



HENKILÖKOHTAISTAMINEN ISON-BRITANNIAN AIKUISTEN SOSIAALIHUOLLOSSA VUOSINA 2007—2014

- SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS

Marjaana Kirjavainen
Ammatillinen lisensiaatin tutkinto
Sosiaalityön erikoistumisopinnot/
Hyvinvointipalvelujen koulutusohjelma
Lapin Yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Kevät 2016

Henkilökohtaistaminen Ison-Britannian aikuisten sosiaalihuollossa vuosina 2007—2014
Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Työn nimi: Henkilökohtaistaminen Ison- Britannian sosiaalihuollossa vuosien 2007-2014 –
systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Tekijä: Marjaana Kirjavainen

Koulutusohjelma/oppiaine: Sosiaalityön erikoistumisopinnot/

Hyvinvointipalvelujen koulutusohjelma

Työn laji: Licensiaatintyö

Sivumäärä: 89 s. + liitteet 6 kappaletta

Vuosi: 2016

Tiivistelmä:

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessani tarkastelen henkilökohtaistamista osana Ison-Britannian aikuisten sosiaalihuoltoa, jossa sitä on toteutettu jo yli kymmenen vuoden ajan. Henkilökohtaistaminen liittyy hyvinvointivaltion uudistamiseen, joka on osa länsimaissa tapahtuvaa sosiaali- ja terveystalouden muutosta.

Katsaus perustuu 42:een tekstiin, joista 39 on ilmestynyt vertaisarvioituissa lehdissä. Aineiston analyysissä olen käyttänyt aineistolähtöistä teemoittelua sekä määrällistä analyysiä.

Tekstien perusteella olen määritellyt henkilökohtaistamiselle neljä päätavoitetta, joiden avulla pyrin käsitteenmäärittelyn lisäksi kuvaamaan mitä henkilökohtaistamisella tarkoitetaan. Nämä ovat: tarve muutokseen, palvelun käyttäjä keskiöön, sosiaalipalveluiden järjestäminen ja tuottaminen sekä säästötavoite. Tarkastelen näitä neljää tavoitetta sekä yksilön että rakenteiden näkökulmista. Henkilökohtaistamiseen liittyy keskeisesti valinnanmahdollisuuksien laajentaminen ja sosiaalipalveluiden uudelleen järjestäminen yksityisten markkinaehtoisten palveluiden avulla.

Henkilökohtaistamisen käsitteelle eivät kirjoittajat ole määritelleet pysyvää sisältöä. Siihen usein liitettyjä käsitteitä, kuten valinta ja itsenäisyys, voidaan tulkita eri näkökulmista tai käytännöistä katsoen, jolloin se saa erilaisen sisällön riippuen kirjoittajan lähtökohdista.

Henkilökohtaistamisen taustalla kirjoittajat ovat hahmottaneet diskurssit kansalaisuudesta ja konsumerismista. Henkilökohtaistaminen perustui alun perin keskustelulle kansalaisuudesta. Vammaisuuden sosiaalinen malli on ollut keskeinen lähtökohta. Viime aikoina henkilökohtaistamista on kuitenkin ohjannut konsumerismiin perustuva yksilökeskeinen uusliberalistinen talouspoliittinen ajattelu, joka perustuu markkinatalouden laajentamiseen, tehokkuuteen ja valinnanvapauteen.

Vaihtoehtoisia näkökulmia henkilökohtaistamiseen tuottavat kirjoittajat ovat kritisoineet henkilökohtaistamista siitä, ettei siinä huomioida riittävästi huolenpidon tarpeita ja yhteisöllisyyden voimavaroja. Keskinäinen huolenpito ja vastuu itsestä ja muista voisi toimia henkilökohtaistamisen ytimessä valinnanmahdollisuuksien lisäämisen ja tavoitellun itsenäisyyden tukena.

Henkilökohtaistamisesta puuttuu näkökulma, jonka avulla voidaan vaikuttaa rakenteelliseen eriarvoisuuteen sekä köyhyyteen liittyvään diskriminaatioon ja alistamiseen. Tähän tarvitaan kollektiivista toimintaa sekä rakenteellista sosiaalityötä. Yhteistoiminnalla on voimaannuttava vaikutus, jos se perustuu moninaisuuden hyväksymiseen ja demokraattisen päätöksentekoon. Näin toteutuvat eräät henkilökohtaistamisen tavoitteet: yhteistoiminta (co-production) ja kumppanuustyöskentely (partnership working).

Vaikka henkilökohtaistamiseen liittyykin todellisia uhkia eriarvoistumisesta, sosiaalipalveluiden räätälöinti, valinnanmahdollisuudet, kansalaisten aktiivisuus, osallistuminen ja osallisuus, yhteistoiminta sekä monipuolinen palveluntuotanto ovat tätä päivää myös sosiaalipalveluissa ja sosiaalityössä. Henkilökohtaistaminen tarjoaa sosiaalityöntekijöille mahdollisuuden toimia palvelun käyttäjien ja -tuottajien kanssa yhteistyössä.

Avainsanat: henkilökohtaistaminen, hyvinvointivaltio, hyvinvointiyhteiskunta, palvelun käyttäjä keskiöön, valinnanvapaus, autonomia, palveluiden markkinoistuminen, yhteistoiminta, kokemuskoulutus

Muita tietoja:

Suostun tutkielman luovuttamiseen kirjastossa käytettäväksi X

Suostun tutkielman luovuttamiseen Lapin maakuntakirjastossa käytettäväksi X (vain Lappia koskevat)

Sisällys

1. Johdanto.....	4
2. Katsauksen toteutus.....	8
2.1 Tutkimustehtävä.....	8
2.2 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.....	10
2.3 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tyyppejä.....	11
2.4 Kirjallisuuskatsaustyyppin valinta	14
2.5 Tutkimusprosessi	16
2.6 Katsauksen luotettavuus ja tutkimusprosessin arviointi	24
3. Henkilökohtaistamisen historia Isossa-Britanniassa ja tutkimus Suomessa.....	29
3.1 Henkilökohtaistamisen lyhyt historia Isossa-Britanniassa.....	29
3.2 Aikaisempi tutkimus Suomessa	33
4. Mitä on henkilökohtaistaminen?	36
5. Henkilökohtaistamisen tavoitteet	42
5.1 Muutostarve	42
5.2 Palvelun käyttäjä keskiöön.....	45
5.2.1 Palvelun käyttäjän valinta ja palveluiden hallinta.....	48
5.2.2 Palvelun käyttäjän itsenäisyys	51
5.3 Sosiaalipalveluiden järjestäminen ja tuottaminen	55
5.3.1 Ohjaus- ja neuvontapalveluiden järjestäminen	58
5.3.2 Markkinoistuvat sosiaalipalvelut	59
5.4 Säästäminen.....	63
6. Henkilökohtaistamisen taustadiskurssit ja sosiaaliset ulottuvuudet.....	64
6.1 Taustalla vaikuttavat diskurssit.....	64
6.1.1 Kansalaisyhteiskunta.....	66
6.1.2 Uusliberalismi	67
6.2 Sosiaalisten suhteiden ja huolenpidon merkitys	69
6.3 Yhteisöllisyys ja yhteinen toiminta.....	72
7. Yhteenveto ja johtopäätökset.....	75
7.1 Yhteenveto	75
7.2 Henkilökohtaistamisen soveltaminen Suomeen.....	80

1. Johdanto

Tässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tarkastelen henkilökohtaistamista (personalisation tai personalization) Ison-Britannian aikuisten sosiaalihuollossa. Minua kiinnostaa miten kirjoittajat ovat määritelleet henkilökohtaistamisen ja minkälaisia poliittis-ideologisia aatesuuntia he ovat havainneet olevan sen taustalla. Isossa-Britanniassa henkilökohtaistamista on toteutettu jo yli kymmenen vuoden ajan. Se on aiheuttanut ja aiheuttaa kiivasta julkista keskustelua sekä puolesta että vastaan. On mielenkiintoista ja järkevää tutkia henkilökohtaistamisen kehitystä Isossa-Britanniassa, koska länsimaisten hyvinvointimallien kehitys on murroksessa. Vaikka Suomen ja Ison-Britannian hyvinvointimallit ja palvelujärjestelmät ovat erilaisia, voimme Suomessa hyötyä ja oppia Ison-Britannian kehityksestä nyt kun olemme itse uudelleen järjestämässä sosiaali- ja terveyspalveluja.

Henkilökohtaistaminen voidaan nähdä laajemmin osana länsimaissa tapahtuvaa sosiaali- ja terveyspolitiikan muutosta, johon väestötasolla vaikuttavat eliniän pidentyminen, sodanjälkeisen sukupolven ikääntyminen sekä taloudellinen taantuma. Nämä aiheuttavat kustannusten lisääntymistä, palveluiden uudelleen organisoitumisen sekä vastuun- ja vallan uusjaon tarpeita. Julkisten palveluiden henkilökohtaistaminen voidaan nähdä yhtenä yrityksenä ratkaista vallitseva tilanne. Isossa-Britanniassa henkilökohtaistaminen on saanut alkunsa sosiaalihuollosta, mutta sen periaatteita on viety myös muun muassa terveyspalveluihin, rikollisuuden ehkäisyyn ja opetukseen.

Sekä Suomen että Ison-Britannian sosiaalipalveluiden rahoitusta ja järjestämistä yhdistävät tällä hetkellä länsimaista sosiaali- ja terveyspolitiikkaa haastavat olosuhteet. Lisäksi maille on yhteistä, että kummankin maan sosiaali- ja terveyspalvelupalvelujärjestelmä on aikaisemmin perustunut pääosin hyvinvointivaltion tuottamiin universaaleihin julkisiin palveluihin. Kyse on kuitenkin erilaisia hyvinvointimalleja edustavista yhteiskunnista. Suomi on perinteisesti luettu sosiaalidemokraattisen hallintojärjestelmän piiriin ja Iso-Britannia liberaalin hyvinvointimallin edustajaksi (Esping-Andersen 1990). Järjestelmiä erottaa muun muassa se, että Isossa-Britanniassa sosiaaliturvaan liittyvät etuudet ja palvelut riippuvat vakuutetun suorittamista sosiaalivakuutusmaksuista, lukuun ottamatta terveydenhuollonpalveluja, jotka ovat pääsääntöisesti maksuttomia. (Sosiaaliturvaoikeuden Yhdistyneessä Kuningaskunnassa 2012, 5). Suomessa julkiset palvelut rahoitetaan pääosin verovarjoilla, työnantaja- ja palvelumaksuilla.

Tänä päivänä hyvinvointimallit ovat kuitenkin muutoksessa sekä Isossa-Britanniassa että Suomessa. Pohjoismainen malli on muotoutunut enemmän eurooppalaiseen suuntaan, samaan aikaan muut eurooppalaiset maat ovat kehittyneet kohti pohjoismaista mallia (Kvist ym. 2012). Briitta Koskiahon (2008) mukaan sosiaalipalvelujen rakennemuutos Suomessa on seurannut hyvin pitkälle brittiläistä kehitystä, jossa on siirrytty sosiaalipolitiikasta kohti palvelupolitiikkaa, lisätty yksityistämistä ja luotu uudenlaisia näennäismarkkinoita. Julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilökohtaistaminen voidaan nähdä yhtenä tapana muuttaa hyvinvointimallia.

Suomessa ei juurikaan puhuta henkilökohtaistamisesta. Tätä kirjoittaessani (3/16) ollaan sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistä uudistamassa ennenkuulumattomalla tavalla. Vaikka sanaa henkilökohtaistamisen ei käytetä, uudistuksessa voidaan nähdä liittymäkohtia Ison-Britanninan sosiaalihuollon henkilökohtaistamiseen. Palvelut tulevat suurempien alueiden järjestettäviksi, jolloin kunnan rooli palvelun järjestäjänä ja tuottajana tulee muuttumaan. Nykyinen hallitus (Sipilä 2015-) on myös hyväksynyt periaatteen valinnanmahdollisuuksien laajentamisesta. Ei ole vielä sovittu kuinka tämä tullaan käytännössä toteuttamaan. Isossa-Britanniassa valinnan laajentaminen on yksi palvelujärjestelmän uudistamisen kulmakivistä. Suomessa odotamme hallituksen esitystä uudesta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja itsehallintolaista syksyllä 2016 (<http://stm.fi/sote-uudistus/aikataulu>). Palvelunjärjestämistapojen painotukset tulevat todennäköisesti muuttumaan ja valinnanvapauden mahdollinen toteutuminen vaikuttamaan palvelun käyttäjän asemaan.

Suomessa ovat myös sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt että järjestöjen työntekijät olleet kiinnostuneita henkilökohtaistamisesta. Kiinnostus ilmenee vammais- ja potilasjärjestöjen keskusteluissa ja vaikuttamistyössä palvelun käyttäjien aseman ja itsemääräämisoikeuden parannusehdotuksina. Henkilökohtaisen budjetoinnin mahdollisuuksia on myös tutkittu jonkin verran (Leinonen 2014; Eriksson 2013; Sitra 2012). Lainsäädännössä tämä tulee ilmi sosiaalihuollon asiakkaiden aseman ja osallisuuden parantamisena sekä toiveina lisätä palvelun käyttäjän valinnanvapautta. Perustoimeentulotuen siirtyessä Kelaan vuoden 2017 alusta sosiaalityön kehittäminen on jo aloitettu. Sosiaalihuollon ammattihenkilöt ovat kehittäneet mm. yhdessä toimimisen tapoja palvelun käyttäjien kanssa.

Käytännössä henkilökohtaistamiseen liittyvät myös nk. raha kulkee asiakkaan mukana-palvelut, jolloin palvelun käyttäjä saa rahaa ostaakseen palvelun sen sijaan, että hänet ohjataan suoraan palvelun piiriin. Suomessa tämän tyyppiset ratkaisut ovat jo käytössä, kun palveluja ostetaan

palvelusetelillä, maksetaan omaishoidontuen palkkio tai kun palvelun käyttäjä rekrytoi henkilökohtaisen avustajan nk. työnantajamallin avulla, jolloin kunta maksaa avustajan palkan, mutta palvelun käyttäjä työllistää avustajan ja huolehtii tämän lakisääteisistä vakuutuksista. Henkilökohtainen budjetointi on henkilökohtaistamiseen liittyvä samantyyppinen ratkaisu. Siinä palvelun käyttäjä saa rahasumman, jonka avulla hän voi hankkia tarvitsemiaan palveluja. Henkilökohtaista budjetointia on käytetty sosiaalihuollossa Euroopan maissa ainakin Hollannissa ja Isossa-Britanniassa (Rummery 2011). En analysoi tässä katsauksessa henkilökohtaista budjetointia, vaan sen taustalla olevaa toimintamallia henkilökohtaistamista. Koska henkilökohtainen budjetointi on yksi henkilökohtaistamisen käytännönsovellus, olen kirjoittanut siitä oman luvun. Se löytyy liitteestä 6.

Katsauksen käsitteistä

Aineistossa kirjoittajat viittaavat henkilökohtaistamiseen (personalisation tai personalization) ohjelmana (agenda), menettelytapana (policy), terminä ja käsitteenä tai pelkästään henkilökohtaistamisena. Suomen kielessä ei löydy tarkkaa vastiketta sanalle ”policy”. Se on kirjallisuudessa yleisesti käännetty toimintamalliksi (Palonen 2014, 13), menettelytavaksi tai toimintapolitiikaksi (public policy). Toimintamallin tai ohjelman seuraaminen ei kuitenkaan tee oikeutusta henkilökohtaistamiselle, koska sillä on yhteys myös moniulotteisempaan politiikkaan, joka edellyttää poikkeamia ohjelmasta, vastakkaisten vaatimusten ja kritiikin yhteensovittamista (Palonen 2014, 13). Tässä katsauksessa tulen käyttämään termiä henkilökohtaistaminen. Ymmärrän sen toimintamallina, jolla on yhteys sekä kansalaisyhteiskuntaan että yhteiskuntapoliittisiin aatesuuntiin, mutta myös käytännön sosiaalipoliitiikkaan ja sosiaalityöhön henkilökohtaisten budjettien kautta.

Isossa-Britanniassa käytetyt sosiaalihuollon käsitteet ja toteutus eroavat jossain määrin suomalaisista käytänteistä. Isossa-Britanniassa aikuisten sosiaalihuollon palvelujen järjestäminen on paikallisten viranomaisten (local authorities) vastuulla. Heidän tulee huolehtia, että alueella on riittävän suuret palvelumarkkinat, jotta palvelun käyttäjät voivat valita tarvitsemansa palvelut. Käyttäjiin sovelletaan sosiaalihuollossa aina varallisuusharkintaa ja suurin osa palvelun käyttäjistä maksaa osan palveluiden kustannuksista itse. Aikuisten sosiaalihuollon palveluvalikko sisältää: apuvälineitä ja tarvikkeita, kotiapua, yhteisöllisiä aktiviteetteja, päiväkeskustoimintaa, asumispalveluja, taloudellista tukea mukaan lukien henkilökohtaiset budjetit sekä sosiaali- että terveydenhuollossa ja muuta tukea. Aikuisten palveluja voivat saada ikääntyneet, omaishoitajat ja

omaishoidettavat, fyysisesti tai psyykkisesti sairaat, vammaiset, kehitysvammaiset (learning disability) ja taloudellisesti vähävaraiset. (www.nhs.uk.)

