen 90 prosentilta sen 128 000 asiakkaasta vuoteen 2014 mennessä. Vuoden 2014 jälkeen henkilökohtaisen budjetin myöntämiskriteerit tiukentuvat merkittävästi, sillä ainoastaan ne henkilöt, jotka muussa tapauksessa joutuisivat muuttamaan hoitokotiin, saavat hakea tai pitää henkilökohtaisen budjetin. Väärinkäytösten estämiseksi henkilökohtaisen budjetin haltijan on avattava erillinen tili, josta palvelut maksetaan. Samoin rahojen käyttöä tullaan valvomaan tarkemmin. (Ginneken et al. 2012.) Vielä ei tarkemmin tiedetä, mitä henkilökohtaisen budjetin entisille käyttäjille tapahtuu.

3.2. Henkilökohtainen budjetti Englannissa

Henkilökohtainen budjetti on käytössä koko Iso-Britannian alueella, mutta keskityn tässä tutkimuksessa vain Englantiin, sillä budjetin käyttö eroaa jonkin verran Iso-Britannian eri osissa. Englannissa henkilökohtaisesta budjetista käytetään kolmea termiä: *individual budget*, *personal budget* ja *direct payment*. Olen vapaasti suomentanut termit seuraavasti: yksilöllinen budjetti (*individual budget*), henkilökohtainen budjetti (*personal budget*) ja suoramaksu (*direct payment*).

Yksilöllinen budjetti (*individual budget*) muodostuu julkisen sektorin tulo- ja tukivirtojen yhteenlasketusta summasta sekä henkilölle määritellystä palveluiden kokonaisuudesta. Henkilö voi valita, ottaako hän palveluiden yhteenlasketun summan käyttöönsä rahana, palveluina vai näiden yhdistelmänä. Tätä termiä ei kuitenkaan enää käytetä laajasti, joten tässä tutkimuksessa keskitytään termeihin henkilökohtainen budjetti ja suoramaksu. Henkilökohtaisella budjetilla (*personal budget*) tarkoitetaan asiakkaan hoitosuunnitelman toteuttamiseen käytettävää määrärahaa, jonka hallinnoimisen asiakas voi antaa sosiaalihuollon tehtäväksi tai vaihtoehtoisesti hän voi hoitaa palveluiden hankkimisen itse. Jälkimmäistä vaihtoehtoa kutsutaan termillä suoramaksu (*direct payment*). Suoramaksu on siis henkilökohtaisen budjetin maksu- ja hallinnointitapa, jossa paikallishallinto maksaa tarpeenarvioinnin perusteella henkilökohtaisen budjetin suoraan asiakkaalle, jonka avulla asiakas hankkii itse tarvitsemansa palvelut. Tätä vaihtoehtoa tarjotaan nykyään kaikille sosiaalipalveluiden asiakkaille. Vuonna 2014 henkilökohtaista budjettia aiotaan soveltaa myös terveydenhuollossa. (AgeUK 2013, 24–26.)

Henkilökohtaisen budjetin tausta

Englannissa pyrittiin 1980-luvulla siirtymään pois laitoshovasta kohti kotona tapahtuvaa hoivaa, jotta julkisen sektorin menoja voitaisiin vähentää. Vielä tuolloin esimerkiksi vammaispalveluita tarjottiin vain kaikkein vaikeavammaisimmille. Tämä johti siihen, että kotipalveluiden saanti vaikeutui niiden kohdalla, joilla ei ollut tarvetta intensiiviseen hoivaan ja joilla ei ollut varaa ostaa palveluita yksityiseltä sektorilta. Ongelmat tiedostettiin 1990-luvulle tultaessa ja hallitus painosti sosiaalihuollosta vastuussa olevia paikallisia viranomaisia käyttämään hyväkseen yksityisen ja kolmannen sektorin palveluita sen sijaan, että paikallishallinto tuottaisi kaikki palvelut itse. Paikallisuudesta ja aktiivisesta kansalaisuudesta tulikin yksi hallituksen tavoitteista, samoin kuin palkkatyön korostamisesta parhaana sosiaaliturvana (Newman 2011, 115). 2000-luvulla Englanti on

kärsinyt sosiaali- ja terveyspalveluiden rahoitusvaikeuksista samalla kun kuilu hoivaa tarvitsevien ja palveluiden saatavuuden välillä on kasvanut. (Bell et al. 2010, 55–57.)

Vuonna 2006 hallituksen julkaisema *White Paper: Our Health, Our Care, Our Say* asetti uuden suunnan Englannin sosiaali- ja terveyspalveluille. Tuolloin alettiin painottaa ennaltaehkäisyä sekä kansalaisten itsemääräämisoikeutta palveluiden valinnassa ja käytössä. Tarkoituksena oli ”auttaa ihmisiä huolehtimaan itse omasta hyvinvoinnistaan”. Suoramaksua aiottiin kehittää ja ensimmäiset pilotit yksilöllisestä budjetista käynnistettiin. (Department of Health 2006, 7-8.) Samaa linjaa jatkoi seuraavana vuonna julkaistu *Putting People First* -julkaisu, jossa luvattiin yksilöllisempää hoivaa, kansalaisten aktivointia ja asiakkaiden suurempaa päätäntävaltaa omasta hoivastaan. Tarkoituksena oli, että ihmiset voisivat elää kotonaan niin kauan kuin mahdollista. Kyseisessä julkaisussa tuotiin ensimmäistä kertaa esille myös henkilökohtainen budjetti. (Department of Health sssssss2007.) Newmanin (2011, 112) mukaan kansalaisliikkeillä oli merkittävä vaikutus aikuisten sosiaalipalveluiden yksilöllistämiseen, mikä sopi hyvin hallituksen ja erityisesti New Labour-puolueen näkemyksiin sosiaali- ja terveyspalveluiden modernisoimisesta.

Englannissa suoramaksu oli vammaisliikkeen pitkän kampanjoinnin tulos ja se otettiin käyttöön ensimmäisen kerran vuonna 1996. Vanhuspalveluissa sitä voitiin käyttää ensimmäistä kertaa vuonna 2000 (Yeandle et al. 2012, 436). Suoramaksua käytetään nykyään henkilökohtaisen budjetin osana sosiaalipalveluissa, mutta myös sellaisissa palveluissa, joissa henkilökohtaisen budjetin käyttö ei ole vielä mahdollista. Henkilökohtainen budjetti otettiin käyttöön vuonna 2008 Iso-Britannian hallituksen ajaman personalisaatio-kampanjan myötä sekä InControl -järjestön kampanjoinnin tuloksena. (AgeUK 2013, 4-8.) InControl perustettiin vuonna 2003 ja se on Englannin tärkeimpiä henkilökohtaista budjettia ajaneista järjestöistä. Järjestön tavoitteena on lisätä kaikenikäisten ihmisten itsemääräämisoikeutta omasta elämästään. Järjestö toimii nykyään useissa eri maissa kuten Australiassa, USA:ssa, Venäjällä ja Suomessa. (InControl kotisivut 2013.)

Henkilökohtaisen budjetin käyttö

Englannissa henkilökohtaista budjettia voi hakea henkilö, joka on yli 16-vuotias ja jonka on tarpeenarvioinnissa todettu tarvitsevan hoivaa ja tukipalveluita. Henkilökohtainen budjetti voidaan myöntää vammaiselle, vammaisen lapsen vanhemmille sekä ikääntyneille tarvittavien palveluiden hankintaa varten. Tarpeenarvioinnissa tehdään myös taloudellinen

arvio, jonka perusteella määritellään, tarvitseeko asiakkaan maksaa itse osa palveluista (AgeUK 2013, 27.) Henkilökohtaisen budjetin voi saada esimerkiksi kotipalveluiden hankintaan tai henkilökohtaisen avustajan palkkaamiseen. Henkilökohtaisen budjetin valitseminen on täysin vapaaehtoista, mutta sosiaalihuollon henkilökunnan on kuitenkin tarjottava sitä yhtenä vaihtoehtona. Henkilökohtaisen budjetin saamiseen riittää sitä hakevan henkilön suostumus, vaikka hän ei täysin ymmärtäisikään sen toimintaperiaatteita. Tällöin henkilökohtaista budjettia voi hänen puolestaan hoitaa ”soveltuva henkilö”, jonka on huolehdittava siitä, että hoivattavan henkilön toiveita kuunnellaan palveluiden hankinnassa. Lisäksi on mahdollista saada apua erilaisilta järjestöiltä. Asiakas voi myös antaa henkilökohtaisen budjetin tilin hallinnan kolmannelle osapuolelle kuten välittäjä- ja hallinnointitoimistolle. (NHS 2013.) Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus on perustettu valvomaan yksityinen Care Quality Commission, jonka sivuille on listattu muun muassa henkilökohtaisen budjetin välittäjätoimistot (Care Quality Commission 2013).

Mikäli asiakas valitsee henkilökohtaisen budjetin suoramaksuna, on asiakkaan raportoitava ostamansa palvelut ja niihin käyttämänsä rahat. Mikäli hän on palkannut itselleen hoivatyöntekijän, pätee häneen samat lailliset velvoitteet kuin muihinkin työnantajiin. Työntekijälle maksettavan palkan määrän voi kukin työnantaja päättää itse. Henkilökohtaisen budjetin haltija voi myös ostaa apua palkanmaksuun ja muihin työnantajan velvoitteisiin paikallisilta organisaatioilta. Haltijalla on oikeus ostaa vain sellaisia palveluita, joita hänen on arvioitu tarvitsevan - muiden kuin tällaisten palveluiden ostaminen voi johtaa siihen, että osa henkilökohtaisesta budjetista peritään takaisin. Kuitenkin asiakkaan on mahdollista ostaa esimerkiksi kuntosalikortti, jos sen arvioidaan tukevan asiakkaan hoitosuunnitelmaa. Henkilökohtaisen budjetin suoramaksua ei sen sijaan voi käyttää laitoshoidossa. (NHS 2013, AgeUK 2013, 13–14, 27.)

Suoramaksu voidaan maksaa esimerkiksi Kensingtonissa ja Chelseassa kyseistä tarkoitusta varten luodulle Visa-kortille. Mikäli henkilökohtaisen budjetin haltijan on todettu taloudellisessa arvioinnissa olevan kykenevä maksamaan osa omista palvelukuluistaan, on hänen lisäksi siirrettävä itse rahaa kyseiselle Visa-kortille. Myös erillisen pankkitilin käyttäminen on mahdollista. Henkilökohtaisen budjetin ja suoramaksun käyttöä arvioidaan ensimmäisen kerran kuuden käyttökuukauden jälkeen. Tämän jälkeen arviointi suoritetaan vuoden välein. (Royal Borough of Kensington and Chelsea 2013.)

Englannissa oli vuonna 2012 noin 432 000 henkilökohtaisen budjetin käyttäjää, mikä tarkoittaa sitä, että 52,8 prosenttia henkilökohtaiseen budjettiin oikeutetuista henkilöistä käytti sitä. Käyttäjistä 39 prosenttia oli 16–65-vuotiaita ja 61 prosenttia yli 65-vuotiaita. Henkilökohtaisen budjetin osuus aikuisten sosiaalipalveluista oli noin 15 prosenttia vuonna 2012. Käyttäjistä 93 000 tarvitsi yli 10 000 punnan henkilökohtaisen budjetin. Budjetin käyttö on laajentunut merkittävästi, sillä vuonna 2008 käyttäjiä oli noin 93 000. (Personal Budgets Survey 2012.)

3.3. Suomeen ehdotettu henkilökohtaisen budjetin malli

Sitran tutkimuksen henkilökohtaisesta budjetista toteuttivat Patronen et al., joiden tuottamaa ehdotusta esittelen tässä luvussa. Patronen et al. (2012) kirjoittavat, että Suomeen olisi ryhdyttävä valmistelemaan henkilökohtaisen budjetin kokeilulainsäädäntöä, jonka lähtökohtina olisi, ettei se poista kunnan palveluiden järjestämisvelvollisuutta eikä heikennä asiakkaan hyvinvointia. Lisäksi kokeilulainsäädännössä tulisi heidän mukaansa huomioida se, että kaikilla kansalaisilla ja asiakkailla olisi mahdollisuus käyttää henkilökohtaista budjettia tuloista riippumatta, mutta että asiakkaalla olisi myös oikeus kieltäytyä käyttämästä sitä. Henkilökohtaisen budjetin käsite tulisi määritellä laajasti, jotta budjetilla hankitut palvelut olisivat mahdollisimman monipuolisia ja vastaisivat asiakkaiden tarpeita. Henkilökohtainen budjetti ei kuitenkaan olisi subjektiivinen oikeus. Henkilökohtainen budjetti vaatisi lakimuutoksia erityisesti lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta (3.8.1992/733), sosiaalihuoltolakiin, terveydenhuoltolakiin, lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista sekä tuloverolakiin. (Patronen et al 2012, 46–47.)

Lakiuudistusten jälkeen henkilökohtainen budjetti voisi toimia seuraavalla tavalla: ensin asiakkaalle tehtäisiin palvelutarpeeseen perustuva palvelu- ja hoitosuunnitelma, johon kirjattaisiin esimerkiksi omaishoitajan antama hoito, tarvittavat sosiaali- ja terveyspalvelut sekä muut hoidon toteutumiseen vaikuttavat asiat. Palvelu- ja hoitosuunnitelman yhteydessä tehtäisiin myös tulokset, joka määrittäisi asiakkaan omavastuu- ja asiakasmaksusuudet. Tämän jälkeen kunnan on kerrottava asiakkaalle palvelun järjestämisen vaihtoehtoista: henkilökohtaisesta budjetista, palvelusetelistä, kunnan tuottamasta palvelusta tai ostopalveluista. Samalla kunta arvioi asiakkaan kyvyn hallinnoida henkilökohtaista budjettia. Kunnan on esitettävä asiakkaalle palveluiden

järjestämisvaihtoehtojen kustannukset. Esimerkiksi yksityisten palveluntuottajien hintoina käytettäisiin palvelusetelituottajien keskimääräistä hintaa tai kilpailutusten kautta muodostunutta hintatasoa. (Patronen et al. 2012, 49.)

Mikäli asiakas päätyy valitsemaan henkilökohtaisen budjetin, annetaan asiakkaalle palveluiden hankintaa ja maksamista varten palvelukortti, jolle ladataan tietyn suuruinen rahasumma. Palvelukortti voi myös veloittaa suoraan kunnan tiliä. Kortin saldoa ja käytettävyyttä hallitsee kuitenkin kunta. Raha liikkuisi viitteellisinä tilisiirtoina kunnan, korttitoimittajan ja palveluntuottajan välillä. Kortin käyttöä voitaisiin rajata esimerkiksi vain tietyille palveluntuottajille ja sen sisältämää rahaa sekä käyttökertoja voitaisiin jaksottaa ajallisesti. Kunta voisi myös päättää, antaako se asiakkaalle myös oikeuden nostaa kortilla rahaa esimerkiksi hoitosuunnitelmaan kirjatun kulttuuripalvelun ostoon. Myös rahan siirtäminen suoraan asiakkaan tilille olisi mahdollista, mutta tällöin asiakas joutuisi tekemään tilityksiä rahojen käytöstä. Parhaimmillaan henkilökohtainen budjetti antaisi asiakkaalle mahdollisuuden hankkia apua myös naapureilta ja muilta lähellä olevilta henkilöiltä. (Patronen et al 2012, 49–50.)

Uudessa budjettimallissa pitäisi palveluiden määrittelyn lisäksi määrittellä myös niiden arvo, mikä vaatii kunnilta uutta osaamista. Uudessa mallissa kunta päättäisi henkilökohtaisen budjetin käyttöönnotosta, soveltamisesta eri asiakasryhmille sekä sen rahallisesta arvosta ja laskentamallista. Tosin Patrosen et al. (2012) mukaan kokeilulaissa mitään asiakasryhmää ei tulisi sulkea budjetin ulkopuolelle muuta kuin tilanteessa, jossa asiakas ei onnistu itsenäisesti hankkimaan keskeisiä palveluita tai asiakas käyttää budjettia väärin. Henkilökohtaisen budjetin piiriin ei kuuluisi kiireellinen ja asiakkaan tahdosta riippumaton hoito. (Patronen et al. 2012, 47.)

Patrosen et al. (2012) mukaan henkilökohtainen budjetti soveltuisi erityisen hyvin omaishoitoon, terveyspalveluihin, kuntoutuspalveluihin ja vammaispalveluihin. Kokeilulaissa tulisikin korostaa asiakasohjauksen merkitystä, sillä asiakasohjaajien rooli muuttuu palveluista päättävän toimijan roolista tukijoihin ja neuvojiin. Patrosen et al. (2012) mukaan henkilökohtainen budjetti mahdollistaisi kotipalveluiden paremman saatavuuden ja vähentäisi merkittävästi palveluiden järjestämisen kustannuksia, sillä ”asiakkaiden toimintakyvyn ylläpito siirtää raskaampien palveluiden tarvetta jopa vuosia eteenpäin” (Patronen et al. 2012, 48). Asiakkaan kannalta henkilökohtaisen budjetin

hyötynä olisivat kirjoittajien mukaan nykyistä paremmin tarpeita vastaavat palvelut, jotka hän voisi itse valita omien mieltymystensä mukaan. Tämä antaisi asiakkaalle mahdollisuuden aktiiviseen oman elämän hallintaan ja ”aktivoisi ja voimaannuttaisi käyttäjän läheisiä, ystäviä ja naapureita”. Asiakas voisi ”maksaa saamastaan avusta ja tulla hyvin toimeen ympärillä olevan verkoston tuella”. Näin kunnan resurssit voitaisiin kohdentaa niihin palveluihin, joita ei voida korvata muilla ratkaisuilla. (Patronen et al. 2012, 48.)

Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltolainsäädäntö eivät tunne henkilökohtaista budjettia sosiaali- ja terveystalouden järjestämisen muotona, vaikka ne eivät suoranaisesti kielläkään antamista palveluista rahana. Patronen et al. (2012) tutkimuksen mukaan nykyinsäädännön puitteissa ei ole mahdollista tuottaa sosiaalipalveluita antamalla rahaa asiakkaan käyttöön. Yksi mahdollisuus olisi tarjota henkilökohtaista budjettia palvelusetelien tapaan, jolloin budjetti koostuisi nipusta palvelusetelitä. (Patronen et al. 2012, 43.)

Suomessa on käynnissä muutamia henkilökohtaisen budjetin pilotoiteja. Vammaispalveluiden osalta käynnissä on ”Tiedän mitä tahdon!” -projekti, jolla pyritään lisäämään vammaisen henkilön ja hänen läheistensä määrittelyvaltaa ja valinnanmahdollisuuksia. Keskeisenä apukeinona käytetään yksilökeskeistä suunnittelua: vammaisen henkilö suunnittelee yhdessä työntekijöiden ja läheistensä kanssa millaisia palveluita ja tukitoimia hän tarvitsee ”voidakseen elää itsensä näköistä elämää”. Projektin raporttien mukaan kokeiluun osallistuneet ovat olleet varsin tyytyväisiä henkilökohtaiseen budjettiin. Työntekijät sen sijaan ovat olleet jonkin verran kriittisiä sen suhteen, miten työntekijäresurssit riittävät yksilökeskeisen suunnittelun järjestämiseen. Tiedän mitä tahdon -projekti on toteutettu läheisessä yhteistyössä englantilaisen InControl-järjestön kanssa. (Kehitysvammaisten palvelusäätiö 2013.)

Tampereen kaupunki on käyttänyt henkilökohtaista budjettia ikäihmisten omaishoidossa yhteistyössä Sitran kanssa (Patronen et al. 2012). Tampereella tavoitteena on luoda yleinen malli siitä, miten henkilökohtainen budjetti voitaisiin ottaa laajemminkin käyttöön. Kyseisessä kokeilussa sovelletaan palvelusetelilakia. Tampereen kokeilun toimintamalliin liittyvät muun muassa henkilökohtaisen budjetin asiakasohjaus- ja käyttöönottoprosessit,

taloudellisten vaikutusten arviointi kuntatalouden näkökulmasta, tiedon tuottaminen, palveluiden laadunvalvonnan mallintaminen, maksutapajärjestelmän kehittäminen, henkilöstön kouluttaminen sekä sopiminen toimijoiden vastuunjaosta. (Patronen 2013.)

Lauttasaassa toimi vuosina 2011–2013 "Asiakaskeskeinen palveluverkko" -hanke, jonka tarkoituksena oli kehittää vanhusten kotona asumista tukevia palveluita. Lauttasaassa kehitettiin palveluohjausta, henkilökohtaista budjettia ja toimijaverkostoa, jotta voitaisiin luoda uudenlainen ”seinätön vanhusten palvelukeskus”. Yhtenä palveluohjauksen ideana oli myös huomioida yksityinen sektori palveluita valittaessa. (Uittomäki 2012.) Tämän hankkeen pohjalta käynnistettiin "Käyttäjälähtöiset palvelumallit ikäihmisten palveluissa"-projekti, jonka tavoitteena on tukea ikäihmisten kotona asumista muun muassa henkilökohtaisen budjetin avulla. Kokeilussa henkilökohtaista budjettia käytti 11 omaishoitoperhettä, jotka saivat kolmen kuukauden ajaksi käyttöönsä 100–1400 euroa kuukaudessa palveluiden hankintaa varten. Kokeilun tulosten mukaan asiakkaat olivat erittäin tyytyväisiä palveluohjaukseen ja budjetteihin. (Luostarinen 2013.)

4. TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tutkimukseni tarkoituksena on tarkastella henkilökohtaista budjettia Hollannin ja Englannin kokemuksista tehtyjen tutkimusten kautta. Henkilökohtainen budjetti on edellä kuvatun mukaisesti sellainen palveluiden järjestämisen muoto, jossa asiakas voi itse päättää ja ostaa tarvitsemansa palvelut hänelle määritellyn rahasumman avulla. Henkilökohtaisen budjetin avulla pyritään aktivoimaan ja valtaistamaan ihmisiä, joten kiinnostukseni kohteena on se, miten näissä aktivointipyrkimyksissä on tutkimusten mukaan onnistuttu. Asiakkaan näkökulman lisäksi tarkastelen muidenkin henkilökohtaisen budjetin osapuolten, kuten hoitajien, avustajien ja perheen, kokemuksia budjetin käytöstä, sillä tutkimukseni tavoitteena on antaa kokonaisvaltainen kuva henkilökohtaisen budjetin mallista. Lisäksi tarkastelen henkilökohtaisen budjetin käytössä ilmeneviä etuja ja haittoja.

Tutkimuskysymykseni ovat seuraavat:

- 1) Miten asiakkaiden valtaistaminen ja valinnanvapaus näkyvät henkilökohtaisessa budjetissa?
- 2) Millaisia kokemuksia henkilökohtaisen budjetin eri osapuolilla on budjetin käytöstä?
- 3) Millaisia etuja ja haittoja henkilökohtaisessa budjetissa näyttäisi olevan?

Kansainvälinen vertailu on tärkeää etenkin siksi, että henkilökohtaisen budjetin mallia on ehdotettu käytettäväksi myös Suomessa. Mallista on tehty jo muutamia pilotointeja, mutta tarkempaa tutkimusta henkilökohtaisesta budjetista ei vielä ole. Tässä tutkimuksessa käsittelen Suomen osuutta pohdintaosiossa. Tutkimukseni aineiston keruuseen ja analysointiin käytän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää, jotta saisin mahdollisimman kattavan kuvan henkilökohtaisesta budjetista tehtyihin tutkimuksiin. Tutkimuksista luon synteysin käyttämällä laadullista ja aineistolähtöistä narratiivisen synteysin menetelmää.

5. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä luvussa kuvaan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmän pääperiaatteet, joita olen tässä pro gradu-tutkielmassa soveltanut. Luku sisältää myös tarkan raportoinnin tutkimuksen eri vaiheista menetelmään sisältyvän protokollan muodostamisesta aineiston koontiin ja ensivaiheen analyysiin. Käyttämissäni lähteissä menetelmästä puhutaan hieman eri nimityksillä: Metsämuuronen (2005) käyttää termiä *systemoitu kirjallisuuskatsaus*, kun taas Aveyard (2007, 2010) käyttää pääasiassa termiä *literature review* (kirjallisuuskatsaus) ja Pettigrew ja Roberts (2006), Macdonald (2003) sekä Pope et al. (2007) termiä *systematic review* (systemaattinen kirjallisuuskatsaus). Selkeyden vuoksi käytän tässä tutkimuksessa termiä systemaattinen kirjallisuuskatsaus.

5.1. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Pettigrew & Roberts (2006, 2) kirjoittavat oikean ja oletetun tiedon erottamisen tärkeydestä. Heidän mukaansa yksittäisen tutkimuksen tulokset ovat harvoin niin yleistettävissä, että niiden avulla voidaan sanoa ”totuus” käsiteltävänä olevasta asiasta. Perinteinen kirjallisuuskatsaus olemassa olevista tutkimuksista ei välttämättä ole ratkaisu yleistettävyyteen, sillä siinä ongelmana on yleensä lähteiden keskinäisen yhteyden puuttuminen. Lisäksi lähteiden laatu voi olla kirjava, jos niiden valintaan ei ole käytetty kriittistä analyysia. Monesti laajoista kirjallisuuskatsauksista ei käy ilmi, miten lähteet on hankittu. (Metsämuuronen 2005, 38.) Kirjallisuuskatsauksen tekijä voi myös periaatteessa tuottaa valitsemistaan tutkimustuloksista haluamansa synteesin, jolloin tutkimus saattaa olla puolueellinen ja vääristynyt (Pettigrew & Roberts 2006, 4). Perinteisen kirjallisuuskatsauksen lisäksi on olemassa esimerkiksi narratiivinen kirjallisuuskatsaus, jossa ei käytetä tutkimusten etsimiseen tai analysointiin mitään tiettyä menetelmää tai strategiaa, jolloin tutkimuksen toistettavuus kärsii (Aveyard 2007, 15).

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus sen sijaan vaatii läpinäkyvyyttä. Systemoidulla kirjallisuuskatsauksella on kolme tavoitetta: ensinnäkin kerätä kattavasti alkuperäistutkimuksia, jotta vältettäisiin tiedon valikoitumisesta aiheutuvat harhat. Tällä tarkoitetaan sitä, että tietoa ei ole kerätty vain satunnaisesti. Toiseksi tutkimuksista on selvitettävä menetelmällinen laatu, ja kolmanneksi yhdistettävä tutkimustulokset, jotta

olemassa olevia tutkimustuloksia voitaisiin hyödyntää mahdollisimman tehokkaasti. Tästä syystä kirjallisuuskatsaus edellyttää tarkkaa prosessin suunnittelua ja kuvausta, jotta se olisi myös toistettavissa. (Metsämuuronen 2005, 38–39; Pettigrew & Roberts 2006, 4.)

Aveyardin (2007) mukaan esimerkiksi sosiaalityöntekijöiden tulisi perustaa käytännön työnsä tieteelliseen tietoon. Tästä näkemyksestä Aveyard käyttää termiä 'näyttöön perustuva käytäntö' (*evidence-based practice*). Näyttöön perustuva käytännön lisäksi puhutaan myös "näyttöön perustuvasta päätöksenteosta" (*evidence-based policy*), jolla tarkoitetaan tutkitun tiedon tuomista päätöksenteon tueksi. Se on tutkimussuuntaus, joka sopii sovellettavaksi sosiaalipoliittiseen päätöksentekoon. (Metsämuuronen 2005, 578.) Tällöin päätöksenteon taustalla olisi aina tieteellinen tieto, jonka yhteenvetäminen onnistuu Aveyardin mukaan parhaiten systemaattisella kirjallisuuskatsauksella. Käytännön perustaminen tieteelliseen tietoon on toki ongelmallista, sillä nykyään julkaisutahti on niin kova, että on liki mahdotonta olla selvillä jonkin tietyn tieteenalan kaikesta tutkimuksesta. Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset ovat Aveyardin mukaan kuitenkin erittäin tärkeitä, koska ne pyrkivät tiivistämään tietyn aihepiirin kirjallisuuden tutkimuksellisesti luotettavasti. (Aveyard 2007, 6-8.) Parhaassa tapauksessa hyvin tuotetut kirjallisuuskatsaukset voivat lisätä tutkimuksen osuutta päätöksenteossa. Sosiaalialalla kirjallisuuskatsauksella voidaan tutkia esimerkiksi jonkin prosessin tai hallinnollisen muutoksen vaikuttavuutta ja toteutusta. Kirjallisuuskatsaus voi olla kuvaileva tai kriittinen: se voi etsiä tiedon puutteita, kommentoida teoriaa tai ohjata käytännön työtä ja politiikan tekoa. Kirjallisuuskatsauksen avulla pyritään löytämään "paras todistusaineisto" tiettyyn ongelmaan tai aihealueeseen. Tämä vaatii myös tutkittavan aihealueen kontekstin tarkkaa selvittämistä. (Macdonald 2010, 3-6; Pettigrew & Roberts 2006, 189.)

Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan siis tarkastella yksittäistä tutkimusta osana laajempaa joukkoa tutkimuksia. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tutkimusmetodi, joka sisältää tarkat tutkimuskysymykset, jotka puolestaan muodostavat kontekstin koko tutkimukselle. Tutkimuskysymyksiin pyritään vastaamaan seuraamalla tutkimuspolkua, joka lähtee esimerkiksi aineiston etsinnässä hakulausekkeiden muovaamisesta. Tämän vuoksi systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tuntomerkkeinä voidaan pitää läpinäkyvyyttä ja selkeyttä, sillä jokainen tutkimuspolun vaihe tulee dokumentoida tarkasti. Aineistoon tulisi sisällyttää kaikki aiheeseen ja tutkimuskysymyksiin liittyvät relevantit tutkimukset, jotka arvioidaan varsinaisessa aineiston analyysissä. Aineisto voi koostua sekä

kvantitatiivisista että kvalitatiivisista tutkimuksista. Sopivaksi aineiston kooksi Aveyard suosittelee opinnäytetyöntekijälle noin 15 artikkelia. (Aveyard 2007, 12, 47–52.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen teko alkaa aiheen rajauksella ja protokollan teolla. Protokollalla tarkoitetaan tutkimussuunnitelmaa, joka sisältää muun muassa kriteerit aineistoon mukaan otettaville tutkimuksille. Näitä kriteerejä kutsutaan sisäänotto- ja poissulkukriteereiksi. Kriteerien valintaan vaikuttavat tutkimuskysymykset sekä käytännölliset syyt, joista tärkein on tässä tutkimuksessa opinnäytetyön vaatimusten asettamat rajat. Protokollalla pyritään varmistamaan tutkimuksen teon systemaattisuus ja läpinäkyvyys. (Aveyard 2010; Rutter et al. 2010, 21.) Metsämuurosen (2005, 39) mukaan tutkimuksia etsitään tietokantojen ja viitehakujen avulla sekä käsin esimerkiksi tietyistä julkaisusarjoista. Näiden lisäksi pyritään löytämään myös harmaa kirjallisuus, joka on saatettu julkaista epätavallisissa lähteissä kuten viranomaisten tai teollisuuden tuottamissa raporteissa. Tässä tutkimuksessa käytän kuitenkin ainoana lähteenä Jyväskylän yliopiston kirjaston tietokantoja ja Google Scholaria juuri opinnäytetyön aiheuttamien käytännöllisten rajoitusten vuoksi.

Aveyardin (2007) mukaan menetelmä sopii opinnäytetyöhön, vaikka maisterin opinnäytetyöltä ei voi vaatia yhtä suurta tarkkuutta kuin kansainväliset tutkimuslaitokset vaativat systemaattisilta kirjallisuuskatsauksiltaan. Aveyardin mukaan opinnäytetyöntekijä voi soveltaa menetelmän päälinjoja ja yleisiä periaatteita erityisesti aineiston keruuseen käytettävän ajan suhteen. Kirjallisuuskatsaus on kuitenkin raportoitava systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaatimusten mukaan. (Aveyard 2007, 12–13, 17; Aveyard 2010, 73.)

Synteesin tuottamiseen käytän tässä tutkimuksessa aineistolähtöistä narratiivista synteesiä (Pettigrew & Roberts 2006, 165), joka mahdollistaa sekä kvalitatiivisten että kvantitatiivisten tutkimusten syntetisoinnin. Systemaattisissa kirjallisuuskatsauksissa käytetään myös meta-analyysia, mutta se sopii lähinnä kvantitatiivisten tutkimusten syntetisointiin ja tilastointiin. Kuvaan tarkemmin narratiivisen synteesin periaatteet luvussa 5.4. Seuraavaksi kuvaan tutkimuspolkuni, joka alkoi tutkimuskysymysten sekä sisäänotto- ja poissulkukriteerien muodostamisesta.

5.2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänotto- ja poissulkukriteerien luominen auttaa kirjoittajaa löytämään tutkimuskysymysten kannalta relevantteimmat tutkimukset systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseensa. Kriteerien avulla tutkija antaa selkeän kuvan tutkittavasta aiheesta sekä asettaa rajat tutkittavalle aineistolle. Aineiston rajaaminen on erittäin tärkeää, koska kriteerien avulla tutkija kykenee keskittymään vain olennaisimpiin tutkimuksiin, joita analysoimalla hän pystyy vastaamaan tutkimuskysymyksiinsä. (Aveyard 2010, 70–72.) Keskeiseksi tutkimuskysymykseksi valitsin asiakkaan aktivoinnin toteutumisen, sillä juuri tähän henkilökohtaisen budjetin mallissa pyritään. Halusin myös tutkia, millaisia ongelmia ja hyviä puolia mallin käytössä on ilmennyt. Aineiston keruun alkuvaiheessa huomasin, että eri osapuolten kokemuksia henkilökohtaisesta budjetista on käsitelty runsaasti, joten nostin myös sen tutkimuskysymyksekseni.

Sisäänotto- ja poissulkukriteereihin vaikuttavat luonnollisesti tutkimuskysymykset sekä opinnäytetyöhön liittyvät rajoitukset. Näistä syistä johtuen päätin sisällyttää aineistoon vain sellaisia tutkimuksia, jotka ovat saatavilla Jyväskylän yliopiston kirjaston tai Google Scholarin kautta maksutta. Päätin, että valitsen mukaan vain englanninkielisiä artikkeleja, jotka on vertaisarvioitu tieteellisessä julkaisussa. Päädyin pelkästään englannin kieleen siksi, että esimerkiksi suomenkielistä tutkimusta ei ollut saatavilla. Kokonaiset kirjat puolestaan päätin jättää pois, sillä niiden analysoiminen olisi vienyt liikaa aikaa. En myöskään sisällyttänyt aineistoon muita kirjallisuuskatsauksia, vaan halusin aineiston koostuvan vain empiirisistä alkuperäisartikkeleista.

Tutkimuskysymysteni mukaisesti valitsin aineistooni tutkimuksia, joissa käsitellään henkilökohtaista budjettia asiakkaiden valtaistamisen ja valinnanmahdollisuuksien kautta sekä henkilökohtaiseen budjettiin liittyviä etuja ja haittoja. Päätin ottaa mukaan kaikki julkaisuvuodet, jotta löytäisin myös varhaisimmat henkilökohtaista budjettia käsittelevät tutkimukset. Kaikkien julkaisuvuosien sisällyttäminen hakuun ei tuottanut liian suuria hakutuloksia, joten pidin päätöstä perusteltuna.

Aineiston haussa ja keruussa käyttämäni sisäänotto- ja poissulkukriteerini ovat seuraavat:

Sisäänottokriteerit:

- Akateeminen tutkimus, joka on julkaistu tieteellisesti vertaisarvioidussa julkaisussa
- Alkuperäisartikkeli

- Julkaistu englannin kielellä
- Kohdemaana Hollanti tai Englanti
- Kaikki julkaisuvuodet
- Henkilökohtaisen budjetin etujen ja haittojen käsittely
- Asiakkaan aktivoinnin ja/tai valtaistamisen käsittely
- Eri osapuolten näkökulman käsittely (hoitajat, avustajat, hallinto)
- Jyväskylän yliopiston kirjaston tai Google Scholarin kautta saatavilla olevat maksuttomat artikkelit
- Kvalitatiivinen tai kvantitatiivinen empiirinen tutkimus

Poissulkukriteerit:

- Vertaisarvioimattomat artikkelit
- Kirjallisuuskatsaukset
- Kirjat
- Uutiset, kolumnit, pääkirjoitukset
- Artikkelit, jotka eivät ole saatavilla maksuttomasti Jyväskylän yliopiston kirjaston tai Google Scholarin kautta
- Muiden maiden mallien käsittely
- Julkaistu muulla kuin englannin kielellä
- Artikkelit, joissa ei ole käsitelty asiakkaan aktivointia, eri osapuolten kokemuksia tai henkilökohtaisen budjetin etuja tai haittoja

Kattavan taustatyön ansiosta kriteerien luominen oli kohtalaisen helppoa. Kriteerit myös pysyivät muuttumattomina koko aineiston keruun ajan, joten koko aineisto on kerätty täsmälleen samalla tavalla ja samoilla kriteereillä.

5.3. Aineiston keruu, lähiluku ja kriittinen arviointi

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus vaatii sitä, että jokainen valinta aina tutkimuskysymyksistä aineistoon tulee perustella huolellisesti, jotta tutkimus olisi mahdollisimman läpinäkyvä lukijalle. Aineiston keruussa on huomioitava tutkimuskysymykset ja käytettävä systemaattista lähestymistapaa sekä dokumentoitava

jokainen vaihe tarkasti. (Aveyard 2007, 17, 68; Petticrew & Roberts 2006, 102.) Seuraavaksi kuvaan koko aineistonkeruuprosessini, joka alkoi tietokantojen valinnasta ja päättyi aineiston lähilukuun ja kriittiseen arviointiin.

Varsinainen tiedonhakuni alkoi koehakujen teosta elektronisiin tietokantoihin. Tämän tarkoituksena oli selvittää ne tietokannat, joista löytyy parhaiten henkilökohtaista budjettia käsitteleviä tutkimuksia. Apua koehakuihin, tietokantojen valintaan ja hakulausekkeiden muodostamiseen sain Jyväskylän yliopiston kirjaston yhteiskuntatieteellisen alan informaattikko Eeva Kuposelta. Koehakujen avulla pystyin myös muokkaamaan hakulausekkeen sellaiseksi, että sillä löytyi sopiva otos tutkimuksia. Aluksi hakutulokset olivat varsin suuria, jopa yli 1000 viitettä, mutta rajausten avulla tuloksiksi tuli 10–80 viitettä tietokantaa kohden. Suomenkielistä tutkimusta henkilökohtaisesta budjetista ei ollut saatavilla, joten tästä syystä jätin suomenkieliset tietokannat (Arto, Aleks, Linda ym.) pois tiedonhaustani. Jätin pois myös SAGE Reference Online Handbooks - tietokannan, koska sitä kautta oli saatavilla vain kirjoja.

Koehakujen perusteella päädyin käyttämään tutkimuksessani seuraavia tietokantoja:

1. Academic Search Elite (EBSCO)
2. Sociological Abstracts (ProQuest)
3. Social Services Abstracts (ProQuest)
4. IngentaConnect
5. SAGE Journals Online
6. Google Scholar

Ennen aineiston keruuta tutustuin huolellisesti termistöön, jota henkilökohtaisesta budjetista käytetään Englannissa ja Hollannissa, jotta osaisin käyttää oikeita hakutermejä tiedonhaussa. Tämän perusteella minulle selvisi, että Englannissa henkilökohtaisesta budjetista käytetään kahta eri termiä: ”*personal budget*” ja ”*direct payment*”, kun taas Hollannissa käytetään pääasiassa vain termiä ”*personal budget*”. Myös ”*individual budget*”-termiä käytetään jonkin verran molemmissa maissa, mutta päätin jättää sen pois hakutermistöstä, sillä se tuotti täysin samat tulokset kuin termi ”*personal budget*”. Hakulauseke muodostui lopulta monien kokeilujen jälkeen: käytin eri Boolean operaattoreita (*and*, *or* ja *not*), joista parhaimmat ja relevantteimmat tulokset tulivat AND- ja OR -operaattoreilla. NOT -operaattori rajasi relevantteja viitteitä pois, joten en käyttänyt

sitä haussani ollenkaan. Näiden lisäksi käytin ”peer reviewed”-toimintoa, jonka avulla tiedonhaun pystyi rajaamaan vain vertaisarvioituihin artikkeleihin.

Lopulta hakulausekkeeksi muodostui Hollannin kohdalla ((”personal budget” AND holland OR netherlands)) ja Englannin kohdalla ((”personal budget” OR ”direct payment” AND england)). Personal budget ja direct payment toimivat fraasihakuna parhaiten, sillä erikseen kirjoitettuna ne tuottivat valtavan määrän epärelevantteja viitteitä, joissa käsiteltiin esimerkiksi taloustieteellisiä budjetteja. Hakulausekkeet toimivat sellaisenaan kaikissa tietokannoissa. Tässä vaiheessa muodostin Refworks-viitteidenhallintajärjestelmään kansioita hakutuloksia varten, jotka lajittelin maan ja tietokannan mukaan. Kansioita tuli siis yhteensä kymmenen, joiden lisäksi vielä tein kansiot Google Scholarin kautta löytämilleni artikkeleille. Google Scholaria jouduin käyttämään erityisesti etsiessäni IngentaConnect -tietokannan kautta löytämiäni viitteitä. Suurin osa, eli 15 artikkelia, oli maksullisia, mutta löysin yhteensä viisi maksutonta artikkelia. Osa tutkimuksista, jotka abstraktin perusteella olisivat täyttäneet sisäänottokriteerini, jäi siis kokonaan tavoittamatta.

Hakutuloksiksi sain ensimmäisessä vaiheessa 130 viitettä, jotka siirsin Refworks -kansioihin sen mukaan, mistä tietokannasta olin tutkimuksen löytänyt ja kumpaa maata artikkelissa käsiteltiin. Duplikaattien eli artikkeleiden kaksoiskappaleiden poiston jälkeen jäljelle jäi yhteensä 104 viitettä. Tämän jälkeen tarkastelin keräämäni aineistoa uudelleen tutkimuskysymysteni ja sisäänotto- ja poissulkukriteerien avulla. Kävin ensinnäkin läpi kaikki viitteet ja tarkistin, mitkä niistä olivat kokonaisuudessaan ja maksuttomasti saatavilla. Lopulta jäljelle jäi 55 artikkelia, joista 15 käsitteli Hollantia ja 40 Englantia. Hollannin mallia käsittelevien artikkeleiden vähäisestä määrästä johtuen toistin haut vielä uudelleen mainitsemissani tietokannoissa. Tämä ei kuitenkaan tuottanut enempää tuloksia, joten päätin kokeilla Google Scholarissa vastaavaa hakua ja onnistuinkin täydentämään Hollannin osuutta viidellä artikkelilla. Google Scholar on tietokantana hieman epätarkka, sillä siinä ei voi käyttää ”peer reviewed”-toimintoa, joten jouduin kiinnittämään erityisen tarkkaa huomiota siihen, missä löytämäni artikkelit oli julkaistu. Pidin julkaisulähteitä tarpeeksi luotettavina, joten pidin artikkelit vielä tässä vaiheessa mukana.

Aineiston valikoinnin viimeisessä vaiheessa kävin läpi vielä kaikki sisäänottokriteerini. Artikkeleita oli tässä vaiheessa yhteensä kuusikymmentä. Luin läpi kaikkien artikkeleiden abstraktit ja tulosluvut ja vertailin niitä sisäänottokriteereihini. Poistin aineistosta ne

artikkelit, joissa käsiteltiin henkilökohtaista budjettia vain yleisluontoisesti, sillä halusin tutkimukseeni nimenomaan eri osapuolten näkökulmat ja kokemukset henkilökohtaisesta budjetista. Lisäksi poistin myös ne artikkelit, joissa käsiteltiin vain vähän henkilökohtaista budjettia. Aivan viimeisessä vaiheessa poistin kaksi Hollantia käsitellyttä artikkelia siitä syystä, että ne molemmat olivat enemmänkin teoreettisia analyysejä henkilökohtaisesta budjetista. Tavoitteenani oli kuitenkin muodostaa aineisto, jonka tutkimustulokset perustuvat empiriaan. Lopulta aineistoni koostui yhteensä 18 artikkelista, joista 12 käsitteli Englantia, 4 Hollantia ja kaksi näitä molempia. Aineiston artikkeleiden lähteet, metodit ja tulokset ovat liitteessä 1.

Systemaattisissa kirjallisuuskatsauksissa aineistolle on tehtävä kriittinen arviointi, jossa arvioidaan erityisesti tutkimusten korkeatasoisuutta (Aveyard 2010, 90). Popen et al. (2007) mukaan aineistoon sisällytettävien tutkimusten laatua tulee arvioida kriittisesti muun muassa niissä käytettyjen metodien, julkaisukanavien ja sisäisen validiteetin kautta. Kriittisessä arvioinnissa kultakin tutkimukselta kysytään samat kysymykset, kuten: Kuinka uskottavia tutkimustulokset ovat? Lisääkö tutkimus ymmärrystä tutkittavana olevasta aiheesta? Vastaako tutkimus omiin tutkimuskysymyksiinsä? Onko tutkimus hyvin argumentoitu ja metodologisesti pätevä? Näiden kysymysten avulla on mahdollista vaikuttaa kirjallisuuskatsauksen aineiston kokoon, luotettavuuteen ja laatuun. (Pope et al. 2007, 32–40.) Lista aineiston tutkimuksille tekemistäni kysymyksistä on liitteessä 2. Tein liitteen mukaiset kysymykset jokaiselle aineistoni artikkelille, jotta saisin aineistoni mahdollisimman korkeatasoiseksi. Liitteeseen 3 olen koonnut artikkelikohtaisesti vastaukset näihin kysymyksiin.

5.4. Aineiston analysointi: narratiivinen synteesi

Systemaattisissa kirjallisuuskatsauksissa käytetään yleensä aineistolähtöistä analysointitapaa. Aineistolähtöisessä analyysissä ihanteena olisi lähteä liikkeelle ilman ennako-olettamuksia tai määritelmiä. Tässä tutkimuksessa olen kuitenkin joutunut tutustumaan henkilökohtaisen budjetin käyttöön ennen aineiston keräämistä, joten tässä mielessä aineistolähtöisyyden ideaali ei täysin toteudu. Ennakkotietoa henkilökohtaisen budjetin vaikutuksista asiakkaiden aktivointiin tai sen mahdollisista ongelmista minulla ei kuitenkaan ollut. Täysin aineistolähtöinen näkökulma tutkimuksessani sen sijaan on hoivatyöntekijöiden asema ja henkilökohtaisen budjetin vaikutukset perhesuhteisiin, sillä

en osannut odottaa, että henkilökohtaisella budjetilla voisi olla tällaisiakin vaikutuksia. Eskola & Suorannan (2008, 19) mukaan aineistolähtöistä analyysia tarvitaan etenkin silloin, kun tarvitaan perustietoa jostakin ilmiöstä tai asiasta. Tässä mielessä aineistolähtöisyys sopii siis tutkimukseeni erittäin hyvin.

Tässä tutkimuksessa käytän kirjallisuuskatsauksen aineiston analysointiin Pettigrew'n & Robertsin (2006, 165) "narratiiviseksi synteeksi" nimittämää metodia. Pettigrew & Roberts (2006) kirjoittavat taulukoinnin olevan ensimmäinen askel narratiivisen synteessin muodostamisessa. Taulukoinnilla tarkoitetaan tässä sitä, että analysoitavista tutkimuksista kootaan tiedonkeruulomake, joka sisältää tutkimusten aiheet, metodit ja tulokset. Tämä lisää synteessin läpinäkyvyyttä, sillä lukijan on helppo tarkastaa, millaisista tutkimuksista synteesi koostuu. Tutkimukseeni valikoituneet artikkelit on taulukoitu liitteeseen 1. Taulukoinnin jälkeen tutkimusten tulokset koodataan ja ne järjestetään loogisiin ryhmiin. Ryhmät voidaan muodostaa esimerkiksi tutkimustulosten erojen, yhtenäisyyksien tai ristiriitojen mukaan. Koodauksen jälkeen koodit ryhmitellään teemoiksi. Viimeisessä vaiheessa tutkimustuloksista löydetyt teemat kootaan synteeksi. (Pettigrew & Roberts 2006, 165–172.)

Narratiivisen synteessin tärkeimmät analyysin välineet ovat siis koodaaminen ja teemoittelu. Aineistolähtöisessä koodauksessa tarkastellaan, millaisia koodeja aineistossa on ja mitkä niistä ovat keskeisiä. Aineistolähtöisen koodaamisen tulisi tapahtua ilman ennako-oletuksia, mutta kuten Eskola & Suoranta (2008, 156) toteavat, on tällainen koodaus idealistisista lähtökohdistaan huolimatta sekoitus tutkijan ennakkoluuloja ja aineiston tulkintaa. Tutkijan on tunnustettava oma subjektiivisuutensa etsiessään koodeja aineistosta. Muodostin koodit pitkälti aineistolähtöisesti, vaikka osa niistä, kuten *valtaistaminen*, sopikin hyvin ennako-oletuksiini.

Löysin aineistosta seuraavanlaiset koodit: *valtaistaminen*, *asiakkaiden tyytyväisyys*, *perhesuhteet*, *työntekijöiden asema*, *sopimuksellisuus*, *henkilökohtaisen budjetin hallinto* ja *informaation tarve*. Koodaamisen jälkeen koodit luokitellaan ryhmiin eli teemoitellaan: yksi teema siis kuvaa tiettyä koodien joukkoa (Eskola & Suoranta 2008, 179). Tuomen & Sarajärven (2009, 93) mukaan teemoittelussa on kyse aineiston ryhmittelystä ja pilkkomisesta eri aihepiirien mukaisesti. Näin mahdollistuu tiettyjen teemojen esiintymisen

vertailu, sillä ideana on etsiä aineistosta tiettyä teemaa kuvaavia näkemyksiä, tässä tapauksessa koodeja.

Luokittelin edellä mainitsemani koodit seuraaviin teemoihin: *asiakkaiden näkökulma ja kokemukset, hoiva- ja perhesuhteet* sekä *henkilökohtaisen budjetin hallinto ja informaation tarve*. *Valtaistamisen* ja *asiakkaiden tyytyväisyyden* teeman yhdistin *asiakkaiden näkökulma ja kokemukset* -teemaan. Päätin yhdistää hoiva- ja perhesuhteiden teemat, koska useimmissa tutkimuksissa nämä olivat osittain päällekkäisiä teemoja. Koin tärkeäksi tuoda esille henkilökohtaisen budjetin vaikutusta hoivasuhteisiin, oli kyseessä sitten tuntematon henkilökohtainen avustaja tai perheenjäsen, sillä tämä teema toistui useissa haastatteluaineistoon perustuvissa tutkimuksissa. Lisäksi hoivasuhteen toimivuus vaikutti myös asiakkaiden tyytyväisyyteen. Suhteisiin liittyi myös koodi *sopimuksellisuus*, sillä erityisesti sen on todettu vaikuttavan hoiva- ja perhesuhteisiin. Henkilökohtaisen budjetin hallinto ja informaation tarve puolestaan linkittyivät toisiinsa niin vahvasti, että päätin sijoittaa ne yhteisen teeman alle. Hallinto ja informaatio liittyivät läheisesti eri osapuolten kokemuksiin henkilökohtaisen budjetin käytöstä, joten tästä syystä päätin pitää myös tämän näkökulman mukana tutkimuksessani.

5.5. Tutkimusaineiston kuvaus

Yksi osa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulosten käsittelyä on tutkimusaineiston kuvaus. Tässä luvussa kuvaan lyhyesti artikkeleiden pääteemoja, julkaisutietoja sekä metodologisia valintoja. Yksityiskohtaiset tiedot kustakin aineistoni artikkelista ovat taulukkona liitteessä 3. Taulukon ja tutkimusaineiston kuvauksen tarkoituksena on lisätä tutkimukseni läpinäkyvyyttä.

Tutkimukseni aineisto koostui siis yhteensä 18 artikkelista, joista 12 käsitteli Englantia, 4 Hollantia ja kaksi näitä molempia. Näiden artikkelien teemat jakautuivat kolmeen eri teemaan:

1) asiakkaiden näkökulma ja kokemukset (Arksey & Baxter 2012, Blyth & Gardner 2007, Coyle 2011, Fernandez et al. 2007, Glendinning et al. 2000a, Leece & Leece 2006, Netten et al. 2011, Ungerson 2004.)

2) hoiva- ja perhesuhteet (Arksey & Baxter 2012, Glendinning et al. 2000a, Glendinning et al. 2000b, Grootegoed et al. 2010, Kremer 2006, Leece & Peace 2010, Leece 2010, Ungerson 2004.)

3) henkilökohtaisen budjetin hallinto ja informaation tarve (Arksey & Baxter 2012, Blyth & Gardner 2007, Fernandez et al. 2007, Kremer 2006, Leece 2010, Leece & Leece 2006, Netten et al. 2011, Priestley et al. 2007, Timonen et al. 2006, van der Berg & Hassink 2008, van Harten et al. 2007, Wilberforce et al. 2011.)

Osassa artikkeleista käsiteltiin kaikkia mainitsemiani teemoja (esim. Aksey & Baxter 2012), mutta pääosin kussakin artikkeleissa käsiteltiin kahta eri teemaa. Aineistooni valikoituneet tutkimukset on julkaistu vuosien 2000–2012 välisenä aikana, joten artikkelit ovat ajan tasalla. Hollannin tilanne on sikäli erikoinen, että henkilökohtainen budjetti muuttuu täysin vuosien 2013 ja 2014 aikana. Tämä ei kuitenkaan vähennä jo tehtyjen tutkimusten arvoa, vaan tuo mielenkiintoista perspektiiviä esimerkiksi jo aiemmissa tutkimuksissa havaittuihin henkilökohtaisen budjetin käytön ongelmiin.

Tutkimusaineistoni artikkeleiden aineistot koostuivat enimmäkseen haastatteluista ja kyselylomakkeista. Leece & Peace ja Leece julkaisivat vuonna 2010 kaksi artikkelia perustuen samaan aineistoon. Glendinning et al. puolestaan julkaisivat vuonna 2000 kaksi artikkelia, joiden aineisto oli osin sama. Näkökulmat olivat kaikissa samaan aineistoon perustuneissa tutkimuksissa kuitenkin hieman erilaiset: Leece & Peace (2010) tutkivat asiakkaiden ja heidän henkilökohtaisten avustajiensa sekä julkisen kotihoidon työntekijöiden välisiä suhteita, kun taas Leece (2010) painotti tutkimuksessaan valtanäkökulmaa. Glendinning et al. (2000a, 2000b) tutkivat ensimmäisessä artikkelissa henkilökohtaisen budjetin käyttäjien tyytyväisyyttä avustajiinsa ja toisessa artikkelissa avustajien näkökulmaa. Wilberforce et al. (2011) käsitelivät artikkelissaan palveluntuottajien näkökulmaa ja henkilökohtaisen budjetin vaikutuksia palveluntuotantoon, mikä ei siis vastannut aluksi sisäänottokriteereitäni. Otin artikkelin kuitenkin lähilukuun ja totesin sen tuovan näkökulmaa yhteen löytämäni teemaan eli *hallintoon ja informaation tarpeeseen*. Tästä syystä päätin sisällyttää artikkelin aineistooni.

Metodologisesti aineiston artikkelit erosivat toisistaan jonkin verran, vaikka kvalitatiivisten tutkimusten osuus olikin suuri. Artikkeleista kahdessatoista (Arksey & Baxter 2012, Coyle 2011, Glendinning et al. 2000a, Glendinning et al. 2000b, Grootegoed et al. 2010, Leece & Peace 2010, Leece 2010, Priestley et al. 2007, Timonen et al. 2006, Ungerson 2004, van

Harten et al. 2007, Wilberforce et al. 2011) oli käytetty pelkästään kvalitatiivista metodia, kun taas kolmessa (Leece & Leece 2006, Fernandez et al. 2007, van der Berg & Hassink 2008) pelkästään kvantitatiivista metodia. Artikkeleita, joissa oli käytetty sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista metodia, oli yhteensä kaksi: Blyth & Gardner (2007) käyttivät kyselylomakeaineiston lisäksi haastatteluaineistoa, ja Netten et al. (2011) kyselylomakeaineiston lisäksi seuranta-haastatteluja. Kremerin (2006) tutkimus puolestaan koostui policy-analyysistä ja survey-tutkimuksesta. Kvalitatiivisissa tutkimuksissa päämetodeina käytettiin grounded theorya, sisällönanalyysia ja teemoittelua. Kvantitatiivisissa tutkimuksissa taas käytettiin regressio- ja varianssianalyysia.

Aineiston artikkeleiden keskeisin julkaisukanava oli *British Journal of Social Work*, jossa oli julkaistu kuusi artikkelia (Arksey & Baxter 2012, Leece & Leece 2006, Leece & Peace 2010, Leece 2010, Netten et al. 2011, Priestley et al. 2007). Kaksi artikkelia (Glendinning et al. 2000a, Glendinning et al. 2000b) julkaistiin lehdessä *Health and Social Care in the Community* ja kolme (Grootegoed et al. 2010, Timonen et al. 2006, Ungerson 2004) lehdessä *Ageing and Society*. Lopuissa lehdissä oli julkaistu yksittäisiä artikkeleita. Taulukko julkaisukanavista on liitteessä 4 ja taulukko artikkeleiden julkaisuvuosista liitteessä 5. Aineistona käytettyjen artikkeleiden lähteet on merkitty lähdeluetteloon omana osionaan.

6. TULOKSET

Tässä luvussa kokoan aineistoni synteetiksi ja käsittelen aineistosta löytämiäni teemoja, eli asiakkaiden näkökulmaa, hoiva- ja perhesuhteita sekä henkilökohtaisen budjetin hallintoa ja informaation tarvetta. Asiakkaiden näkökulmaa tarkastelen ensimmäisen tutkimuskysymyksen mukaisesti valinnanmahdollisuuksien ja valtaistumisen kautta. Tässä luvussa vastaan myös toiseen tutkimuskysymykseeni erittelemällä eri osapuolien kokemuksia henkilökohtaisen budjetin käytöstä. Käsittelen budjetin vaikutuksia perhesuhteisiin, sillä erityisesti Hollannissa, mutta myös Englannissa läheisen tai ystävän palkkaaminen henkilökohtaisella budjetilla on tavallista, mikä tuo sopimuksellisuuden kodin piiriin. Tämän jälkeen tarkastelen hoivatyöntekijöiden asemaa ja heidän suhdettaan asiakkaisiinsa. Lopuksi käsittelen budjetin hallintoa ja henkilökohtaisen budjetin kaikkien osapuolien informaation tarvetta.