Edellä kuvattu toiminta poikkeaa joiltain osilta suomalaisesta aikuissosiaalityöstä. Meillä vammaispalvelut sekä ikääntyvien palvelut on ainakin suurimmissa kunnissa eriytetty aikuissosiaalityöstä. Apuvälineitä voi lainata terveydenhuollosta, kun taas asuntoon kuuluvia sekä päivittäisessä toiminnassa tarvittavia koneita, välineitä ja laitteita myönnetään vammaispalvelusta. Vammaispalvelussa ei myöskään ole varallisuusharkintaa kuten useimmissa sosiaalihuoltolain mukaan myönnettävissä palveluissa. Tämän lisäksi omavastuuosuudet ovat käytössä sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. Mielenterveyskuntoutujien palvelut ovat sekä aikuissosiaalityön että terveydenhuollon piirissä. Omaishoidontukea ja siihen liittyviä palveluja haetaan sekä vammais- että ikääntyneidenpalvelusta riippuen palvelun käyttäjän iästä. Näin ollen brittiläinen aikuisten sosiaalihuoltotyö (socialcarework) ei täysin vastaa suomalaista aikuissosiaalityötä. Työni kohdentuu kuitenkin henkilökohtaistamisen määrittelyyn sekä sen taustalla vaikuttaviin poliittis-ideologisiin aatesuuntiin eikä henkilökohtaisten budjettien toteutumiseen, joten en joudu vertailemaan kahden järjestelmän käytäntöjä ja yhteensopivuutta.

Käytän tässä katsauksessa termiä palvelun käyttäjä (service user) asiakkaan sijaan, jota Suomessa yleensä käytetään sosiaalityön tai sosiaalihuollon kontekstissa. Termi palvelun käyttäjä on suhteellisen neutraali kuten termi asiakas. Palvelun käyttäjä termi yhdistää henkilön suoraan palveluihin, mikä ei aina ole täysin riittävää, koska sosiaalihuollon tai sosiaalityön prosesseissa on kyse myös sekä emotionaalisesta että taloudellisesta tuesta. Tekstien kirjoittajat käyttävät kuitenkin poikkeuksetta termiä palvelun käyttäjä, joten pitäydyn siinä myös tässä työssä. Käytän termiä palvelun käyttäjä siten kuin Peter Beresford (2000) on sen määritellyt:

“Käsite “palvelun käyttäjä” kuvaa tässä henkilöitä jotka joko vastaanottavat sosiaalityön tai sosiaalihuollon palveluja tai täyttävät niiden saamisen kriteerit... Käsite “palvelun käyttäjä” on ongelmallinen, koska sen avulla määritellään henkilöt ensisijassa palvelujen käytön perusteella, eikä tämä välttämättä kuvasta ollenkaan sitä miten he itse määrittelisivät itsensä. Ei kuitenkaan ole olemassa muuta sateenvarjokäsitettä, joka kattaisi kaikki palvelunkäyttäjryhmät. Tämän takia käsitettä “palvelun käyttäjä” käytetään lyhenteenä kuvaamaan sosiaalityön tai sosiaalihuollon subjekteja ilman, että tällä viitataan muuhun merkitykseen tai tulkintaan.”

Katsauksen rakenne

Katsaus alkaa luvulla katsauksen toteuttamisesta. Tässä luvussa käyn läpi katsauksen tutkimustehtävän sekä esittelen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen eri muotoja ja kerron miten oma katsaukseni on toteutettu. Tähän lukuun kuuluu myös katsauksen luotettavuuden ja tutkimusprosessin arviointi. Tämän jälkeen esittelen lyhyesti henkilökohtaistamisen taustaa ja historiaa Isossa-Britanniassa ja kokoaan tällä hetkellä (2/2016) Suomessa aiheesta tehdyn tutkimuksen ja keskustelun avaukset. Tämän luvun aineisto ei ole osa katsausaineistoa vaan taustoittaa sitä. Seuraavaksi tulevat tulosluvut. Luvuissa neljä ja viisi analysoin mitä kirjoittajat tarkoittavat henkilökohtaistamisella ja mitkä ovat sen tavoitteet. Luvussa kuusi käsittelen kirjoittajien havaitsemia henkilökohtaistamisen taustalla olevia poliittis-ideologisia diskursseja sekä tuon esille kirjoittajien havaintoja sosiaalisista suhteista ja yhteisöllisyydestä henkilökohtaistamisessa. Lopuksi teen yhteenvedon ja pohdin mitä Suomessa voisi ottaa huomioon, jos henkilökohtaistamista lähdetään toteuttamaan.

2. Katsauksen toteutus

2.1 Tutkimustehtävä

Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on analysoida henkilökohtaistamista aikuisten sosiaalihuollossa Isossa-Britanniassa. Henkilökohtaistamisen aiheuttaman laajan keskustelun ansiosta aineistoa oli runsaasti. Hyvin tiukan seulan jälkeen hyväksyin katsaukseen. 42 tekstiä. Kuvaan tutkimusprosessia tarkemmin luvussa 2.5 Tutkimusprosessi.

Tarkastelen henkilökohtaistamista sekä yksittäisen palvelun käyttäjän että sosiaalipalveluiden järjestämisen näkökulmasta. Minua kiinnostaa mitä kirjoittajat tarkoittavat henkilökohtaistamisella sekä minkälaisia poliittis-ideologisia aatesuuntia he ovat hahmottaneet olevan henkilökohtaistamisen taustalla. Lopuksi tuon esiin kirjoittajien esittämiä vaihtoehtoisia näkökumia henkilökohtaistamiseen.

Henkilökohtaistamisen yhtenä käytännön sovelluksena on tuottaa sosiaalipalveluja henkilökohtaisen budjetoinnin avulla. En analysoi sitä tai sen käytäntöön soveltamista enempää kuin kirjoittajat ovat siitä maininneet. Esittelen henkilökohtaisen budjetoinnin toimintaperiaatteet

kuitenkin lyhyesti liitteessä 6 Henkilökohtainen budjetointi osana henkilökohtaistamista. Näin lukijan on helpompi ymmärtää kirjoittajien viittaukset, koska osa kirjoittajista yhdistää henkilökohtaistamisen henkilökohtaiseen budjetointiin tai viittaa siihen.

Kirjoittajien tuottaman tiedon ja näkökulmien määrä on valtava. Minua kiinnostaa kuitenkin neljä kysymystä, joihin olen hakenut vastauksia aineistosta. Tutkimuskysymykseni ovat:

1. Mitä kirjoittajat tarkoittavat henkilökohtaistamisella?
2. Mitkä ovat kirjoittajien mukaan henkilökohtaistamisen tavoitteet?
3. Minkälaisia poliittis-ideologisia aatesuuntia kirjoittajat ovat havainneet esiintyvän henkilökohtaistamisen taustalla?
4. Minkälaisia vaihtoehtoja kirjoittajat esittävät henkilökohtaistamisesta?

Ensimmäinen ja toinen kysymys ovat liittyvät toisiinsa. Ensimmäinen liittyy henkilökohtaistamiskäsitteen määrittelyyn. Usein käsitteitä määritellään myös tuomalla esiin niiden lähikäsitteitä, piirteitä tai tavoitteita. Tässä katsauksessa olen kuitenkin halunnut kysyä henkilökohtaistamisen tavoitteista erikseen. Haluan ymmärtää mitä henkilökohtaistamisella tarkoitetaan sekä käsitteenä että sille asetettujen tavoitteiden kautta. Tarkastelen henkilökohtaistamisen toimintamallia (policy) kahdesta näkökulmasta toisaalta yksilön kannalta toisaalta palveluiden järjestämisen ja tuottamisen kannalta. Kolmas kysymys kytkee toimintamallin sen taustalla oleviin laajempiin yhteiskunnallisiin aatesuuntauksiin ja liittää sen samalla laajempaan yhteiskuntapoliittiseen keskusteluun. Neljännen kysymyksen avulla tarkastelen kirjoittajien esittämiä vaihtoehtoisia näkökumia henkilökohtaistamiseen.

Muita mahdollisia tutkimuskysymyksiä olisi voinut olla esimerkiksi osallistumiseen ja osallisuuteen, hyvinvointivaltion rakenteisiin ja toimintatapoihin, valinnanvapauteen, ennaltaehkäisyyn ja -puuttumiseen tai itsearviointiin ja palvelun käyttäjän aktiiviseen rooliin liittyvät kysymykset. Olen kuitenkin halunnut tutkia henkilökohtaistamista laajasti käsitteellisenä kokonaisuutena sekä siihen liitettyjä yhteiskuntapoliittisia aatesuuntia, enkä siihen usein liitettyjä osatekijöitä erikseen. Tämä on myös mahdollistanut paremmin aineistolähtöisen tutkimusotteen, jonka avulla katsauksen luokittelu on tapahtunut analyysin myötä, kun tekstien kirjoittajien ääni ja heidän käsittelemänsä aiheet nousivat selvemmin esille.

2.2 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on usein osa tutkimusta tai opinnäytetyötä, mutta se voi myös olla oma itsenäinen tutkimusmenetelmä (Gough ym. 2012; Salminen 2011, 39). Tällöin puhutaan systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta. Tieteellisenä tutkimusmenetelmänä systemaattinen kirjallisuuskatsaus on sekundääristä tutkimusta, jolloin tehdään ”tutkimusta tutkimuksesta” (Salminen, 2011, 1; Kaseva 2011, 8; Johansson 2007, 4). Kirjallisuuskatsauksessa irrallinen tutkimus kerätään yhteen ja analysoidaan (Flinkman & Salanterä 2007, 84). Hyvin ja selkeästi tehty kirjallisuuskatsaus tarjoaa yhteenvedonomaaisesti ja lukijaystävällisesti kirjoitettuna luotettavampaa tietoa kuin yksi ainoa tutkimus, mutta tutkijan on syytä muistaa, että systemaattinen kirjallisuuskatsaus on aikaa vievä prosessi (Petticrew & Roberts 2006, 50).

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksesta tekee juuri termi systemaattinen, joka viittaa selkeään ja luotettavaan tutkimusmenetelmään. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa käytetään ennalta ohjeistettuja tarkkoja aineistonkeruu-, sisällönanalyysi- ja arviointimenetelmiä, jotka dokumentoidaan tarkasti luotettavuuden ja toistettavuuden parantamiseksi. (Gough ym. 2012, 2; Johansson 2007, 4.) Tämän lisäksi katsauksella pyritään vastaamaan ennalta asetettuihin tutkimuskysymyksiin, jotka osaltaan johdattavat tutkimukseen hyväksytyn aineiston valintaa. (Gough ym. 2012; Petticrew & Roberts 2006, 5, 8 ja 40).

Systemaattisista kirjallisuuskatsauksista on hyötyä paitsi tutkijayhteisöille myös käytännön työntekijöille, poliitikoille ja päättäjille. Myös tavalliset kansalaiset ja palveluiden tuottajat voivat tarvita luotettavaa ja läpinäkyvää tietoa, joka auttaa heitä informaatiotulvan järjestämisessä ja tiedon priorisoinnissa. Kirjallisuuskatsausta saatetaan tarvita myös silloin, kun vallitsee epävarmuus jonkin toimintatavan (policy) tai palvelun ”toimivuudesta” tai silloin kun toimintatapaa tai interventiota ollaan vasta kehittämässä tai kokeilemassa. Tällöin ei aiheesta ei vielä tiedetä kovin paljoa. (Petticrew & Roberts 2006, 11-12, 21.) Henkilökohtaistaminen voidaan Suomessa nähdä tällaisena uutena toimintatapana, josta ei vielä ole kovin paljoa tietoa.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla on mahdollista hahmottaa olemassa olevan tutkimuksen kokonaisuutta. Sen avulla kuvataan miten paljon valitusta aiheesta on jo olemassa tutkimustietoa ja minkälaista tutkimus on sisällöllisesti ja menetelmällisesti (Johansson 2007, 3). Tämän lisäksi systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tehtävänä voi olla esimerkiksi:

- uusien tutkimuskysymysten ja jatkotutkimusaiheiden löytäminen
- nykyisen tutkimuksen aukkojen ja puutteiden tunnistaminen
- aihealueen tutkimuksellisen evidenssin vahvuuden arvioiminen
- teoreettisen tai käsitteellisen viitekehyksen tunnistaminen ja teorian kehittäminen
- tutkimusmenetelmien tarkastelu
- tiedon soveltaminen käytäntöön

(Gough ym. 2012; Salminen 2011; Petticrew & Roberts 2006; Russel 2005.)

On olemassa tilanteita, jolloin kirjallisuuskatsaus ei ole paras tutkimusmenetelmä.

Tutkimuskysymys voi olla liian epämääräinen, lakea tai liian kapeasti kohdistunut, jolloin katsauksella ei saada vastausta tutkimuskysymyksiin. Erityisesti, jos joku on jo tehnyt aiheesta laajamittaisen kirjallisuuskatsauksen, jota voi päivittää, uuden kirjallisuuskatsauksen tekeminen ei ole tarpeellista. Näin ollen jokaisen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen edellytyksenä on kerätä aiheesta jo tehdyt katsaukset. (Petticrew & Roberts 2006, 29, 36; Koskela 2008, 38.) Olen löytänyt henkilökohtaistamisesta yhden kirjallisuuskatsauksen sekä toisen henkilökohtaisesta budjetoinnista. Emilia Leinosen pro-gradutyö Henkilökohtainen budjetti - Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kansainvälisestä tutkimuksesta käsittelee henkilökohtaista budjetointia Hollannissa ja Englannissa. Jason Powellin artikkeli Personalization and Community Care: A Case Study of the British System käsittelee henkilökohtaistamista Isossa-Britanniassa. Powellin teksti on mukana katsauksen aineistossa. Kirjoittaja tarkastelee henkilökohtaistamista kuitenkin vain osittain samasta näkökulmasta kuin minä, henkilökohtaistamista taustalla olevia aatesuuntia, ei niinkään sen määrittelyä tai keskeisiä tavoitteita. Leinosen pro gradu -tutkielma keskittyy ainoastaan henkilökohtaiseen budjetointiin eikä henkilökohtaistamiseen sen taustalla. Se ei tuo juurikaan uutta tietoa henkilökohtaisesta budjetoinnista keräämäni aineiston ja virallislähteiden lisäksi, joten se ei ole mukana katsauksessa.

2.3 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tyyppejä

Kun luen systemaattista kirjallisuuskatsausta käsittelevää tutkimusmenetelmäkirjallisuutta huomaan jo varsin pian, että käsitteistö on runsasta ja jossain määrin myös päällekkäistä. Suomessa Ari Salminen (2011) jakaa systemaattiset kirjallisuuskatsaukset kuvaileviin ja systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin sekä kvalitatiivisiin ja kvantitatiivisiin meta-analyyzeihin.

Salmisen mukaan kuvailevan katsauksen kaksi päätyyppiä ovat narratiivinen ja integratiivinen katsaus. Narratiivisessa katsauksessa epäyhtenäistä tietoa järjestetään jatkuvaksi tapahtumaksi, narratiiviksi. Siinä saatetaan käyttää johdonmukaisia valintakriteereitä ja arviointia katsausmateriaalin haussa ja analysoimisessa, mutta tulokset ja tutkimusmenetelmät kuvataan narratiivisesti, tilastollisen meta-analyysin sijaan. (Vrt. Petticrew & Roberts 2006, 39.) Integroivaa katsausta käytetään, kun halutaan kuvata aihetta mahdollisimman laajasti ja tuottaa uutta tietoa sekä sisällyttää katsaukseen sekä laadullisia että tilastollisia tutkimuksia sekä sisällönanalyysimenetelmiä. Kun integratiivinen katsaus tehdään ohjeistettua tutkimusprosessia noudattaen ja kriittisesti, muistuttaa se Salmisen mukaan systemaattista kirjallisuuskatsausta. Integroidussa katsauksessa yhdistellään erilaisin menetelmin tehdyn tutkimuksen lisäksi, myös teoreettista ja empiiristä tutkimusta. (Vrt. Russel 2005.)

Varsinaisella systemaattisella kirjallisuuskatsauksella Salminen (2011) tarkoittaa tilannetta, jossa on olemassa selkeät ohjeet, joiden mukaan tietoa etsitään ja arvioidaan. Myös tulosten yhteenvetoa ja yhdistelyä on ohjeistettu sekä katsauksen jokainen vaihe on tarkkaan määritelty virheiden minimoimiseksi ja katsauksen toistettavuuden mahdollistamiseksi. Tarkka jokaisen tutkimusvaiheen kirjaaminen on tärkeää, jotta tutkimuksen luotettavuus ja toistettavuus paranevat. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus eroaa muista kirjallisuuskatsauksista juuri sen erityisen tarkoituksen ja tarkkojen valinta-, analysointi- ja syntetisointiprosessien vuoksi. (Vrt. Johansson 2007, 4, 6.)

Kolmas systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tyyppi on Salmisen mukaan meta-analyysi, -synteesi ja -yhteenveto. Näistä meta-analyysia käytetään, kun kvantitatiivisia tutkimuksia yhdistetään ja yleistetään tilastotieteen menetelmin. Menetelmä soveltuu parhaiten tutkimustilanteisiin, joissa on käytössä lukuisia, mutta tuloksiltaan ristiriitaisia ja otokseltaan suuria tutkimuksia. Tutkimusmenetelmänä meta-analyysi sopii parhaiten luonnontieteisiin ja teknisiin tieteisiin, joissa tutkittavat ilmiöt ovat periaatteessa luonteeltaan yhteismitallisia sekä pysyviä, ja joissa tutkijan omalla tulkinnalla on vähemmän merkitystä. Metasynteessin ja metayhteenvedon erottaa meta-analyysista tutkimuksissa käytetty tutkimusmenetelmä. Synteesiä ja yhteenvetoa käytetään, kun tutkimuksissa on käytetty laadullisia tutkimusmenetelmiä, joiden tuloksia kuvataan ja tulkitaan. Meta-yhteenvedossa tutkimuksista etsitään keskeisiä lauseita tai väittämiä, joita verrataan toisiinsa sekä abstrahoidaan yleisemmäksi käsitteeksi. Kvalitatiivista aineistoa voi tarkastella kvantitatiivisesti laskemalla jokaisen lauseen yleisyys (frequency effect size) ja voimakkuus (intensity effect size), joiden avulla on mahdollista analysoida tutkimuksen avoimuutta ja

luotettavuutta. (Vrt. Flinkman & Salanterä 2007, 80.)

Mark Petticrew ja Helen Roberts (2006) esittelevät edellä mainittujen kirjallisuuskatsaustyyppien lisäksi vielä muutaman vaihtoehdon systemaattiselle kirjallisuuskatsaukselle. Näitä ovat:

- Käsitteellinen katsaus tai synteesi, joka tähtää käsitteellisen tiedon ymmärtämiseen ja systematisointiin. Käsitteellisen katsauksen tarkoituksena on mm. tuottaa yleiskatsaus aiheesta käsittelevästä kirjallisuudesta, mukaan lukien tärkeimmät käsitteet, mallit ja keskustelut. (Vrt. Nutley ym. 2002.)
- Kohdistettu katsaus (scoping review), on katsaus, joka tehdään joskus ennen varsinaista systemaattista katsausta. Sen tarkoituksena on kartoittaa laajasti minkä tyyppisiä tutkimuksia aiheesta on tehty ja missä. Kohdistettu katsaus voi olla myös itsenäinen tutkimusmenetelmä. (Vrt. Levac, Colquhoun & O'Brien 2010; Arksey & O'Malley 2005.)
- Realistisen katsauksen tai synteessin tarkoituksena on tuottaa yleistettävissä olevia teorioita, joilla on selkeä yhteys käytännön monitahoisiin sosiaali- ja terveystoimenpideohjelmiin. Realistisessa synteessissä interventioita pidetään teorioina ja synteessin avulla pyritään selittämään miten ja miksi joku, usein sosiaalinen, interventio ”toimii”- tai ei ”toimi”. (Vrt. Pawson ym. 2004.)
- Muita katsaustyyppejä ovat nopeat, kriittiset, asiantuntija- ja tutkimusaihealuetta päivittävät katsaukset.

Systemaattista kirjallisuuskatsausta käytetään paljon luonnontieteisiin perustuvassa tutkimuksessa. Tällöin katsaukseen otetaan mukaan samalla menetelmällä, usein satunnaistetulla vertailukokeella (Randomized controlled trial, RCT), toteutettuja tutkimuksia, joiden menetelmiä ja laatua arvioidaan. (Gough ym. 2012, 2.) Jos yhteiskuntatieteelliseen kirjallisuuskatsaukseen sisällytetään pelkästään kvantitatiivisia, satunnaistettuja ja kontrolloituja, kokeellisia vaikuttavuustutkimuksia supistuvat katsausten aihealueet huomattavasti. Ainakin yhteiskuntatieteelliselle tutkimukselle tyypilliset laadulliset tutkimukset karsiutuvat pois. (Kaseva 2011, 8.)

Yhteiskuntatieteissä myös laadullisista tutkimuksista voidaan tehdä systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Myös sekä laadullisia että määrällisiä tutkimuksia voidaan yhdistää samassa katsauksessa. (Gough yms. 2012, 2; Petticrew & Roberts 2006.) Tästä esimerkkinä voidaan käyttää integroitua kirjallisuuskatsausta, jossa yhdistellään erilaisin menetelmin tehdyn tutkimuksen lisäksi, myös teoreettista ja empiiristä tutkimusta (Russel 2005). Tosin Ari Salminen (2011) ei lue

integroitua katsausta systemaattiseksi kirjallisuuskatsaukseksi vaan kuvailevaksi katsaukseksi. Kohdistetussa kirjallisuuskatsauksessa itsenäisenä katsausmenetelmänä ei myöskään arvioida tutkimusten menetelmiä tai laatua, joten siinä voi olla mukana monella menetelmällä tehtyjä tutkimuksia (Arksey & O'Malley 2005; Petticrew & Roberts 2006). Käsitteellisessä katsauksessa taas keskitytään mm. tiedonmuodostusta ja teoreettisia ja tieteenfilosofisia suuntauksia koskeviin kysymyksiin valitussa kirjallisuudessa (Nutley ym. 2002).

Gough ym. (2012) toteavatkin, että kuten primääritutkimuksessa myös systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa eri menetelmillä tehtyjä tutkimuksia voi yhdistää samassa katsauksessa mixed metodes -periaatteella. Erilaisiin tutkimusmenetelmiin keskittyvä jaottelu katsauksen hyödyllisyydestä tai erilaisten tutkimusparadigmojen merkityksestä voi lisätä terminologista sekavuutta ja johtaa turhaan polarisointiin, koska erilaisilla tutkimuskysymyksillä, -menetelmillä ja -asetelmilla tuotetaan erilaista tietoa eri tarpeisiin ja tilanteisiin. Kaikkien katsausten materiaali ei myöskään perustu tutkimusraportteihin, vaan mukana voi olla myös teoreettisia tai käsitteitä kuvailevia artikkeleita, keskustelun avauksia ja luento- tai konferenssimateriaalia, kun halutaan tutkia aihetta josta ei vielä ole paljon tutkimusta.

Jo tämän lyhyen yhteenvedon perusteella voidaan sanoa, ettei kirjallisuuskatsaus terminä tee oikeutta tälle laaja-alaiselle tavalle koota eri tavoin ja eri tarkoituksiin tuotettua tietoa. Ehkä voitaisiin ennemmin puhua tutkimuskirjallisuuden meta-analyysistä (research literature meta-analysis), mikäli menetelmän luonteelle haluttaisiin tehdä hieman enemmän oikeutta, kuten Ari Salminen (2011, 39) ehdottaa.

2.4 Kirjallisuuskatsaustyyppin valinta

Edellä mainittua tyypittelyä yksinkertaisempi tapa on jakaa systemaattiset kirjallisuuskatsaukset kahteen päätyyppiin niiden käyttämän kysymyksen ja teoriatyypin perusteella: aggregatiivisiin (aggregative, aggregate=kerätä/koota yhteen) ja konfigurativisiin (configurative, configure=määrittää asetukset) katsauksiin. Aggregatiivisten katsausten ja tutkimusten tuloksena empiiristä dataa summataan ja yleistetään sekä pyritään löytämään todisteita aiheesta. Tällaiset katsaukset pyrkivät löytämään tutkimuksia, jotka tukevat toisiaan, jotta saadaan suurempi varmuus aiheen laajuudesta ja variaatiosta. Konfiguratiiivisilla katsauksilla on toisenlainen päämäärä. Niiden avulla pyritään tulkitsemaan, ymmärtämään ja järjestelemään aihetta punnitsemalla eri vaihtoehtoja.

Ne ovat luonteeltaan exploratiivisia eikä tiedonhaku ole välttämättä yhtä laaja tai katsaukseen hyväksytyn materiaalin määrä yhtä suuri kuin agregatiivisessa katsauksessa. Konfiguraatiivinen katsaus ei ole sama asia kuin katsaus johon otetaan mukaan ainoastaan laadullisia tutkimuksia, koska tulokset voidaan esittää myös numeraalisessa muodossa. (Gough ym 2012.)

Kummassakin katsaustyyppissä katsausprosessi ja tutkimuskysymykset määritellään etukäteen. Tutkimuskysymys suuntaa tutkimuksen tavoitetta ja kertoo sen lähentymistavasta, mutta ei kuitenkaan yksin riitä suuntaaman katsausta. Kysymys voi olla kohdistettu, johonkin aiheeseen kapea-alaisesti tai se voi olla laaja ja käsitteellinen. Konfiguraatiivisessa ja kohdistetussa katsauksessa tutkimuskysymys voi joko muuttua tai tarkentua tutkimusprosessin aikana. (Gough ym. 2012; Levac ym. 2010; Petticrew & Roberts 2006; Arksey & O'Malley 2005.)

Tutkimuskysymykseni kohdistuvat henkilökohtaistamisen määrittelyyn, sen taustalla oleviin poliittis-ideologisiin aatesuuntiin sekä siitä esitettyihin vaihtoehtoihin. Tutkimusmateriaali koostuu sekä tutkimukseen perustuvista artikkeleista että artikkeleista, joissa aihetta pohditaan. Useissa teksteissä aihetta reflektoidaan, tulkitaan tai analysoidaan yhteiskuntatieteellisten teorioiden kautta. Mukana on myös oppikirja, opas sekä pamfletti. Tämä varsin erimitallinen aineisto vastaa konfiguraatiivisen katsauksen luonnetta. Tutkimuskysymykseni sopivat kohdistettuun katsaukseen, siinä mielessä, että tutkimuksen edetessä on tarkoitus identifioida laajasti aiheeseen liittyvä kirjallisuus ja tarkentaa tutkimukseen liittyviä kysymyksiä tutkimuksen edetessä. Kysymykset kohdistuvat myös selkeästi tiettyyn aiheeseen (henkilökohtaistamiseen) ja tutkimuspopulaatioon (aikuiden sosiaalihuolto Isossa-Britanniassa).

Tämä systemaattinen kirjallisuuskatsaus on kohdistettu katsaus (scoping review), joka noudattaa konfiguraatiiviselle katsaukselle ominaisia piirteitä. Tarkoitus on ymmärtää ja järjestää aihetta sekä tutkia sen variaatioita sekä monimuotoisuutta ennemminkin, kuin löytää kausaaliyhteyksiä, testata käsitteeseen liittyvää hypoteesia, muodostaa teoriaa tai kerätä empiiristä todistusaineistoa. Kohdistettu katsaus sopii menetelmäksi myös, koska Suomessa ei ole aikaisemmin juurikaan tutkittu aihetta. Mielestäni juuri tämän takia on tärkeää tutkia aihetta laajasti eikä niinkään summata ja yhdistää jo olemassa olevaa tutkimustietoa tai hakea todisteita vahvistamaan aikaisemman tutkimuksen väittämiä. Toiseksi aineistossa on mukana sekä kvalitatiivisiin että kvantitatiivisiin tutkimusmenetelmiin perustuvia tekstejä, mutta myös reflektoivia tekstejä. Näin ollen en tule vertaamaan tekstien tutkimusmenetelmiä, koska ne eivät ole vertailukelpoisia. Kolmanneksi tarkoitukseni on ennemmin herättää keskustelua ja tuoda esiin käsitteen mahdollinen

monimuotoisuus ja yhteys yhteiskuntapolitiikkaan, kuin vahvistaa jo olemassa olevaa tietoa. Neljänneksi tutkimuskysymykset muotoutuivat osittain tutkimusprosessin edetessä, mikä on tyypillistä kohdistetulle ja konfiguraatiiviselle katsaukselle.

2.5 Tutkimusprosessi

Katsaus noudattaa Danielle Levacin ym. (2010) kohdistettua katsausta (scoping review) varten kuvaamaa prosessia. Tutkimusprosessin vaiheita on viisi:

- a. Tutkimuskysymysten määrittely
- b. Relevanttien tutkimusten tunnistaminen
- c. Tutkimusten valinta- ja poissulkukriteerit
- d. Aineiston taulukoiminen
- e. Tulosten kokoaminen, yhteenveto ja raportointi

- a. Tutkimuskysymysten määrittely

Tutkimuskysymykseni ovat varsin laajoja, mutta ne paikantuvat selkeästi henkilökohtaistamiseen Ison-Britannian aikuisten sosiaalihuollossa. Aihealueeksi valikoitui Ison-Britannian sosiaalihuolto, koska siellä on henkilökohtaistamista sovellettu virallisesti jo vuodesta 2007. Toisena tutkimusaluevaihtoehtona oli Alankomaat, jossa henkilökohtaista budjetointia on myös toteutettu nykyisellä tavalla vuodesta 2005 (Patronen ym. 2012). Ratkaisevaksi tekijäksi tutkimusalueen valinnan kannalta nousi kieli. Englanninkielentaitoni on huomattavasti parempi kuin hollanninkielentaitoni, jota myös jonkin verran osaan.

Alkuperäinen tarkoitukseni oli tutkia henkilökohtaistamisen merkitystä sosiaalityölle. Huomasin kuitenkin jo varsin pian, ettei Suomessa ole juurikaan tutkimusta henkilökohtaistamisesta yleisellä tasolla. Sosiaalityön liittyvän kysymyksen liittäminen katsaukseen olisi varmasti ollut sekä loogista että suotavaa, onhan kyseessä sosiaalityön ammatilliseen erikoistumiskoulutukseen liittyvä lisensiaatintutkimus. Päädyin kuitenkin sosiaalityötä koskevan tutkimuskysymyksen hylkäämiseen, koska halusin keskittyä tämän Suomessa varsin uuden käsitteen määrittelyyn yleisellä tasolla sekä sen yhteiskuntapolitiikkaan liittyviin poliittis-ideologisiin yhteyksiin. Sosiaalityön mukaan ottaminen olisi tuonut mukaan myös henkilökohtaisen budjetoinnin prosessin ja mekanismien analysoinnin sekä sosiaalityön Isossa-Britanniassa. Tällöin työstä olisi tullut laajempi kuin

ammattillisen lisensiaatintyön on tarkoitus olla. Vaikka keskityn vain käsitteen määrittelyyn ja yhteiskuntapolitiikkaan, voi katsauksen tuottamaa tietoa silti soveltaa sosiaalityöhön, koska sosiaalityöllä on vahva tietoperusta yhteiskuntatieteissä. Laajan näkökulman ansiosta myös muiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattikuntien sekä päättäjien on helpompi hyötyä siitä. Sosiaalityötä koskeva katsaus ansaitsee oman tutkimuksen, sillä aihe on erittäin tärkeä ja Isossa-Britanniassa paljon keskustelua herättänyt.

Luettuani sosiaalityötä käsittelevät artikkelit en kuitenkaan jättänyt niitä pois katsauksesta, koska lähes kaikissa niissä käsitellään sosiaalityön ohella myös henkilökohtaistamista yhteiskuntapolitiikassa. Tämä liittyy sosiaalityön yhteiskunnalliseen tietoperustaan. Lopputulos on ehkä hieman ristiriitainen: sosiaalityötä koskevat tekstit ovat mukana katsauksessa, mutta en hae niistä tietoa henkilökohtaistamisen merkityksestä sosiaalityölle.

Henkilökohtaisen budjetoinnin tutkiminen Isossa-Britanniassa kuului myös alkuperäisiin tutkimuskysymyksiini. Hylkäsin kysymyksen, koska tarkoitukseni ei ole käsitellä henkilökohtaistamisen implementointia käytännössä. Emilia Leinosen (2014) kirjallisuuskatsaus henkilökohtaisesta budjetoinnista on myös suhteellisen tuore. Aihe on kuitenkin mielenkiintoinen ja ansaitsee sekin oman vertailututkimuksensa, jos henkilökohtainen budjetointi otetaan käyttöön Suomessa.

Jäljelle jäivät siis kysymykset henkilökohtaistamisen käsitteen määrittelystä, sen tavoitteista ja tausta aatteista. Kun olin palannut näihin kysymyksiin ja hylännyt sekä sosiaalityötä ja henkilökohtaista budjetointia koskevat tutkimuskysymykset huomasin, että aineistossa oli vielä jäljellä mielenkiintoinen asiakokonaisuus, jonka päätin liittää katsaukseen. Näin neljäs tutkimuskysymys henkilökohtaistamisen vaihtoehtoista muodostui luennan ja tutkimusprosessin aikana.