6.1. Asiakkaan valinnanmahdollisuudet ja valtaistuminen

Sosiaali- ja terveyspolitiikan muutos kohti markkinoiden hyödyntämistä esimerkiksi henkilökohtaisen budjetin avulla on perustunut kahteen oletukseen: ensinnäkin siihen, että henkilökohtainen budjetti valtaistaa (*empower*) käyttäjänsä, ja toiseksi siihen, että sen avulla voidaan hillitä kustannuksia pitkällä aikavälillä (Wilberforce et al. 2011, 594). Suuressa osassa tämän tutkimuksen aineiston artikkeleja onkin päädytty empiirisesti toteamaan, että henkilökohtainen budjetti lisää asiakkaan valinnanmahdollisuuksia ja itsemääräämisoikeutta omasta elämästään sekä joustavoittaa palveluiden järjestämistä (Arksey & Baxter 2012, 149; Blyth & Gardner 2007, 246; Coyle 2011; Glendinning et al. 2000a; Glendinning et al. 2000b; Grootegoed et al. 2010, 467; Kremer 2006; Netten et al. 2011).

Usean tutkimuksen mukaan asiakkaat ovat sekä Hollannissa että Englannissa pääsääntöisesti hyvin tyytyväisiä henkilökohtaiseen budjettiin. Budjetin kautta asiakkaat tuntevat saavansa äänensä kuuluviin kyetessään valitsemaan sen, millaista hoivaa, keneltä ja milloin he saavat. (Blyth & Gardner 2007; Glendinning et al. 2000a; Glendinning et al. 2000b; Kremer 2006.) Blyth & Gardner havaitsivat tutkimuksessaan henkilökohtaisen budjetin mahdollistavan yksilöllisiin tarpeisiin sopivien palveluiden ja henkilökohtaisten

avustajien hankkimisen. Esimerkiksi eräs heidän tutkimuksessaan haastateltu vanhempi oli palkannut nuoren miespuolisen henkilökohtaisen avustajan viemään liikuntavammaista poikaansa viikottain jalkapallo-otteluihin. Tämä tuki pojan osallistamista. Erittäin merkittävää henkilökohtaisen budjetin käytössä oli alueen hyvä tukipalveluiden saatavuus. (Blyth & Gardner 2007, 240, 246.)

Arksey & Baxter (2012) haastattelivat pitkittäistutkimuksessaan 30 englantilaista nuorta, työikäistä tai ikääntynyttä henkilöä, jotka kärsivät elämää rajoittavasta ruumiillisesta vammasta tai sairaudesta, ja joilla oli tai oli ollut käytössään henkilökohtainen budjetti. Ne, jotka olivat päättäneet hallinnoida budjettiaan itse, kokivat olevansa asiantuntijoita budjetin käytössä: he toivat esiin hallinnollisen osaamisensa, kuten rekrytoinnin, aikataulujen suunnittelun, työvuorolistojen laatimisen, verotuksen sekä palkanmaksun. Oppiminen oli tosin monessa tapauksessa tapahtunut yrityksen ja erehdyksen kautta. Eräässä tapauksessa henkilökohtaiselle avustajalle oli maksettu kuuden kuukauden ajan liikaa palkkaa ilman, että kirjanpitäjä tai avustaja mainitsi asiasta mitään. Toisaalta eräs nuori haastateltava koki, että budjetin hallinnointi oli opettanut hänelle vastuullisuutta ja taitoja, joista saattaisi olla hyötyä työnhaussa. Kaiken kaikkiaan haastateltavien itseluottamus oli kohonnut merkittävästi budjetin hallinnoinnin vuoksi. (Arksey & Baxter 2012, 155–156.)

Valinnanvapaus on liitetty läheisesti itsenäisyyteen ja autonomiaan, mutta kuten Leece & Peace (2010) toteavat, asiakkaiden käsitykset itsenäisyydestä poikkeavat jonkin verran toisistaan. Heidän haastatteluaineistonsa, joka koostui liikuntavammaisten henkilökohtaisen budjetin käyttäjistä sekä julkisen kotipalvelun asiakkaista, osoitti, että osa liikuntavammaisista asiakkaista koki menettäneensä itsenäisyytensä, kun he eivät enää voineet tehdä suurinta osaa asioista itse, vaan joutuivat turvautumaan muiden apuun. Osa taas koki itsenäisyytensä kasvaneen, kun heillä oli oikeus päättää siitä, kuka heitä auttaa ja miten. Leecen & Peacen mukaan tässä oli kyse itsemääräämisoikeuden ja autonomisuuden kahdesta eri puolesta: siitä, voitko tehdä itse ja siitä, voitko päättää itse. Henkilökohtaisen budjetin käyttäjien keskuudessa päätösvalta oli merkittävin itsemääräämisoikeuden osoitus, sillä henkilökohtaisen budjetin käyttäjillä oli valta valita työntekijänsä, muovata ja rajoittaa suhdetta haluamallaan tavalla sekä asettaa omat etunsa etusijalle. (Leece & Peace 2010, 1853–1854; Leece 2010, 191.)

Samassa tutkimuksessa vertailtiin myös henkilökohtaisien avustajien ja julkisen kotihoidon työntekijöiden suhdetta asiakkaisiinsa. Tulosten mukaan kotihoitajien ammattilaisuus antoi

heille vallan päättää, milloin ja miten asiakasta hoidetaan, kun taas henkilökohtaiset avustajat toimivat enemmän asiakkaiden ehdoilla. Kyseisessä tutkimuksessa havaittiin myös, että kotihoitajat halusivat pitää kontrollin itsellään ja puhuttelivat asiakkaitaan lapsenomaisin termein esimerkiksi ”tytöiksi”, ”pojiksi”, ”tuhmiksi” tai ”lapsiksi”. Asiakkaan valtaistamiseen vaikuttaa siis hyvin paljon heidän hoitajiensa ja avustajiensa suhtautuminen heihin. (Leece & Peace 2010, 1856–1858.) Glendinningin et al. (2000a) tutkimuksessa haastateltavat kokivat julkisen terveydenhuollon hoitajien antavan vain hyvin tarkkarajaista ja terveyteen liittyvää hoivaa, kun taas palkatut henkilökohtaiset avustajat pystyivät tarjoamaan myös ”sosiaalista hoivaa”, kuten ulkoilua. Eräs haastatelluista oli sitä mieltä, että julkisen terveydenhuollon kautta saadut hoitajat ”tulevat tiettyyn aikaan ja kohtelevat asiakkaitaan kuin robotteja - sinun täytyy herätä tiettyyn aikaan, mennä sänkyyn tiettyyn aikaan ja ylipäättään on toimittava tiettyyn aikaan”. (Glendinning et al. 2000a, 196.)

Glendinning et al. (2000a) etsivät tutkimuksessaan syitä sille, miksi liikuntavammaiset henkilöt olivat päätyneet palkkaamaan henkilökohtaisen avustajan budjetin avulla. Glendinningin et al. (2000a, 197–199) sekä myös Ungersonin (2004, 203) tutkimuksista käy ilmi, että Englannissa erityisesti juuri liikuntavammaiset henkilökohtaisen budjetin käyttäjät ovat varsin tietoisia valtaistamis-diskurssista ja siitä, miksi he ovat päättäneet valita juuri henkilökohtaisen budjetin. Haastatteluiden perusteella selvisi, että monilla alueilla oli puutetta tietyistä terveystalvakuista, tai niiden tarjontaa oli vähennetty. Oman henkilökohtaisen avustajan palkkaaminen nähtiin suurena edistysaskeleena oman päätätävällän lisäämisessä. Tärkeimmiksi syiksi henkilökohtaisen budjetin käytölle mainittiin henkilökohtaisen budjetin tuoma kontrolli ja itsenäisyys sekä läheinen suhde avustajaan. Avustajan löytämistä vaikeutti se, että asiakkaat eivät kyenneet maksamaan kovinkaan korkeaa palkkaa tai tarjoamaan tarpeeksi paljon työtä. Työnvälitystoimistojen kautta palkattuihin avustajiin ei oltu tyytyväisiä, sillä asiakkaat eivät useimmiten saaneet itse valita avustajaansa. Tämä johti monesti avustajien suureen vaihtuvuuteen sekä muutamissa tapauksissa hyväksikäyttötilanteisiin. Englannissa avustajien koulutukseen tulisi siis panostaa merkittävästi. (Glendinning et al. 2000a, 195–197; Glendinning et al. 2000b, 205–207.)

Englannissa on tehty pilotoiteja myös toipumista edistävästä henkilökohtaisesta budjetista (*individual recovery budget*). Coyle (2011) haastatteli niitä mielenterveyspotilaita, jotka olivat päässeet toipumista edistävän budjetin piiriin - tarkoituksena oli selvittää, lisäksi

itsemäärämisoikeuden tunne myös valinnanmahdollisuuksia, autonomiaa ja sosiaalista inklusiota. Tutkimuksen mukaan budjetti lisäsi toivoa tulevaisuudesta sekä itseluottamusta. Budjetin kautta asiakkaat kykenivät hankkimaan esimerkiksi kannettavan tietokoneen helpottamaan opiskelua. Yksilökeskeinen suunnittelu mahdollisti joustavien palveluiden tarjoamisen, jotka sopivat täsmälleen asiakkaan tilanteeseen. (Coyle 2011, 798–801.)

Ryhmien väliset erot

Mutta kenellä on todellisuudessa kyky valita ja kontrolloida elämäänsä? Netten et al. (2011) tarkastelivat tutkimuksessaan eri ryhmien välisiä eroja ja tyytyväisyyttä henkilökohtaiseen budjettiin. Heidän otoksensa koostui 959 englantilaisesta henkilöstä, joista noin puolet (n=510) käytti henkilökohtaista budjettia toisen puoliskon toimiessa kontrolliryhmänä. Ryhmiin kuului ikääntyneitä sekä mielenterveysongelmista, oppimisvaikeuksista tai liikuntavammasta kärsiviä henkilöitä. Kontrolliryhmän ja tutkimusryhmän välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja esimerkiksi palveluiden käytön, työtilanteen tai muiden henkilökohtaisten tietojen välillä. Tutkimuksen mukaan henkilökohtaisen budjetin käyttäjät ylipäättään kokivat kontrolloivansa omaa elämäänsä kontrolliryhmää paremmin. Puolisonsa kanssa samassa kotitaloudessa asuneet kokivat itsemäärämisoikeutensa omasta elämästään olevan vähäisempi kuin yksin asuvat. Parhaiten henkilökohtainen budjetti näytti sopineen työikäisille fyysisestä vammasta kärsiville henkilöille. Kaikki ryhmät raportoivat tarvitsevansa enemmän sosiaalista ajanvietettä ja osallistamista. (Netten et al. 2011, 8-14.)

Tutkimusten mukaan Englannissa nuoret liikuntavammaiset henkilöt näyttäisivät olevan todennäköisin ryhmä, joka käyttää henkilökohtaista budjettia, kun taas mielenterveysongelmista kärsivien ryhmä sekä ikääntyneet käyttivät sitä suhteellisesti hyvin vähän. Leece & Leecen mukaan tähän saattaa olla syynä sosiaalityöntekijöiden huoli heidän kyvystään hallinnoida budjettia. Skotlannissa tehty tutkimus paljasti, että henkilökohtaista budjettia tarjotaan hyvin harvoin mielenterveysongelmista kärsiville: useissa tapauksissa siitä ei ollut edes kerrottu heille. (Leece & Leece 2006, 1382–1383; Netten et al. 2011, 13–14; Timonen et al. 2006, 462.)

Netten et al. (2011) havaitsivat kuitenkin tutkimuksessaan, että mielenterveysongelmista kärsiville ihmisille henkilökohtainen budjetti oli positiivinen kokemus, sillä he kokivat elämänlaatunsa parantuneen. Sosiaalialan ammattilaisten puolelta tarvittaisiin siis

luottamusta heidän kykyihinsä hallinnoida budjettia. Erityisen tarkan huomion kohteena tulisi olla ikääntyneiden ryhmä, sillä henkilökohtaisella budjetilla näytti olevan negatiivinen vaikutus heidän psyykkiseen hyvinvointiinsa erityisesti budjetin käyttöönoton alkuvaiheessa. Ikääntyneet kokivat itsemääräämisoikeuden sijaan huolta budjetin suunnittelusta ja hallinnoinnista. Lisäksi he tunsivat enemmän turvattomuutta verrattuna tavanomaisesti järjestettyyn hoivaan. (Netten et al. 2011, 13–14.) Tästä syystä sosiaalialan ammattilaisten jatkuva tuki on erittäin tärkeää asiakkaille ja henkilökohtaisen budjetin käytön toimivuudelle (Netten et al. 2011; Arksey & Baxter 2012). Toisaalta Ungersonin (2004) tutkimus hollantilaisista henkilökohtaisen budjetin käyttäjistä paljasti, että haastatellut ikääntyneet olivat tyytyväisiä siihen, että he saattoivat palkata haluamansa sukulaisen tai läheisen hoitajakseen, ja että nämä hoitajat saivat työstään myös palkkaa. (Ungerson 2004, 199.)

Leece & Leece (2006) vertasivat tutkimuksessaan englantilaisten henkilökohtaisen budjetin käyttäjien tulotasoa tavanomaisesti järjestettyjen palveluiden käyttäjien tulotasoon. Tutkimuksen muuttujina käytettiin ikää, viikoittaisia ansioita, säästöjä sekä vammaisuuden tasoa. Jälkimmäisin määriteltiin toimeentulotuen tason sekä ikääntyneille maksettavan tuen (*attendance allowance*) mukaan siten, että korkea toimeentulotuen taso indikoi vaikeaa vammaisuutta. Tulosten mukaan tulotasossa ei henkilökohtaisen budjetin ja tavanomaisten palvelujen käyttäjien välillä ollut tilastollisesti merkitseviä eroja, vaikka tavanomaisia palveluita käyttävillä oli enemmän säästöjä. Syynä lienee se, että henkilökohtaisen budjetin käyttäjien keski-ikä oli merkittävästi alhaisempi kuin tavanomaisia palveluita käyttävien keski-ikä. (Leece & Leece 2006, 1388–1389.)

Myös Fernandez et al. (2007) tutkivat Englannin ryhmäkohtaisia ja alueellisia eroja henkilökohtaisen budjetin käytössä. Tutkimuksen mukaan kahden asiakasryhmän välillä oli selvä yhteys: alueilla, joilla oli suuri henkilökohtaisen budjetin käyttöaste liikuntavammaisten parissa, oli suuri käyttöaste myös ikääntyneiden kohdalla. Ikääntyneillä on ollut mahdollisuus saada henkilökohtainen budjetti käyttöönsä vuodesta 2000 alkaen. Fernandezin et al. mukaan liikuntavammaisten menestyksekkäs henkilökohtaisen budjetin käyttö näyttäisi siis vaikuttavan muihin asiakasryhmiin. Mikäli henkilökohtainen budjetti oli saatu toimimaan yhden asiakasryhmän kohdalla, oli opitut asiat helpompi siirtää myös muille asiakasryhmille, ja näin parantaa henkilökohtaisen budjetin käyttöä. (Fernandez et al. 2007, 113–114.)

Wilberforcen et al. (2011) tutkimuksessa henkilökohtaisen budjetin pilottiin osallistuneet palveluntuottajat raportoivat vain joidenkin asiakkaiden muuttaneen hoivapalveluidensa sisältöä, vaikka henkilökohtainen budjetti olisikin sen mahdollistanut. Tämä oli yleisintä ikääntyneiden henkilökohtaisen budjetin käyttäjien tapauksessa. Palveluntuottajien mukaan ikääntyneille myönnetyn budjetin määrä riitti ainoastaan peruspalveluiden, kuten kylvettämisen ja pukeutumisavun, hankintaan. (Wilberforce et al. 2011, 605; Netten et al. 2011, 15.) Näyttäisi siltä, että henkilökohtaisen budjetin käytön esteinä ovat asiakkaiden ja erityisesti viranomaisten puutteelliset tiedot henkilökohtaisesta budjetista, holhoava suhtautuminen asiakkaiden kykyyn hallinnoida budjettia, tukipalveluiden puute sekä liiallinen byrokratia. (Leece & Leece 2006, 1383; Timonen et al. 2006, 462.)

6.2. Perhesuhteet

Hollannissa on tyypillistä, että hoitajaksi palkataan lähiomainen tai sukulainen. Henkilökohtaisen budjetin käyttäjistä 64 prosenttia palkkasi vuonna 2005 informaalin hoitajan, joista 37 prosenttia oli puolisoita, 22 prosenttia lapsia, 17 prosenttia vanhempia ja loput muita läheisiä. Henkilökohtaisen budjetin myötä näiden perheiden sisäisestä informaalista hoivasta on tullut palkattua ja sopimuksellista. (Kremer 2006, 396; Timonen et al. 2006, 466.) Hollannissa hoivan tarpeen arvioinnissa otetaan vaihtelevasti huomioon myös perheen tuki: esimerkiksi samassa kotitaloudessa asuvan 12-vuotiaan oletetaan sijaavan sänkynsä ja puolison odotetaan huolehtivan avuntarpeessa olevan henkilön kylvettämisestä. Sen sijaan sukulaisten, jotka asuvat vaikkapa naapurissa, ei oleteta antavan hoivaa. (Timonen et al. 2006, 467; Knijn & Verhagen 2007, 468.)

Ungersonin (2004, 198) ja Grootegoedin et al. (2010) mukaan henkilökohtaisen budjetin kautta muodostuu hoivan ja työn hybridi, joka saattaa sekä vaikeuttaa että parantaa perhesuhteita. Ungersonin tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella henkilökohtaisen budjetin vaikutusta hoivasuhteisiin sekä asiakkaiden ja hoitajien valtaistumiseen. Tutkimuksen aineisto koostui viidessä eurooppalaisessa maassa (Itävallassa, Ranskassa, Italiassa, Hollannissa ja Iso-Britanniassa) tehdyistä haastatteluista. Jokaisessa maassa haastateltiin kymmentä ikääntynyttä henkilökohtaisen budjetin käyttäjää sekä kahtakymmentä hoitajaa. (Ungerson 2004, 193–195.) Tutkimuksen tulosten mukaan Hollannissa molemmat osapuolet ovat tyytyväisiä hoivasuhteeseen. Hoidettavan kannalta sopimus hoitajan kanssa teki hoivasta luotettavaa. Osalla hollantilaisista hoitajista oli tosin

vaikeuksia ymmärtää, miksi heidän pitkäaikaisesta ystävydestään ja auttamisestaan olikin tullut palkallinen työ. Toiset hoitajat taas olivat alkaneet pitää itseään "oikeina" työntekijöinä. Ungersonin tutkimus antoi jonkin verran viitteitä siihen, ettei henkilökohtaisella budjetilla olisi ollut varsinaista vaikutusta hoivasuhteeseen. (Ungerson 2004, 198–199, 210.)

Grootegoed et al. (2010) tutkivat henkilökohtaisen budjetin kautta palkattujen perheenjäsenten kokemuksia hoivasuhteesta. He haastattelivat Hollannissa tutkimustaan varten 17 naispuolista henkilökohtaisen budjetin kautta palkattua hoitajaa. Haastateltavat olivat hoidettavansa sukulaisia, mutta eivät puolisoita. Kahdeksan hoitajan hoidettavana oli heidän psykiatrisista tai psykososiaalisista ongelmista, kuten autismista, kärsivät lapsensa, ja yhdeksällä hoitajalla liikuntarajoitteiset vanhempansa. Puolet haastateltavista oli ollut hoidettavansa informaali hoitaja ennen henkilökohtaisen budjetin käyttöä. Haastateltavista osalle hoivatyö oli ensimmäinen työ vuosiin, osalle se taas oli sivutyö. Kukaan haastateltavista ei kommentoinut palkan saamisen olevan syy hoivatyölle, mutta se nähtiin kuitenkin erittäin tarpeellisena, sillä osa oli joutunut hoivatyön takia vähentämään tavanomaisessa palkkatyössään tekemiään työtunteja. Suurin osa ei olisi kyennyt jatkamaan hoivasuhdetta samalla intensiteetillä ilman henkilökohtaista budjettia. Palkalla nähtiin olevan myös tasapainottava vaikutus hoivasuhteeseen varsinkin pitkällä tähtäimellä ja intensiivistä hoivaa vaativissa tapauksissa. Haastateltavat toivatkin selkeästi esille sen, että henkilökohtainen budjetti muuttaa aiemmin vapaaehtoisesti annetun hoivan sopimukselliseksi työsuhteeksi. Toisaalta sopimus vähensi hoivattavan syyllisyyttä siitä, että sukulaiset ovat auttamassa. (Grootegoed et al. 2010, 476–479, 482.)

Omaishoitajista monet eivät käytä heille suotuja laillisia sosiaalisia oikeuksia kuten vapaapäiviä, vaikka he ovatkin tietoisia niistä. Ungerson (2004, 199) toteaaakin hoivattavalla olevan paremmat mahdollisuudet poistua (*exit*) hoivasuhteesta kuin hoitajalla, sillä hoitajat kokevat olevansa myös emotionaalisesti vastuussa hoidettavastaan. Grootegoed et al. (2010, 480) havaitsivat tutkimuksessaan, että haastateltavat kokivat vaikeaksi kieltäytyä ylimääräisestä hoivatyöstä. Formaali sopimus hoitajan ja hoidettavan välillä lisäsi selkeästi vastuuntuntoa ja velvollisuudentunnetta erityisesti tapauksissa, joissa hoidettava ja hoitaja eivät asuneet samassa taloudessa. Haastateltavien mukaan kiitollisuuden osoittaminen väheni selkeästi sopimuksellisuuden myötä: hoidettava sukulainen odotti hoitajan olevan paikalla ja tekevän työnsä, koska siitä hänelle maksetaan. Haastatelluista hoitajista monet kokivat, että heidän tuli hoitaa tehtävänsä ammattimaisesti,

koska he saivat työstään palkkaa. Tämä tarkoitti monelle myös sitä, että heidän antamansa hoiva oli laadultaan parempaa kuin perheen ulkopuolelta palkatun hoitajan antama hoiva olisi, sillä he kykenivät kuuntelemaan hoivattavansa toiveita paremmin. Tämä lisäsi hoitajien motivaatiota hoitaa tehtävänsä hyvin. Ongelmana oli joissain tapauksissa se, että hoitajan työ oli välillä hoidettavalle näkymätöntä, esimerkiksi hallinnollisten asioiden hoitamista tai tapaamisten sopimista. Tällaisia ”taustatehtäviä” ei arvostettu niin paljon kuin suoraa persoonallista hoivaa. Esimerkiksi eräs haastateltava oli useasti joutunut poikansa syytöksien kohteeksi, joiden mukaan hän käytti henkilökohtaisen budjetin kautta saamansa palkan omiin menoihinsa. (Grootegoed et al. 2010, 480–485.)

Grootegoedin et al. (2010) mukaan haastateltavat kuvasivat suhdettaan hoivattavaansa hyväksi, mutta osin myös kireäksi, mikäli hoivasuhde oli jatkunut jo pitkään. Sukulaistensa hoivaajille oli erityisen tärkeää säilyttää hyvät suhteet, ja tästä syystä he pyrkivät selkeästi erottamaan työn ja emotionaalisen puolen toisistaan. Tämä onnistui parhaiten, jos työ ei vaatinut fyysistä kontaktia, vaan sisälsi enemmänkin kotiaskareiden tekemistä tai asioilla käymistä. Eräälle haastateltavalle muurin luominen työ- ja perhesuhteen välille oli erityisen tärkeää: hän kykeni hoitamaan liikuntavammaista poikaansa paremmin, jos hän ei ajatellut olevansa pojan äiti, vaan hoivatyöntekijä. Tällöin hän pystyi tarkastelemaan kutakin tilannetta objektiivisemmin. Haastateltavien mukaan ”työminän” ja ”perheminän” erottaminen itse asiassa paransi perhesuhteita, varsinkin verrattuna aikaisempaan tilanteeseen, jolloin henkilökohtaista budjettia ei ollut käytössä. (Grootegoed et al. 2010, 483–484.)

Sukulaisen palkkaamiseen ollaan pääsääntöisesti erittäin tyytyväisiä. Ungersonin tutkimuksen mukaan useimmat haastateltavat kokivat hyväksi asiaksi, että heidän sukulaisensa sai hoivatyöstään palkkaa ja että he ylipäätään pystyivät palkkaamaan haluamansa lähisukulaisen hoitajakseen (Ungerson 2004, 197). Osa hoitajista tosin koki hävettäväksi asiaksi sen, että he ottivat rahaa vastaan sukulaisensa hoivaamisesta. Eräs haastatelluista ei ollut kertonut kenellekään saavansa palkkaa isänsä auttamisesta. (Grootegoed et al. 2010, 484.) Tämä selittyy sillä, että Hollannissa ei ennen henkilökohtaista budjettia ollut mahdollista saada omaishoitoon tukea. Palkan saamisen hyväksymiseen saattoi kuitenkin vaikuttaa se, että rahat eivät varsinaisesti tulleet suoraan hoidettavalta, vaan sosiaalivakuutusrahastolta (Ungerson 2004, 199).

Grootegeodin et al. mukaan henkilökohtainen budjetti korostaa taloudellisesti perheen sisällä tehtyä hoivatyötä ja tunnustaa myös naisten tekemän hoivatyön merkityksen. Henkilökohtainen budjetti muodostaa formaalin veloitteen yksityisen perheen sisälle, minkä on nähty tasapainottavan hoivattavan ja hoivaajan välistä suhdetta. Hoivaajat tosin voivat kokea taakkansa suureksi, sillä heillä on halu tehdä työnsä paremmin kuin ulkopuolinen hoitaja, vaikka heillä ei ole muodollista koulutusta tai apuvoimia. (Grootegeod et al. 2010, 486.)

Englannissa henkilökohtaisen budjetin käyttäjät olivat puolestaan tyytyväisiä nimenomaan siihen, että budjetin avulla palkattujen avustajien työ vähensi perheenjäsenten työtä (Arksey & Baxter 2012; Glendinning et al. 2000b, 204). Arksey & Baxterin (2012) mukaan haastateltavat nauttivat viettämästään ajasta avustajiensa kanssa ja olivat helpottuneita siitä, että esimerkiksi heidän äitinsä ei tarvinnut enää auttaa heitä. Erään haastateltavan mukaan hänen ja hänen aviomiehensä suhde voi paremmin, kun se ei enää koostunut pelkästään hoivaamisesta ja kotiaskareiden tekemisestä. (Arksey & Baxter 2012, 157.) Lisäksi Ungersonin (2004, 204), Glendinningin et al. (2000b, 206) ja Leecen & Peacen (2010, 1856) tutkimuksien mukaan englantilaiset henkilökohtaiset avustajat käyttivät paljon perhediskurssia puhuessaan suhteestaan asiakkaaseensa - he tuntevat olevansa osa perhettä. Englannissa ystävien ja perheenjäsenten palkkaaminen on lisääntynyt merkittävästi: esimerkiksi Blyth & Gardner (2007) havaitsivat, että heidän haastattelemistaan vammaisten lasten vanhemmista 61 prosenttia oli palkannut lapsensa avustajaksi ystävän tai sukulaisen. Haastateltavien mukaan mahdollisuus palkata tuttu ihminen oli suurin syy sille, miksi he päätyivät valitsemaan henkilökohtaisen budjetin. Kyseisen tutkimuksen haastateltavat eivät havainneet ongelmia sopimuksellisuudessa, mutta painottivat myös roolien erottamista toisistaan. (Blyth & Gardner 2007, 241–242.)

6.3. Hoivatyöntekijöiden asema

Hollannissa henkilökohtaisen budjetin kautta palkatuista henkilöistä käytetään pääosin nimitystä "kotihoitaja" tai "hoitaja", kun taas Englannissa puhutaan "henkilökohtaisista avustajista". Näiden hoivatyöntekijöiden asema on monimutkainen. Hollannissa samassa taloudessa hoidettavan kanssa asuva lähiomainen voidaan palkata hoitajaksi henkilökohtaisen budjetin avulla ainoastaan silloin, kun hoivaaminen on käynyt "liian raskaaksi". Tällöin informaali hoiva muuttuu sopimukselliseksi suhteeksi, mutta omaisella

ei ole kuitenkaan oikeutta esimerkiksi sairauspäivärahoihin. Tilanne on toinen, jos lähiomainen ei asu samassa taloudessa hoidettavan kanssa: tällöin hoitosuhde tulkitaan "työsuhteeksi". Hoitajan on kuitenkin tehtävä hoivatyötä vähintään kolme päivää viikossa saadakseen täydet työsuhteeseen liittyvät oikeudet, kuten eläkkeet ja työttömyysturvan. Tämä on kuitenkin harvinaista, sillä verottaja ei yleensä katso henkilökohtaisen budjetin kautta muodostettua hoivasuhdetta viralliseksi työsuhteeksi, vaikka hoitajan ja hoidettavan onkin tehtävä virallinen sopimus hoivasuhteestaan. Grootegoed et al. kutsuvatkin tätä hoivasuhdetta "näennäistyösuhteeksi". (Grootegoed et al. 2010, 470, 486; Timonen et al. 2006, 466.)

Hollannissa hoitajien ongelmana on siis se, että heidän tekemäänsä hoivatyötä ei katsota varsinaiseksi työksi, eikä sitä voi lukea esimerkiksi CV:ssä työkokemukseksi (Ungerson 2004, 199). Tämä saattaa myös sysätä heidät pois työmarkkinoilta, sillä monet ovat joutuneet vähentämään "oikeaa" työntekoaan. Henkilökohtainen budjetti on kuitenkin sikäli historiallinen, että sen avulla omaishoitajat saavat ensimmäistä kertaa palkkaa tekemästään työstä. (Kremer 2006, 398–399; Timonen 2006, 466.) Palkka sovitaan hoitajan ja hoidettavan välisessä virallisessa sopimuksessa (Grootegoed et al. 2010, 470). Grootegeodin et al. (2010) tutkimuksen mukaan henkilökohtaisen budjetin kautta palkatut sukulaiset joutuvat helposti umpikujaan siinä mielessä, että heitä ei arvosteta työmarkkinoilla eikä heillä ole täysiä työntekijäoikeuksia, vaikka he katsovat itse olevansa työntekijöitä. Henkilökohtaisen budjetin haltijalle annettu valinnanvapaus saattaa siis asettaa sukulaisen epätasa-arvoiseen asemaan erityisesti pitkällä tähtäimellä. (Grootegoed et al. 2010, 486.)

Hollannissa hoivatyö on nähty historiallisista syistä naisen luontaisena tehtävänä, mikä ei vaadi erillistä kouluttautumista. Hoitajien muodollinen koulutus onkin erittäin alhainen: Decruynaeren (2010, 21–22) mukaan jopa 72 prosentilla henkilökohtaisen budjetin haltijoiden palkkaamista henkilöistä ei ole terveydenhuollon koulutusta. Hoitajaksi voidaan siis palkata kuka tahansa, sillä hoitajille ei ole asetettu minkäänlaisia muodollisia vaatimuksia. Hoitajilla ei myöskään ole laillista statusta ammattina ja hoivan laadusta päättävät "kaikkietävät" asiakkaat. Tämä tarkoittaa myös sitä, että lopullisen vastuun "hyvän" hoitajan palkkaamisesta kantaa asiakas. (Kremer 2006, 393; Decruynaere 2010, 13–15.)

Englannissa henkilökohtainen avustaja rekrytoidaan yleensä lähiverkostoista kuulopuheiden avulla tai työnvälitystoimistojen kautta. Englantiin on muodostunut selkeät hoivamarkkinat, joille tunnusomaista on matalat palkat, alhainen koulutus- ja vaatimustaso sekä hoivatyön organisoinnin kehittymätön taso. (Ungerson 2004, 202.) Arksey & Baxter (2012, 158), Leece (2010, 192) sekä Blyth & Gardner (2007, 241) huomauttavat, että ystävien ja muualla asuvien sukulaisten palkkaaminen henkilökohtaiseksi avustajaksi on lisääntynyt merkittävästi. Asiakkaiden kyky maksaa henkilökohtaiselle avustajalle on kuitenkin vähäinen: Leecen (2010) tutkimuksen mukaan osa avustajista ei saanut tuntipalkkseen edes minimipalkkaa (4,85 puntaa) eikä palkka kerryttänyt eläkettä. Loma- ja sairauspäivärahan maksaminen on mahdollista, mutta Leecen tutkimuksessa haastatelluista vain puolet sai sairauspäivärahaa - osa ei edes tiennyt olevan oikeutettu sellaiseen. Lisäksi avustajat tekivät paljon palkatonta ylityötä, jota eräs asiakas kutsui kuvaavasti ”ystävyystunneiksi”. (Leece 2010, 197–198.) Henkilökohtaisille avustajille oli myös siirtynyt tehtäviä, jotka aiemmin kuuluivat terveydenhuollon ammattilaisille. Näistä lisätehtävistä ei kuitenkaan maksettu lisäkorvausta, vaikka Glendinningin et al. (2000b) tutkimuksen avustajista suurin osa oli työskennellyt aikaisemmin muun muassa terveydenhoitajina. (Glendinning et al. 2000a, 197; Glendinning et al. 2000b, 203.)

Ungersonin (2004), Glendinningin et al. (2000b) ja Leecen (2010) tutkimuksien mukaan henkilökohtaisen avustajat ovat kuitenkin erittäin tyytyväisiä työhönsä ja kokevat olevansa arvostettuja. Heidän mukaansa he voivat antaa laadukasta hoivaa ilman jatkuvaa kiireen tuntua. Ne avustajat, joilla oli terveydenhoitoalan koulutus, tuntevat voivansa toteuttaa ammatiaan paremmin työskennellessään henkilökohtaisen budjetin kautta palkattuna. Wilberforcen et al. (2011, 606) tutkimuksessa haastateltujen palveluntuottajien mukaan osa heidän työvoimastaan oli siirtynyt henkilökohtaisiksi avustajiksi.

Osa haastatelluista hoitajista tai avustajista sai henkilökohtaisen budjetin kautta enemmän palkkaa kuin ”tavallisesta” työstään. Lisäksi he saattoivat solmia läheisemmän suhteen asiakkaansa kanssa. Tällä on kuitenkin myös varjopuolensa: läheinen suhde tarkoittaa monesti maksuttomia ylityötunteja ja jatkuvasti tavoitettavissa olemista. Osa asiakkaista ei myöskään ymmärtänyt omaa asemaansa työnantajana: esimerkiksi eräällä ikääntyneellä miehellä oli vaikeuksia seistä, mutta hän kieltäytyi hankkimasta suihkutuolia, mikä olisi helpottanut hoitajan työtä. (Ungerson 2004, 199; Glendinning et al. 2000b, 206; Leece 2010, 198–199.) Glendinningin et al. (2000b) tutkimuksen avustajat toivat esiin myös työsuhteen selkeiden roolien ja vastuualueiden puuttumisen, mikä näkyi esimerkiksi

työnkuvan, työajan ja lomien määrittelemättömyytenä. Henkilökohtaiset avustajat tarvitsisivat vertaistukea muilta avustajilta sekä mahdollisuuksia kouluttautua. (Glendinning et al. 2000b, 207.)

Leece & Peace (2010) vertailivat henkilökohtaisten avustajien ja julkisen kotihoidon työntekijöiden suhdetta asiakkaisiinsa ja päätyivät tulokseen, jonka mukaan avustajat solmivat läheisemmän suhteen asiakkaisiinsa kuin kotihoitajat. Kotihoitajat puolestaan pitivät suhdetta asiakkaaseensa puhtaasti työnä. (Leece & Peace 2010, 1856.) Arksey & Baxterin (2012) pitkittäistutkimus osoittaa, että myös asiakkaat pitävät avustajiaan osana perhettä. Ajan kuluessa avustajista tuli asiakkaiden läheisiä ystäviä. Leece (2010) toteaa asiakkaiden ja henkilökohtaisten avustajien suhteen olevan monesti vastavuoroinen: asiakas saattaa esimerkiksi leipoa avustajalleen syntymäpäiväkakun tai vahtia hänen lapsiaan. Budjetin kautta palkattujen avustajien asiakkaat myös sallivat avustajien tehdä kodissaan asioita, joita he eivät antaneet kotihoitajien tehdä. Avustajat saattoivat esimerkiksi tuoda koiran mukaansa töihin tai käydä työpäivän aikana ostoksilla tai vahtia omien sukulaistensa lapsia työnantajansa kodissa. (Leece 2010, 195.)

Asiakkaan ja avustajan ystävyysuhde tuottaa tietynlaisia ongelmia. Ensinnäkin odotukset avustajaa kohtaan kasvavat. Ungersonin (2004) tutkimuksen haastatteluissa tämä kävi ilmi erityisesti kiistoissa ajankäytöstä: monet avustajat asuivat lähellä asiakastaan, joten heidät pyydettiin monesti apuun sopimusaikojen ulkopuolella. Eräs asiakas soitti avustajalleen keskimäärin kolmesti viikossa yöaikaan, mutta ei maksanut näistä lisätunneista ylimääräistä palkkaa. Ylimääräisen palkan vaatiminen koettiin vaikeaksi, sillä avustajahan oli ”osa perhettä”. Tästä syystä avustajan hyväksikäyttö on mahdollista ja ”hyvän” asiakkaan löytäminen onnesta kiinni. Avustajan kyky vaikuttaa työoloihin saattaa olla hyvin minimaalinen. (Ungerson 2004, 204–205.) Toisaalta taas asiakkailla oli samankaltaisia hankaluuksia olla ongelmatilanteissa, kuten palkanmaksukiistoissa, sekä työnantaja että ystävä (Arksey & Baxter 2012, 158). Ylipäätään Englannissa henkilökohtaisen avustajan ja asiakkaan suhde on monimutkaisempi kuin julkisen kotihoidon työntekijöiden ja heidän asiakkaidensa suhde. Kotihoitajien työtä rajoittavat kustannus- ja tehokkuusvaatimukset, joten heidän työnsä koostuu tarkkarajaisista tehtävistä. Osa henkilökohtaisista avustajista puolestaan saattoi lomailla yhdessä asiakkaansa kanssa. (Leece 2010, 194; Leece & Peace 2010, 1860.) Niin kuin perhesuhteissa, myös tässä työnantaja-työntekijäsuhteessa tasapainon löytäminen

molempien osapuolten välillä oli erittäin tärkeää hoivasuhteen toimivuuden ja jatkuvuuden kannalta (Glendinning et al. 2000b, 208).

Englannissa osalla asiakkaista oli vain yksi avustaja, joka teki pitkiä työpäiviä - osa asiakkaista puolestaan käytti myös omia rahojaan palkatakseen useita avustajia, jotka tekivät vuorotyötä. Englannissa henkilökohtaisen budjetin käyttäjät ja sen kautta palkatut avustajat joutuvat itse organisoimaan hoitosuhteen, mikä sopii hallituksen tavoitteisiin lisätä konsumerismia ja valtaistamista. Vapaus organisoida hoivatyö on johtanut työsuhteiden laajaan vaihtelevuuteen, mikä tapauksesta riippuen on joko vähentänyt tai lisännyt valtaistamista. (Ungerson 2004, 203.) Glendinning et al. (2000b) tutkimuksen mukaan henkilökohtaisen budjetin käyttäjät toivovat henkilökohtaisilta avustajiltaan kokemusta ja koulutusta, mutta haluavat kuitenkin päättää itse, miten asiat tehdään. Ne, jotka palkkasivat henkilökohtaisen avustajan esimerkiksi lehti-ilmoituksen kautta, olivat tyytyväisempiä hoivasuhteeseen kuin ne, jotka käyttivät työnvälitystoimistoja. Työnvälitystoimistojen kautta palkatut avustajat vaihtuivat useammin kuin suoraan palkatut avustajat, sillä usein asiakkaat eivät saaneet itse valita avustajiaan. (Glendinning et al. 2000b, 204–206.)

6.4. Henkilökohtaisen budjetin hallinto ja informaation tarve

Hollannissa henkilökohtaisen budjetin hallinto on varsin byrokraattinen. Budjetin hallinnoimisesta vastaa noin 10 eri organisaatiota, joista tärkeimmät ovat Per Saldo, Sosiaalivakuutustoimisto, joka organisoii budjetin rahavirtoja sekä alueellinen arviointivirasto, joka määrittelee, kuinka monta tuntia tietynlaisista hoivaa asiakas tarvitsee. Hallinnoimisen monimutkaisuuden vuoksi on syntynyt kokonaan uudenlainen ammatti, hoivakonsultti. Hoivakonsultit auttavat henkilökohtaisen budjetin käyttäjiä kaikissa hallinnollisissa asioissa. Kremerin mukaan noin joka kolmas budjetin käyttäjä oli vuonna 2006 ulkoistanut budjetin hallinnoinnin kokonaan hoivakonsulteille. Valtio maksaa hoivakonsulttien palkan. (Kremer 2006, 390–392.) Hollannissa budjetin haltijan on noudatettava kaikkia työnantajan tehtäviin liittyviä lakeja, mikäli häntä hoitaa sama hoitaja vähintään kolme päivää viikossa. Timosen et al. (2006, 466) mukaan monet budjetin käyttäjät välttivät hallinnoimisen ja byrokratian siten, että he palkkasivat useita hoitajia: esimerkiksi henkilö, joka tarvitsi hoivaa kuusi päivää viikossa, saattoi palkata kolme eri hoitajaa, joista kukin työskenteli vain kahtena päivänä viikossa.

Hollannissa henkilökohtainen budjetti muodostuu kolmesta komponentista: varsinaisesta henkilökohtaisesta budjetista, kertasummasta sekä asiakasmaksuosuudesta. Näistä kahdesta jälkimmäisestä asiakkaalla on oikeus pitää itsellään käyttämättä jäänyt rahaosuus. Van der Berg & Hassink (2008) havaitsivat tutkimuksessaan, että suurempi varsinainen henkilökohtainen budjetti nosti hoivan hintoja - tämä selittyy heidän mukaan sillä, että asiakkailla ei ole kannustimia neuvotella alhaisempaa hintaa hoivalle, sillä he eivät kuitenkaan saa pitää itsellään budjetin ylijäämää. Sen sijaan kertasummalla ja asiakasmaksuosuudella ei näytä olevan vaikutusta hoivasta maksettua hintaan, mikä viittaa siihen, että asiakkaat käyttävät tarkemmin nämä rahaosuudet. Van der Berg & Hassink ehdottavatkin, että asiakkaat saisivat pitää myös varsinaisesta henkilökohtaisesta budjetista yli jääneen osan, jotta asiakkaat olisivat tietoisempia hoivan hinnasta ja neuvottelisivat itselleen hoivaa alhaisemmalla hinnalla. (van der Berg & Hassink 2008, 216–221.)

Hallinnossa tulisikin kiinnittää huomiota henkilökohtaisen budjetin suuruuteen: esimerkiksi Englannissa asiakkaiden kyky maksaa avustajilleen on erittäin vähäinen, mikä vaikuttaa myös heidän valinnanmahdollisuuksiinsa. Asiakkailla pitäisi olla mahdollisuus tarjota avustajilleen työntekijäoikeuksien mukaisia etuja, kuten lomarahoja ja sairauspäivärahaa. Tällä olisi Glendinningin et al. (2000b) tutkimuksen mukaan vaikutusta myös työsuhteen jatkuvuuteen ja avustajien laadullisen tason kasvuun. (Glendinning et al. 2000b, 209–210.) Leecen (2010) mukaan avustajien asema suhteessa esimerkiksi kotihoitajiin on huono, sillä avustajien palkka ei välttämättä ole edes minimipalkan suuruinen eikä se kerrytä eläkettä. Leece ehdottaakin tutkimuksessaan, että avustajien tulisi liittyä ammattiliittoihin asemansa parantamiseksi. Ammattiliittojen kautta avustajat pystyisivät toimimaan kollektiivisesti, saamaan vertaistukea, lakineuvontaa ja koulutusta. Henkilökohtaiset avustajat voisivat myös kuulua kansalliseen rekisteriin, jonka avulla voitaisiin asettaa myös laatuvaatimuksia. (Leece 2010, 203–204; Leece & Peace 2010, 1862; Glendinning et al 2000b, 210.) Avustajat tarvitsevat mahdollisuuksia kouluttautua, mutta myös asiakkaat tarvitsevat koulutusta työnantajavelvollisuuksiinsa. (Glendinning et al. 2000b, 209; Priestley et al. 2007, 1195.)

Informaation tarve

Arksey & Baxterin (2012) tutkimuksessa henkilökohtaisen budjetin käytöstä useat haastateltavat toivat esiin kokemuksensa tuen ja informaation puutteesta, mikä joissain

tapauksissa oli johtanut henkilökohtaisen budjetin käytön lopettamiseen. Haastateltavat kaipasivat enemmän kontaktia paikalliseen sosiaalitoimeen henkilökohtaisen budjetin käyttöönoton jälkeen, sillä monet kokivat jääneensä yksin budjettinsa kanssa. Tästä syystä monet kokivat suurta epävarmuutta budjetin käytössä ja hallinnoimisessa, mikä johti muutamisissa tapauksissa siihen, että budjetti oli vajaakäytössä. Erityisen selkeää tämä oli silloin, kun budjetin haltijan tilanne muuttui väliaikaisesti esimerkiksi sairauden takia. Tästä syystä Arksey & Baxterin mukaan voisi olla järkevää joustavoittaa budjetin käyttöä siten, että mahdollisen ylijäämän voisi käyttää myöhemmin, mikäli asiakkaan hoivan tarve kasvaa. (Arksey & Baxter 2012, 153.)

Tilanteen muutokset herättivät myös keskustelua siitä, miten responsiivinen ja muokattava ratkaisu henkilökohtainen budjetti on. Esimerkiksi Englannissa eräs haastateltava muutti toiselle paikkakunnalle opiskelemaan, mikä tarkoitti sitä, että hän tarvitsi kokoaikaishoivaa. Sosiaalityöntekijät eivät osanneet auttaa häntä, sillä tilanne oli täysin uudenlainen. Lopulta haastateltava päätti palkata yksityisen toimiston hoitamaan neuvottelut eri virastojen välillä, palkkaamaan henkilökohtaiset avustajat sekä hallinnoimaan palkanmaksua. Toinen haastateltava puolestaan harkitsi muuttoa toiselle paikkakunnalle, mutta pelkäsi, että menettäisi sen takia oikeuden budjettiinsa. Hän oli myös palkannut avustajakseen kälynsä ja tiesi, että käly tarvitsee avustajan palkkansa tullakseen toimeen, mutta ei kykene muuttamaan toiselle paikkakunnalle. (Arksey & Baxter 2012, 153–154.) Tästä syystä Arksey & Baxter (2012, 160) painottavat informaation merkitystä: paikallisten sosiaaliviranomaisten pitäisi auttaa asiakkaita tiedostamaan henkilökohtaisen budjetin käytön pitkän aikavälin seuraukset.

Leece & Leece (2006) toteavat tutkimuksessaan, että henkilökohtaisen budjetin käytön laajuuteen vaikuttaa merkittävästi sosiaaliviranomaisten asenteet eri ryhmiä kohtaan. Englannissa sosiaaliviranomaisten on kerrottava asiakkailleen henkilökohtaisesta budjetista, mutta näyttäisi siltä, että viranomaiset kertovat tietoa valikoidusti. Tämä herättää kysymyksen siitä, valitaanko henkilökohtaisen budjetin käyttäjät tietyn sosioekonomisen taustan perusteella. (Leece & Leece 2006, 1384.) Timosen et al. (2006) tutkimuksen mukaan osa paikallisista viranomaisista rajoitti mielenterveysongelmista kärsivien pääsyä henkilökohtaisen budjetin piiriin. Tämän havaitsivat tutkimuksessaan myös Netten et al. (2011).

Alueelliset erot

Näyttää siltä, että henkilökohtaisen budjetin käyttöaste vaihtelee paikkakunnasta riippuen paljonkin. Blyth & Gardner (2007) etsivät tutkimuksessaan syitä sille, miksi eräällä pohjoisenglantilaisella alueella käytettiin niin paljon henkilökohtaista budjettia. He haastattelivat paikallisia viranomaisia ja päätyivät toteamaan, että kyseisen alueen sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöillä oli suuri halu laajentaa budjetin käyttöä. Alueella oli tarjolla tukipalveluita kaikille henkilökohtaisen budjetin käyttäjille. Nämä tukipalvelut sisälsivät muun muassa avustajan palkkaamiseen liittyvää neuvontaa. Yksittäisellä työntekijällä saattaa olla myös yllättävän suuri vaikutus: tutkimuksessa kävi ilmi, että sosiaalityöntekijä, joka oli aikaisemmin toiminut alueella, jossa budjettia oli käytetty onnistuneesti, motivoi kaikkia työntekijöitä budjetin käyttöönoton alkuvaiheessa. Häntä pidettiin henkilökohtaisen budjetin asiantuntijana, mikä lisäsi muiden sosiaalityöntekijöiden luottamusta ja innostusta. (Blyth & Gardner 2007, 242–243.)

Viranomaisten asenteet vaikuttavat siten hyvin paljon henkilökohtaisen budjetin käytön laajuuteen. Tämän totesivat myös Priestley et al. (2007) sekä Fernandez et al. (2007). Priestley et al. (2007) tutkivat Iso-Britannian eri alueiden (Englannin, Skotlannin, Walesin ja Pohjois-Irlannin) liikuntavammaisten asiakkaiden henkilökohtaisen budjetin käyttöastetta, joka paljastui suurimmaksi juuri Englannissa. Priestleyn et al. (2007) tutkimustulosten mukaan syynä korkeampaan käyttöasteeseen oli ensinnäkin investoinnit riittävään henkilökuntaan ja henkilökunnan koulutukseen sekä henkilökohtaisen budjetin markkinointiin. Henkilökohtaiseen budjettiin erikoistuneiden virkojen perustamisella oli myös merkittävä vaikutus käyttöasteeseen. Englannissa on pakollista tarjota asiakkaalle henkilökohtaista budjettia hoivan järjestämisen muotona, mikä luonnollisesti myös lisäsi käyttöastetta, erityisesti niillä seuduilla, joilla oli aikaisemmin suhtauduttu negatiivisesti budjetin käyttöön. Käyttöasteeseen vaikutti vielä se, miten aktiivisia paikalliset ihmiset itse olivat ja miten paljon paikalliset palvelu- ja hallintojohtajat tekivät heidän kanssaan yhteistyötä. Yhteenvedona voidaan siis todeta, että vahva poliittinen sitoutuminen paikallis- ja kansallistasolla sekä yhteistyö kansalaisliikkeen kanssa vahvistivat henkilökohtaisen budjetin toimeenpanoa. (Priestley et al. 2007, 1200.)

Fernandez et al. (2007) tutkivat Englannissa henkilökohtaisen budjetin käytön alueellisia ja ryhmäkohtaisia vaihteluita. Tutkimuksessa käytettiin indikaattoreina henkilökohtaisen budjetin asiakasmääriä sekä keskimääräistä henkilökohtaisen budjetin suuruutta per

asiakas. Heidän tutkimuksessaan vertailtiin fyysisesti vammautuneiden, ikääntyneiden, oppimishäiriöisten ja mielenterveyspalveluita käyttävien henkilöiden muodostamia asiakasryhmiä. Tutkimustulosten mukaan suurimmat henkilökohtaiset budjetit näyttäisivät olevan oppimishäiriöisten ja liikuntavammaisten ryhmillä. Niillä paikallishallintoalueilla, joilla on tarjolla vain vähän julkista kotipalvelua, on suhteellisesti paljon henkilökohtaisen budjetin käyttäjiä, erityisesti ikääntyneitä ja fyysisesti vammautuneita. Toisaalta tilanne oli päinvastainen alueilla, joilla oli tarjolla paljon julkisesti rahoitettua kotipalvelua. Fernandezin et al. (2007) mukaan jälkimmäisellä tilanteella saattoi olla yhteys paikallishallinnon haluun pitää palvelujärjestelmä omassa kontrollissaan. Suurilla ja varakkailta alueilla henkilökohtaisen budjetin käyttöaste oli merkittävästi laajempaa kuin köyhemmillä ja pienemmällä alueilla. Toisaalta suuri käyttöaste indikoi sitä, että henkilökohtaiset budjetit olivat keskimääräisesti pienempiä. (Fernandez et al. 2007, 107–117.)

Palveluntuottajat

Kremerin mukaan Hollannin hoivamarkkinat eivät vielä 2000-luvun puolivälissä olleet kyllin laajat, jotta asiakkaat pystyisivät hyödyntämään niitä, vaikka tutkimusten mukaan säännöllistä kotihoitoa tuottavat organisaatiot olivatkin menettäneet asiakkaitaan henkilökohtaisen budjetin myötä. Tavallista kotihoitoa, eli kotiapua, ostettiin pääasiassa markkinoilta, mutta ammattimaisemman hoivan ostaminen markkinoilta koettiin vaikeammaksi. Osalla henkilökohtaisen budjetin asiakkaista oli vaikeuksia löytää heille sopivaa ja tarpeeksi edullista hoivaa. Monilla kotihoidon organisaatioilla oli myös monopoli omalla alueellaan, mikä vaikeutti uusien palveluntuottajien tuloa markkinoille. Tämä vähensi selkeästi asiakkaiden mahdollisuuksia valita palveluntuottajansa. (Kremer 2006, 387–390.) Van Harten et al. (2007) havaitsivat tutkimuksessaan, että julkiset palveluntuottajat eivät uskoneet henkilökohtaisen budjetin käyttäjien määrän lisääntymisen vaikuttavan heidän toimintatapoihinsa. Palveluntuottajat eivät myöskään olleet luoneet uutta palvelutarjontaa budjetin käyttäjille (van Harten et al. 2007, 191), mikä selittynee sillä, että informaalilla hoivalla on niin vahva perinne Hollannissa.

Palveluntuottajien näkökulmasta henkilökohtainen budjetti koettiin Englannissa positiivisena. Wilberforce et al. (2011) haastattelivat 16 palveluntuottajaa, joiden mukaan henkilökohtainen budjetti tarjosi uusia mahdollisuuksia tuottaa palveluita. Osa palveluntuottajista raportoi joidenkin asiakkaiden äänestäneen jaloillaan ja siirtyneen

henkilökohtaisten avustajien käyttämiseen, mikä tarkoitti taloudellisia tappioita. Toisaalta osa palveluntuottajista oli alkanut tarjota näille henkilöille palkanmaksu- ja koulutuspalveluita. Henkilökohtaisen budjetin haittapuolena nähtiin palveluntuottajien kannalta se, että hallinnolliset kulut kasvoivat merkittävästi erityisesti laskuttamisen suhteen. Osa asiakkaista oli myös kieltäytynyt laskujen maksamisesta. Tuottajien oli palkattava lisää henkilökuntaa ja tehtävä teknisiä muutoksia henkilökohtaisen budjetin maksujärjestelmän vuoksi. (Wilberforce et al. 2011, 603–606.) Toisaalta Blyth & Gardner päätyivät tutkimuksessaan toteamaan, että heidän tutkimuskohteenaan olleella alueella henkilökohtaisen budjetin runsas käyttö oli päinvastoin vähentänyt kustannuksia (Blyth & Gardner 2007, 247). Palveluntuottajien mukaan järjestelmän luomisessa ei ollut tehty päätöksiä esimerkiksi maksumekanismeista tarpeeksi ajoissa, mikä vaikeutti sopeutumista uuteen järjestelmään. Lisäksi asiakkaiden odotusten raportoitiin olevan välillä epärealistisia. Palveluntuottajien mukaan oli tärkeää saavuttaa yhteisymmärrys asiakkaiden kanssa siitä, minkälaisia palveluita organisaatioiden oli ylipäättään mahdollista tuottaa. (Wilberforce et al. 2011, 607.)

7. TULOSTEN YHTEENVETO, JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tässä luvussa teen yhteenvedon tutkimukseni tuloksista. Käsittelen ensimmäisessä alaluvussa aineistosta löytämiäni keskeisiä teemoja kolmannen tutkimuskysymyksen kautta eli tarkastelen, millaisia etuja ja haittoja henkilökohtaisen budjetin käytössä on ilmennyt. Näin muodostan aineiston keskeisistä teemoista synteessin. Toisessa alaluvussa käsittelen henkilökohtaisen budjetin ominaisuuksia tutkimustulosten ja tutkimukseni viitekehyksen kautta. Kolmannessa alaluvussa pohdin henkilökohtaisen budjetin sovellettavuutta Suomeen tutkimustulosten näkökulmasta. Neljännessä alaluvussa pohdin tutkimukseni luotettavuutta. Lopuksi pohdin jatkotutkimusaiheita ja tuloksista heränneitä kysymyksiä.

7.1. Yhteenveto: henkilökohtaisen budjetin edut ja haitat

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella henkilökohtaisen budjetin mallia Hollannissa ja Englannissa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla. Tarkoituksena oli vastata kolmeen tutkimuskysymykseen:

- 1) Miten asiakkaiden valtaistaminen ja valinnanmahdollisuudet näkyvät henkilökohtaisessa budjetissa?
- 2) Millaisia kokemuksia henkilökohtaisen budjetin eri osapuolilla on budjetin käytöstä?
- 3) Millaisia etuja ja haittoja henkilökohtaisessa budjetissa näyttäisi olevan?

Kahteen ensimmäiseen tutkimuskysymykseen olen vastannut luvussa 6. Asiakkaiden valtaistumisen ja valinnanmahdollisuuksien sekä henkilökohtaisen budjetin eri osapuolien kokemusten tarkastelun perusteella voidaan yhteenvetona todeta, että henkilökohtaisella budjetilla on etujen lisäksi myös haittoja, jotka on otettava huomioon henkilökohtaisen budjetin mallin suunnittelussa. Asiakkaiden lisäksi on kiinnitettävä huomiota henkilökohtaisen budjetin tuottamiin etuihin ja haittoihin perheenjäsenten, työntekijöiden ja hallinnon näkökulmasta. Taulukossa 2 on koottuna henkilökohtaisen budjetin etuja ja haittoja tai kehittämiskohteita asiakkaan, perheen, työntekijöiden ja hallinnon kannalta.