Tutkimuskysymykset ovat ohjanneet lukemistani. Olen hakenut teksteistä vastauksia kysymyksiini, jotka siis muotoutuivat ja vaihtuivat tutkimusprosessin aikana. Tämä on yleistä konfiguratiiviselle katsaukselle, kun aihetta halutaan kuvata laajasti ja tutkimuksen kuluessa saattaa tulla uutta tietoa aiheesta, joka muuttaa tutkimuskysymyksiä ja tämän kautta myös tutkimuksen suuntaa.

b. Relevanttien tutkimusten tunnistaminen

Sekä henkilökohtaistamiseen liittyvä sosiaalityö että henkilökohtainen budjetointi osana henkilökohtaistamista olivat vielä mukana katsauksen aiheina, kun tein systemaattisen haun tietokannoista, joten käytin niitä hakusanoina.

Aineiston hankinnassa käytin sekä manuaalista että elektronista hakua. Systemaattinen elektroninen tiedonhaku tehtiin Helsingin yliopistolla. Haussa avusti kirjastovirkailija. Käytin ProQuest- ja EBSCO Academic Search Complete-tietokantoja. Hakusanat olivat:

- Social work and personalisation
- Social work and personalisation and self-directed support
- Social work and personalisation and person-centred planning
- Social work and personalisation and personal budget
- Social work and personalisation and direct payment

ja

- Adult social care and personalisation
- Adult social care and personalisation and self-directed support
- Adult social care and personalisation and person-centred planning
- Adult social care and personalisation and personal budget
- Adult social care and personalisation and direct payment

Vuosi 2007 valikoitui aloittamisajankohdaksi, koska sinä vuonna henkilökohtaistaminen esiteltiin ensimmäisen kerran Ison-Britannian hallituksen selonteossa Putting People First: A shared vision and commitment to transformation of adult social care (Her Majesty's Government 2007). Suurin osa teksteistä on artikkeleita vertaisarvioiduista lehdistä (38), mutta mukana on myös yksi kirja (Gardner 2011), yksi pamfletti (Leadbeater 2004), yksi tohtorin väitöskirja (Carr 2011) ja yksi opas (Carr 2013). Perusteluna muiden kuin vertaisarvioitujen artikkeleiden mukaan ottamiseen on tekstien keskeinen ja informatiivinen merkitys aiheelle. Erityisesti hallituksen ajatushautomo Demokselta tilaama Charles Leadbeaterin kirjoittama pamfletti vuodelta 2004 on tärkeä, koska se on ensimmäisiä kirjoituksia, jossa henkilökohtaistettuja palveluja käsiteltiin laajasti ja siihen myös monet artikkeleiden kirjoittajat viittaavat.

Henkilökohtaistamisesta on tietääkseni kirjoitettu myös muita kirjoja: A Practical Guide to Delivering Personalisation: Person-Centred Practice in Health and Social Care, Gardner Ali (2012),

Personalising Public Services: Understanding the Personalisation Narrative, Catherine Needham (2011), Direct Payments and Personal Budgets: Putting Personalisation into Practice, Jon Glasby and Rosemary Littlechild (2009). Valitsin Ali Gardnerin (2011) kirjan Personalisation in Social Work sen selkeän ilmaisen ja esitystavan vuoksi. Hän tuo myös hyvin esiin henkilökohtaistamisen historian. Joku toinen tutkija olisi voinut valita kaikki kirjat tai jättää ne kokonaan pois katsauksesta.

Sarah Carrin (2011) väitöskirjan lisäksi en ole löytänyt aiheesta muita väitöskirjoja. Sen sijaan löysin kaksi pro gradu -tutkielmaa, jo mainittu Emilia Leinosen (2014) Henkilökohtainen budjetti - Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, joka ei ole mukana aineistossa ja Mark Cambellin (2010) Personalisation – Stakeholder perceptions and the impact on social care commissioning in Liverpool 2010. Cambellin työ ei myöskään tuo henkilökohtaistamiseen uutta tietoa katsaukseen hyväksytyn aineiston lisäksi. Sen sijaan Carrin (2011) väitöskirja, Administration or transformation? An exploration of personalisation reforms, service user participation and diversity strategies in adult social care, käsittelee henkilökohtaistamista osallistumisen ja monimuotoisuuden hyväksymisen näkökulmista. Väitöskirja perustuu 18 artikkeliin, joista suurimman osan Carr on itse kirjoittanut. Väitöskirja on mukana aineistossa.

c. Tutkimusten valinta ja poissulkukriteerit

En ole hyväksynyt katsaukseen aineistoa eri organisaatioiden verkkosivuilta, internetin keskustelufoorumeilta tai sosiaalisesta mediasta. Dialoogisuutensa ja tiedottamislouhteensa takia nämä vaativat erillaisia tutkimusmenetelmiä esimerkiksi diskurssi-, teksti- tai keskusteluanalyysia. En myöskään ole hyväksynyt julkaisemattomia käsikirjoituksia tai luento ym. esityksiä.

Elektronisen haun tuloksena osumia oli yhteensä 484 kappaletta. Ensimmäiseksi poistin aineistosta tekstit, jotka löytyivät kummastakin tietokannasta. Tämän jälkeen poistin kirja-arvostelut, pääkirjoitukset ja artikkelit, jotka eivät kohdistuneet Iso-Britanniaan. Tämän seurauksena tekstejä oli 291 kappaletta.

Toisessa vaiheessa luin kaikkien 291 artikkelin abstraktit ja poistin artikkelit, jotka eivät käsitelleet henkilökohtaistamista aikuisten sosiaalihuollossa Iso-Britanniassa. Nämä artikkelit käsitelivät mm. tietojenkäsittelyä, psykoterapiaa, koulutusta, kirjastopalveluja ja rikosoikeutta. Toisen vaiheen

jälkeen artikkeleita oli 64 kappaletta.

Näistä 64 artikkelista en löytänyt kolmeatoista Helsingin tai Lapin yliopistojen tietokannoista, joten tekstien lukumäärä väheni 51:een. Seuraavaksi luin läpi kaikkien tekstien lähdeluettelot, jonka seurauksena hyväksytyjen tekstien lukumääräksi tuli jälleen 64 kappaletta. Tässä vaiheessa liitin katsaukseen myös Charles Leadbeaterin (2004) pamfletin *Personalisation through participation A new script for public services*, vaikka se on julkaistu ennen vuotta 2007.

Seuraavaksi jaoin artikkelit niissä käytettyjen tutkimusmenetelmien mukaan kahteen luokkaan sen mukaan oliko niissä käytetty empiiristä tutkimusaineistoa vai olivatko ne teoreettisen reflektion tulosta. Kävi ilmi, että osa artikkeleista, jotka perustuivat empiirisen tutkimukseen, käsittelivät, joskus varsin yksityiskohtaisesti, henkilökohtaistamisen mekanismeja ts. henkilökohtaista budjetointia, suoramaksuja, arviointiprosesseja, henkilökohtaisen budjetoinnin edellytyksiä, palveluiden välittämistä (brokerage) tai soveltuvuutta jollekin palvelunkäyttäjärhymälle. Osa teksteistä oli vuosina 2005–2008 tehdyn yksilökohtaisen budjetoinnin (individual budget) pilotin arviointia (Evaluation of the Individual Budgets Pilot Programme, 2008), joissa käsiteltiin aihetta käytännön implementoinnin kannalta. Tämän lisäksi muutama teksti käsitteli henkilökohtaistamisen soveltamista sosiaalityön koulutukseen, henkilöstöön tai terveydenhuoltoon. Tämän tutkimuksen tarkoitus ei ole arvioida henkilökohtaisen budjetoinnin eri tapoja tai siihen liittyviä prosesseja tai niiden sopivuutta eri asiakasryhmille. Jätin nämä tekstit katsauksen ulkopuolelle, koska ne eivät vastanneet tutkimuskysymyksiini. Artikkelit (22 kappaletta) joita en hyväksynyt katsauksen löytyvät liitteestä 2. Katsauksen ulkopuolelle jätetyt tekstit.

Näiden rajausten seurauksena katsaukseen on hyväksytty 42 tekstiä. Kaikki tekstit on esitelty liitteessä 1. Katsaukseen hyväksytyt tekstit. Ne eivät ole mukana lähdeluettelossa. Tekstien kirjoittajat ja heidän taustayhteisönsä sekä kuinka monta artikkelia kultakin kirjoittajalta on hyväksytty katsaukseen löytyvät liitteestä 3 Tekstien kirjoittajat.

d. Aineiston taulukoiminen

Taulukoin aineistoa Excel-tilukoon alusta saakka (Taulukot 1, 2 ja 3). Lajittelin tekstit ensin abstraktien sisältöjen mukaan. Tavoitteeni oli löytää tämän teemoittelun avulla mahdollisia analyysiluokkia. Ajatuksena oli rakentaa kolme pääluokkaa sen mukaan paikantuivatko tekstit sosiaalihuoltoon, sosiaalityöhön vai vammaispolitiikkaan. Kategorioita tuli kuitenkin useampia ja

osa artikkeleista kuului kumpaankin kategoriaan. Ainoastaan sosiaalihuoltoon tai aikuisten sosiaalihuoltoon paikantuvia artikkeleita oli vain yksitoista kappaletta, sosiaalityöhön yhdeksän ja vammaispolitiikkaan yksi kappale. Kaikki kolme ryhmää esiintyivät yhdessä toistensa tai muiden ryhmien kanssa. Muita ryhmiä olivat: hoivaetiikka, lähihoitopalvelut (community care), terveys- ja sosiaalihuolto, koulutus, julkiset palvelut, sosiaalipolitiikka, hyvinvointipalvelut, itseohjautuva tuki (self-directed support) ja kehitysvammaisuus (learning disability). Hajontaa oli liikaa, jotta luokittelu voisi toimia analyysin pohjana, mutta se antoi viitteitä siitä mihin henkilökohtaistaminen aikuisten sosiaalihuollossa paikantuu.

Seuraavaksi jaoin hyväksytyt tekstit käytetyn tutkimusmenetelmän mukaan. Katsauksen 42 tekstistä 20 tekstiä perustuu pohdintaan, reflektioon. Henkilökohtaistamista peilataan mm. eri teorioiden kautta, Ison-Britannian hallituksen tai Skotlannin politiikan kautta tai autonomian käsitteen ja hoivaetiikan kautta. Nämä taustatekijät tuovat käsitteen analyysiin mielenkiintoisia ulottuvuuksia, joita hyödynnän katsauksessa.

Kaksikymmentäkaksi tekstiä perustuu empiiriseen tutkimukseen. Käytetyt tutkimusmenetelmät ovat: arviointitutkimus, case-study, kirjallisuuskatsaus, palautteen arviointi (call for evidence), asiakirjojen analysointi, arviointitutkimus, työpaja, internet kysely, laadulliset haastattelut, puolistrukturoidut haastattelut, komparatiivinen analyysi ja kvantitatiivinen analyysi. Monipuoliset tutkimusmenetelmät kuvaavat hyvin yhteiskunnallisen tiedon monia ulottuvuuksia. Tutkimusmenetelmät eivät ole keskenään vertailukelpoisia, mikä on tyypillistä yhteiskuntatieteelliselle laadulliselle tutkimukselle.

e. Tulosten kokoaminen, yhteenveto ja raportointi

Tämän vaiheen voi jakaa kolmeen osaan: tiedon analysointiin, tulosten raportointiin ja tulosten soveltamisen ja merkityksen pohtimiseen (Levac ym. 2010). Katsauksen tulokset on raportoitu neljässä pääluvussa:

Luku 4. Mitä on henkilökohtaistaminen?

Luku 5. Henkilökohtaistamisen tavoitteet

Luku 6. Henkilökohtaistamisen taustadiskurssit ja sosiaaliset ulottuvuudet

Luvut vastaavat tutkimuskysymyksiini. Lopuksi teen yhteenvedon tuloksista sekä pohdin mitä Suomessa voisi ottaa huomioon, jos palveluja henkilökohtaistetaan.

Aineiston analyysi

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen analysoimiseksi suositellaan sekä määrällistä analyysiä että laadullista tematisointia (Gough ym. 2012; Levac ym. 2010). Tekstien analysoimisessa olen käyttänyt edellä mainitun luokittelun ja taulukoinnin lisäksi aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Tämä laadulliselle tutkimukselle varsin ominainen tapa analysoida aineistoa on ollut haastava, koska olen joutunut vastatusten aiheesta lukemani aikaisemman tiedon sekä omien ennakkokäsitysteni kanssa. Suhtautumiseni aiheeseen oli alussa varsin kriittistä, mikä on saattanut alussa vaikuttaa tekstien luentaan. Olen kuitenkin tietoisesti ponnistellut, jotta kaikki näkökannat pääsisivät esille enkä ole kiinnittänyt analyysiani mihinkään tiettyyn teoriaan.

Lukutapani oli kokonaisvaltainen, pyrin hakemaan teksteistä niiden oleellisen sisällön. Tein jatkuvasti laajenevia muistiinpanoja, joiden kautta etenin kirjoittamiseen. Tämän takia artikkeleissa ei ole viitattu sivunumeroihin. Sen sijaan sekä Ali Gardnerin (2011) kirja että Sarah Carrin (2013) kirjoittama opas ovat niin laajoja, että viittaen niissä sivunumeroihin.

Valittuani katsaukseen tulevat tekstit luin vielä kertaalleen läpi niiden otsikot, abstraktit ja sen jälkeen koko artikkelin saadakseni aiheesta yleiskatsauksen. Aloitin samalla muistiinpanojen kirjoittamisen. Jo tällä alustavalla ensimmäisellä luentakerralla, joka ei kohdistunut mihinkään erityiseen kysymykseen, aineistosta nousi selkeästi kaksi aihetta, yleinen tarve muutokseen sekä yhteys uusliberalistiseen konsumerismiin.

Toisella luentakerralla hain kohdistetummin vastausta kysymykseen, mitä kirjoittajat tarkoittavat henkilökohtaistamisella. Kiinnitin nyt huomioni käyttäjä keskiöön -tavoitteeseen, joka kuvaa muutosta palvelun käyttäjän asemassa. Tällä tavoitteella on yhteys sekä palveluiden järjestämiseen että valintaan ja itsenäisyyteen. Tähän mennessä olin siis hahmottanut kuusi erilaista aihetta liittyen henkilökohtaistamiseen: tarve muutokseen, uusliberalistinen konsumerismi, palvelun käyttäjä keskiöön, palveluiden järjestäminen, palveluiden valinta ja hallinnointi sekä itsenäisyys. Aihe hahmottui minulle kuitenkin vielä varsin strukturoimattomana, enkä ollut saanut vastausta varsinaiseen kysymykseeni mitä kirjoittajat tarkoittavat henkilökohtaistamisella.

Jatkoin lukemista ja vastauksen etsimistä kysymykseen mitä kirjoittajat tarkoittavat henkilökohtaistamisella. Nyt aloin pikkuhiljaa hahmottaa katsauksen kaksitasoisuutta:

henkilökohtaistaminen palvelun käyttäjän ja palveluiden järjestämisen näkökulmista, eli yksilön ja rakenteiden näkökulmista. En kuitenkaan löytänyt teksteistä selkeistä vastauksia kysymykseen, mitä kirjoittajat tarkoittavat henkilökohtaistamisella. Suurin osa kirjoittajista viittasi joko hallituksen asiakirjoihin, Charles Leadbeaterin (2004, 2008) tai jonkun muun kirjoittajan teksteihin. Minun tarkoitukseni oli löytää kirjoittajien omasanaisia määritelmiä. Näitä etsiessäni alkoivat kuitenkin vastaukset toiseen tutkimuskysymykseeni, minkälaisia poliittis-ideologisia aatesuuntia kirjoittajat olivat hahmottaneet henkilökohtaistamisen taustalla, hahmottua. Konsumerismin rinnalle nousi kansalaisuuteen liittyvät teemat.

Henkilökohtaistamisen määrittelyyn liittyvän kysymyksen vastauksiin en kuitenkaan ollut tyytyväinen. Siihen vaikutti liittyvän paljon muuta kuin mitä termillä tarkoitetaan tai miten se on määritelty. Itseasiassa vain harva kirjoittaja määritteli sitä omasanaisesti, joten en löytänyt kovinkaan runsaasti suoria vastauksia kysymykseeni. Olin jokseenkin neuvoton. Avuksi tuli oivallus koskien työtäni. Siinä kehitän ja toteutan erilaisia sosiaaliturvaan ja vertaistoimintaan liittyviä hankkeita ja koulutuksia. Palaan usein hankkeen tavoitteisiin, kun haluan muistuttaa itseäni mistä oikeastaan on kysymys. Sen lisäksi, että tavoitteilla pyritään määrittelemään mihin asiassa pyritään, vastaavat ne minulle kysymykseen mitä jollakin asialla tarkoitetaan eli mistä on kysymys. Tämän oivalluksen jälkeen siirryin hakemaan vastauksia toiseen tutkimuskysymykseeni, mitkä ovat henkilökohtaistamisen tavoitteet ja aloin ymmärtää mistä henkilökohtaistamisessa on kysymys, eli mitä kirjoittajat tarkoittavat henkilökohtaistamisella.

Olin henkilökohtaistamisen määrittelyyn ja taustaideologiaan liittyvien tekijöiden lisäksi hahmottanut kaksi suurta kokonaisuutta, jotka eivät tarkalleen ottaen vastanneet kumpaankaan tutkimuskysymykseeni. Aineisto tuntui kuitenkin liian tärkeältä, jotta olisin jättänyt sen pois katsauksesta. Kohdistetussa katsauksessa voikin muodostua uusia tutkimuskysymyksiä (Levac ym. 2010). Viimeinen tutkimuskysymykseni muodostui vasta tässä vaiheessa. Kysyin oikeastaan mihin kysymykseen aihekokonaisuudet vastaavat. Vastaus on neljäs tutkimuskysymykseni, minkälaisia vaihtoehtoja kirjoittajat ovat esittäneet henkilökohtaistamisesta?

Olin löytänyt vastauksia tutkimuskysymyksiini ja aloin luokitella vastauksia tutkimuskysymysten alle. Samalla tarkastelin tekemääni taulukointia. Taulukoinnin luokittelut eivät kuitenkaan tuottaneet mielenkiintoista lisätietoa aiheesta, joten ne toimivat vain aineiston alustavina jäsentäjinä. Aineiston pääluokkina ja samalla raportoinnin runkona toimivat neljä tutkimuskysymystäni: mitä

henkilökohtaistamisella tarkoitetaan, mitkä ovat sen tavoitteet, taustalla olevat aatesuunnat ja vaihtoehdot.

Henkilökohtaistamisen tavoitteet jakautuvat neljään alaluokkaan: muutostarve, palvelun käyttäjä keskiöön, sosiaalipalveluiden järjestäminen ja tuottaminen sekä säästäminen. Näistä palvelun käyttäjä keskiöön-luokka jakautuu vielä kahteen luokkaan palveluiden valintaan ja hallintaan sekä palvelun käyttäjän itsenäisyyttä käsitteleviin luokkiin. Myös luokka sosiaalipalveluiden järjestäminen ja tuottaminen jakautuu kahteen luokkaan ohjaus- ja neuvontapalveluiden järjestämiseen sekä sosiaalipalveluiden markkinoistumiseen. Näistä kaikista luokista valintaa ja markkinoistumista koskeva luokkia voidaan pitää läpileikkaavina, koska ne koskevat sekä yksittäistä palvelun käyttäjää että rakenteellista palveluiden järjestämistä ja tuottamista. Selkeyden vuoksi ne on kuitenkin raportoitu jommankumman luvun alla.

Tämän sisällön analyysin lisäksi tein määrällisen analyysin koskien käsitteen määrittelyä luokittelemalla kirjoittajien ilmoittamat avainsanat. Sen tulokset raportoin luvussa neljä.

2.6 Katsauksen luotettavuus ja tutkimusprosessin arviointi

Kokonaisuudessaan katsaus kuuluu laadulliseen tutkimukseen, jonka luotettavuutta voidaan arvioida sen sisäisen johdonmukaisuuden kautta, koska tutkimus on harvoin täsmälleen toistettavissa. Tämä johtuu tutkijan asemasta. Hän reflektoi ja tulkitsee. Tämän takia tutkijan on selitettävä tarkasti, mitä hän tutkii ja mikä on tarkoitus, miten tuloksiin on päästy ja mitä menetelmää on käytetty. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 133–138.) Myös systemaattiselle kirjallisuuskatsaukselle asetettu luotettavuuden ja toistettavuuden vähimmäisvaatimus on, että johtopäätöksiin johtaneet prosessit kuvataan riittävän tarkasti, kun tiedonmuodostus perustuu reflektointiin (Jupp 2013, 258; Johansson 2007). Systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta luotettavuuden arvioinnissa käsitellään myös onko katsauksella selkeät tiedonhaku-, mukaanotto- ja poissulkukriteerit sekä onko ennalta määriteltäviä katsausprosessia noudatettu. Tämän lisäksi voidaan arvioida katsaustyyppin soveltuvuutta aiheeseen ja sitä onko katsauksella vastattu tutkimuskysymyksiin. (Gough ym. 2012, 156–164; Johansson 2007.) On myös suositeltavaa, että systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekee vähintään kaksi tutkijaa (Pudas-Tähkä & Akselin 2007).

Sovellan katsauksen luotettavuuden arviointiin edellä mainittuja kriteerejä ja arvioin seuraavia kysymyksiä:

- a. Onko konfiguraatiivinen kohdistettu systemaattinen katsaus soveltuva tapa tehdä katsaus henkilökohtaistamisesta?
- b. Onko katsauksella pystytty vastaamaan tutkimuskysymyksiin?
- c. Onko katsaus suoritettu systemaattiselle kirjauskatsaukselle asetettujen standardien mukaisesti?
- d. Onko katsaus toistettavissa?
- e. Onko katsaus yleistettävissä Suomeen?
- f. Onko aineiston englanninkieli vaikuttanut luotettavuuteen?

- a. Onko konfiguraatiivinen kohdistettu systemaattinen katsaus soveltuva tapa tehdä katsaus henkilökohtaistamisesta?

Ennen katsauksen aloittamista olin huolellisesti perehtynyt systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen tutkimusmenetelmänä. Vaikka menetelmäkirjallisuudessa painotetaan usein tiedonkeruuprosessin noudattamista ennalta määritellyn suunnitelman mukaan ja tutkimuskysymysten määrittelyä jo tutkimuksen alkuvaiheessa, kohdistettu systemaattinen katsaus sallii tutkimuskysymysten muuttumisen ja lisääaineiston liittämisen työhön sen edetessä. Katsaukseen hyväksytyjen tekstien tiedonmuodostus ja tutkimusmenetelmät poikkeavat toisistaan huomattavasti eikä niiden laatua voi tämän takia arvioida tai verrata toisiinsa. Tutkimuskysymykseni myös elivät ja muuttuivat katsauksen edetessä ja liitin aineistoon uusia tekstejä elektronisen haun jälkeen.

Mielestäni kohdistettu katsaus, jossa on konfiguraatiivisen katsaustyyppin piirteitä, soveltuu hyvin aiheen tutkimiseen.

- b. Onko katsauksella pystytty vastaamaan tutkimuskysymyksiin?

Luvuissa neljä ja viisi vastaan kysymyksiin mitä kirjoittajat tarkoittavat henkilökohtaistamisella ja mitkä ovat kirjoittajien mukaan sen tavoitteet. Aiheen taustalla hahmottamani kaksi diskurssia vastaavat hyvin toiseen tutkimuskysymykseeni henkilökohtaistamisen taustalla mahdollisesti vaikuttavista poliittis-ideologisista aatesuunnista. Neljäs tutkimuskysymys, henkilökohtaistamisen vaihtoehtoista, oli itsellenikin yllätys, koska se muodostui tutkimusprosessin aikana. Näin sen voidaan sanoa olevan aidosti aineistolähtöinen. Se täydentää mielestäni hyvin kokonaisuutta.

Suurten henkilökohtaistamisen läpileikkaavien kokonaisuuksien valinnan mahdollisuuksien laajenemisen ja sosiaalipalveluiden markkinoistumisen käsittelyssä jako yksilötasoon sekä palvelunjärjestämiseen ja tuottamiseen ei välttämättä ole paras mahdollinen, koska nämä ulottuvuudet koskevat molempia tasoja. Kokonaisuudessa pystyin kuitenkin mielestäni varsin hyvin vastaamaan tutkimuskysymyksiini.

c. Onko katsaus suoritettu systemaattiselle kirjauskatsaukselle asetettujen standardien mukaisesti?

Aineistonkeruu on kirjallisuuskatsauksen kriittinen vaihe, jossa virhe voi vaikuttaa koko tutkimusaineistoon. Aineistonkeruu tapahtui kirjastovirkailijan avustuksella ennalta määriteltyjen hakutermien perusteella. Kirjastovirkailijan apu ja ”toiset silmät” vähensivät virheiden mahdollisuutta oleellisesti, koska tiesin, että itse haku tapahtui mahdollisimman laajasti ja teknisesti oikein. Olin miettinyt hakutermiä tarkkaan esiluennan perusteella ja keskustellut niistä seminaarissa opiskelijoiden ja ohjaajien kanssa. Elektronisen haun jälkeen suoritin vielä manuaalisen haun, kun kävin läpi katsaukseen hyväksytyjen tekstien lähdeluettelot. Mielestäni hakustrategiani oli varsin kattava ja luotettava.

Relevanttien tutkimusten tunnistamiseksi olin määritellyt poissulku- ja mukaanottokriteerit. Koska tutkimuskysymykset muuttuivat prosessin aikana, aiheutti tämä muutoksia katsauksen poissulku- ja mukaanottokriteereissä. Olen kuitenkin raportoinut ja perustellut muutokset mahdollisimman tarkkaan ja yksityiskohtaisesti luotettavuuden parantamiseksi.

Opinnäytetyön puitteissa minun ei ollut mahdollista tehdä katsausta yhdessä toisen tutkijan kanssa tai osana tutkimusryhmää, joka on suositeltavaa kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden parantamiseksi. Toisen tutkijan puuttuminen alentaa tutkimuksen luotettavuutta.

Katsauksessa on käytetty aineistolähtöiseen sisällönanalyysimenetelmään perustuvaa luokittelua sekä määrällistä analyysia analysoimalla tekstien avainsanat sekä taulukointia. Määrällinen analyysi ja yksityiskohtainen taulukointi parantavat katsauksen luotettavuutta. Aineistolähtöisen analyysin ihanteena olisi aloittaa tutkimus ilman ennako-olettamuksia tai määritelmiä. Jotta pystyin muodostamaan järkevät hakukriteerit, oli minun kuitenkin luettava jonkin verran aiheesta ennakkoon. Katsauksen aineistolähtöisessä sisällönlukutelmassa näen ongelmia. Olisin alusta saakka voinut esimerkiksi koodata aineistoa tai laskea joidenkin lauseiden yleisyyttä (frequency effect size) ja arvioida niiden voimakkuutta (intensity effect size), kuten Ari Salminen (2011) ehdottaa. Nyt

luokittelun perusteena toimivat tutkimuskysymykseni eikä tämä ole mielestäni riittävä perusta. Toisaalta olin tietoisesti valinnut, että haen aineistosta vastauksia nimenomaan tutkimuskysymyksiini, joten kyseessä ei itseasiassa ole puhdas aineistolähtöinen luokittelu. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin toteuttamistapa, aineiston koodaamattomuus ja määrällisen analyysin vähäisyys heikentävät tutkimuksen luotettavuutta.

d. Onko katsaus toistettavissa?

Katsauksen toistettavuutta parantaa se, että olen pyrkinyt johdonmukaisesti noudattamaan kohdistetulle katsaukselle asetettua prosessia (Levac ym. 2010) sekä raportoimaan mahdollisimman tarkasti kaikki tiedonkeruuseen ja analyysiin liittyvät vaiheet ja oman pohdintani.

Koska katsaus kuuluu laadulliseen tutkimukseen, näen sen toistettavuudessa kuitenkin puutteita, vaikka se mielestäni onkin sisäisesti johdonmukainen. En usko, että toinen tutkija voisi toistaa katsausta täysin samalla tavalla, vaikka hän esittäisi samat tutkimuskysymykset samalle materiaalille. Tämä johtuu juuri reflektiivisestä tiedonmuodostamisesta. Tutkijana olen valinnut valtavasta aineistomäärästä asioita, joita olen selkeyden takia yhdistellyt ja osittain myös tulkinut. Olen oman asemani avaamisella halunnut vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen, mutta en näe sen vaikuttavan tutkimuksen toistettavuuteen.

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointiin kuuluu tutkimuksen seurattavuus. Tällä tarkoitetaan sitä, että lukija kykenee seuraamaan tutkimusprosessin etenemistä ja johtopäätöksiin johtaneet prosessit kuvataan riittävän tarkasti. Olen pyrkinyt avaamaan lukijalle ajatteluani ja tutkimusprosessin etenemistä mahdollisimman tarkasti. Lukijan arvioitavaksi jää olenko onnistunut tässä siinä määrin, että hän pystyy seuraamaan tutkimusprosessin etenemistä.

e. Onko katsaus yleistettävissä Suomeen?

Katsaus ei ole yleistettävissä Suomen oloihin, koska Iso-Britannian ja Suomen sosiaalipalvelujärjestelmät poikkeavat toisistaan. Tästä huolimatta katsauksella on käyttöarvoa ja henkilökohtaistaminen ilmiönä on yleistettävissä myös Suomen oloihin. Katsauksen avulla voidaan ymmärtää paremmin henkilökohtaistamiseen liitettyjen käsitteiden kuten valinnanmahdollisuuksien laajenemisen, itsenäisyyden ja asiakas keskiöön-ajattelun moninaisuutta. Se antaa myös perspektiiviä ja vertailukohteen, kun Suomessa kehitetään sosiaali- ja terveydenhuoltoa sekä

sosiaalityötä.

f. Onko aineiston englanninkieli vaikuttanut luotettavuuteen?

Luotettavuuden kannalta myös aineiston kieli voi olla ongelmallista. Kaikki katsaukseen hyväksytyt tekstit ja lähes koko muu kirjallisuus on englanninkielistä. Iso-Britannian palvelujärjestelmä on myös minulle entuudestaan tuntematon, joten olen voinut ymmärtää joitakin asioita väärin. Vaikka englanninkielentaitoni onkin vahva, en aina välttämättä ole ymmärtänyt täysin oikein eri yhteyksissä käytettyjen sanojen vivahteita ja poikkeavia merkityksiä. Olen jättänyt tuloslukujen sitaattit englanniksi, jotta katsauksen autenttisuus ja luotettavuus paranisi. Näin lukija voi tarkistaa sitaattien täsmällisen sisällön. Englanninkielisten sitaattien jättämisestä huolimatta aineiston vieras kieli saattaa vähentää katsauksen luotettavuutta jonkin verran.

Taulukko 2. Katsauksen luotettavuus

	paransi luotettavuutta	heikensi luotettavuutta
katsaustyyppin valinta	x	
tutkimuskysymyksiin vastaaminen	x	
tutkijapari		x
hakustrategia	x	
relevanttien tutkimusten tunnistaminen	x	
taulukointi	x	
sisällönanalyysimenetelmä		x
toistettavuus	x	x
tutkijan oman aseman avaaminen	x	
sisäinen johdonmukaisuus	x	
yleistettävyys	x	x
englanninkieli		x

3. Henkilökohtaistamisen historia Isossa-Britanniassa ja tutkimus Suomessa

3.1 Henkilökohtaistamisen lyhyt historia Isossa-Britanniassa

Voidaan hyvin sanoa, että henkilökohtaistamisen alkuperäinen idea on peräisin jo 1980–90-luvulta vammaisliikkeeltä, pääosin Independen Living Movement -liikkeen sekä muiden palvelun käyttäjien ja läheisten- ja omaishoitajajärjestöjen toiminnasta (Lymbery 2014; Roulstone & Morgan 2014; Evans 2012; Brigid 2012; Ferguson 2012; Beresford 2009). Vammaisten henkilöiden parissa henkilökohtaistaminen alkoi jo vuonna 1988, kun Independent Living Fund (ILF) perustettiin ja noin 300 palvelun käyttäjää sai rahaa ostaakseen tarvitsemansa palvelun sen sijaan, että heidät olisi ohjattu suoraan palveluiden piiriin. Näin he pystyivät asumaan kotona ostamansa avun turvin. (Glendinning 2008.) Tästä sai alkunsa aktiivisten vammaisten henkilöiden vaikuttamistyö, jolla oli ratkaiseva vaikutus siihen, että vuonna 1996 tuli voimaan laki suoramaksuista, jonka perusteella osa palvelun käyttäjistä sai rahaa tarvitsemiensa palveluiden ostamiseen. (Lymbery 2014; Sowerby 2010; Beresford 2009.) Vammaisliikkeen aktiivisena päämääränä oli, että vammaiset henkilöt voisivat suoraan kontrolloida resursseja, joiden avulla he saivat tukipalveluja omien tarpeidensa mukaan. Tämän lisäksi he suosivat valinnanmahdollisuuksien laajentamista. Tavoitteena oli myös ylläpitää itsemääräämisoikeutta sekä turvata tuki, jonka avulla mahdollisimman itsenäinen elämä toteutuisi. (Lymbery 2014; Harris & Roulstone 2011; Sowerby 2010.)