Taulukko 2. Yhteenveto: henkilökohtaisen budjetin edut ja haitat

	Edut	Haitat/kehittämiskohteet
Asiakas	<ul style="list-style-type: none"> • valtaistuminen • valinnanmahdollisuudet • päätösvalta ja itsemääräämisoikeus • itseluottamus • hallinto-osaaminen • läheinen suhde avustajaan 	<ul style="list-style-type: none"> • heikko palkanmaksukyky, vähentää valinnanmahdollisuuksia • ikääntyneet kokivat itsemääräämisoikeuden sijaan stressiä • vastuu kokonaan itsellä • ystävyiden ja työnantajan roolin erottaminen • kokemukset tuen ja informaation puutteesta • väärinkäytökset • heikot kannustimet neuvotella hoivaa alhaisemmalla hinnalla • asiakasryhmien väliset erot sosiaaliviranomaisten suhtautumisessa
Perhesuhteet	<ul style="list-style-type: none"> • sopimuksellisuus • motivaatio • työn ja perheen erottaminen toisistaan • tyytyväisyys 	<ul style="list-style-type: none"> • sopimuksellisuus • arvostuksen puute
Hoitaja/avustaja	<ul style="list-style-type: none"> • joustavuus • "sosiaalinen hoiva" • läheinen suhde asiakkaaseen • Hollannissa palkkaa informaalista hoivasta • avustaja vähensi perheen hoivavastuuta • arvostus 	<ul style="list-style-type: none"> • alhainen koulutustaso • työntekijäoikeudet • vaikeus poistua työsuhteesta • ylityöt palkatta • kyky vaikuttaa työoloihin saattaa olla pieni • vertaistuen puute • Hollannissa hoitamista ei katsota työkokemukseksi • eivät kuulu ammattiliittoihin
Hallinto	<ul style="list-style-type: none"> • yksilökeskeinen suunnittelu • uudet innovaatiot • uudet työpaikat • yhteistyö kansalaisliikkeen kanssa 	<ul style="list-style-type: none"> • resurssit • asiakkaiden valikointi ja holhoava suhtautuminen • informaatio • ikääntyneiden ryhmä tarvitsee paljon opastusta • budjetin joustava käyttö • päätösten tekeminen ajoissa • budjetin suuruus

Asiakkaan kannalta merkittävimpiä positiivisia asioita ovat valtaistuminen, valinnanmahdollisuudet sekä kokemukset päätösvallasta, itsemääräämisoikeudesta ja itseluottamuksen kasvusta. Monille nimenomaan päätösvalta oli merkittävin osoitus itsemääräämisoikeudesta (Leece & Peace 2010). Henkilökohtaisen budjetin avulla oli mahdollista hankkia yksilöllisiin tarpeisiin sopivia palveluita (Blyth & Gardner 2007, Coyle 2011). Arksey & Baxterin (2012) mukaan ne henkilöt, jotka olivat päättäneet hallinnoida budjettiaan itse, kokivat olevansa asiantuntijoita budjetin käytössä ja oppineensa työnantajan velvoitteisiin liittyviä asioita, kuten aikataulujen suunnittelua ja palkanmaksuun liittyviä asioita. Tulosten mukaan mahdollisuus palkata oma henkilökohtainen avustaja tai omainen hoitajaksi on nähty suurena edistysaskeleena oman päätätävällän lisäämisessä. (Glendinning et al. 2000a, Glendinning et al. 2000b, Grootegoed et al. 2010.) Asiakkaiden valtaistamiseen vaikutti hyvin paljon se, millainen suhtautuminen heidän avustajillaan tai hoitajillaan oli asiakkaisiinsa (Glendinning et al. 2000a, Glendinning et al. 2000b, Leece & Peace 2010, Leece 2010, Netten et al. 2011, Ungerson 2004).

Haittapuolena voidaan taas nähdä yksilön lisääntyvä vastuu, erityisesti jos se ei lisää tunnetta itsemääräämisoikeudesta. Monet työnantajuuteen liittyneet taidot opittiin yrityksen ja erehdyksen kautta, joten budjetin käyttäjät tarvitsisivat enemmän tukea budjetin hallinnoimiseen (Arksey & Baxter 2012). Myös kokemukset yksin jäämisestä ja informaation puutteesta ovat selkeä haitta. Asiakkaalla on esimerkiksi lopullinen vastuu "hyvän" avustajan palkkaamisesta (Ungerson 2004). Vaikka hoivasuhteet saattoivat muodostua läheisiksi, oli asiakkailla hankalaa olla ongelmatilanteissa sekä työnantaja että ystävänä (Arksey & Baxter 2012). Englannissa ongelmana näytti olevan erityisesti asiakkaiden heikko palkanmaksukyky, mikä vähensi mahdollisuuksia valita mieluisen henkilökohtainen avustaja (Glendinning et al. 2000a, Glendinning et al. 2000b). Tähän vaikuttivat myös alueelliset erot. Hollannissa ongelmana olivat puolestaan henkilökohtaisen budjetin väärinkäytökset sekä työnantajan velvollisuuksien laiminlyönnit (Timonen et al. 2006). Asiakkaiden pitäisikin olla tietoisempia hoivan hinnasta (van der Berg & Hassink 2008). Hollannissa hoivamarkkinat eivät vielä 2000-luvun puolivälissä olleet kovin laajat, mikä vaikutti asiakkaiden valinnanmahdollisuuksiin (Kremer 2006).

Englannissa nuoret liikuntarajoitteiset henkilöt ovat todennäköisin henkilökohtaisen budjetin käyttäjäryhmä, kun taas mielenterveysongelmista kärsivien ryhmä ja ikääntyneet käyttivät sitä suhteellisesti hyvin vähän (Leece & Leece 2006). Eri ryhmiin tulisi kiinnittää

paljon huomiota, sillä esimerkiksi Nettenin et al. (2011) mukaan ikääntyneet kokivat eniten huolta budjetin suunnittelusta ja hallinnoinnista sekä turvattomuutta suhteessa tavanomaisesti järjestettyyn hoivaan. Ikääntyneiden mahdollisuudet käyttää henkilökohtaista budjettia saattavat olla rajoitettuja, mikäli työntekijät suhtautuvat heihin holhoavasti, mutta toisaalta eivät tarjoa riittävästi tuki- ja neuvontapalveluita. Tästäkin syystä sosiaaliviranomaisten koulutukseen olisi panostettava. Tuen ja neuvontapalveluiden helppo ja hyvä saatavuus helpottaisi budjetin tarkoituksenmukaista käyttöä ja loisi tilanteen, jossa asiakkaat voivat luottaa siihen, että he saavat apua. (Arksey & Baxter 2012.)

Henkilökohtaisen budjetin kautta muodostuu hoivan ja työn hybridi, joka vaikuttaa perhesuhteisiin (Grootegoed et al. 2010, Ungerson 2004). Perhesuhteissa sopimuksellisuus on sekä etu että haitta: toisaalta sopimus turvaa perheenjäsenen aseman työntekijänä, toisaalta taas sopimus saattaa vähentää arvostusta. Perhesuhteissa näyttäisi olevan tärkeintä työminän ja perheminän erottaminen toisistaan (Grootegoed et al. 2010), mikä lisää kummankin osapuolen tyytyväisyyttä hoivasuhteeseen. Henkilökohtaisen budjetin kautta palkatuista sukulaisista harvat kuitenkin käyttävät heille annettuja laillisia oikeuksia, kuten vapaapäiviä. Toisaalta Hollannissa hoivasuhdetta katsotaan harvoin työsuhteeksi, mikä oikeuttaisi esimerkiksi työttömyysturvaan. Hoivattavalla näyttäisi olevan paremmat mahdollisuudet poistua hoivasuhteesta kuin hoitajalla. (Grootegoed et al. 2010, Ungerson 2004.) Palkalla nähtiin olevan tasapainottava vaikutus hoivasuhteeseen erityisesti pitkällä tähtäimellä (Grootegoed et al. 2010). Hollannissa hoivatyö on nähty (sukulais-)naisen luontaisena tehtävänä, mikä ei vaadi erillistä kouluttautumista (Kremer 2006). Henkilökohtaisen budjetin voidaankin katsoa korostavan perheen sisällä tehtävää hoivatyötä (Grootegoed et al. 2010). Englannissa monet taas olivat tyytyväisiä siihen, että henkilökohtaisen avustajan palkkaaminen vähensi perheen hoivataakkaa (Arksey & Baxter 2012; Glendinning et al. 2000b). Tosin sukulaisen palkkaaminen avustajaksi on lisääntynyt myös Englannissa (Blyth & Gardner 2007).

Hoitajat ja avustajat kokivat olevansa arvostettuja ja pitivät läheisestä suhteesta asiakkaaseensa (Ungerson 2004). Työ nähtiin joustavana ja avustajat kykenivät antamaan myös sosiaalisista hoivaa fyysisen hoivan lisäksi. Henkilökohtaisiin avustajiin oltiin tyytyväisempiä kuin kotihoitajiin (Leace & Peace 2010). Toisaalta läheinen suhde tarkoitti myös ylityötunteja, vaikeuksia poistua hoivasuhteesta ja vaikeutta pyytää lisää palkkaa (Glendinning et al. 2000a, Glendinning et al. 2000b, Leace & Peace 2010, Leace 2010,

Ungerson 2004). Työsuhteista puuttuivat joissakin tapauksissa selkeät roolit ja vastuualueet (Glendinning et al. 2000b). Osalta avustajilta vaadittiin tavoitettavissa olemista sopimusaikojen ulkopuolella, mikä aiheutti kiistoja (Ungerson 2004). Englannin hoivamarkkinoille tyypillistä oli avustajien alhainen koulutus- ja vaatimustaso, alhaiset palkat sekä hoivatyön organisoimattomuus (Arksey & Baxter 2012, Leece 2010, Ungerson 2004). Hollannissa hoivasuhdetta pidetään harvoin virallisena työsuhteena, enemmänkin näennäistyösuhteena, mikä saattaa sysätä hoitajat pois työmarkkinoilta (Grootegoed et al. 2010). Vertaistuen puute sekä vähäiset mahdollisuudet vaikuttaa työöloihin olivat hoivatyöntekijöiden kannalta selkeimpiä haittapuolia. Leecen (2010) mukaan työntekijöiden kannalta paras kehittämiskohde olisi liittyminen ammattiliittoon.

Hallinnossa tulisi kiinnittää huomiota budjetin määrän suuruuteen, henkilöstön koulutukseen ja virkojen perustamiseen sekä tuki- ja neuvontapalveluiden kehittämiseen (Priestley et al. 2007, Arksey & Baxter 2012, Blyth & Gardner 2007). Henkilökohtaisen budjetin käyttöä tulisi joustavoittaa, jotta se vastaisi paremmin asiakkaiden muuttuviin tarpeisiin (Arksey & Baxter 2012). Lisäksi hallinnossa tulisi tehdä päätökset esimerkiksi henkilökohtaisen budjetin organisoinnista tarpeeksi ajoissa, jotta palveluntuottajat pystyvät muuttamaan toimintatapojaan ja palveluitaan henkilökohtaisen budjetin asiakkaille soveltuviksi (Wilberforce et al. 2011, van Harten et al. 2007). Myös yhteistyön kansalaisliikkeen kanssa on tärkeää: vahva poliittinen sitoutuminen paikallis- ja kansallistasolla sekä yhteistyö kansalaisliikkeen kanssa vahvisti Priestleyn et al. (2007) mukaan henkilökohtaisen budjetin toimeenpanoa. Nämä seikat mahdollistaisivat yksilökeskeisen suunnittelun sekä uusien työpaikkojen ja innovaatioiden syntymisen.

Ongelmana hallinnossa ja budjetin käytön laajenemisessa oli muun muassa työntekijöiden asenne: esimerkiksi Englannissa ikääntyneille ja mielenterveysongelmista kärsineille ei useissa tapauksissa edes kerrottu henkilökohtaisesta budjetista (Fernandez et al. 2007, Leece & Leece 2006, Netten et al. 2011, Priestley et al. 2007, Timonen et al. 2006). Toisaalta taas Timosen et al. (2006) mukaan Hollannissa budjetin käyttäjät olivat oppineet kiertämään hallinnoimisen ja työnantajan lailliset velvollisuudet palkkaamalla useita hoitajia, joista kukin työskenteli vain pari päivää viikossa. Budjetin väärinkäytösten ehkäisemisessä voitaisiin käyttää esimerkiksi Kensingtonissa ja Chelseassa käytössä olevaa Visa-korttijärjestelmää.

7.2. Johtopäätökset ja pohdinta

Tämän tutkimuksen aineiston artikkeleiden mukaan sekä Hollannin että Englannin sosiaali- ja terveystalouden asiakkaat ovat pääosin tyytyväisiä henkilökohtaisen budjetin käyttöön. Henkilökohtaisen budjetin on katsottu lisäävän asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia sekä itsemääräämisoikeutta omasta elämästään. Asiakkaat tuntevat saavansa äänensä kuuluviin kyetessään valitsemaan millaista hoivaa, keneltä ja milloin he saavat. Tutkimuksen tulosten mukaan henkilökohtaisen budjetin avulla on todella mahdollista valtaistaa asiakkaita ja tuottaa yksilöllisiin tarpeisiin sopivia palveluita.

Tutkimuksen aineiston perusteella näyttäisi siltä, että nuorehkot liikuntavammaiset ihmiset ovat todennäköisin henkilökohtaisen budjetin käyttäjäryhmä. Ikääntyneiden ryhmän osuus budjetin käyttäjistä taas oli suhteellisesti varsin pieni. Tämä on mielenkiintoista siitä syystä, että monia uusia palveluntuottamistapoja perustellaan nimenomaan ikääntyneiden lisääntyvillä palvelutarpeilla, joihin julkinen sektori ei ilman merkittäviä lisäpanostuksia pysty vastaamaan. Myös mielenterveysongelmista kärsivien asiakasryhmä oli suhteellisen pieni.

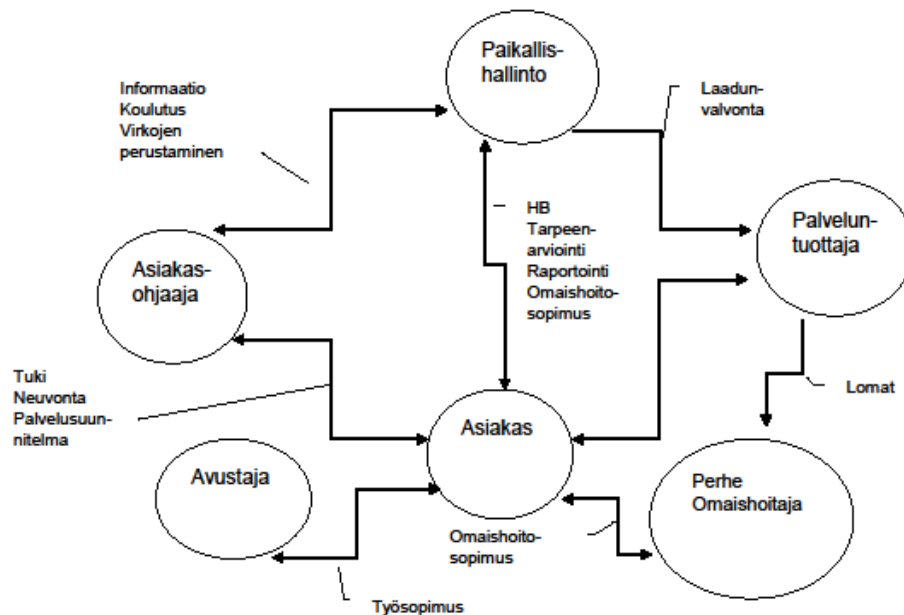
Kuten tämän pro gradu-työn taustoituksessa mainitsin, valtaistavassa sosiaalityössä asiakkaiden valtaistamiseen kuuluu kontrolli omasta elämästä, luottamus omiin kykyihin, kyky tunnistaa toimintavoimansa, tietoisuutta ja mahdollisuutta valintoihin sekä riippumattomuutta muista ihmisistä päätöksenteossa ja toiminnassa. Henkilökohtaiseen budjettiin näyttäisi kuuluvan sekä tavoitteena että todellisuutena erityisesti valtaistuminen päätösvallan kautta sekä mahdollisuus valintoihin. Tosin tämä näyttäisi pätevän kaikkein eniten juuri liikuntavammaisten kohdalla, kun taas ikääntyneet kokivat lähinnä stressiä budjetin hallinnoimisesta.

Henkilökohtainen budjetti voi valtaistumisen lisäksi lisätä kansalaisten vastuuta. Vastuut voivat Newmanin ja Tonkensin mukaan olla taloudellisia, demokraattisia, kehityksellisiä, hoivaan tai kuluttajuuteen liittyviä vastuita (Newman & Tonkens 2011). Taloudelliset vastuut tulevat esiin henkilökohtaisessa budjetissa, sillä sen lisäksi, että asiakkaan on hallinnoitava budjettiaan, tai palkattava joku toinen huolehtimaan siitä, on hänen monesti maksettava hoivastaan myös itse. Kehitykselliset vastuut itsensä kehittämistä ja "asiantuntija-asiakkaan" luomisesta liittyvät myös läheisesti henkilökohtaisen budjetin ideaan. Tämä näkyy muun muassa siinä, että esimerkiksi Englannissa on pohdittu juuri tällaisten asiakas-asiantuntijoiden muodostaman ryhmän perustamista henkilökohtaisen

budjetin markkinointia varten. Tähän liittyvät myös hoivavastuut, jotka laajenevat myös muihin kohdistuvaan hoivaan, mikä tämän tutkimuksen perusteella on erityisen selvää Hollannin tapauksessa. Kuluttajan vastuut taas liittyvät läheisesti valinnanvapauteen ja sen harjoittamiseen eli hoitajan tai avustajan palkkaamiseen sekä työsuhteen muodostamiseen.

Tutkimusaineiston perusteella voidaan todeta henkilökohtaisen budjetin todella olevan osa regiimimuutosta, jossa markkinoiden, valtion, ammattilaisten, perheiden ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden väliset suhteet ovat muuttumassa (Esping-Andersen 1990, Kremer 2006). Erityisesti sopimuksellisuus vaikuttaa henkilökohtaisen budjetin eri osapuolten välisiin suhteisiin sekä heidän näkökulmiinsa ja kokemuksiinsa budjetin käytöstä. Kuviossa 2 pyrin hahmottamaan näitä suhteita seuraavalla tavalla:

Kuvio 2. ¹Henkilökohtaisen budjetin käyttö ja sen muodostamat (sopimus-)suhteet



Kuvio on varsin yksinkertaistettu näkemys henkilökohtaisen budjetin osapuolista eikä siinä ole otettu huomioon kaikkia toimijoita. Kuvion avulla yritän hahmottaa

¹ Kuviossa 2 henkilökohtaisesta budjetista käytetään lyhennettä "HB".

sopimuksellisuuden osallisuutta henkilökohtaisen budjetin kaikkien osapuolien kokemuksissa. Kuviosta käy ilmi, miten henkilökohtainen budjetti tutkimusaineiston mukaan käytännössä toimii, ja mitkä toimijat ovat keskenään vuorovaikutuksessa ja sopimussuhteessa. Vuorovaikutuksen ja sopimussuhteiden toimivuus on ratkaisevassa roolissa koko henkilökohtaisen budjetin järjestelmän toimivuuden kannalta.

Asiakas on luonnollisesti keskeisin toimija, ja hän on vuorovaikutuksessa kaikkien osapuolien kanssa. Tutkimusaineistoa tulkiten toimijoiden suhteet ja roolit muuttuisivat siten, että asiakkaasta tulee työnantaja, jolla on työnantajuuteen liittyviä velvollisuuksia. Hän on siis samanaikaisesti sekä hoivattava että työnantaja. Asiakkaalla on mahdollisuus palkata hoitajakseen joko henkilökohtainen avustaja tai omaishoitaja. Omaishoitajan lomien ajaksi asiakkaan on mahdollista hankkia palveluntuottajilta väliaikaista hoivaa. Asiakkaalla on päätösvalta palveluiden sisällöstä ja aikataulusta. Parhaimmillaan asiakkailla olisi myös äänivaltaa vaikuttaa henkilökohtaisen budjetin järjestelmään alhaaltapäin. Asiakkaalla on sopimussuhde ainakin hallinnon, palveluntuottajien ja omaishoitajan tai henkilökohtaisen avustajan kanssa. Mikäli henkilökohtaisen budjetin malliin kuuluisi Visa-kortti, tekisi hallinto ja asiakas sopimuksen myös korttitoimittajan kanssa.

Asiakkaan tulee raportoida henkilökohtaisen budjetin käytöstä hallinnolle. Raportin tulisi sisältää omaishoitajan tai henkilökohtaisen avustajan palkkiot sekä niiden palveluiden listaaminen, jotka asiakas on hankkinut palveluntuottajilta. Tutkimusaineiston mukaan asiakkaiden ongelmat liittyivät tuki- ja neuvontapalveluiden riittämättömyyteen sekä budjetin hallinnointiin ja työsuhteen muodostamiseen, joten asiakasohjaajan rooli on merkittävä. Asiakasohjaajien rooli on nimenomaan tukea antava: he eivät siis päättä lainkaan palveluiden sisällöstä, vaan antavat vain tarpeenmukaista neuvontaa ja ohjausta asiakkaalle. Hallinnon (esimerkiksi kunnan) tulisi perustaa todennäköisesti useita asiakasohjaajien virkoja sekä kouluttaa työntekijät uusiin tehtäviinsä. Hallinnon muut virkamiehet tarvitsevat myös koulutusta ja informaatiota henkilökohtaisen budjetin käytöstä. Lisäksi hallinnossa on päätettävä ne asiakasryhmät, joille henkilökohtainen budjetti on mahdollista myöntää.

Hallinto määrittää tarpeenarvioinnin kautta, onko asiakkaalla oikeutta henkilökohtaiseen budjettiin ja miten suuri budjetti asiakkaalle on mahdollista myöntää. Samalla määriteltäisiin asiakkaan omavastuuosuudet palveluiden hankintahinnosta. Tämän jälkeen

asiakas tekee yhdessä asiakasohjaajan kanssa yksilöllisen palvelusuunnitelman, jonka jälkeen hän voi hankkia palveluita yksityiseltä tai kolmannen sektorin palveluntuottajilta. Hallinto valvoo palveluntuottajien laatua. Palveluntuottajien tulisi todennäköisesti joustavoittaa palvelutarjontaansa, jotta asiakkaat voisivat ostaa omiin tarpeisiinsa sopivia palveluita. Esimerkiksi hyvin lyhytaikaista hoivaa tulisi olla tarjolla.

Henkilökohtainen budjetti on mielenkiintoinen toimintamalli, sillä se näyttää ainakin Hollannin ja Englannin tapauksessa lisäävän asiakkaiden riippuvuutta myös perheestä. Hollannissa perheellä on suuri hoivavastuu, mutta tämän tutkimuksen aineiston mukaan myös Englannissa on turvauduttu yhä enemmän läheisten apuun. Henkilökohtainen budjetti ei siis näytä ainakaan lisäävän naistutkijoiden korostamaa defamilisaatiota, eli vastuun ottamista pois perheeltä. Kuten Ungerson (2004) toteaa, informaali hoiva on muuttunut kommodifikoiduksi hoivaksi, jossa sopimukset ovat astuneet kodin piiriin. Kun perheen sisäistä hoivaa korostetaan, saatetaan samalla vähentää hoitokotien määrää. (Knijn & Verhagen 2007, 459). Hoivasta ja työstä näyttäisi henkilökohtaisen budjetin myötä syntyvän hybridi, jota määrittää nimenomaan sopimuksellisuus ja menettelylliset oikeudet. Taustalla näyttäisi olevan ennen kaikkea tavoite muuttaa sosiaali- ja terveystalouden asiakkaat aktiivisiksi kansalaisiksi, jotka hallinnoisivat omaa hoivaansa erilaisin sopimuksin.

Ungersonin (2004) mukaan palveluiden järjestämisen muutokset, kuten juuri henkilökohtainen budjetti, vaativat ymmärrystä siitä, miten ne vaikuttavat sekä asiakkaiden että hoitajien valtaistamiseen ja itsenäisyyden kokemuksiin. Samoin on huomioitava se, millainen vaikutus asiakkaiden asuinpaikalla on asiakkaiden mahdollisuuksiin palkata henkilökohtainen avustaja. Tutkimusaineistoni mukaan osalla asiakkaista oli vaikeuksia löytää sopivia henkilökohtaisia avustajia, sillä he pystyivät tarjoamaan vain hyvin matalaa palkkaa ja epäsäännöllisiä työaikoja. Uskoakseni tämä on myös yksi syy sille, miksi Englannissakin on nykyään tapana palkata avustajaksi ystävä, läheinen tai muu tuttava. Tutkimusaineiston perusteella hoitajat ja avustajat olivat kuitenkin varsin tyytyväisiä hoivasuhteeseen, vaikka joissain tapauksissa heidän mahdollisuutensa vaikuttaa hoivasuhteeseen olivat vähäiset.

Meagherin & Szebehelyn (2013) käyttämää nelikenttää mukaillen henkilökohtainen budjetti on selkeästi osa julkisen sektorin markkinakäytäntöjä. Sen palvelutarjonnan organisoinnissa käytetään kilpailua yksityisten toimijoiden ollessa mukana palveluiden

tuottamisessa. Lisäksi asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia korostetaan voimakkaasti. Knijn & Verhagen (2007) huomauttavat, että markkinoilta ostettava hoiva perustuu kuluttajien valintaan: kuluttajien tulee markkinalogiikan mukaan olla myös täysin informoituja (Knijn & Verhagen 2007, 469). Kysymykseksi jää, kuinka laajasti esimerkiksi ikääntyneet kykenevät tekemään asiantuntevia valintoja. Kuten Häikiön et al. (2011) tutkimuksessa todettiin, Suomen vanhushoivapolitiikan asiakirjoissa ikääntyneitä pidetään vastuullisina ja valitsevina kansalaisina – tämä pitää varmasti paikkansa niiden kohdalla, jotka ovat terveitä ja hyvin toimeen tulevia. Valinnanmahdollisuudesta saattaa toisaalta tulla myös velvollisuus. Ulkoistaminen ja kilpailuttaminen eivät välttämättä lisää asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia, vaikka ne tarjoavatkin paikallishallinnolle lisää vaihtoehtoja palveluiden järjestämiseen (Yeandle et al. 2012). Kuten Servian (1996) kirjoittaa, pelkkä organisatorinen muutos saattaa vain uusintaa perinteisiä valtasuhteita. Lisäksi markkinaratkaisujen käyttö saattaa täyttää enemmänkin hallinnon kuin yksilöiden tarpeita.

Hollannin päätös lopettaa henkilökohtaisen budjetin käyttö on merkittävä, sillä se olennaisesti muuttaa koko järjestelmän. Tämä herättää joukon kysymyksiä hoivasuhteiden tulevaisuudesta: ovatko hoitajat siis taas palkatta työskenteleviä informaaleja hoitajia? Pysyvätkö he hoivasuhteessa ja pystyvätkö he hoivaamaan samalla intensiteetillä kuin aiemmin? Oliko kustannusten kasvu ainoa syy järjestelmän lopettamiselle? Näihin kysymyksiin tarvitaan ehdottomasti vastauksia tulevissa tutkimuksissa.

Hollannin päätöksen taustalla vaikuttaneet syyt eli resurssien riittämättömyys suosion noustessa sekä julkitulleet väärinkäytökset herättävät myös kysymyksen siitä, mikä olisi budjetin määrän oikea taso ja miten sen käyttöä tulisi valvoa. Englannissa on tehty työtä tämän eteen ja innovoitu muun muassa Visa-kortti henkilökohtaisen budjetin maksujärjestelmää varten. Kuitenkin budjetin tasoa on tämän tutkimuksen aineiston mukaan pidetty alhaisena, mikä on vaikuttanut asiakkaiden kykyyn ostaa itselleen palveluita ja harjoittaa valinnanmahdollisuuksiaan. Aineistoni perusteella on vaikea sanoa, onko Englannissa henkilökohtainen budjetti todellisuudessa vähentänyt kustannuksia pitkällä tähtäimelläkään. Yksittäisessä tutkimuksessa kävi ilmi, että eräällä alueella henkilökohtaisen budjetin runsas käyttö oli vähentänyt kustannuksia (Blyth & Gardner 2007). Tutkimusta kustannuksista tarvittaisiin ehdottomasti lisää.

Luvun 7.1. yhteenvedossa esiin tuomani henkilökohtaisen budjetin edut ja haitat antavat viitteitä siihen, että henkilökohtainen budjetti ei ole järjestelmänä suinkaan valmis eikä suoraan siirrettävissä toisesta maasta esimerkiksi Suomeen. Kehittämiskohteita riittää jokaisella osa-alueella asiakkaista hallintoon. Henkilökohtainen budjetti sisältää myös paljon kysymyksiä muun muassa siitä, vastuullistaako se sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän asiakkaita liikaa. Järjestelmän toimivuus ylipäättään kyseenalaistui Hollannin päätöksen myötä. Hollannin järjestelmästä on kuitenkin mahdollista ottaa oppia, kuten esimerkiksi Englannissa on tehty. Seuraavaksi pohdin henkilökohtaisen budjetin sovellettavuutta Suomeen.