Julkisten palveluiden uudistaminen ajoittuu Isossa-Britanniassa samoihin aikoihin vammaisliikkeen aktivoitumisen kanssa. Kun Konservatiivi-puolue voitti vaalit vuonna 1989, alkoi uudistaminen pääministeri Thatcherin johdolla. Se jatkui Työväenpuolueen valtakauden (1997–2010) aikana Kolmannen Tien (Third Way) -politiikkana ja jatkuu nykyisen koalitiollahituksen (2010-) Suuri Yhteiskunta (Big Society) -politiikkana. Valinnan suosimisen ohella kaikkien hallitusten perustavana ajatuksena on ollut, että kilpailu on takaa parhaat palvelut. (Ferguson 2012; West 2013). Työväenliikkeen Kolmannen Tien -ohjelman keskeinen periaate oli myös edistää kansalaisten aktiivista osallistumista sekä tukea säädeltyä kapitalismia (Koskiahio 2008, 63–77). Tämän lisäksi Kolmannen tien politiikka yhdisti vapaiden markkinoiden ideoita vastuullisuuteen ja sen tavoitteena oli kansalaisten itsenäisyys sekä joustavat palvelut (Leece & Leece 2011; Clarke & Smith 2004). Nykyään vallassa oleva koalitiollahitus on avannut kaikki julkisen sektorin palvelut,

mukaan lukien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, avoimelle kilpailutukselle (Her Majesty's Government Open Public Services 2014).

Isossa-Britanniassa henkilökohtaistaminen on osa julkisten palveluiden uudistamisprosessia. Sen yhtenä tarkoituksena on luoda yhtäläinen perusta palvelujen kehittämiseksi. Siihen liittyvä viestintä kohdistetaan sekä päättäjille, virkamiehille että kansalaisille. Kun Charles Leadbeater (2004, 21–23) toimi työväenhallituksen pääministeri Blairin neuvonantajana, ehdotti hän henkilökohtaistamiselle viittä funktiota:

1. Tuottaa kansalaisille ”asiakasystävällisen rajapinnan”.
2. Antaa palvelun käyttäjille enemmän sanavaltaa, kun he navigoivat palvelujärjestelmässä.
3. Antaa palvelunkäyttäjille enemmän vaikutusvaltaa, siihen miten palveluihin käytetyt rahat käytetään.
4. Palveluja tulee tuottaa ja muotoilla yhdessä palvelun käyttäjien kanssa.
5. Palvelun käyttäjien itseorganisoiutumista (self-organisation) tuetaan, jolloin ammattilaisten tehtävänä on luoda foorumeita, joilla palvelun käyttäjät voivat kehittää ratkaisuja yhteisöllisesti.

Nämä periaatteet ovat vaikuttaneet suuresti työväen- ja koalitiohallitusten politiikkaan ja niitä on kehitetty lukuisissa hallitusten toimenpideohjelmissa.

Parhaiten henkilökohtaistamisen viralliset tavoitteet ja keinot käyvät ilmi hallituksen lukuisista dokumenteista ja toimenpideohjelmista. Kuten Suyomessa yksityishenkilöiden ja organisaatioiden on mahdollista kommentoida asiakirjoja. Näiden dokumenttien avulla hallitus kerää palautetta. Isossa-Britanniassa hallitus avaa keskustelun käsittelemistään aiheista Vihreällä asiakirjalla (Green Paper). Tätä seuraa Valkoinen asiakirja (White Paper), joka on varsinainen lakiehdotus parlamentille. Tämän lisäksi on olemassa ohjekirjeitä (guidance papers), paikallisia kirjeitä (local circulars) sekä muita dokumentteja, joiden avulla hallitus ohjaa ja luo toimintapolitiikkansa (policy). (www.parliament.uk.) Isossa-Britanniassa poliittinen ohjaus ja keskushallinto ovat varsin vahvoja Suomeen verrattuna. Vaikka valtaa onkin delegoitu paikallisille viranomaisille, ei siellä ole kunnallista itsehallintoa samalla tavalla kuin Suomessa. (Koskiahho 2008, 69.)

Englannissa ja Walesissa hallituksen vuoden 2005 Vihreässä asiakirjassa ”Independence, well-being and choice” (Department of Health 2005), tuotiin ensimmäisen kerran keskusteluun

yksilökohtainen suunnittelu osana henkilökohtaistamista aikuisten sosiaalihuollossa. Skotlannissa henkilökohtaistaminen alkoi vuotta myöhemmin (Scottish Executive 2006). Independence, well-being and choice -dokumentissa pohdittiin voisiko yksilökohtainen suunnittelu toimia arviointivälineenä ihmisille, joilla on monenlaisia ja joskus ristiriitaisiakin tarpeita. Lisäksi nähtiin, että sosiaalihuollon palvelukokonaisuuden tavoitteena on palvelun käyttäjän itsenäisyys, joka toteutuu parhaiten silloin, kun palvelun käyttäjillä on enemmän valinnanmahdollisuuksia (choice) ja hallintavaltaa (control) tarvitsemiensa palveluiden suhteen. Tämän lisäksi hallitus ehdotti, että suoramaksuja ja henkilökohtaista budjetoitua tulee kehittää ja soveltaa milloin mahdollista. (Department of Health Independence, well-being and choice 2005.)

Seuraavaksi henkilökohtaistamista pilotoitiin aikuisten sosiaalihuollossa kolmellatoista alueella. Niissä otettiin käyttöön yksilökohtaiset budjetit (individual budgets) vuosina 2005–2007. Tavoitteena oli, Vihreän asiakirjan mukaisesti, antaa palvelunkäyttäjille enemmän valinnanmahdollisuuksia ja hallintavaltaa tarvitsemiensa palveluiden suhteen. Yksilökohtainen budjetti koostui tuolloin erilaista tuista, joita henkilö sai, ei ainoastaan sosiaalihuollon resursseista kuten myöhemmin henkilökohtainen budjetti. Uutena toimintatapana esitettiin palvelun käyttäjän itsearviointi (self-assessment) palvelujen tarvetta arvioitaessa. Kehitettiin myös palveluiden välitysjärjestelmä (system of brokerage). Välittäjien avulla palvelun käyttäjä sai apua erilaisten tukien yhdistämisessä, päätöksenteossa ja ostamisessa. (Carr 2011, 27; Glendinning 2008; Koskiahon 2008, 102–104.) Pilotti arviointiin laajasti (Glendinning ym. 2008). Kriitikot (mm. Slasberg ym. 2012) kirjoittivat, ettei pilotin avulla saatu riittävästi tutkittua tietoa henkilökohtaistamisen vaikutuksista ja että politiikkaa alettiin toteuttaa jo ennen kuin koko arviointi oli valmis.

Osittain keskeneräisestä arvioinnista huolimatta hallitus kiirehti toteuttamaan henkilökohtaistamista ja esitteli sen virallisesti jo vuonna 2007 asiakirjassa Putting People First: A shared vision and commitment to transformation of adult social care (Her Majesty's Government 2007). Asiakirjan tuottamiseen ja siinä esiteltyjen tavoitteiden muotoilemiseen olivat osallistuneet palvelun käyttäjien ja omaishoitajien järjestöt (Fish 2009). Siinä painotettiin yhteistyötä sekä julkisen, järjestö- ja vapaaehtoistoimijoiden että yksityisen sektorin välillä. Muutoksen ei nähty edellyttävän rakenteellisia muutoksia, vaan muutosta nimenomaan yhteistyössä erilaisten palveluntuottajien välillä. Näin paikalliset organisaatiot voisivat luoda uuden tavan tuottaa palveluja, jonka keskiössä ovat palvelun käyttäjien tarpeet. Taustalla oli huoli demografisista muutoksista väestön ikääntyessä sekä tästä aiheutuvista kuluista sosiaali- ja terveydenhuollolle. Keinoina dokumentin tuottanut ryhmä esitti mm. laajaa universaalia neuvonta- ja ohjauspalvelua, yhtenäistä palveluntarpeen

arviota, jossa painotus olisi itsearviointilla (self-assessment), henkilökohtaisen budjetoinnin, erityisesti suoramaksujen, käyttöönottoa kaikille palvelunsaamisen edellytykset täyttävälle palvelun käyttäjille. Raportin ydinviesti on ehkä parhaiten ilmaistu tässä sitaatissa:

“On tullut aika perustaa toiminta hyville käytännöille. Korvata paternalistinen järjestelmä sekä laadultaan vaihtelevat ja korjaavat palvelut palveluilla, jotka keskittyvät ennaltaehkäisyyn, varhaiseen puuttumiseen, mahdollisuuksiin ja korkealaatuisiin henkilökohtaisesti räätälöityihin palveluihin. Tulevaisuudessa haluamme, että kansalaisilla on parhaat mahdollisuudet ja valta valita ja hallita tukipalvelujaan.” (Her Majesty’s Government 2007.)

Hallitus jatkoi vuonna 2010 henkilökohtaistamisen toimeenpanoa asiakirjassa A Vision for Adult Social Care: Capable Communities and Active Citizens (Department of Health 2010).

Henkilökohtaistaminen oli yksi hallituksen seitsemästä periaatteesta, joiden päämääränä oli modernisoida sosiaalihuoltoa (muut olivat ennaltaehkäisy, kumppanuus, monimuotoisuus, suojele, tuottoisuus ja ihmiset). Nyt henkilökohtaistettuihin palveluihin kohdistui selkeitä odotuksia tuloksista. Keskeinen ajatus oli, että ihmiset eivätkä instituutiot ottaisivat vastuun huolenpidosta (care). Henkilökohtaisen budjetoinnin avulla taattaisiin palvelun käyttäjien valinnanmahdollisuuksien lisääminen ja sitä tulisi tarjota kaikille edellytykset täyttävälle sosiaalihuollon palvelun käyttäjille. Tämän lisäksi palvelun käyttäjille tuli tarjota tietoa, neuvoja, ohjausta, asianajoa (advocacy) ja tukea. Itsenäisyydestä tuli tärkeä päämäärä. Sen saavuttamiseksi paikalliset työntekijät ja yksilöt nähtiin yhteistyötoimijoina. Henkilökohtaistamista edistettiin sellaisilla sanonnoilla kuin Think Local Act Personal ja The Big Society.

Seuraava Valkoinen asiakirja oli nimeltään Caring for Our Future, Reforming Care and Support (Her Majesty’s Government 2012). Se jatkoi henkilökohtaistamisen soveltamista. Painopiste oli siirtynyt palvelun käyttäjän mahdollisuuteen hallinnoida (control) tarvitsemiaan hoiva- ja tukipalveluita. Universaalisuus tulee esiin ajattelussa, että jokaisen ajateltiin tarvitsevan näitä palveluja jossain elämänsä vaiheessa. Henkilökohtaistamisen tavoite pysyi kuitenkin samana: itsenäisyys ja hyvinvointi kuuluvat kaikille niin pitkään kuin mahdollista.

Hallituksen politiikan seurauksena vuonna 2015 huhtikuussa tuli koko Isossa-Britanniassa voimaan laki Care Act 2014. Henkilökohtainen budjetointi ja suoramaksut ovat nyt osa lakisääteistä sosiaalihuoltoa kaikkialla Isossa-Britanniassa. Paikallisilla viranomaisilla on lain myötä velvollisuus arvioida palvelun käyttäjän huolenpidon ja tuen tarpeet sekä tarjota sosiaalihuollon

palveluja mikäli edellytykset niiden saamiseen täyttyvät. Tämän lisäksi heidän tulee tarjota ennaltaehkäiseviä palveluja ja informaatiota sekä huolehtia siitä, että alueella on toimivat ja tehokkaat palvelumarkkinat. Paikallisilla viranomaisilla on myös velvollisuus käyttää itsenäisiä palvelun välittäjiä, mikäli palvelun käyttäjällä on erityisiä vaikeuksia ymmärtää tai käyttää saamaansa informaatiota. Laissa säädetään tämän lisäksi tarkkaan palvelutarpeen arvioinnin menettelyistä, palvelun saamisen edellytyksistä sekä viranomaisten paikallisesta yhteistyöstä. Päätösvalta palveluiden myöntämisestä säilyi viranomaisilla. (Care Act 2014, Care Act factsheets 2015.) Peter Beresford (2014) on kritisoinut uutta lakia, siitä ettei se muuta paljoakaan palvelun käyttäjän asemaa. Tämän lisäksi palvelun saamisen edellytyksiä on jo aikaisemmin kiristetty säästöjen ja leikkausten takia. Myöskään itsenäisten välittäjien käyttöä ei velvoiteta kuin hyvin painavista syistä. Tämä ei estä niiden käyttöä laajemmin, mutta koska paikallisilla viranomaisilla ei ole velvollisuutta järjestää niitä, jää heidän päätettäväksi tarjoavatko ne palvelua vai eivät. Taloudellisesti tiukkoina aikoina tämä ei Beresfordin mukaan ole todennäköistä. (The Guardian 2.12.2014.)

3.2 Aikaisempi tutkimus Suomessa

Suomessa on tehty jonkin verran tutkimusta ja selvityksiä liittyen henkilökohtaiseen budjetointiin. Keskustelua henkilökohtaistamisesta ovat avanneet Marketta Rajavaara sekä Marjaana Seppänen ja Mo Ray. Esittelen tässä kappaleessa näitä keskustelun avauksia ja tutkimuksia, mutta ne eivät ole osa katsaukseni aineistoa.

Suomessa henkilökohtaista budjetointia ovat aikaisemmin tutkineet Emilia Leinonen (2014), Susan Eriksson (2013), Tiina Lehto-Lundan (2012) sekä Suomen itsenäisyyden juhlarahaston (Sitra 2012) teettämässä selvityksessä Mari Patronen, Tuomo Melin, Minna Tuominen-Thuesen, Eeva Juntunen, Sirpa Laaksonen ja Wilhelmiina Karikko.

Emilia Leinosen (2014) palkittu pro gradu -tutkielma käsittelee henkilökohtaista budjetointia Hollannissa ja Englannissa. Leinosen työ on kirjallisuuskatsaus, joka perustuu 18 artikkeliin. Hänen mukaan henkilökohtainen budjetointi on lisännyt palvelun käyttäjien valtaistumista ja valinnanmahdollisuuksia, mutta sen käyttö voi muuttaa perhesuhteita ja se voi myös heikentää budjetilla palkattujen avustajien ja hoitajien asemaa. Leinosen mukaan henkilökohtaisen budjetoinnin suunnittelussa olisi kiinnitettävä erityistä huomiota erilaisten palvelunkäyttäjryhmien

tarpeisiin sekä taattava kaikille riittävät tuki- ja neuvontapalvelut.

Kehitysvammaliiton ja Kehitysvammaisten palvelusäätiön yhteisessä hankkeessa Tiedän mitä tahdon! (2010–2013) tutkittiin henkilökohtaisen budjetoinnin käyttöönottoa ja mahdollisuuksia kehitysvammaisille henkilöille Vantaalla ja Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri Eksotessa. Susan Erikssonin (2013) mukaan henkilökohtaisen budjetoinnin kokemukset ovat olleen myönteisiä. Hankkeessa keskityttiin lähinnä yksilökohtaiseen palvelusuunnitteluun, joka on parantanut kehitysvammaisten henkilöiden itsemääräämisoikeutta. Sen avulla he ovat voineet paremmin pohtia, minkälaisia muutoksia he haluaisivat elämäänsä. Sosiaalityöntekijöiltä muutokset edellyttivät siirtymistä totutun palveluvalikoiman ulkopuolelle.

Tiina Lehto-Lundan (2012) on niin ikään käsitellyt sosiaalityön pro gradu -tutkielmassaan kehitysvammaisten henkilöiden kokemuksia yksilökohtaisesta suunnittelusta osana Tiedän mitä tahdon! -projektia. Hänen mukaan kehitysvammaisten henkilöiden kokemuksiin vaikuttavat kokemus päätösvallasta, prosessia eteenpäin vievät tehtävät ja mahdollisuus osallistua toimintaan.

Suomen itsenäisyyden juhlarahasto (Sitra) on teettänyt selvityksen henkilökohtaisen budjetoinnin käytöstä omaishoidossa (Patronen ym. 2012). Kirjoittajat ehdottavat, että Suomessa olisi ryhdyttävä valmistelemaan lainsäädäntöä, jonka avulla henkilökohtainen budjetointi voitaisiin ottaa käyttöön omaishoidossa, terveys-, kuntoutus- ja vammaispalveluissa.

Tämän katsauksen aiheesta henkilökohtaistamisesta yhteiskuntapolitiikassa on Suomessa keskusteltu vähemmän. Keskustelua ovat avanneet Marketta Rajavaara (2014) sekä Mo Ray ja Marjaana Seppänen (2014).

Marketta Rajavaara (2014) tarkastelee henkilökohtaistamisen käsitettä osana hyvinvointivaltion muutosta. Hänen mukaan henkilökohtaistaminen haastaa yhdenvertaisuuden, kun henkilökohtaistetut palvelut muuttavat hyvinvointivaltioajattelun ytimessä olevat universaalit ja yhdenmukaiset palvelut. Rajavaara näkee henkilökohtaistamiseen perustuvalla uudistamisella olevan kolme suuntaa suomalaisessa sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä, vaikka käsitettä ei olekaan otettu aktiiviseen käyttöön.

Ensinnäkin henkilökohtaistamista on edistetty asiakasosallisuudella yksilökohtaisessa sosiaalityössä, joka on lähtökohtaisesti henkilökohtaista. Keskustelua sosiaalityön

asiakaslähtöisyydestä on käyty jo 1980-luvulta lähtien, vaikka suomalainen sosiaalityön toimintakenttä sijoittuukin pääosin kunnan järjestelmäkeskeiseksi luonnehdittuun sosiaalihuoltoon. Uudessa sosiaalihuoltolaissa on painotettu erityisesti asiakaslähtöisyyttä sekä asiakkaiden osallistumista myös palveluiden kehittämisessä ja suunnittelussa (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014).

Toisena uudistussuuntana Rajavaara mainitsee henkilökohtaistamisen palveluja eriyttämällä, siten, että asiakkaiden erilaiset palveluntarpeet otetaan huomioon ja tarjotaan niiden mukaisia palveluvaihtoehtoja. Palveluiden eriyttämisen tavoitteena on järjestelmän kokonaistuottavuus eikä niinkään asiakkaan osallisuuden tai valinnanmahdollisuuksien lisääminen. Toisaalta kaikkein huono-osaisimpien palveluja pyritään parantamaan. Asiakassegmentoinnin perusteella heidät ohjataan palveluiden piiriin. Suurimmalle osalle tarjotaan universaaleja palveluja ja vain pienelle osalle henkilökohtaistettuja palveluja. Tässä kehityssuunnassa palvelun saamisen edellytykset tulevat ratkaiseviksi ja kansalaisten yhdenvertaisen kohtelun haasteet tulevat ratkottaviksi.

Kolmantena kehityssuuntana Rajavaara esittelee henkilökohtaistamisen aktivoinnin avulla. Aktivointipolitiikkaa on toteutettu etenkin työllisyys- ja työkykypolitiikassa eikä aktivointia ole tähän mennessä Suomessa liitetty henkilökohtaistamiseen, vaikka aktivoinnissa on kyse yksilöllisistä, työttömyyteen tai työkyvyttömyyteen liittyvistä ratkaisuista. Tässä kehityssuunnassa yksilön henkilökohtainen vastuu omasta tilanteestaan on avainasemassa samalla kun hyvinvointivaltio säätelee yksilön käyttäytymistä.

Lopuksi Rajavaara toteaa, että Suomessa ei olla kovinkaan pitkällä henkilökohtaistettujen palvelujen kehittämisessä, siitä huolimatta että yksityisten palvelujen osuus sosiaalipalvelujen tuotannossa on jo lähes kolmannes (Arajärvi & Väyrynen 2009, 2). Rajavaaran mukaan henkilökohtaistamiseen liittyvistä riskeistä huolimatta yksilön osallisuutta ja valinnanmahdollisuuksia painottavassa individualistisessa yhteiskunnassa henkilökohtaistettuja palveluja tulisi kehittää, vaikka sosiaalialan ammattihenkilöt korostavat asiakkaiden suojelun tarvetta. Henkilökohtaistaminen edellyttää sitä, että ammattilaiset ovat valmiita luovuttamaan päätösvaltaa palvelun käyttäjille.

Mo Ray ja Marjaana Seppänen (2014) analysoivat henkilökohtaistamista ikäihmisille kriittisen gerontologian ja rakenteellisen sosiaalityön viitekehyksistä käsin. He käsittelevät erityisesti itsearvioinnin osuutta henkilökohtaistamisessa, kun henkilökohtaistamisella halutaan tavoitella itsenäisyyttä. Itsearviointi (selfassessment) on otettu laajasti käyttöön Isossa-Britanniassa. Ray ja

Seppänen tuovat esiin, että paljon tukea tarvitseva ikääntyvä ihminen ei välttämättä kykene ilmaisemaan monimutkaisessa ja epävarmassa elämäntilanteessaan kaikkia tarpeitaan. Itsearviointiin saattaa vaikuttaa myös elämän loppuvaiheeseen usein liittyvät olosuhdetekijät kuten hoivaavan puolison kuolema tai riippuvuus perheenjäsenistä sekä mahdolliset muistiongelmat ja dementoivat sairaudet. Toisaalta henkilökohtaistamisessa on heidän mukaan kyse myös ikääntyvien ihmisten palauttamisesta kansalaisiksi, jotka määrittyvät aktiivisina, riippumattomina ja itsestään vastuullisina. Tämän korostaminen voi kuitenkin leimata erityisesti paljon tukea tarvitsevat ikääntyvät riippuvaisiksi ja epäonnistuneiksi. Ray ja Seppänen toteavatkin, että rakenteellisen ja kokemuksellisen sosiaalityön näkökulman tulisi johtaa siihen, ettei ikääntyneitä, jotka eivät halua käyttöönsä henkilökohtaista budjettia tai halua tehdä itsearviointia, syrjitä. Rakenteellisen kriittisen gerontologisen sosiaalityön tulisi, kirjoittajien mukaan sitoutua rakenteellisten epäkohtien ja toimintatapojen sekä diskriminoivien käytäntöjen näkyväksi tekemiseen ja poistamiseen.

4. Mitä on henkilökohtaistaminen?

Kirjoittajien tuomien näkökulmien kirjo on suuri, kun yritetään määritellä mitä henkilökohtaistamisella tarkoitetaan. Kuitenkin vain alle puolet kirjoittajista (17 kirjoittajaa) on määritellyt henkilökohtaistamisen omin sanoin, muut kirjoittajat siteeraavat joko hallituksen asiakirjoja, Charles Leadbeaterin (2004, 2008) tai muiden kirjoittajien tekstejä. En ole ottanut henkilökohtaistamisen määrittelyn analyysiin mukaan näitä suoria sitaatteja, koska ne eivät ole kirjoittajien itsensä tuottamia. Olen kuitenkin koonnut lyhyesti kaikki teksteistä löytämäni määritelmät liitteeseen 4 Henkilökohtaistamisen määritelmät. Taulukossa suorat sitaatit hallituksen asiakirjoista ja muiden teksteistä on merkitty sinisellä lukemisen helpottamiseksi. Taulukoon keräämäni määritelmät eivät tee oikeutta sille monimuotoisuudelle, jolla kirjoittajat käsittelevät henkilökohtaistamista, mutta antavat kattavan kuvan käsitteen laajuudesta ja siihen liitetyistä tavoitteista ja odotuksista.

Aluksi voidaan erottaa henkilökohtaistaminen palvelunohjauksesta (care management), kuten Ali Gardner (2011, 28) ja Caroline Glendinning (2008) toteavat. Henkilökohtaistamisessa on perimmiltään kyse vallan siirrosta asiantuntijoilta palvelun käyttäjille. Palvelunohjauksessa asiantuntijoiden (care managers) tehtävänä on arvioida palvelun käyttäjän tarpeet, päättää täyttääkö hän palvelunsaamisen kriteerit, tukea palvelun käyttäjiä tekemään järkeviä päätöksiä sekä koordinoita erilaisia ennalta määriteltyjä ”palvelupaketteja” palvelun käyttäjän puolesta.

Henkilökohtaistamisessa on kyse palvelun käyttäjien ja asiantuntijoiden yhteistyöstä sekä palvelunkäyttäjän tarpeen mukaisista palveluista, jotka hän itse määrittelee.

Toiseksi osa kirjoittajista määrittelee henkilökohtaistamisen henkilökohtaiseksi budjetoinniksi (West 2013; Ferguson 2012; Rummery 2009). Tällä tarkoitetaan sosiaalihuollon varojen jakamista sellaisille palveluiden käyttäjille, jotka täyttävät palvelun saamisen edellytykset palveluntarpeen arvion jälkeen (Direct payments and personal budgets for social care, SN/SP/3735, 2012). Olen kuvannut tarkemmin henkilökohtaista budjetointia liitteessä 6 Henkilökohtainen budjetointi osana henkilökohtaistamista. Yksilökohtainen suunnittelu (person-centred planning, PCP) on osa henkilökohtaisen budjetoinnin prosessia. Daniel Brigid (2012) toteaa, että henkilökohtaistaminen yksilökohtaisena suunnitteluna tai lähestymistapana muistuttaa suuressa määrin sosiaalityössä jo pitkään käytettyjä erilaisia yksilötyöskentelyn muotoja. Tästä saattaa johtua, että työntekijöillä on välillä vaikeuksia määritellä henkilökohtaistamista. Tämä käy hyvin ilmi myös selvityksestä, jossa Social Work Inspection Agency Skotlannissa kysyi työntekijöiltä, mitä henkilökohtaistaminen tarkoittaa käytännössä. Vain alle puolet vastaajista (N=32 paikallista virastoa) mainitsi suoramaksut ja lähes jokainen luuli sen tarkoittavan samaa kuin yksilökohtainen suunnittelu. Tutkijat toteavatkin, että henkilökohtaistamista on vaikea tutkia käsitteenä, koska termi on näin löyhästi määritelty. (Clark & Smith 2012.)

Näiden kahden yksinkertaisen määrittelytavan lisäksi olen valinnut henkilökohtaistamisen määrittelyn lähtökohdaksi neljän kirjoittajan analyysin käsitteestä, koska niistä käy hyvin ilmi henkilökohtaistamisen laajuus ja monitasoisuus yhteiskuntapoliittisessa kontekstissa.

Selkeimmän omasanaisen määritelmän tekee Steven Dodd (2013):

” A narrative about the promotion of autonomy, choice and control in support services, that is particularly mobilised in support of the increased availability of individualised funding mechanisms. Use of the narrative is typically intended to denote services that are more responsive and personalised to individual needs. Personalisation is sometimes used synonymously with individualised funding mechanisms such as Individual/Personal Budgets (a budget held by the state but allocated by the user), or Direct Payments (a direct cash payment to the individual), but it involves a framing of these mechanisms within a narrative that is not logically necessitated by their existence.”

Dodd painottaa määritelmässään autonomian, valinnan ja hallinnan yhteyttä henkilökohtaiseen budjetointiin, joksi henkilökohtaistaminen usein mielletään. Tämän palvelun toivotaan olevan joustavampi ja palveluntarpeiden kiinnittyvän henkilön tarpeisiin. Hänen mukaan henkilökohtaistamisen tulisi kuitenkin kiinnittyä laajempaan viitekehykseen, joka ei välttämättä kiinnity henkilökohtaiseen budjetointiin.

Simon Duffy (2010) näkee henkilökohtaistamisella olevan kolme ulottuvuutta, joita käytetään usein samanaikaisesti:

- ”1. rhetorical — personalisation is sometimes used to describe a positive direction for public service reform
- 2. technological — personalisation is sometimes used as a generic term for one or more of the specific technologies or practices that are referred to by advocates of personalisation
- 3. policy — personalisation is sometimes used to describe a set of government initiatives that are justified in terms of personalisation.”

Duffyn mukaan henkilökohtaistaminen on toimintatapa, jonka avulla kuvataan ja perustellaan hallituksen julkisen hallinnon uudistamista. Samalla sillä on käytännöllinen tehtävä, joka liittyy henkilökohtaiseen budjetointiin, jonka avulla toteutetaan henkilökohtaistamista.

Catherine Needhamin (2011) mukaan henkilökohtaistaminen on aikamme suuri narratiivi, josta hän erottaa viisi avaintemaa:

- “1. Personalization works, transforming people’s lives for the better
- 2. Person-centred approaches reflect the way people live their lives, rather than artificial departmental boundaries
- 3. Personalization is applicable to everyone, not just to people with social care needs
- 4. People are experts on their own lives
- 5. Personalization will save money.”

Needham tuo ilmi tavoitteen, jonka mukaan henkilökohtaistaminen säästäisi rahaa samalla kun se muuttaa ihmisten elämää parempaan suuntaan. Hänen mukaan henkilökohtaistetut palvelut rikkovat hallintokuntien rajoja ja asettavat palvelun käyttäjät oman elämänsä asiantuntijoiksi. Needham näkee, että henkilökohtaistamista voitaisiin soveltaa kaikkien palvelujen käyttäjiin, ei ainoastaan sosiaalihuollon palveluiden käyttäjiin.

Näiden kolmen kirjoittajan lisäksi Karen West (2013) analysoi henkilökohtaistamisessa ilmeneviä ristiriitaisuuksia napakasti. Hän kutsuu henkilökohtaistamista “tyhjän kuvaajaksi” (empty signifier), koska sillä tarkoitetaan erilaisia keskenään kilpailevia ja vastakohtaisia vaatimuksia. Nykyisessä yhteiskunnallisessa tilanteessa taloudelliset resurssit ovat yhä rajatumpia ja säästötoimenpiteet jatkuvat samalla kun ikääntyvän väestön huolenpidon ja hoidon tarpeet kasvavat.

Henkilökohtaistaminen tarjoaa modernisaatiota valinnan avulla ja standardoitujen palveluiden hylkäämistä. Kansalaisten odotetaan osallistuvan aktiivisesti omien palveluidensa hallintaan autonomisina yksilöinä, samalla kun he tekevät yhteistyötä palveluntuottajien ja suunnittelijoiden kanssa. Toisaalta yksityiset markkinat omine lainalaisuuksineen leviävät sosiaalipalveluiden ja tuotteiden alueelle. Westin mukaan riippumatta ristiriitaisesta sisällöstä ja määrittelyvaikeuksista tai eroista poliittisten tavoitteiden ja käytännön toteutuksen välillä henkilökohtaistaminen näyttää ottaneen tukevan, joskin hieman selittämättömän, otteen brittiläisestä aikuisten sosiaalihuollosta. Vaikeuksista huolimatta henkilökohtaistamisesta ei Westin mukaan kannata luopua, vaan jatkaa sellaisten olosuhteiden ja edellytysten kehittämistä, jossa se voisi kukoistaa.

Näiden määrittelyjen lisäksi halusin lisää tietoa henkilökohtaistamisesta. Tätä tarkoitusta varten analysoin katsaukseen hyväksytyjen tekstien avainsanoja. Avainsanojen perusteella henkilökohtaistamiseen liitettyjen aiheiden kirjo on suuri. Tähän viittaa jo se, että suurin osa avainsanoista esiintyi vain kerran. Lisäksi osa 12:sta useimmin esiintyneestä avainsanasta on läheisten sanaparien tai useamman sanan yhdistelmiä. Avainsanojen kirjosta kertoo myös paljon, että 12 ensimmäisen avainsanan jälkeen jäi vielä 56 käyttämätöntä avainsanaa. Lista kaikista käytetyistä avainsanoista löytyy liitteestä 5 Kaikki avainsanat. Olen koonnut kaksitoista useimmin käytettyä avainsanaa taulukkoon yksi.

Taulukko 1: Avainsana-analyysin tulokset.

	sosiaalihoito	sosiaalityö	kaikki
personalisation	15	11	26
choice or/and control	6	4	10
autonomy/independence/dependence	3	3	6
individual/personal budgets/direct payments	5	1	6
disability, learning disability, disabled people	2	3	5
carers/helping relationships/support	5		5
care ethics/care	3	1	4
disability movement	1	2	3
responsibility	1	2	3
neoliberalism		3	3
individualization	2	1	3
citizenship	1	2	3

Henkilökohtaistaminen (personalisation) oli luonnollisesti useimmin käytetty avainsana. Sen jälkeen tulivat valinta ja/tai hallinta (choice and/or control) sekä autonomia tai itsenäisyys/riippuvuus (autonomy or independence/dependence). Tämä kuvaa hyvin näiden aiheiden keskeisyyttä henkilökohtaistamiselle. Samalla ne voidaan nähdä myös sen tavoitteina. Vaikka tämän katsauksen tarkoituksena ei ole analysoida Ison-Britannian lukuisia hallituksen asiakirjoja, joita olen lukenut taustoittaakseni katsausta, en ole voinut välttää huomaamasta kuinka juuri itsenäisyyden sekä valinnan ja palveluiden hallinnan teemat painoutuivat näissäkin dokumenteissa. Analysoin tarkemmin valintaa ja palveluiden hallintaa sekä itsenäisyyttä ja riippuvuutta osana henkilökohtaistamisen tavoitteita luvussa 5 Palvelun käyttäjä keskiöön.

Seuraavina avainsanoina ovat yksilölliset tai henkilökohtaiset budjetit sekä suoramaksut (individual/personal budgets/direct payments). Tämä kuvastaa hyvin sitä, että yksinkertaisimmillaan henkilökohtaistaminen on määritelty henkilökohtaiseksi budjetoinniksi, kuten myös osa kirjoittajista määritteli sen. Henkilökohtaistaminen on myös liitetty vammaisjärjestöihin ja vammaispolitiikkaan yleensä, mutta myös huolenpitoon ja omaishoittoon. Näiden lisäksi se on liitetty laajempaan yhteiskuntapoliittiseen aatesuuntaan, uusliberalismiin sekä keskusteluun kansalaisuudesta. Analysoin kaikkia näitä näkökulmia myöhemmissä luvuissa.