7.3. Henkilökohtaisen budjetin sovellettavuus Suomeen

Kuten tutkimukseni metodiosuudessa mainitsin, systemaattisia kirjallisuuskatsauksia voidaan käyttää poliittisen päätöksenteon pohjana sekä näyttöön perustuvan käytännön mahdollistajana. Tutkimuksessani olen tiivistänyt kansainvälistä tutkimusta henkilökohtaisesta budjetista, mutta kansainvälisten kokemusten suora sovellettavuus Suomeen on luonnollisesti vaikeaa. Tutkimukseni kuitenkin osoittaa tiettyjä tilanteita, joita myös Suomeen luotavassa henkilökohtaisen budjetin mallissa varmasti tulisi vastaan, erityisesti asiakkaan, hallinnon ja informaation tarpeen osalta. Henkilökohtainen budjetti herättää myös paljon kysymyksiä sen suhteesta koko palvelujärjestelmään.

Suomeen on ehdotettu henkilökohtaista budjettia erityisesti omaishoittoon, mutta myös terveys- ja vammaispalveluihin. Patrosen et al. (2012, 37) mukaan suomalaisessa omaishoidon tuessa korostuvat järjestelmän hajanaisuus ja asiakkaan alisteisuus palvelujärjestelmälle. Lainsäädäntö ei heidän mukaansa tunnusta esimerkiksi kulttuuripalveluiden merkitystä hyvinvoinnin edistäjänä. Heidän mielestään henkilökohtaisen budjetin avulla asiakkaat voisivat hankkia palveluita, jotka parhaiten vastaavat omia tarpeita. Henkilökohtainen budjetti sopisi mielestäni erittäin hyvin tällaisten lisäpalveluiden ostamiseen, vaikka ihannetilanne olisikin se, että niitä olisi saatavilla julkisen palvelujärjestelmän sisällä.

Omaishoidossa henkilökohtaisella budjetilla olisi varmasti käyttöä, mikäli omaishoidettava tai omaishoitaja kykenee hallinnoimaan budjettia. Se voisi mahdollistaa laajempien ja yksilöllisiin tarpeisiin paremmin sopivien palveluiden hankinnan. Yksilöllisyys saattaisi näkyä nimenomaan hoito- ja palvelusuunnitelmassa, joka tehtäisiin henkilökohtaiseen

budjettiin erikoistuneen asiakasohjaajan kanssa. Asiakasohjaaja ei päättäisi palveluista, vaan neuvoisi ja tukisi asiakasta asiakkaalle itselleen sopivien palveluiden hankinnassa. Toisaalta palveluiden saanti perustuu tarpeenarvointiin, mikä saattaa heikentää asiakkaan päätäntävaltaa. Voisiko henkilökohtainen budjetti kuitenkin laajentaa niiden omaishoitajien lukumäärää, jotka saavat omaishoidontukea? Vai olisiko tavoitteena vain lisätä informaalia hoivaa pienellä henkilökohtaisella budjetilla?

Erityisen mielenkiintoinen väite Patrosen et al. (2012, 48) ehdotuksessa on se, että henkilökohtaisen budjetin avulla voitaisiin asiakkaan lisäksi valtaistaa myös käyttäjän läheisiä, ystäviä ja naapureita. Asiakas voisi "maksaa saamastaan avusta ja tulla hyvin toimeen ympärillä olevan verkoston tuella". Patrosen et al. (2012, 48) mukaan tämä mahdollistaisi sen, että "kunnan resurssit voidaan siten kohdistaa niihin palveluihin, joita ei voida korvata muilla ratkaisuilla". Tämä kuulostaa varsin voimakkaalta asiakkaan ja hänen yhteisönsä vastuullistamiselta, mikä sopii sinänsä hyvin markkinoistumiseen ja aktiivisen kansalaisuuden edistämiseen. Maininta kunnan resurssien kohdentamisesta muihin palveluihin on erikoinen. Ymmärtääkseni kunta olisi kuitenkin henkilökohtaisen budjetin rahoitusvastuussa. Ylipäätään Patrosen et al (2012, 48). ehdotuksessa on ongelmana se, että monia väitteitä ei pohjata tarkempaan tutkimustietoon. Mahdollistaisiko henkilökohtainen budjetti todella esimerkiksi kotipalveluiden paremman saatavuuden ja vähentäisikö se merkittävästi palveluiden järjestämisen kustannuksia?

Näyttäisi siltä, että henkilökohtaisen budjetin käyttäjän olisi oltava ikään kuin valmiiksi autonominen henkilö, joka pystyy hyödyntämään verkostojaan ja näin olemaan vastuussa omista palveluistaan ja niiden hankinnasta. Tällainen näkökulma sulkee mielestäni suuren asiakasryhmän pois potentiaalisista henkilökohtaisen budjetin käyttäjistä. Toisaalta tutkimukseni aineisto tukee oletusta, jonka mukaan henkilökohtainen budjetti soveltuisi parhaiten liikuntavammaisille henkilöille. Budjetin sopivuutta on kuitenkin pohdittava jokaisen henkilön kohdalla erikseen, joten tässä mielessä palveluita olisi mahdollista saada tarkat yksilölliset tarpeet huomioonottaen.

Asiakkaiden tulotasolla saattaa olla myös vaikutusta asiakkaiden valinnanmahdollisuuksiin. Mikäli henkilökohtainen budjetti on pieni, niin kuin aineiston perusteella näytti monissa tapauksissa olevan, kykenevätkö esimerkiksi pienituloiset hankkimaan tarvitsemansa palvelut budjetin avulla? Vai joutuvatko he maksamaan suuria asiakasmaksuosuuksia, niin kuin jossain tapauksissa palvelusetelin kohdalla on tapahtunut

(Linnoosmaa 2012)? Entä kykenevätkö asiakkaat maksamaan avustajilleen tai omaishoitajilleen tarpeeksi palkkaa? Englantiin on muodostunut hoivamarkkinat, mutta niille tunnusomaista on muun muassa henkilökohtaisten avustajien alhainen palkka- ja koulutustaso. Oltaisiinko siis Suomeen luomassa mahdollisesti organisoimatonta matalapalkkaista hoivatyösektoria?

Henkilökohtaisen budjetin sanotaan lisäävän työpaikkoja ja elinkeinomahdollisuuksia. Erilaisten neuvontapalveluiden ja asiakasohjaajien tarve varmasti kasvaisi myös Suomessa, mutta uusien työpaikkojen lisääntyminen jäisi nähtäväksi, sillä henkilökohtainen budjetti ja palvelusetelijärjestelmä ovat näkemykseni mukaan työllisyysvaikutuksiltaan suurimmaksi osaksi päällekkäisiä. Ne, jotka toimivat tällä hetkellä palvelusetelijärjestelmässä palveluntuottajina, joutuisivat kuitenkin todennäköisesti joustavoittamaan ja muuttamaan tarjoamiaan palveluita, mikäli he aikoisivat tarjota palveluita myös henkilökohtaisen budjetin käyttäjille. Uudenlaisten palveluiden syntyminen saattaisi kuitenkin olla täysin mahdollista, mikäli palveluntuottajilla on halua ja kykyä kehittää uusia innovaatioita.

Tutkimusaineistossani erityisen selkeästi esille nousi informaation merkitys sekä asiakkaiden valtaistamisen että henkilökohtaisen budjetin hallinnoimisen ja laajentamisen kannalta. Ilman toimivia ja kaikille vapaasti saatavilla olevia tuki- ja neuvontapalveluita asiakkaat jäävät yksin henkilökohtaiseen budjettiin liittyvien kysymystensä kanssa. Tuki- ja neuvontapalvelut saattaisivat myös lisätä esimerkiksi ikääntyneiden kiinnostusta henkilökohtaisen budjetin käyttöön. Myös paikallisille sosiaaliviranomaisille on oltava tarjolla riittävästi tietoa, jotta he pystyvät neuvomaan asiakkaitaan, jotka harkitsevat henkilökohtaisen budjetin käyttöönottoa. Tämä tosin lisää kustannuksia, sillä uuden järjestelmän muodostaminen sekä asiakas- ja palveluohjaajien kouluttaminen vaatii lisäresursseja. Tämä pätee myös palveluntuottajiin, jotka tarvitsevat yhtä lailla ohjausta ja panostusta siirryttäessä uuteen järjestelmään. Palveluntuottajia pitäisi myös valvoa jollakin tavalla, mikäli palveluiden laatu halutaan varmistaa. Väärinkäytösten estämiseksi maksukorttijärjestelmän luominen näyttäisi olevan tarpeellista. Suomeen ehdotetussa mallissa käytettäisiin nimenomaan tällaista maksukorttia, mikä varmasti vähentäisi mahdollisuuksia väärinkäytöksiin. Maksukorttijärjestelmän luominen vaatii toki myös resursseja.

Ilmeisesti kunnissa on kiinnostusta henkilökohtaisen budjetin käytölle. Esimerkiksi Keski-Suomen alueella on käynnissä tällä hetkellä Oma tupa, oma lupa -hanke, jonka tavoitteena

on luoda kunnille suunnitelma ikääntyneille suunnatun henkilökohtaisen budjetin käyttöönotosta. Samoin Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteissä on otettu henkilökohtainen budjetti käyttöön vammaispalveluissa. Henkilökohtaisen budjetin käytön laajeneminen tarvitsee kuitenkin todennäköisesti lainsäädännöllisiä muutoksia, sillä tällä hetkellä sitä tarjotaan vain palvelusetelienä. Ennen henkilökohtaisen budjetin mahdollista laajenemista on tehtävä tarkkaa tutkimusta sen käytöstä, eduista, haitoista, kustannuksista sekä vaikutuksista asiakkaisiin, työntekijöihin ja palvelujärjestelmään. Luotaisiinko Suomeen esimerkiksi henkilökohtaisen budjetin järjestelmä, johon olisivat oikeutettuja kaikki? Korvattaisiinko sillä kokonaan omaishoidontuki ja palvelusetelijärjestelmä? Kuten Kuusinen-James (2012) tutkimuksessaan totesi, palvelusetelijärjestelmän valinnanvapaus saattaa olla vain näennäistä, joten henkilökohtaisen budjetin todelliset valinnanmahdollisuudet herättävät myös kysymyksiä. Olisiko henkilökohtainen budjetti kuitenkin vain yksi lisäosa jo valmiiksi pirstaleiseen sosiaali- ja terveystieteiden palvelujärjestelmään?

7.4. Tutkimuksen luotettavuus ja tutkimusprosessin arviointi

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kuuluu menetelmänä laadulliseen tutkimukseen. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuus on aina suuri kysymys: voiko objektiivista tietoa tuottaa laadullisin menetelmin? Metodikirjallisuudessa luotettavuutta käsitellään yleensä validiteetin ja reliabiliteetin käsitteiden kautta. Validiteetti viittaa siihen, onko tutkimuksessa tutkittu sitä, mitä on luvattu. Reliabiliteetti puolestaan taas tarkoittaa tutkimuksen toistettavuutta. Näiden käsitteiden käyttöä laadullisen tutkimuksen arvioinnissa on kritisoitu siksi, että ne ovat syntyneet vastaamaan lähinnä määrällisen tutkimuksen tarpeisiin. Laadullisessa tutkimuksessa validiteetilla tarkoitetaan esimerkiksi sitä, kuinka eheä tutkimuksen kohteeksi määritelty ilmiö on. Reliabiliteetin sijaan taas voidaan puhua siirrettävyydestä eli voitaisiinko aihetta tutkia uudelleen ja päätyä samankaltaisiin lopputuloksiin. Vaikka tutkimus ei päätyisikään yleistettävään tietoon, se voi kuitenkin olla osuvaa ja hyödyllistä lisäten ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. (Puusa & Juuti 2011, 156–157.)

Tuomen & Sarajärven (2009) mukaan laadullista tutkimusta voidaan arvioida sen sisäisen johdonmukaisuuden kautta. Tutkijan on tuotava esille oma asemansa sekä selitettävä tarkasti, mikä on tutkimuksen kohde ja tarkoitus, miten tuloksiin on päästy ja mitä

menetelmää on käytetty. Tutkimusprosessin on oltava julkinen, mikä tarkoittaa tässä pro gradu-työssä sitä, että tutkimuksen vaiheet on raportoitu tarkasti. Laadullisen tutkimuksen luonteeseen kuuluu, että tutkijan tekemät ratkaisut käyvät helposti ilmi tutkimuksesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 133–138.)

Opinnäytetyön aiheuttamat rajoitukset vaikuttavat tämän tutkimuksen luotettavuuteen. Tutkimukseni kattavuutta vähentää päätökseni käyttää aineiston keruuseen vain elektronisia tietokantoja. Esimerkiksi Metsämuurosen (2005) mukaan myös harmaan kirjallisuuden ja muiden hakumenetelmien käyttäminen on systemaattisissa kirjallisuuskatsauksissa tärkeää. Tästä syystä hakustrategiani ei ole täysin kattava, vaikka sinänsä systemaattisesti suljinkin harmaan kirjallisuuden pois kirjallisuuskatsauksestani. Elektronisista tietokannoista oli löydettävissä maksuttomasti tutkimuskysymysteni kannalta relevantteja aineistoja, minkä johdosta en nähnyt tarpeelliseksi käyttää muita hakumenetelmiä, sillä aineisto olisi saattanut paisua liian suureksi. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa aineiston rajaus on tärkeää ja mielestäni onnistuin siinä hyvin. Lisäksi olen pyrkinyt toteuttamaan aineiston keruun ja analysoinnin systemaattisesti sekä raportoimaan tekemäni valinnat tarkasti, jotta tutkimus olisi mahdollisimman läpinäkyvä. Tutkimuksen läpinäkyvyyttä lisäävät myös liitteinä olevat taulukot tutkimuksessa käytetyistä artikkeleista, niiden lähtökohdista, metodeista ja johtopäätöksistä sekä tekemäni kriittiset arvioinnit jokaisesta aineistoon sisällyttämästäni artikkelista.

Tutkimuksen toistettavuudessa on toki ongelmia, vaikka metodikirjoissa painotetaan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen yhden ominaisuuden olevan nimenomaan toistettavuus. Parhaimmillaan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tuottaa tutkijaryhmä, jolla on resursseja etsiä ja käyttää hyvin monipuolisia aineistoja. Aveyardin (2007) mukaan opinnäytetyöntekijän ei kuitenkaan oleteta pystyvän täydelliseen systemaattisuuteen, vaikka hänenkin on noudatettava systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita. Olen noudattanut tämän tutkimuksen teossa metodikirjallisuudessa annettuja ohjeita ja pyrkinyt näin tekemään tutkimuksestani niin systemaattisen kuin se on käytettävissä olevilla resursseilla ollut mahdollista. Jos reliabiliteetin sijaan puhutaan tutkimuksen siirrettävyydestä, näkisin, että toisen tutkijan olisi mahdollista toistaa tutkimukseni ja päätyä ainakin samankaltaisiin johtopäätöksiin.

Aineistolähtöisessä analyysissä ihanteena olisi lähteä liikkeelle ilman ennakkoolettamuksia tai määritelmiä. Tässä tutkimuksessa olen kuitenkin joutunut tutustumaan

henkilökohtaisen budjetin käyttöön ennen aineiston keräämistä, joten tässä mielessä aineistolähtöisyyden ideaali ei täysin toteudu. Kiinnostukseni henkilökohtaisen budjetin tutkimiseen heräsi, kun tutustuin henkilökohtaisen budjetin käytöstä laadittuun suomalaiseen raporttiin, jossa tehtiin ehdotus Suomeen luotavasta henkilökohtaisen budjetin mallista. Kyseisessä raportissa kuvailtiin jonkin verran Hollannissa ja Englannissa käytettyjä malleja, mistä sain idean tutkia näiden maiden kokemuksia perusteellisemmin.

Tämän tutkimuksen kannalta oli ongelmallista se, että Hollannissa on tehty hyvin paljon henkilökohtaiseen budjettiin liittyvää tutkimusta vain hollanniksi, mikä luonnollisesti rajoitti käytettävissä olevan aineiston määrää huomattavasti. Tämä vaikutti myös siihen, miksi Hollantia käsittelevien artikkelien osuus jäi pienemmäksi kuin Englannin osuus. Lisäksi asiakkaiden valtaistuminen tuli Hollannin tapauksessa esiin lähinnä suhteessa perheeseen ja henkilökohtaisen budjetin kautta palkattuihin hoitajiin. Olisin voinut ottaa toiseksi kohdemaakseni Hollannin sijaan vaikkapa Yhdysvallat, mikä olisi vähentänyt kieliongelmiä merkittävästi - halusin kuitenkin käsitellä Hollannin mallia, sillä se poikkeaa hyvin paljon Englannin mallista, vaikka Englanti onkin ottanut mallia Hollannin kokemuksista. Päätökseeni valita Hollanti kohdemaaksi vaikutti kaksi merkittävää asiaa: ensinnäkin Hollanti otti ensimmäisenä käyttöön henkilökohtaisen budjetin eli sen voidaan katsoa olevan henkilökohtaisen budjetin mallin perustajamaa. Toinen päätökseeni vaikuttanut asia oli Hollannin päätös lopettaa henkilökohtaisen budjetin käyttö lähes kokonaan. Tämä toi mielestäni mielenkiintoista perspektiiviä tutkimukseeni. Koko tutkimukseni ajan olen pyrkinyt tuomaan molempien maiden kokemukset tasapuolisesti esiin sekä sitomaan kokemukset tutkimuskysymyksiin ja aineistosta nousseihin teemoihin.

Halusin tutkia asiakkaan aktivointia siksi, että se on alleviivatusti henkilökohtaisen budjetin mallin suurin tavoite. Tästä syystä koin tärkeäksi selvittää tutkimukseni viitekehyksessä Euroopan ja Suomen julkisen sektorin markkinoistumistendenssejä, sillä niiden tavoitteena on myös asiakkaan aktivoiminen. Lisäksi asiakkaan aktivoiminen liittyy mielestäni laajempaan keskusteluun aktiivisesta kansalaisuudesta. Täysin aineistolähtöinen tutkimuskysymykseni sen sijaan oli henkilökohtaisen budjetin kautta palkattujen hoitajien, avustajien ja ylipäättään perheenjäsenten kokemusten tutkiminen, mikä sopi hyvin omaan tutkimukseeni ja toi aiheeseen tärkeän näkökulman. Se myös antoi paljon aineksia pohdita henkilökohtaisen budjetin soveltuvuutta Suomeen, sillä sitä on ehdotettu käytettäväksi erityisesti omaishoidossa.

Yleistettävyyden kannalta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmien kansainvälinen vertailu on haastavaa, sillä kunkin maan toimintatavat poikkeavat toisistaan. Analysoinnissani en käynyt kaikkia tutkimuksia läpi kysyen jokaiselta tutkimukselta tiettyjä kysymyksiä. Kaikkia löytämiäni koodeja ei esiinny kaikissa tutkimuksissa. Jotkut analyysiin nostamistani asioista ovat olleet peräisin vain yhdestä tutkimuksesta tai yksittäiseltä haastateltavalta, mutta olen kokenut niiden kertovan jotain olennaista henkilökohtaisesta budjetista. Tästä syystä tutkimukseni tuloksia ei voi pitää täysin luotettavina eikä yleistettävänä.

Tässä tutkimuksessa käytetyt tutkimukset Englannin ja Hollannin kokemuksista kuitenkin antavat perspektiiviä Suomeen mahdollisesti luotavaan henkilökohtaisen budjetin malliin jo siitä syystä, että suomalainen Kehitysvammaisten palvelusäätiö tekee yhteistyötä englantilaisen In Control-järjestön kanssa. Lisäksi Englanti on pyrkinyt ottamaan mallia Hollannista. En ole pyrkinyt yleistämään tai esittämään tuloksia merkittävämpinä kuin ne ovat, vaikka tiettyjen henkilöiden kirjoittamat artikkelit saivatkin enemmän painoarvoa. Henkilökohtaista budjettia tutkii ilmeisesti varsin pieni joukko tutkijoita - tätä osoittaa etenkin se, että aineistoni artikkeleissa tutkijat viittaavat paljon toistensa tutkimuksiin. Toisaalta tämä havainto myös vahvisti luottamustani siihen, että aineistoni koostuu tarpeeksi korkeatasoisista artikkeleista.

Kaiken kaikkiaan pystyin mielestäni aineiston avulla vastaamaan esittämiini tutkimuskysymyksiin hyvin. Kahteen ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastasin luvussa 6, jossa pohdin asiakkaiden valtaistumista ja valinnanmahdollisuuksia sekä henkilökohtaisen budjetin eri osapuolten kokemuksia budjetin käytöstä. Analyysi sisälsi asiakkaiden, perheiden, hoitajien, avustajien ja hallinnon näkökulmat henkilökohtaisen budjetin käytöstä. Luvun 7 yhteenvedossa puolestaan kokosin eri osapuolten kokemukset yhteen synteetiksi, jonka avulla tarkastelin henkilökohtaisessa budjetissa ilmenneitä etuja, haittoja ja kehittämiskohteita. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus menetelmänä vaatii sitä, että tutkimuskysymykset on pidettävä jatkuvasti mielessä, sillä ne ohjaavat koko tutkimusprosessia alusta loppuun saakka. Tutkimuskysymysten sisällyttäminen aineiston sisäänottokriteereihin varmisti, että aineistoni koostuu tutkimuskysymysteni kannalta relevanteista artikkeleista. Henkilökohtainen budjetti liittyy sosiaali- ja terveystalouden käynnissä olevaan muutosprosessiin, joten se vaatii paljon tutkimusta. Tutkimukseni perusteella voi sanoa, että henkilökohtaisen budjetin malliin ei tule siirtyä kiirehtien: piloteista on tehtävä pitkäjänteisiä tutkimuksia, joissa huomioidaan asiakkaiden lisäksi kaikkien

muiden henkilökohtaisen budjetin käyttöön liittyvien osapuolten näkemykset ja kokemukset. Näin on mahdollista havaita budjetin vaikutukset kokonaisvaltaisemmin.

7.5. Lopuksi

Tätä tutkimusta tehdessäni mielipiteeni henkilökohtaisesta budjetista on muuttunut moneen kertaan. Käyttämäni aineisto on antanut ajattelemisen aihetta sekä budjetin puolesta että sitä vastaan. Tutkimuskysymykseni henkilökohtaisen budjetin eduista ja haitoista ei kuitenkaan vastaa siihen kysymykseen, millainen etu tai haitta henkilökohtainen budjetti olisi suhteessa koko palvelujärjestelmään. Vaarana voi olla, että ihmiset eriarvoistuvat, mikäli ne, joilla on tarpeeksi kykyä tehdä valintoja, saavat kärjistetyksi ohituskaistan kaikkein heikoimmassa asemassa oleviin nähden, jotka joutuvat tyytymään siihen, mitä julkinen sektori tarjoaa. Tällöin osa asiakkaista saattaa kyllä valtaistua, mutta toisten asiakkaiden kustannuksella. Toisaalta voidaan myös kysyä, tarjoaako henkilökohtainen budjetti valtaistumisväylän vain niille, jotka ovat jo valtaistuneet eli kykenevät tekemään asiantuntevia valintoja ja hallinnoimaan budjettia.

Kysymykseksi jää toistaiseksi se, olisiko kunnilla tarpeeksi resursseja ja halua luoda järjestelmä, jossa henkilökohtaisen budjetin suuruus olisi riittävä ja sen käyttö joustavaa kunkin asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Eri ryhmät vaativat tarkkaa suunnittelua, sillä esimerkiksi ikääntyneiden on todettu kokevan itsemääräämisoikeuden sijaan stressiä henkilökohtaisen budjetin hallinnoimisesta. Henkilökohtaisen budjetin pilotteja on tutkittava kaikkien osapuolten näkökulmasta ja tarpeeksi pitkään, jotta budjetin vaikutukset kaikkiin osapuoliin olisi mahdollista havaita. Henkilökohtainen budjetti on ideana varsin yksinkertainen, mutta sen toteuttaminen voi olla hankalaa, ainakin laajemmassa mittakaavassa.

Henkilökohtaisen budjetin tavoitteet istuvat hyvin markkinoiden logiikkaan, mutta myös aktiiviseen kansalaisuuteen. Itsemääräämisoikeus on tavoitteena hyvä, mutta siirtäisikö henkilökohtainen budjetti julkisen sektorin sosiaali- ja terveystalouden järjestämisvastuuta enemmän yksilöille itselleen? Henkilökohtaisen budjetin kehittäminen lähti Hollannissa ja Englannissa liikkeelle kansalaisliikkeiden vaatimuksesta. Kansalaiset ovat siis olleet merkittävä toimija uutta hoivapolitiikkaa luotaessa eikä heitä pidä katsoa pelkäsi taakaksi sosiaali- ja terveystaloudelle. Samalla hoivapolitiikka ja sen käytännöt kuitenkin määrittelevät uudelleen kansalaisuutta ja kansalaisten roolia sosiaali-

ja terveyspolitiikassa. Vaatimukset valinnanmahdollisuuksista ja itsemääräämisoikeudesta henkilökohtaisen budjetin muodossa lähtivät kansalaisten aloitteesta – ovatko kansalaiset siis muuttamassa rakenteita vai rakenteet kansalaisia?

LÄHTEET

Kirjalliset lähteet:

Adams, R. (1996) *Social work and Empowerment*. Macmillan, Hampshire.

Anttonen, A., Häikiö, L. (2011) *From social citizenship to active citizenship?* Teoksessa Newman, J., Tonkens, E. (toim.) (2011) *Participation, Responsibility and Choice. Summoning the Active Citizen in Western European Welfare States*. Amsterdam University Press, Amsterdam, 67-87.

Anttonen, A., Valokivi, H., Zechner, M. (2009) *Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki*. Vastapaino, Tampere.

Aveyard, H. (2007) *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide*. Open University Press, Berkshire.

Aveyard, H. (2010) *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide (2nd edition)*. Open University Press, Berkshire.

Bonoli, G., George, V., Taylor-Gooby, P. (2000) *European Welfare Futures. Towards a Theory of Retrenchment*. Polity Press, Cambridge.

Eronen, A., Hakkarainen, T., Londén, P., Nykyri, P., Peltosalmi, J., Särkelä, R. (2013) *Sosiaalibarometri 2013. Ajankohtainen arvio hyvinvoinnista, palveluista sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä*. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry, Helsinki.

Eskola, J., Suoranta, J. (2003) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino, Tampere.

Esping-Andersen, G. (1996) *After the Golden Age? Welfare State Dilemmas in a Global Economy*. Teoksessa Esping-Andersen G. (toim.) (1996) *Welfare States in Transition. National Adaptations in Global Economies*. SAGE Publications Ltd, London, 1–31.

Esping-Andersen, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Polity Press, Cambridge.

Etzioni, A. (1996) *The New Golden Rule: Community And Morality In A Democratic Society*. Basic Books, New York.

Giddens, A. (1998) *The Third Way. The Renewal of Social Democracy*. Polity Press, Cambridge.

Gilbert, N. (2005) *The "Enabling State?" From public to private responsibility for social protection: pathways and pitfalls*. OECD Employment and Migration Working Papers, 26/2005.

Ginneken, E., Groenewegen, P., McKee, M. (2012) *Personal healthcare budgets: what can England learn from the Netherlands?* *British Medical Journal* 344.

- Heinämäki, L. (2012) Valtionhallinnon ohjelmaohjaus kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa 2000-luvulla. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Hemerijck, A. (2002) Self-Transformation of the European Social Model(s). Teoksessa: Esping-Andersen, G., Gallie, D., Hemerijck, A., Myles, J. (2002) Why We Need a New Welfare State. Oxford University Press, Oxford, 173-219.
- Hemerijck, A. (2013) Changing welfare states. Oxford University Press, Oxford.
- Houtepen, R., Ter Meulen, R. (2000) The Expectation(s) of Solidarity: Matters of Justice, Responsibility and Identity in the Reconstruction of the Health Care System. *Health Care Analysis* 8, 355-376.
- Hvinden, B., Johansson, H. (2007) Citizenship in Nordic Welfare States. Dynamics of choice, duties and participation in a changing Europe. Routledge, Lontoo.
- Häikiö, L., Van Aerscoht, L., Anttonen, A. (2011) Vastuullinen ja valitseva kansalainen: vanhushoivapolitiikan uusi suunta. *Yhteiskuntapolitiikka* 76:3, 239–250.
- Julkunen, R. (2001) Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Vastapaino, Tampere.
- Julkunen, R. (2006) Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Stakes, Helsinki.
- Juntunen, E. (2010) Hollannin malli: Henkilökohtainen budjetti sosiaali- ja terveystalouksissa. Sitran selvityksiä 37. Sitra, Helsinki. Saatavilla www-muodossa: <http://www.sitra.fi/julkaisut/Selvityksi%C3%A4-sarja/Selvityksi%C3%A4%2037.pdf> (luettu 1.6.2013)
- Kallio, J. (2010) Hyvinvointipalvelujärjestelmän muutos ja suomalaisten mielipiteet 1996-2006. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 108 (väitöskirja). Kela, Helsinki.
- Knijn, T., Verhagen, S. (2007) Contested Professionalism. Payments for Care and the Quality of Home Care. *Administration & Society* 39: 4, 451–475
- Konttinen, E., Ruuskanen, P., Siisiäinen, M. (2010). Osallistuminen kansalaisyhteiskunnassa ja osallistumisen tutkimus. Teoksessa: K. Elo (toim.), *Suomalaisten kansalaisosallistumisen tutkimuksen bibliografia 2000-2009*. Oikeusministeriön Selvityksiä ja ohjeita (15 / 2010). Oikeusministeriö, Helsinki, 19–38.
- Koskiahho, B. (2008) Hyvinvointipalvelujen tavaratalossa. Vastapaino, Tampere.
- Kotkas, T. (2009) Terveiden ja sosiaalisen turvallisuuden hallinnointi 2000-luvun Suomessa - menettelylliset oikeudet ja aktiivinen kansalaisuus. *Lakimies* 2/2009, 207–225.
- Kremer, M. (2006) Consumers in charge of care: the Dutch personal budget and its impact on the market, professionals and the family. *European Societies* 8:3, 385–401.

- Kröger, T. (1997) Hyvinvointikunnan aika. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Kröger, T., Leinonen, A. (2012) Transformation by stealth: the retargeting of home care services in Finland. *Health and Social Care in the Community* 20:3, 319–327.
- Kuusinen-James, K. (2012) Tuoko palveluseteli valinnanvapautta? Kunnallisan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 68. Pole-Kuntatieto Oy, Helsinki.
- Kähkönen, L. (2007) Neljä näkökulmaa kuntasektorin palvelujen kilpailuttamiseen. Pellervon taloudellisen tutkimuslaitoksen työpapereita n:o 98, Pellervon taloudellinen tutkimuslaitos, Helsinki.
- Larsen, T., Taylor-Gooby, P. (2004) New Risks at the EU Level; A Spillover from Open Market Policies? Teoksessa Taylor-Gooby, P. (2004) *New Risks, New Welfare. The Transformation of the European Welfare State*. Oxford University Press, Oxford.
- Le Grand & Bartlett (1993): *Quasi-Markets and Social Policy*. MacMillan, Hampshire.
- Lehto, M. (2005) Takaisin tulevaisuuteen – valtion ja kuntien yhteinen taival. Kunnallisan kehittämissäätiön Polemia-sarjan julkaisu nro 56. Pole-Kuntatieto Oy, Helsinki.
- Linnosmaa, I. (2012) *Palvelusetelit sosiaalipalveluissa*. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Macdonald, G. (2003) Using systematic reviews to improve social care. SCIE. Reports: no 4, November 2003.
- Meagher, G. & Szebehely, M. (2013) *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences*. Stockholm University, Stockholm.
- Metsämuuronen, J. (2005) Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus, Helsinki.
- Metsämuuronen, Jari (2005). Näyttöön perustuva päätöksenteko ja systemoitu kirjallisuuskatsaus. *Psykologia* 40: 578.
- Newman, J. (2005) *Remaking Governance. Peoples, politics and the public sphere*. The Policy Press, University of Bristol.
- Newman, J., Tonkens, E. (2011) Introduction. Teoksessa *Participation, Responsibility and Choice. Summoning the Active Citizen in Western European Welfare States*. Amsterdam University Press, Amsterdam, 9–28.
- Niemelä, M. (2008) Julkisen sektorin reformin pitkä kaari Valtava-uudistuksesta Paras-hankkeeseen. *Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia* 102. Kela, Helsinki.
- Patronen, M., Melin, T., Tuominen-Thuesen, M., Juntunen, E., Laaksonen, S., Karikko, W. (2012) *Henkilökohtainen budjetti. Asiakaslähtöinen toimintamalli omaishoidossa*. Tampereen kaupunki ja Sitra.

Pettigrew, M., Roberts, H. (2006) *Systematic Reviews in the Social Sciences: A Practical Guide*. Blackwell, Malden.

Pierson, C. (2007) *Beyond the Welfare State? The New Political Economy of Welfare State*. The Pennsylvania State University Press, Pennsylvania.

Pijl, M., Ramakers, C. (2007) *Contracting One's Family Members: The Dutch Care Allowance*. Teoksessa: Ungerson, C., Yeandle, S. (2007) *Cash for Care in Developed Welfare States*. Palgrave MacMillan, Hampshire, 81–103.

Pollitt, C., Bouckaert, G. (2011) *Public Management Reform. A Comparative Analysis. New Public Management, Governance and The Neo-Weberian State*. Oxford University Press, Oxford.

Pope, C., Mays, N., Popay, J. (2007) *Synthesizing Qualitative and Quantitative Health Evidence. A Guide to Methods*. Open University Press, Maidenhead.

Puusa, A., Juuti, P. (2011) *Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Johtamistaidon opisto, Kirkkonummi*.

Rose, N. (1999) *Powers of Freedom. Reframing Political Thought*. University Press, Cambridge.

Rutter, D., Francis, J., Coren, E., Fisher, M. (2010) *SCIE Systematic Research Reviews: Guidelines (2nd edition)* Social Care Institute for Excellence, London.

Saari, J. (2001) *Reformismi. Sosiaalipolitiikan perusteet 2000-luvun alussa. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisuja 57*. Gaudeamus, Helsinki.

Selkälä, A. (2013) *Kansalaisuuden hallinta suomalaisessa sosiaali- ja terveystieteissä*. Lapin yliopistokustannus, Rovaniemi.

Servian, R. (1996) *Theorising Empowerment. Individual Power and Community Care*. Policy Press, Bristol.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja (2012) *Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelma. KASTE 2012–2015*. Tampereen yliopisto, Tampere.

Stenvall, J., Virtanen, P. (2012) *Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen. Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet*. Tietosanoma, Helsinki.

Taylor-Gooby, P. (2004) *New Risks, New Welfare. The Transformation of the European Welfare State*. Oxford University Press, Oxford.

Timonen, V. (2003) *Restructuring the Welfare State*. Edward Elgar, Cheltenham.

Tonkens, E. (2011) *The embrace of responsibility. Citizenship and governance of social care in the Netherlands*. Teoksessa *Participation, Responsibility and Choice. Summoning*

the Active Citizen in Western European Welfare States. Amsterdam University Press, Amsterdam, 45–66.

Tuomi & Sarajärvi (2009) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, Helsinki.

Uittomäki, K. (2012) Seinätön vanhusten palvelukeskus. *Vanhustenhuollon uudet tuulet* 1/2012.

Uotinen, S. (2009) Palveluseteli. Helsingin Kamari Oy, Helsinki.

Valkama, P. (2004) Kilpailuneutraliteetin toteutuminen kuntapalveluiden näennäismarkkinoilla. Tampereen yliopisto, Tampere.

Yeandle, S., Kröger, T., Cass, B. (2012) Voice and choice for users and carers? Developments in patterns of care for older people in Australia, England and Finland. *Journal of European Social Policy* 22:4, 432–445.

Internet-lähteet:

AgeUk. Factsheet 24 (2013) Self-directed support: direct payments and personal budgets. Saatavilla www-muodossa: http://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/Factsheets/FS24_Self-directed_support-direct_payments_and_personal_budgets_fcs.pdf?dtrk=true (luettu 12.7.2013)

Bell, C., Nash, J., Thomas, L. (2010) Social Care in England - A Brief History. Teoksessa Bell, C., Clarke, P. (2010) Caring and Working in Ageing Societies - Flexible Lives, Ageless Working. Saatavilla www-muodossa: <http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.skillsforcare.org.uk%2Fnmruntime%2Fsaveasdialog.aspx%3FIID%3D8707%26sID%3D2149&ei=QyjIUfDBCcmYtAaso4CQAg&usg=AFQjCNFH9fZqXHUXqnAlWtYpZGwbb4o7nA&bvm=bv.48705608,d.Yms> (luettu 15.7.2013)

Care Quality Commission. About us. Saatavilla www-muodossa: <http://www.cqc.org.uk> (luettu 19.7.2013)

Department of Health. Putting People First. A shared vision and commitment to the transformation of Adult Social Care. (2007) Saatavilla www-muodossa: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/dh_081118 (luettu 15.7.2013)

Decruynaere, E. (2010) The Personal Budget (PGB) in the Netherlands. Expertise Centre Independent Living. Saatavilla www-muodossa: http://www.independentliving.be/upload/EOL/Publicaties/English%20def/The%20PGB%20in%20the%20Netherlands_ED_2010.pdf (luettu 1.12.2012)

Department of Health. White paper: Our health, our care, our say: a new direction for community services. Crown Copyright 2006. Saatavilla www-muodossa: <http://www.official-documents.gov.uk/document/cm67/6737/6737.pdf> (luettu 15.7.2013)

Euroopan sosiaalinen peruskirja. Valtion säädöstietopankki. Valtiosopimukset. 44/1991. Saatavilla www-muodossa: <http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1991/19910044> (luettu 6.2.2013)

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi kunta- ja palvelurakennemuutoksesta. Eduskunnan asiakirja-arkisto. HE 155/2006 vp. Saatavilla www-muodossa: <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2006/20060155> (luettu 13.4.2012)

Hallituksen esitys eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi. Eduskunnan asiakirja-arkisto. HE 90/2010 vp. Saatavilla www-muodossa: <http://217.71.145.20/TRIPviewer/show.asp?tunniste=HE+90/2010&base=erhe&palvelin=www.eduskunta.fi&f=WORD> (luettu 1.9.2012)

InControl. Kotisivut. Saatavilla www-muodossa: <http://www.in-control.org.uk/> (luettu 18.7.2013)

Kansaneläkelaitos. Sosiaaliset oikeudet. Saatavilla www-muodossa: <http://www.kela.fi/sosiaalisetoikeudet> (luettu 1.2.2014)

Kehitysvammaisten palvelusäätiö. Tiedän mitä tahdon -projekti. Saatavilla www-muodossa: <http://www.kvps.fi/kehittamistoiminta/tiedan-mita-tahdon/> (luettu 12.11.2012)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Valtion säädöstietopankki. Saatavilla www-muodossa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980> (luettu 3.7.2013)

Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta. Säädökset. Valtionvarainministeriön julkaisut ja asiakirjat. Saatavilla www-muodossa: http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/03_muut_asiakirjat/20071220Saeaedoek/laki_kuntajapalvelurakennemuutoksesta_090207.pdf (luettu 12.1.2012)

Laki julkisista hankinnoista. Valtion säädöstietopankki. Saatavilla www-muodossa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070348> (luettu 2.3.2012)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä. Valtion säädöstietopankki. Saatavilla www-muodossa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090569> (luettu 2.3.2012)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 3.8.1992/733. Valtion säädöstietopankki. Saatavilla www-muodossa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920733> (luettu 22.4.2012)

Luostarinen, S. (2013) Lauttasaari-hankkeesta KÄPI-projektiin. Helsingin kaupungin kokemuksia henkilökohtaisen budjetoinnin pilotoinnista omaishoitajille ja jatkokehittäminen. Henkilökohtaisen budjetoinnin seminaari Jyväskylä 20.11.2013. Saatavilla www-muodossa: http://www.jyvaskyla.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvaskyla/wwwstructure/65370_Lauttasaaresta_KAPI_hankkeeseen_Luostarinen.pdf (luettu 1.2.2014)

Lähdesmäki, K. (2003) New Public Management ja julkisen sektorin uudistaminen. Saatavilla www-muodossa: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_952-476-004-5.pdf (luettu 12.3.2014)

National Health Service. Practical Support. Direct Payments. Saatavilla www-muodossa: <http://www.nhs.uk/CarersDirect/guide/practicalsupport/Pages/Directpayments.aspx> (luettu 1.7.2013)

Patronen, M. (2013) Kotona asumista tukeva hankekokonaisuus. Oma tupa, oma lupa - Henkilökohtaisen budjetoinnin seminaari Jyväskylä 20.11.2013. Saatavilla www-muodossa: http://www.jyvaskyla.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvaskyla_wwwstructure/65368_Tampereen_kaupunki_ikaihmosten_Patronen.pdf (luettu 1.2.2014)

Per Saldo. Kotisivut. Saatavilla www-muodossa: <http://www.pgb.nl/english> (luettu 4.7.2013)

Personal Budgets Survey (2012) Directors of Adult Social Services. Saatavilla www-muodossa: <http://www.adass.org.uk/images/stories/Policy%20Networks/Resources/Key%20Documents/PersonalBudgetsSurveyMarch2012.pdf> (luettu 19.7.2013)

Royal Borough of Kensington and Chelsea. People First: Self-directed support factsheets. Saatavilla www-muodossa: <http://www.rbkc.gov.uk/healthandsocialcare/peoplefirst/gettingintouch/policyandleaflet/adultpolicy/self-directedsupport.aspx> (luettu 19.7.2013)

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos osana kuntauudistusta. Kehittämishjelmat ja -hankkeet. Saatavilla www-muodossa: http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakennemuutos (luettu 8.7.2013)

Sosiaali- ja terveysministeriö. Palveluseteli. Saatavilla www-muodossa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/asiakasmaksut/palveluseteli (luettu 12.10.2013)

Sosweb. Sosiaalityön työmenetelmät. Valtaistava sosiaalityö. Helsingin yliopisto. Saatavilla www-muodossa: <http://www.helsinki.fi/sosiaalityo/tietoa/sosweb/sivut/valtaistavatapa.htm#> (luettu 1.4.2014)

Suomen perustuslaki. Sosiaaliset oikeudet. Saatavilla www-muodossa: <http://plus.edilex.fi/kela/fi/lainsaadanto/19990731?toc=1> (luettu 1.3.2013)

Aineiston artikkeleiden lähteet:

Arksey, H., Baxter, K. (2012) Exploring the Temporal Aspects of Direct Payment. *British Journal of Social Work* 42, 147–164.

Blyth, G. & Gardner, A. (2007) "We're not asking for anything special": direct payments and the carers of disabled children. *Disability & Society* 22: 3, 235–249.

Coyle, D. (2011) Impact of person-centred thinking and personal budgets in mental health services: reporting a UK pilot. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 18, 796–803.

Fernandez, J., Kendall, J., Davey, V., Knapp, M. (2007) Direct Payments in England: Factors Linked to Variations in Local Provision. *Journal of Social Policy* 37, 97–121.

Glendinning, C., Halliwell, S., Jacobs, S., Rummery, K., Tyrer, J. (2000a) Bridging the gap: using direct payments to purchase integrated care. *Health and Social Care in the Community* 8:3, 192–200.

Glendinning, C., Halliwell, S., Jacobs, S., Rummery, K., Tyrer, J. (2000b) New kinds of care, new kinds of relationships: how purchasing services affects relationships in giving and receiving personal assistance. *Health and Social Care in the Community* 8:3, 201–211.

Grootegoed, E., Knijn, T., Da Roit, B. (2010) Relatives as paid care-givers: how family carers experience payments for care. *Ageing & Society* 30, 467–489.

Kremer, M. (2006) Consumers in Charge of Care: the Dutch Personal Budget and Its Impact on the Market, Professionals and the Family. *European Societies* 8:3, 385–401.

Leece, D., Leece, J. (2006) Direct Payments: Creating a Two-Tired System in Social Care? *British Journal of Social Work* 36, 1379–1393.

Leece, J., Peace, S. (2010) Developing New Understandings of Independence and Autonomy in the Personalised Relationship. *British Journal of Social Work* 40, 1847–1865.

Leece, J. (2010) Paying the Piper and Calling the Tune: Power and the Direct Payment relationship. *British Journal of Social Work* 40, 188–206.

Netten, A., Jones, K., Knapp, M., Fernandez, J., Challis, D., Glendinning, C., Jacobs, S., Manthorpe, J., Moran, N., Stevens, M., Wilberforce, M. (2011) Personalisation through Individual Budgets: Does it Work and Whom? *British Journal of Social Work*, 1–8.

Priestley, M., Jolly, D., Pearson, C., Ridell, S., Barnes, C., Mercer, G. (2007) Direct Payments and Disabled People in the UK: Supply, Demand and Devolution. *British Journal of Social Work* 37, 1189–1204.

Timonen, V., Convery, J., Cahill, S. (2006) Care revolutions in the making? A comparison of cash-for-care programmes in four European countries. *Ageing and Society* 26: 3, 455–474.

Ungerson, C. (2004) Whose empowerment and independence? A cross-national perspective on 'cash-for-care schemes. *Ageing and Society* 24:2, 189–212.

Van den Berg, B., Hassink, W. (2008) Cash benefits in long-term home care. *Health Policy* 88, 209–221.

Van Harten, W., Veldhuis, M., Hoeksma, B., Krabbendam, K. (2007) Strategic behaviour of institutional providers in mental handicapped care in the Netherlands. *Journal of Health Organization and Management* 21: 2, 184–193.

Wilberforce, M., Glendinning, C., Challis, D., Fernandez, J., Jacobs, S., Jones, K., Knapp, M., Manthorpe, J., Moran, N., Netten, A., Stevens, M. (2011) Implementing Consumer Choice in Long-term Care: The Impact of Individual Budgets on Social Care Providers in England. *Social Policy & Administration* 45:5, 593–612.

LIITTEET

Liite 1. Aineistoon valikoituneet tutkimukset

Tutkimuksen tekijä(t), nimi ja julkaisutiedot	Tutkimuksen tarkoitus	Metodi ja otos	Tulokset
Arksey, H., Baxter, K. (2012) Exploring the Temporal Aspects of Direct Payment. <i>British Journal of Social Work</i> 42, 147–164.	Englantilainen pitkittäistutkimus nuorten ja aikuisten sekä ikääntyneiden ruumiillisesta vammasta kärsivien tai sairaiden henkilökohtaisen budjetin käytöstä.	Kvalitatiivinen pitkittäistutkimus, jossa 30 nuorta, työikäistä aikuista tai ikääntyntä ruumiillisesta vammasta tai sairaudesta kärsivää ihmistä haastateltiin kolme kertaa vuosina 2007–2009. Metodina teemoittelu.	Henkilökohtainen budjetti on lisännyt käyttäjiensä itseluottamusta ja kykyä hallinnoida budjettia. Informaation puute on kuitenkin ollut ongelmana useissa tapauksissa. Suhteet perheeseen ja avustajiin muuttuivat.
Blyth, G. & Gardner, A. (2007) "We're not asking for anything special": direct payments and the carers of disabled children. <i>Disability & Society</i> 22: 3, 235–249.	Tutkimuksessa tarkastellaan syitä siihen, miksi tutkimuskohteena olevalla paikkakunnalla on niin paljon vammaisten lasten vanhempia, jotka käyttävät henkilökohtaista budjettia. Tutkimuksessa tarkastellaan myös budjetin vaikutuksia näiden vanhempien ja heidän lastensa elämään.	Aineisto sisältää paikallisilta viranomaisilta saatua tilastollista informaatiota budjetin käytöstä sekä kyselylomakeaineiston (n=95) ja haastatteluaineiston (n=28) vanhempien kokemuksista. Näiden lisäksi haastateltiin henkilökohtaisen budjetin tukipalveluiden tarjoajia. Metodina käytettiin grounded theorya sekä teemoittelu.	Tulosten mukaan budjetin käyttäjät ovat tyytyväisiä budjettiin, sillä sen avulla he ovat voineet palkata haluamansa ja heidän tarpeisiinsa sopivan avustajan.. 61 % haastatteluista oli palkannut joko ystävän tai sukulaisen. Budjettia pidettiin joustavana ja sopimuksellisuutta hyvänä asiana. Paikallisviranomaisilla oli suuri halu lisätä HB:n käyttöä ja heillä oli paljon tietoa asiasta. Tukipalveluiden saatavuus oli merkittävää.
Coyle, D. (2011) Impact of person-centred thinking and personal budgets in mental health services: reporting a UK pilot. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> 18, 796–803.	HB:n pilottiin osallistuneiden toipuvien mielenterveyspotilaiden kokemukset budjetin käytöstä. Lisäkö tunne itsemääräämisoikeudesta myös tunnetta valinnanvapaudesta ja autonomiasta?	Narratiivinen tutkimus haastatteluaineistosta, jossa informantteina olivat pilottiin osallistuneet asiakkaat ja työntekijät.	Tutkittavat kokivat saavansa uutta uskoa tulevaisuuteen henkilökohtaisen budjetin kautta. Yksilökeskeinen suunnitelu on tärkeää ja mahdollistaa joustavien palveluiden tarjoamisen. Ongelmana on tasa-arvon toteutuminen.
Fernandez, J., Kendall, J., Davey, V., Knapp, M. (2007) Direct Payments in England: Factors Linked to Variations in Local Provision. <i>Journal of Social Policy</i> 37, 97–121.	Tutkimuksessa tarkastellaan henkilökohtaisen budjetin käytön laajuuteen liittyviä tekijöitä ja paikallisia variaatiota. Tutkimuksessa käytetään indikaattoreina henkilökohtaisen budjetin asiakasmääriä sekä keskimääräistä henkilökohtaisen budjetin suuruutta per asiakas.	Kvantitatiivinen tutkimus, jossa käytetty monimuuttujamenetelmiä. Analyysissa oli mukana seuraavat asiakasryhmät: fyysisesti vammautuneet, ikääntyneet, oppimishäiriöiset ja henkilöt, jotka käyttivät mielenterveyspalveluita. Data kerättiin kolmen periodin ajalta: vuosina 2000/2001, 2001/2002 ja 2002/2003.	Tulosten mukaan alueilla, joilla on vain vähän tarjolla tavallista kotipalvelua, käytetään enemmän henkilökohtaista budjettia vanhus- ja vammaispalveluissa (fyysinen vamma).

Glendinning, C., Halliwell, S., Jacobs, S., Rummery, K., Tyrer, J. (2000a) Bridging the gap: using direct payments to purchase integrated care. <i>Health and Social Care in the Community</i> 8:3, 192–200.	Tutkimuksessa tarkastellaan henkilökohtaisen budjetin tuomaa joustavuutta ja autonomiaa. Voidaanko henkilökohtaisen budjetin avulla yhdistää sekä sosiaaliset että terveyteen liittyvät tarpeet, kun liikuntavammaisen henkilön hoitajaksi voidaan palkata avustaja?	Haastatteluaineisto vammaisten henkilökohtaisen budjetin käyttäjistä (n=44) kolmelta Englannin eri alueelta. Metodina käytettiin teemoittelua.	Tutkimustulosten mukaan budjetin kautta palkatut henkilökohtaiset avustajat tarjoavat sekä sosiaalista että terveyteen liittyvää hoivaa, mikä ei ollut mahdollista julkisten palveluiden kautta. Budjetin käyttäjät olivat tyytyväisiä tähän, sillä heillä oli itsemääräämisoikeus ja hoiva oli joustavaa.
Glendinning, C., Halliwell, S., Jacobs, S., Rummery, K., Tyrer, J. (2000b) New kinds of care, new kinds of relationships: how purchasing services affects relationships in giving and receiving personal assistance. <i>Health and Social Care in the Community</i> 8:3, 201–211.	Henkilökohtaisen budjetin kautta palkattujen henkilökohtaisten avustajien sekä näiden työnantajien kokemukset työsuhteen eduista ja haitoista.	Haastatteluaineisto liikuntavammaisten henkilökohtaisen budjetin käyttäjistä (n=44) kolmelta Englannin eri alueelta sekä henkilökohtaisten avustajien ryhmähaastattelu. Metodina käytettiin teemoittelua.	Molemmat osapuolet kokivat olevansa tyytyväisiä henkilökohtaiseen budjettiin. Työnvälitystoimistojen kautta palkattuihin avustajiin puolestaan ei olla tyytyväisiä. Avustajat tarvitsevat koulutusta ja yhteyttä muihin kollegoihin. Asiakkailla oli tunne itsemääräämisoikeudesta ja he kokivat elämänlaatunsa parantuneen, mikäli löysivät hyvän avustajan. Hyvän avustajan löytäminen saattoi tosin olla vaikeaa, sillä asiakkaat eivät kyenneet tarjoamaan kovin korkeaa palkkaa.
Grootegoed, E., Knijn, T., Da Roit, B. (2010) Relatives as paid care-givers: how family carers experience payments for care. <i>Ageing & Society</i> 30, 467–489.	Naispuolisten sukulaisten (ei puolisoitten) kokemukset palkattuna hoivaajana olemisesta ja suhteen sopimuksellisuudesta. Tarkoituksena on tutkia motivaatiota, palkan saamisen tärkeyttä sekä hoivatyön joustavuutta.	Syvähaastattelut (n=17), joissa esiteltiin kolme kuvitteellista hoivatilannetta, joihin haastateltavan tuli eläytyä ja reagoida. Lisäksi haastateltavilta kysyttiin heidän omia henkilökohtaisia kokemuksia, joita vertailtiin kuvitteellisista hoivatilanteista annettuihin vastauksiin. Aineistoa analysoitiin, koodattiin ja teemoiteltiin käyttämällä MAXQDA 2007-softaa.	Sukulaisten asema on hoivasuhteessa monimutkainen. Toisaalta palkan saaminen on katsottu hyväksi asiaksi ja se motivoi ja parantaa hoivasuhdetta. Toisaalta taas muodollinen sopimus muuttaa perhesuhteita. Hoitajilla on tarve tehdä työnsä hyvin ilman koulutusta tai apua, mutta myös erottaa työn tekeminen ja perhesuhteet toisistaan.
Kremer, M. (2006) Consumers in Charge of Care: the Dutch Personal Budget and Its Impact on the Market, Professionals and the Family. <i>European Societies</i> 8:3, 385–401.	Tutkimuksessa analysoidaan henkilökohtaisen budjetin vaikutuksia markkinoihin, perhesuhteisiin, ammatillisuuteen ja asiakkaisiin.	Policy-analyysi sekä survey-tutkimus kotihoitajista.	Vaikka HB:nkäyttäjät ja sen kautta palkatut hoitajat ovat tyytyväisiä, on mallissa vielä tiettyjä ongelmia. Erityisesti hoitajien asema on monimutkainen, sillä heitä ei tunnusteta varsinaisiksi työntekijöiksi. Myöskään kunnollisia hoivamarkkinoita ei Hollannissa vielä ole.

<p>Leece, D, Leece, J. (2006) Direct Payments: Creating a Two-Tired System in Social Care? <i>British Journal of Social Work</i> 36, 1379–1393.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, pystyvätkö keskiluokkaiset hyödyntämään henkilökohtaista budjettia paremmin kuin muut. Tutkimuksessa verrattiin henkilökohtaisen budjetin käyttäjien tulotasoa tavanomaisesti järjestettyjen palveluiden käyttäjien tulotasoon.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus: t-testit jatkuville muuttujille (viikottaiset tulot) ja chi toiseen testit epäjatkuville muuttujille. Otos oli yhteensä 480 henkilöä, joista 80 käytti henkilökohtaista budjettia ja joista 400 tavanomaisia (julkisia tai yksityisiä) palveluita. Budjetin käyttäjistä 13 oli ikääntyneitä (yli 60-vuotiaita) ja 67 nuorempia (18–59-vuotiaita) vammaisia henkilöitä. Tavanomaisia palveluita käyttävistä 360 henkilöä oli yli 65-vuotiaita.</p>	<p>Tulosten mukaan ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkittäviä eroja varallisuudessa.</p>
<p>Leece, J., Peace, S. (2010) Developing New Understandings of Independence and Autonomy in the Personalised Relationship. <i>British Journal of Social Work</i> 40, 1847–1865.</p>	<p>Tutkimuksessa tarkastellaan henkilökohtaisen budjetin kautta palkattujen hoitajien ja julkisen kotihoidon kautta saatujen hoitajien muodostamia suhteita asiakkaisiinsa.</p>	<p>Yksittäiset haastattelut, joissa edustettuina olivat: 1) 8 HB:n käyttäjää + 8 HB:n kautta palkattua henkilökohtaista avustajaa 2) 8 kotipalveluiden käyttäjää + 8 kotipalvelutyöntekijää. Metodina grounded theory.</p>	<p>Tulosten mukaan HB:n kautta palkattujen avustajien kautta asiakkaat tuntevat olevansa itsenäisempiä, samoin avustajat itse. Kotihoitajat ottivat tavallisesti vallan itselleen.</p>
<p>Leece, J. (2010) Paying the Piper and Calling the Tune: Power and the Direct Payment relationship. <i>British Journal of Social Work</i> 40, 188–206.</p>	<p>Tutkimuksessa tarkastellaan asiakkaiden ja heidän avustajiensa ja hoitajiensa valtasuhteita.</p>	<p>Yksittäiset haastattelut, joissa edustettuina olivat: 1) 8 HB:n käyttäjää + 8 HB:n kautta palkattua henkilökohtaista avustajaa 2) 8 kotipalveluiden käyttäjää + 8 kotipalvelutyöntekijää. Metodina grounded theory.</p>	<p>Englannissa henkilökohtaisen avustajan ja asiakkaan suhde on monimutkaisempi kuin julkisen kotihoidon työntekijöiden ja heidän asiakkaidensa suhde. Kotihoitajien työtä rajoittavat kustannus- ja tehokkuusvaatimukset, joten heidän työnsä koostuu tarkkarajaisista tehtävistä. Osa henkilökohtaisista avustajista puolestaan saattoi lomailla yhdessä asiakkaansa kanssa. Suhde oli muutenkin vastavuoroinen.</p>
<p>Netten, A., Jones, K., Knapp, M., Fernandez, J., Challis, D., Glendinning, C., Jacobs, S., Manthorpe, J., Moran, N., Stevens, M., Wilberforce, M. (2011) Personalisation through Individual Budgets: Does it Work and Whom? <i>British Journal of Social Work</i>, 1–8.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää henkilökohtaisen budjetin pilottien tuloksia eri ryhmien kannalta.</p>	<p>Kvantitatiivinen monen muuttujan varianssianalyysi (n=959) kyselylomakeaineistosta (GHQ-12, ASCOT) sekä seuranta-haastattelut.</p>	<p>HB:n käyttäjät ikääntyneitä lukuunottamatta tunsivat olevansa kontrollissa omasta elämästään. Erityisesti mielenterveysongelmista kärsivien elämänlaatu oli parantunut. Työikäiset liikuntavammaiset henkilöt olivat tyytyväisiä budjettiin.</p>

<p>Priestley, M., Jolly, D., Pearson, C., Ridell, S., Barnes, C., Mercer, G. (2007) Direct Payments and Disabled People in the UK: Supply, Demand and Devolution. <i>British Journal of Social Work</i> 37, 1189–1204.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella syitä, jotka vaikuttavat henkilökohtaisen budjetin käyttöasteen laajuuteen Iso-Britanniassa.</p>	<p>Haastatteluaineisto, jossa informantteina toimivat johtavat paikallisviranomaiset (n=102) eri puolilta Iso-Britanniaa. Metodina teemoittelu.</p>	<p>Käyttöaste todettiin suurimmaksi Englannissa. Syinä tähän ovat 1) riittävät investoinnit henkilökuntaan ja heidän koulutukseen 2) budjetin tarjoamisen pakollisuus 3) vammaisten ihmisten oma aktiivisuus ja paikallisviranomaisten tekemä yhteistyö heidän kanssaan</p>
<p>Timonen, V., Convery, J., Cahill, S. (2006) Care revolutions in the making? A comparison of cash-for-care programmes in four European countries. <i>Ageing and Society</i> 26: 3, 455–474.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on lisätä ymmärrystä markkinaratkaisujen (esim. palveluseteli) käyttönotosta Suomessa, Iso-Britanniassa, Hollannissa ja Irlannissa.</p>	<p>Haastatteluaineisto, jossa jokaisesta maasta informantteina olivat hallituksen virkamiehet, sosiaali- ja terveydenhuollon hallintoviranomaiset, kolmannen sektorin edustajia sekä akateemisia alan asiantuntijoita. Lisäksi analysoitiin virallisia asiakirjoja. Aineiston analysointiin käytettiin sisällönanalyysejä ja teemoittelu.</p>	<p>Englannissa HB:n tavoitteena on ollut modernisaatio ja personalisaatio sekä palveluntarjoajien määrän lisääminen. Ongelmana on ollut mm. informaation puute. Hollannissa taas HB:n kautta on ensi kertaa voitu maksaa palkkaa informaaleille hoitajille. HB:lla haluttiin luoda myös kilpailua. Ongelmana on ollut rahan riittävyys.</p>
<p>Ungerson, C. (2004) Whose empowerment and independence? A cross-national perspective on ‘cash-for-care schemes. <i>Ageing and Society</i> 24:2, 189–212.</p>	<p>Tutkimuksessa tarkastellaan henkilökohtaisen budjetin haltijoiden sekä hoitajien kokemuksia osallistamisesta (empowerment) ja itsenäisyydestä sekä hoivasuhteen muutosta, jonka henkilökohtainen budjetti saattaa aiheuttaa.</p>	<p>Ikääntyneiden hoidettavien (n=10) ja hoitajien (n=20) haastattelut Hollannissa, Iso-Britanniassa, Ranskassa, Itävallassa ja Italiassa. Metodina käytettiin teemoittelu.</p>	<p>Molemmat osapuolet ovat varsin tyytyväisiä hoivasuhteeseen. Ongelmana on ollut lähinnä työsuhteen ja perhesuhteen yhteensovittaminen.</p>
<p>Van den Berg, B., Hassink, W. (2008) Cash benefits in long-term home care. <i>Health Policy</i> 88, 209–221.</p>	<p>Tutkimuksessa tarkastellaan Hollannin henkilökohtaisen budjetin komponentteja. Hollannissa asiakas saa pitää käyttämättä jääneen osuuden maksettua kertasummasta sekä asiakasmaksusuudesta. Varsinaisen henkilökohtaisen budjetin ylijäämää asiakas ei sen sijaan saa pitää itsellään. Tutkimuksessa tarkastellaan, onko oikeudella pitää jäljellejäänyt osuus vaikutusta hoivan hintoihin.</p>	<p>Tutkimuksen aineistona käytettiin kyselytutkimusta (n = 404), jossa oli selvitetty asiakkaiden maksamia hoivamaksuja. Tutkimuksessa käytettiin regressioanalyysia. Tutkimuksessa kontrolloitiin hoivantarpeen intensiteettiä, hoivan tyypit sekä kotitalouden nettotulot.</p>	<p>Tulosten mukaan korkeampi henkilökohtainen budjetti nostaa hoivan tuntihintoja (1 % budjetin nousu -> 0,3 % hinnannousu). Tämä selittyi sillä, että asiakkailla ei ole kannustimia neuvotella alhaisempaa hintaa hoivalle, sillä he eivät kuitenkaan saa pitää itsellään budjetin ylijäämää. Sen sijaan kertasummalla ja asiakasmaksusuudella ei näytä olevan vaikutusta hoivasta maksettuihin hintoihin, mikä viittaa siihen, että asiakkaat käyttävät tarkemmin näiden kautta saadut rahat.</p>

<p>Van Harten, W., Veldhuis, M., Hoeksma, B., Krabbendam, K. (2007) Strategic behaviour of institutional providers in mental handicapped care in the Netherlands. <i>Journal of Health Organization and Management</i> 21: 2, 184–193.</p>	<p>Tutkimuksessa tarkastellaan julkisten palveluntuottajien strategisia linjauksia ja tapoja tuottaa palveluita vammaisille henkilökohtaisen budjetin käyttäjille.</p>	<p>Puolistrukturoidut haastattelut (n= 26), joissa informanteina toimivat palveluntuottajat.</p>	<p>Tulosten mukaan julkisten palveluntuottajien tavoitteena on lisätä asiakkaidensa valtaistumista ja valinnanmahdollisuuksia. Tämä</p>
<p>Wilberforce, M., Glendinning, C., Challis, D., Fernandez, J., Jacobs, S., Jones, K., Knapp, M., Manthorpe, J., Moran, N., Netten, A., Stevens, M. (2011) Implementing Consumer Choice in Long-term Care: The Impact of Individual Budgets on Social Care Providers in England. <i>Social Policy & Administration</i> 45:5, 593–612.</p>	<p>Tutkimuksessa tarkastellaan henkilökohtaisen budjetin vaikutuksia palveluntuottajiin.</p>	<p>Palveluntuottajien (n=16) ja henkilökohtaisen budjetin käyttöönotosta vastaavien johtajien (n=7) puolistrukturoidut haastattelut.</p>	<p>Palveluntuottajilla positiivinen suhtautuminen budjettiin. Tulosten mukaan monet asiakkaat olivat "äänestäneet jaloillaan" ja valinneet henkilökohtaisen avustajan kotipalvelun tuottajan sijaan. Asiakasohja oli silti vakaa. Palveluntuottajat tarjosivat HB:n myötä uusia palveluita. Asiakkailta oli usein epärealistisia odotuksia palveluista. Hallinnolliset kustannukset ovat kasvaneet.</p>

Liite 2. Aineiston kriittinen arviointi. Aineistolle tehdyt kysymykset

Kysymykset	Laatuindikaattorit
1. Kuinka uskottavia tulokset ovat?	<ul style="list-style-type: none"> • Aineisto tukee tuloksia ja johtopäätöksiä • Tulokset on esitetty loogisesti
2. Lisääkö tutkimus ymmärrystä tutkittavana olevasta aiheesta?	<ul style="list-style-type: none"> • Tutkimus sisältää osion aiemmasta tutkimuksesta • Tutkimus esittää jatkotutkimusaiheita • Keskustelu tulosten merkittävydestä ja uudesta tiedosta
3. Kuinka hyvin tutkimus vastaa tarkoitustaan?	<ul style="list-style-type: none"> • Tutkimuksen tarkoitus on esitetty selkeästi • Tulokset liittyvät tutkimuksen tarkoitukseen • Keskustelu tutkimuksen luotettavuudesta
4. Tutkimuksen yleistettävyyden arviointi?	<ul style="list-style-type: none"> • Kuvaus tutkimuksen kontekstista • Keskustelu tulosten ja teorian vuorovaikutuksesta
5. Onko tutkimus metodologisesti pätevä?	<ul style="list-style-type: none"> • Miten metodiin päädyttiin • Miten aineisto valittiin • Keskustelu metodin vaikutuksesta tuloksiin
6. Kuinka kattavaa näyttö on?	<ul style="list-style-type: none"> • Keskustelu aineiston kattavuudesta, mitä valittiin mukaan ja miksi
7. Kuinka hyvin data kerättiin?	<ul style="list-style-type: none"> • Keskustelu siitä, kuka keräsi aineiston ja millä menetelmällä • Menetelmän vaikutus datan keräämiseen
8. Kuinka hyvin analyysi on tehty?	<ul style="list-style-type: none"> • Alkuperäisdatan kuvaaminen • Loogisuus • Miten analyysi on kuvattu
9. Kuinka hyvin tutkimuksen konteksti on kuvattu?	<ul style="list-style-type: none"> • Taustan ja historian kuvaus
10. Onko tutkimus toteutettu loogisesti?	<ul style="list-style-type: none"> • Selkeä kuvaus, miten tuloksiin on päädytty
11. Kuinka selkeää tutkimuksen raportointi on?	<ul style="list-style-type: none"> • Rakenne • Yhteenvedo • Tutkimus on kokonainen • Keskustelu tutkimuksen vahvuuksista ja heikkouksista
12. Kuinka selkeästi teoria on esitetty?	<ul style="list-style-type: none"> • Keskustelu teoriasta ja sen sopivuudesta tutkimukseen
13. Onko tutkimuseetiikkaan kiinnitetty huomiota?	<ul style="list-style-type: none"> • Esimerkiksi haastatteluetiikka: miten anonyymiteetti on taattu • Aineiston luottamuksellisuus

Lähde: Pope et al. (2007) Synthesizing Qualitative and Quantitative Health Evidence. A Guide to Methods. Open University Press, Maidenhead.

Liite 3. Aineiston kriittinen arviointi

Artikkeli	Kriittinen arviointi
<p>Arksey, H., Baxter, K. (2012) Exploring the Temporal Aspects of Direct Payment. <i>British Journal of Social Work</i> 42, 147-164.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tutkimus sisältää osion aiemmasta tutkimuksesta • Tutkimuksen tarkoitus tulee hyvin ilmi ja tulokset vastaavat tarkoitustaan • Tulokset ovat selkeät, analyysi loogista • Aineisto tukee tuloksia ja johtopäätöksiä • Aineiston kuvaaminen kattavaa • Tutkimus on metodologisesti pätevä • Tutkimusetiikkaan on kiinnitetty huomiota • Keskustelua tutkimuksen luotettavuudesta ja yleistettävyydestä • Keskustelua uudesta tiedosta • Tulosten ja teorian vuoropuhelua • Keskustelua tutkimuksen vahvuuksista ja heikkouksista
<p>Arksey, H., Baxter, K. (2012) Exploring the Temporal Aspects of Direct Payment. <i>British Journal of Social Work</i> 42, 147–164.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tutkimus sisältää osion aiemmasta tutkimuksesta • Tutkimuksessa kuvataan konteksti • Tutkimus on rakenteeltaan selkeä ja looginen • Tutkimus vastaa tarkoitustaan • Tutkimus on metodologisesti pätevä • Datan keräys kuvattu kattavasti • Aineisto tukee tuloksia ja johtopäätöksiä • Keskustelua aineiston kattavuudesta • Keskustelua tulosten ja teorian vuorovaikutuksesta • Keskustelua tulosten merkittävydestä • Tutkimus esittää jatkotutkimusaiheita: mm. pitkän aikavälin tutkimusta HB:n taloudellisista vaikutuksista - Tutkimusetiikasta ei keskustelua
<p>Blyth, G. & Gardner, A. (2007) "We're not asking for anything special": direct payments and the carers of disabled children. <i>Disability & Society</i> 22: 3, 235–249.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tutkimuksessa kuvataan konteksti • Tutkimuksen tarkoitus esitellään selkeästi • Tulokset liittyvät tutkimuksen tarkoitukseen • Aineisto tukee tuloksia ja johtopäätöksiä • Aineisto kuvattu kattavasti • Tutkimus on metodologisesti pätevä • Keskustelua aineiston kattavuudesta • Keskustelua tutkimuksen luotettavuudesta • Analyysi on looginen • Tutkimuksen rakenne on looginen • Raportointi on selkeää • Tutkimusetiikkaan on kiinnitetty huomiota - Ei varsinaisesti teoriataustaa eikä siis keskustelua sen sopivuudesta tutkimukseen
<p>Coyle, D. (2011) Impact of person-centred thinking and personal budgets in mental health services: reporting a UK pilot. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> 18, 796–803.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tutkimus sisältää hyvin kattavan osion aiemmasta tutkimuksesta sekä kontekstista • Tutkimuksen tarkoitus esitellään selkeästi • Tulokset vastaavat tutkimuksen tarkoitusta • Aineisto on esitelty kattavasti • Aineisto tukee tuloksia ja johtopäätöksiä • Tutkimus on metodologisesti pätevä • Tutkimus on raportoitu selkeästi ja analyysi on looginen • Keskustelua tutkimuksen luotettavuudesta • Keskustelua teoriasta ja sen sopivuudesta tutkimukseen

	<ul style="list-style-type: none"> • Keskustelua tutkimuksen tuottamasta uudesta tiedosta • Keskustelua tutkimuksen heikkouksista ja vahvuuksista • Tutkimuksessa esitetään jatkotutkimusaiheita: tarvitaan tietoa henkilökohtaisen budjetin kaikista toimijoista
<p>Fernandez, J., Kendall, J., Davey, V., Knapp, M. (2007) Direct Payments in England: Factors Linked to Variations in Local Provision. <i>Journal of Social Policy</i> 37, 97–121.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tutkimus sisältää kuvauksen tutkimuksen kontekstista ja jonkin verran aiempaa tutkimusta • Tutkimus vastaa tarkoitustaan • Tutkimus ja analyysi loogisia • Tutkimuksen raportointi on selkeää • Aineisto tukee tuloksia ja johtopäätöksiä • Tutkimus esittää jatkotutkimusaiheita • Keskustelua tutkimuksen merkittävydestä <ul style="list-style-type: none"> - Ei keskustelua aineiston kattavuudesta - Ei keskustelua tutkimuksen heikkouksista tai vahvuuksista - Ei keskustelua metodin vaikutuksesta tuloksiin - Ei keskustelua tutkimuksen luotettavuudesta tai tutkimusetiikasta - Metodista ja aineistosta ylipäätään vähän tietoa -> johtunevat siitä, että artikkeli on kirjoitettu laajemman tutkimuksen pohjalta
<p>Glendinning, C., Halliwell, S., Jacobs, S., Rummery, K., Tyrer, J. (2000a) Bridging the gap: using direct payments to purchase integrated care. <i>Health and Social Care in the Community</i> 8:3, 192–200.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tutkimus sisältää osion aiemmasta tutkimuksesta sekä kuvauksen tutkimuksen kontekstista • Tutkimus vastaa tarkoitustaan • Tutkimus ja analyysi loogisia • Tutkimuksen rakenne ja raportointi selkeää • Keskustelua teorian ja tulosten vuorovaikutuksesta • Aineisto tukee tuloksia ja johtopäätöksiä • Alkuperäisdataa kuvattu hyvin • Keskustelua aineiston kattavuudesta • Keskustelua metodista jonkin verran • Keskustelua tulosten merkittävydestä ja uudesta tiedosta <ul style="list-style-type: none"> - Ei keskustelua tutkimusetiikasta - Ei keskustelua tutkimuksen heikkouksista tai vahvuuksista
<p>Glendinning, C., Halliwell, S., Jacobs, S., Rummery, K., Tyrer, J. (2000b) New kinds of care, new kinds of relationships: how purchasing services affects relationships in giving and receiving personal assistance. <i>Health and Social Care in the Community</i> 8:3, 201–211.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tutkimus sisältää osion aiemmasta tutkimuksesta kirjallisuuskatsauksen ja HB:n esittelyn muodossa • Tutkimus vastaa hyvin tarkoitustaan ja tutkimuskysymyksiään • Keskustelua teoriasta, sekä teorian ja tulosten vuorovaikutuksesta • Aineisto on kuvattu kattavasti, sen valintaa on kuvattu ja luotettavuudesta on keskustelua • Metodi on perusteltu ja kuvailtu hyvin • Analyysi on looginen • Aineisto tukee tuloksia • Tutkimusetiikkaan kiinnitetty huomiota • Tulokset esitetty loogisesti: teemoittelu • Tutkimuksen raportointi selkeää • Keskustelua uudesta tiedosta ja jatkotutkimusaiheista <ul style="list-style-type: none"> - Ei keskustelua menetelmän vaikutuksesta datan keräämiseen
<p>Grootegoed, E., Knijn, T., Da Roit, B. (2010) Relatives as paid care-givers: how family carers experience payments for care. <i>Ageing & Society</i> 30, 467–489.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tutkimus sisältää osion aiemmasta tutkimuksesta • Tutkimus vastaa hyvin tarkoitustaan ja tutkimuskysymyksiään • Keskustelua teoriasta, sekä teorian ja tulosten vuorovaikutuksesta • Analyysi on looginen • Tulokset esitetty loogisesti • Keskustelua uudesta tiedostaja tulosten merkittävydestä • Tutkimuksen raportointi selkeää <ul style="list-style-type: none"> - Aineiston ja metodin kuvaus vähäistä

<p>Kremer, M. (2006) Consumers in Charge of Care: the Dutch Personal Budget and Its Impact on the Market, Professionals and the Family. <i>European Societies</i> 8:3, 385–401.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tutkimus sisältää osion aiemmasta tutkimuksesta sekä kuvauksen tutkimuksen kontekstista • Tutkimuksen tarkoitus kuvattu selkeästi • Tutkimus on metodologisesti pätevä • Aineisto on kuvattu hyvin • Keskustelu aineiston kattavuudesta • Aineisto tukee tuloksia ja johtopäätöksiä • Tulokset vastaavat tutkimuksen tarkoitusta • Tutkimuksen raportointi ja analyysi selkeää ja johdonmukaista • Keskustelua tutkimuksen luotettavuudesta • Keskustelua tutkimuksen tuottamasta uudesta tiedosta • Tutkimusetiikkaan kiinnitetty huomiota
<p>Leece, D, Leece, J. (2006) Direct Payments: Creating a Two-Tired System in Social Care? <i>British Journal of Social Work</i> 36, 1379–1393.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tutkimus sisältää osion aiemmasta tutkimuksesta • Tutkimuksessa esitellään konteksti • Tutkimuksen tarkoitus tulee hyvin ilmi ja tulokset vastaavat tarkoitustaan • Tulokset ovat selkeät, analyysi loogista • Aineisto tukee tuloksia ja johtopäätöksiä • Aineiston kuvaaminen kattavaa • Tutkimus on metodologisesti pätevä • Tutkimusetiikkaan on kiinnitetty huomiota • Keskustelua tutkimuksen luotettavuudesta ja yleistettävyydestä • Keskustelua uudesta tiedosta • Tulosten ja teorian vuoropuhelua • Keskustelua tutkimuksen vahvuuksista ja heikkouksista • Tutkimus esittää jatkotutkimusaiheita: tutkimusta myös kehitysvammaisten kokemuksista sekä työntekijöiden ja asiakkaiden suhteista laajemminkin
<p>Leece, J., Peace, S. (2010) Developing New Understandings of Independence and Autonomy in the Personalised Relationship. <i>British Journal of Social Work</i> 40, 1847–1865.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tutkimus sisältää osion aiemmasta tutkimuksesta • Tutkimuksen tarkoitus tulee hyvin ilmi ja tulokset vastaavat tarkoitustaan • Tulokset ovat selkeät, analyysi loogista • Aineisto tukee tuloksia ja johtopäätöksiä • Aineiston kuvaaminen kattavaa • Tutkimus on metodologisesti pätevä • Tutkimusetiikkaan on kiinnitetty huomiota • Keskustelua tutkimuksen luotettavuudesta ja yleistettävyydestä • Keskustelua uudesta tiedosta • Tulosten ja teorian vuoropuhelua
<p>Leece, J. (2010) Paying the Piper and Calling the Tune: Power and the Direct Payment relationship. <i>British Journal of Social Work</i> 40, 188–206.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tutkimus sisältää osion aiemmasta tutkimuksesta sekä kuvauksen tutkimuksen kontekstista • Tutkimus on metodologisesti pätevä • Tutkimusetiikkaan on kiinnitetty huomiota • Aineisto tukee tuloksia ja johtopäätöksiä • Keskustelua aineiston kattavuudesta • Kuvaus datan keruusta • Analyysi on looginen • Tutkimus on looginen • Tulosten ja teorian vuorovaikutus • Keskustelua tulosten merkittävydestä ja uudesta tiedosta • Tutkimuksen rakenne on selkeä - Ei suoraan esitetä jatkotutkimusaiheita

<p>Netten, A., Jones, K., Knapp, M., Fernandez, J., Challis, D., Glendinning, C., Jacobs, S., Manthorpe, J., Moran, N., Stevens, M., Wilberforce, M. (2011) Personalisation through Individual Budgets: Does it Work and Whom? <i>British Journal of Social Work</i>, 1–8.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tutkimus sisältää osion aiemmasta tutkimuksesta sekä esittelee tutkimuksen kontekstin • Tutkimus on looginen ja raportointi selkeää • Tutkimus on metodologisesti pätevä • Tutkimus vastaa hyvin tarkoitustaan • Keskustelua aineiston kattavuudesta • Keskustelua tulosten ja teorian vuorovaikutuksesta • Analyysi on looginen <ul style="list-style-type: none"> - Ei keskustelua tutkimusetiikasta - Aineistoa ja datan keruuta on kuvattu vähän, mutta tekstistä käy ilmi, että aineisto on kuvattu laajemmassa tutkimuksessa: artikkelissa esitellään päälinjoja - Tutkimus ei suoraan esitä jatkotutkimusaiheita
<p>Priestley, M., Jolly, D., Pearson, C., Ridell, S., Barnes, C., Mercer, G. (2007) Direct Payments and Disabled People in the UK: Supply, Demand and Devolution. <i>British Journal of Social Work</i> 37, 1189–1204.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tutkimus sisältää osion aiemmasta tutkimuksesta • Tutkimuksen konteksti on kuvattu hyvin • Tutkimus on looginen • Analyysi on looginen • Tutkimuksen tarkoitus esitellään selkeästi ja tulokset vastaavat sitä • Keskustelua tulosten ja teorian vuorovaikutuksesta • Tutkimuksen raportointi on selkeää <ul style="list-style-type: none"> - Aineistoa kuvattu vähän - Ei keskustelua aineiston kattavuudesta - Datan keräämistä kuvattu vain vähän - Ei juurikaan keskustelua metodista - Tutkimusetiikasta ei mainintaa
<p>Timonen, V., Convery, J., Cahill, S. (2006) Care revolutions in the making? A comparison of cash-for-care programmes in four European countries. <i>Ageing and Society</i> 26: 3, 455–474.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tutkimus sisältää osion aiemmasta tutkimuksesta sekä tutkimuksen kontekstin • Tutkimuksen tarkoitus on esitetty selkeästi ja tulokset liittyvät siihen • Metodien ja aineiston valinnat perusteltuja ja hyvin kuvailtuja • Aineisto tukee tuloksia ja johtopäätöksiä, vaikka kattavuus pieni • Keskustelua tutkimuksen luotettavuudesta ja metodin vaikutuksesta tuloksiin • Keskustelua uudesta tiedosta • Tutkimus esittää jatkotutkimusaiheita • Analyysi ja tutkimus ylipäättään ovat loogisia (viisi eri maata käsiteltyinä järjestyksessä sekä asiakkaan että hoitajan näkökulmasta) • Tutkimuksen rakenne on erittäin selkeä <ul style="list-style-type: none"> - Tutkimusetiikasta ei mainintaa
<p>Ungerson, C. (2004) Whose empowerment and independence? A cross-national perspective on 'cash-for-care schemes. <i>Ageing and Society</i> 24:2, 189–212.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tutkimus vastaa hyvin tarkoitustaan ja tutkimuskysymyksiään • Tutkimus sisältää osion aiemmasta tutkimuksesta • Keskustelua teoriasta, sekä teorian ja tulosten vuorovaikutuksesta • Aineisto on kuvattu kattavasti, sen valintaa on kuvattu ja luotettavuudesta on keskustelua • metodi on perusteltu ja kuvailtu hyvin • Analyysi on looginen • Aineisto tukee tuloksia • Tulokset esitetty loogisesti • Keskustelua uudesta tiedostaja tulosten merkittävyydestä • Tutkimuksen raportointi selkeää <ul style="list-style-type: none"> - Ei varsinaisesti keskustelua jatkotutkimusaiheista

<p>Van den Berg, B., Hassink, W. (2008) Cash benefits in long-term home care. <i>Health Policy</i> 88, 209–221.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tutkimus sisältää osion aiemmasta tutkimuksesta • Tutkimus sisältää osion aiemmasta tutkimuksesta • Tutkimus vastaa hyvin tarkoitustaan ja tutkimuskysymyksiään • Keskustelua teoriasta, sekä teorian ja tulosten vuorovaikutuksesta • Aineisto on kuvattu kattavasti, sen valintaa on kuvattu ja luotettavuudesta on keskustelua • Metodi on perusteltu ja kuvailtu hyvin • Analyysi on looginen • Aineisto tukee tuloksia • Tulokset esitetty loogisesti • Keskustelua uudesta tiedostaja tulosten merkittävyydestä • Tutkimuksen raportointi selkeää - Ei varsinaisesti keskustelua jatkotutkimusaiheista
<p>Van Harten, W., Veldhuis, M., Hoeksma, B., Krabbendam, K. (2007) Strategic behaviour of institutional providers in mental handicapped care in the Netherlands. <i>Journal of Health Organization and Management</i> 21: 2, 184–193.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tutkimus sisältää osion aiemmasta tutkimuksesta ja kuvauksen tutkimuksen kontekstista • Tutkimuksen tarkoitus esitetty selkeästi ja tulokset liittyvät siihen • Aineisto esitetty selkeästi ja se tukee tuloksia • Tutkimus on metodologisesti pätevä • Datan kerääminen kuvattu hyvin • Tutkimus ja analyysi ovat rakenteeltaan loogisia ja hyvin raportoituja • Keskustelua tutkimuksen luotettavuudesta: lyhytaikainen tarkastelu ei välttämättä kerro pitkän aikavälin muutoksista • Keskustelua tulosten merkittävyydestä ja uudesta tiedosta • Tutkimuksessa esitetään jatkotutkimusaiheita - Alkuperäisdataa kuvattu vähäisesti
<p>Wilberforce, M., Glendinning, C., Challis, D., Fernandez, J., Jacobs, S., Jones, K., Knapp, M., Manthorpe, J., Moran, N., Netten, A., Stevens, M. (2011) Implementing Consumer Choice in Long-term Care: The Impact of Individual Budgets on Social Care Providers in England. <i>Social Policy & Administration</i> 45:5, 593–612.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tutkimus sisältää osion aiemmasta tutkimuksesta ja kuvauksen tutkimuksen kontekstista • Tutkimuksen tarkoitus esitetty selkeästi ja tulokset liittyvät siihen • Aineisto esitetty selkeästi ja se tukee tuloksia • Tutkimus on metodologisesti pätevä • Datan kerääminen kuvattu hyvin • Tutkimus ja analyysi ovat rakenteeltaan loogisia ja hyvin raportoituja • Keskustelua tutkimuksen luotettavuudesta: lyhytaikainen tarkastelu ei välttämättä kerro pitkän aikavälin muutoksista • Keskustelua tulosten merkittävyydestä ja uudesta tiedosta • Tutkimuksessa esitetään jatkotutkimusaiheita - Alkuperäisdataa kuvattu vähäisesti

Liite 4. Aineiston artikkeleiden julkaisukanavat

Julkaisukanava	Artikkeli(t)
Ageing & Society	Grootegoed et al 2010, Timonen et al. 2006, Ungerson 2004
British Journal of Social Work	Arksey & Baxter 2012, Leece & Leece 2006, Leece & Peace 2010, Leece 2010, Netten et al. 2011, Priestley et al. 2007
Disability & Society	Blyth & Gardner 2007
European Societies	Kremer 2006
Health and Social Care in the Community	Glendinning et al. 2000a, Glendinning et al. 2000b
Health Policy	van der Berg & Hassink 2008
Journal of Health Organization and Management	van Harten et al. 2007
Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Coyle 2011
Journal of Social Policy	Fernandez et al. 2007
Social Policy & Administration	Wilberforce et al. 2011

Liite 5. Aineiston julkaisuvuodet

Vuosi	Lukumäärä
2000	2
2004	1
2006	3
2007	4
2008	1
2010	3
2011	3
2012	1