Saadakseni selville onko sosiaalihoollosta ja sosiaalityöstä kirjoittavien välillä eroja avainsanojen

ilmoittamisessa, jaoin avainsanat vielä kahteen kategoriaan: sosiaalihuolto (social care) ja sosiaalityö (social work) kirjoittajien antamien avainsanojen mukaan. Luokkien sosiaalihuolto ja sosiaalityö välillä on joitakin mielenkiintoisia eroja. Sosiaalihuollosta kirjoittavat antavat avainsanoiksi omaishoitajat (carers), tukisuhteet (helping relationships) ja tuen (support), joita sosiaalityöstä kirjoittavat eivät ilmoita ollenkaan. Toisaalta sosiaalityöstä kirjoittavat ilmoittavat avainsanaksi uusliberalismin (neoliberalism), jota sosiaalihuollosta kirjoittavat eivät ilmoita ollenkaan. Sosiaalihuollosta kirjoittavat mainitsevat myös hoivaetiikan (care ethics) tai huolenpidon (care) kolme kertaa, kun sosiaalityöstä kirjoittavat vain kerran. Tämä saattaa kertoa sosiaalityön ja sosiaalihuollon erilaisesta orientaatiosta. Tulen käsittelemään sosiaalisten suhteiden ja huolenpidon merkitystä henkilökohtaistamisessa kappaleessa yhdeksän ja uusliberalismia kappaleessa kahdeksan.

Henkilökohtaistamista on siis vaikea määritellä täsmällisesti. Tekstien kirjoittajat keskusteleivat kuitenkin varsin vilkkaasti tämän määritelmällisen löyhyyden hyödyistä ja haitoista. Osa kirjoittajista näkee löyhyyden henkilökohtaistamisen voimavarana. Jon Glasby ym. (2011) näkevät, että koska sitä ei ole etukäteen tiukasti määritelty, jättää se tilaa uuden ajattelun ja käytäntöjen muotoutumiselle. Heidän mukaan henkilökohtaistamisella voidaan vastata sellaisten palvelun käyttäjien tarpeisiin, jotka eivät ole olleet tyytyväisiä aikaisempaan paikallisten viranomaisten järjestämiin julkisesti tuotettuihin palveluihin. Iain Fergusonin (2007, 2012) mukaan juuri monitulkintaisuus tekee henkilökohtaistamisesta suosituksen poliittisten päättäjien keskuudessa.

Osa kirjoittajista suhtautuu varsin kielteisesti siihen, ettei henkilökohtaistamista ole pystytty määrittelemään tarkasti ja se pysyy löyhästi, tai jopa huonosti (Carr 2011), määriteltynä asiana. Siihen liitetty avainsanat, kuten valinta ja palveluiden hallinta, osallistuminen ja itsenäisyys sisältävät monia merkityksiä, jotka eivät aina ole yhteydessä toisiinsa tai ovat jopa keskenään ristiriitaisia (Ferguson 2012). Henkilökohtaistamisen on myös havaittu olevan epätarkka, tulkinnanvarainen, moniselitteinen ja sisältävän epäjohtonmukaisuuksia ja jännitteitä (West 2013; Needham 2011; Beresford 2009; Cutler, Wayne & Brehony 2007). Tämä siitä huolimatta, että se ei ole mitään ”rakettitiedettä” (Clark & Smith 2011). Tony Cutler ym. (2007) ovat todenneet, että henkilökohtaistaminen on vain rivi yksinkertaisia ja helposti sulatettavia iskulauseita, joiden avulla yritetään katalysoida muutostarvetta. Liz Loyd (2010) viittaa siihen kaiken kattavana, joskin kiistanalaisena fraasina. Catherine Needham (2011) vertaa sitä mukaansatempaavaan, tunteisiin vetoavaan, joskin myös hyvin monitulkintaiseen tarinaan, joka Mark Lymberyn (2010) mukaan on yhdistelmä liioiteltua retoriikkaa ja irrationaalista optimismia. Stan Houston (2010) huomauttaa,

että henkilökohtaistaminen on tulkittu yltiö myönteisesti, joten sitä on vaikea vastustaa, etenkin kun samalla on käytetty tunteisiin vetoavia esimerkkejä joidenkin palvelun käyttäjien menestystarinoista.

Henkilökohtaistamista on kritisoitu alussa siitä, ettei tutkittua tietoa sen pitkäaikaisvaikutuksista ja taloudellisesta tehokkuudesta ollut saatavilla (Cutler, Waine & Brehony 2007; Beresford 2009; Roulstone & Morgan 2009). Sarah Carr (2011, 27–28) toteaaakin väitöskirjassaan, että vuosina 2006–2008 esitetyt hallituksen asiakirjat ja arvioinnit henkilökohtaistamisesta perustuvat pirstaleiseen ja osittain jopa puolueelliseen tietoon. Niihin ei ole yhdistetty jo olemassa ollutta tietoa, jossa olisi mukana palvelun käyttäjien, omaishoitajien sekä työntekijöiden näkemys.

Kirjoittajien omien määritelmien ja avainsana-analyysin perusteella olen tullut siihen tulokseen, että henkilökohtaistaminen sisältää itsessään jo monia mielenkiintoisia, ajankohtaisia ja yhteiskuntapolitiikalle keskeisiä aiheita ja käsitteitä. Näitä ovat valinnanmahdollisuuksien laajeneminen, aktiivinen ja autonominen palvelun käyttäjä sekä sosiaalipalveluiden markkinoistuminen. Henkilökohtaistamisen määrittelyä voidaankin tarkastella reaali- ja nominaalimääritelmien eroista käsin. Reaalimääritelmässä käsitettä kuvataan sen sisällön tai reaalisien tilan avulla, ja nominaalimääritelmässä sitä luonnehditaan joidenkin muiden tunnettujen ilmaisuja avulla (Urponen 1979a, 79-86). Näiden tekstien perusteella ymmärrän henkilökohtaistamisen enemmän yhteiskuntapoliittisena ilmiönä, johon liitetään tunnettuja ilmaisuja, kuten valinta ja itsenäisyys, kuin käsitteenä, jolla on tarkka sisältö. Se myös muuttuu, kun sitä sovelletaan käytäntöön ja sitä tarkastellaan eri näkökulmista, kuten tekstien kirjoittajat ovat tehneet. Näin sillä ei myöskään ole pysyvää ”tilaa” tai sisältöä.

5. Henkilökohtaistamisen tavoitteet

5.1 Muutostarve

Ensimmäinen selkeä tavoite, jonka kirjoittajat liittävät henkilökohtaistamiseen, on yleinen tarve muutokseen. Muutostarve kohdentuu ajatteluun, diskurssiin, narratiiviin, uuteen sosiaaliseen sopimukseen, valtion ja yksilön suhteeseen, sosiaalipalvelumarkkinoihin, palvelunjärjestämisen tapoihin sekä palveluiden käyttäjien ja työntekijöiden asemaan. Näissä toiveissa yksilön itsensä ei

toivota muuttuvan, vaan järjestelmän ja ajattelun hänen ympärillään.

Henkilökohtaistamisen aikaansaamaa muutostarvetta on kuvattu aineistossa mm. seuraavasti:

” ... a new script for public services...” (Leadbeater 2004)

” ... an epochal discourse...” (Cutler, Waine & Brehony 2007)

“ ... fundamental change in the ‘care market’ ... ” (Beresford 2009)

“ ... requires a whole system change...” (Dittrich 2009)

” ... radical transformation to the pattern of service delivery...” (Lymbery 2010)

“ ... a new social contract...” (Sowerby 2010)

” ... radical shift in the relationship between citizens and government...” (Barnes 2011)

Henkilökohtaistaminen on kirjoittajien julkilausuman tavoitteen mukaisesti mullistamassa Ison-Britannian sosiaalihuoltoa, sen palveluita, toimintaperiaatteita, palvelunkäyttäjän ja työntekijöiden kokemuksia ja asemaa. Itseasiassa tämän perinpohjaisen muutoksen toivotaan koskevan kaikkia hyvinvointipalveluja sekä niiden piirissä olevia palvelun käyttäjiä, ei ainoastaan sosiaalihuoltoa, josta henkilökohtaistaminen on saanut alkunsa. Niinpä Isossa-Britanniassa henkilökohtaistamista on jo sovellettu terveystalouteen ja sitä ollaan ottamassa käyttöön mm. vammaisten lasten ja perheiden palveluissa sekä kriminaalihuollon palveluissa. (Needham 2011; Barnes 2011; Carr 2011.)

Kirjoittajat eivät liitä muutosta ainoastaan julkisten palveluiden tuottamisen tapaan ja sisältöön.

Muutos liitetään myös laajasti yksilön, yhteisön ja valtion muuttuviin rooleihin ja suhteisiin.

Henkilökohtaistaminen on näin myös yritys uudistaa ja modernisoida hyvinvointivaltiota.

(Needham 2011; Glasby ym. 2011.) Sen on nähty haastavan hyvinvointivaltion viisi keskeistä teemaa: köyhyyden, huonon terveyden, huonot asuinolosuhteet, riittämättömän koulutuksen ja työttömyyden (Glasby ym. 2011; Sowerby 2010). Jon Glasby ym. (2011) toteavat, että uuden

hyvinvointivaltion ytimessä tulisi olla sosiaalinen oikeudenmukaisuus. Tämä rakentuisi

vahvuuksille ja kyvyille sekä yhteisöille, jotka tarjoaisivat tukea. Tämän saavuttamiseksi tulisi

heidän mukaan henkilökohtaistamisesta käydä rohkea ja laaja poliittinen keskustelu. Karen West

(2013) on kuitenkin pessimistisempi. Hän näkee, että henkilökohtaistamisen mukana loppuvat

hyvinvointivaltion tuottamat julkiset palvelut, koska politiikka tukee uusliberaalia talouspolitiikkaa,

jonka kulmakivenä on markkinatalous. Hänen mukaan henkilökohtaistaminen vain symboloi toivoa

paremmasta hyvinvointivaltiosta, jossa autonomia, täydet kansalaisoikeudet ja oikeudenmukaisuus

kukoistavat. Todellisuudessa sen iskulauseiden avulla voidaan vain pehmittää taloudellisen

taantumisen ja demografisten muutosten aikaansaamaa todellisuutta.

Charles Leadbeater (2004) toteaa, että muutos voi tarkoittaa itseorganisoitumista. Tällä hän tarkoittaa kaksisuuntaista tapahtumaa. Toisaalta yhteiskuntaa ja sen toimintoja muokkaavat sisältä käsin yksilöiden päätökset ja toiminta sekä toisaalta julkinen toimintapolitiikka (public policy) vaikuttaa yksilön päätöksiin. Leadbeater ei kuitenkaan ota huomioon julkisten toimijoiden vaikutusta. Tähän viittaa Des Sowerby (2010) huomioidessaan, että käytännössä julkiset toimijat johtavat ja hallinnoivat muutosprosesseja, eivät suinkaan pelkästään palvelun käyttäjien käytös, julkinen toimintapolitiikka tai markkinavoimat. Sowerbyn mukaan paikalliset viranomaiset keskittyvät ratkaisuihin, jotka johtavat heidän kannaltaan hallittuihin muutoksiin. Tähän julkisten toimijoiden vaikutukseen viittaa myös Paul Spicker (2013), joka toteaa, että sosiaalipalveluiden piiriin pääsyä säätelee aina julkisen toimijan palveluntarpeen arviointi.

Osa kirjoittajista toivoo, että henkilökohtaistaminen toisi ratkaisun byrokratisoituneiksi, yliammatillistuneiksi ja holhoaviksi kuvattuihin julkisesti tuotettuihin hyvinvointipalveluihin. Sen avulla toivotaan löytyvän ratkaisu myös väestön ikääntymisen mukanaan tuomiin palveluntarpeisiin. Sosiaalihuollon rakenteet, prosessit ja palvelut koetaan vanhanaikaisina ja henkilökohtaistettujen palveluiden ja itseohjautuvan tuen toivotaan viitoittavan hyvinvointipalveluiden uutta suuntaa. Samalla henkilökohtaistamisen muutostavoitteet todistavat vammaisliikkeen menestyksestä, jonka tavoitteena on ollut, että yksilö voi hallita paremmin tarvitsemiaan palveluja ja omaa elämäänsä, kun yhteiskunnallisia esteitä osallistumiselle puretaan. (Carr 2012; Glasby ym.2011; Barnes 2011; Lymbery 2010.)

Henkilökohtaistamisen yhteydessä käytetty kieli on varsin voimallista. Mark Lymberyn (2010, 2012) mukaan tämän kaltainen kielenkäyttö luo helposti kannattajien ja vastustajien leirejä sekä katkaisee yhteyden menneeseen. Se keskittyy tulevaan muutokseen ainoana mahdollisena ratkaisuna. Skotlannissa tämä kävi ilmi, kun sosiaalityön tavoitteita arvioitiin. Arviointiraportissa ei mainittu sanallakaan aikaisempia arviointeja, vaikka niitä on tehty jo 60-luvulta lähtien (Clark & Smith 2012). Käänteentekevään (epihocal) kielenkäyttöön ovat kiinnittäneet myös huomiota Tony Cutler ym. (2007), heidän mukaan siinä muodostuu dikotomia, jossa uusi on vanhaa vastaan ja uusi on parempi kuin vanha. Heidän mukaan tästä johtuu, että henkilökohtaistaminen on käsitteenä ja toimintapolitiikkana vaikea abstrahoida ja implementoida johdonmukaisesti. Vaikka henkilökohtaistamisen historia on osittain myös vammaisliikkeen toiminnan tulosta, se voidaan nähdä myös ylhäältä ohjattuna prosessina, jossa hallitukset ovat vain lainanneet radikaalin

vammaisliikkeen kieltä toteuttaakseen poliittisia päämääriään (Sowerby 2010; Roulstone & Morgan 2009).

Odotukset henkilökohtaistamisen suhteen ovat Isossa-Britanniassa korkealla. Puolesta ja vastaan argumentoinnissa käytetty kieli voimakasta. Mielestäni on varsin luonnollista, että osa kirjoittajista suhtautuu epäillen suuriin hyvinvointivaltion rakenteiden muuttamiseen liittyviin odotuksiin varsinkin, jos tarkoituksena on hylätä kaikki entinen. Toisaalta myös Suomen palvelujärjestelmä on byrokratisoitunut. Sen voidaan sanoa toimivan paljolti palvelujärjestelmän ja ammattilaisten ehdoilla. Muutos sosiaalisesti oikeudenmukaiseen hyvinvointiyhteiskuntaan on toivottava, mutta siintää vielä varsin etäisenä tavoitteena. Minun onkin helppo yhtyä Mark Lymberyyn (2010), joka toteaa, että on olemassa selvä ero henkilökohtaistamisen tavoitteiden ja sen toteutukseen liittyvien muutosmahdollisuuksien välillä.

5.2 Palvelun käyttäjä keskiöön

Yksilötasolla henkilökohtaistamisen tavoitteena on, että palvelun käyttäjä olisi palveluprosessin keskiössä sekä arvioitaessa palveluntarvetta että päästyään julkisten palveluiden piiriin. Charles Leadbeaterin (2004) mukaan tämä tarkoittaa sitä, että palvelun käyttäjä tulee kuulluksi, kun hänen tarpeensa ja toiveensa ovat lähtökohta palveluiden suunnittelussa ja toteuttamisessa. Hän voi myös määritellä millä tavoin hän käyttää henkilökohtaisen budjettinsa.

Tekstien kirjoittajat ovat kuvanneet tätä palvelun käyttäjän asemaan liittyvää muutosta esimerkiksi seuraavasti:

“...putting users at the heart of services, enabling them to become participants in the design and delivery...” (Leadbeater, 2004)

“... person-centred planning and self directed support to become mainstream and define individually tailored support packages...” (Fish 2009)

“... Building on the principles of choice and control ... transformation involves moving to a more person-centred approaches...” (Dittrich 2009)

“... At its core is the aim to do things with — not to — people needing support...” (Sowerby 2010)

“... greater involvement in decision making about service delivery...” (Barnes 2011)

“... Personalisation rejects this paternalistic approach to social care and prefers to see the individual as better placed to make decisions about how their needs can be met...” (Gardner 2011, 21)

“... This means that state services should empower individuals to be autonomous in selecting the services they use and the support they receive...” (Slasberg ym. 2012)

“... decreased role of local authorities is challenging the traditional model of adult care social work...” (Evans 2012)

Palvelun käyttäjä keskiöön- ajatelussa palvelun käyttäjä on oman elämänsä asiantuntija, samalla kun hänen oletetaan myös olevan aktiivinen omien tarpeidensa ja toiveidensa ilmaisemisessa (Needham 2011). Kirjoittajat tuovat ilmi, että työntekijöiden ja palveluiden käyttäjien yhteistyö on yksi palvelun käyttäjän aseman muutokseen liittyvistä ydintoiveista. Tämä voi tarkoittaa palvelujen yhteistuottamista (co-production), yhteistä suunnittelua (co-planning) tai muotoilua (co-design). Näin palvelun käyttäjä ei ole vain palvelun käyttäjä vaan myös aktiivinen yhteistyökumppani, kun palveluja suunnitellaan ja toteutetaan. Muutos edellyttää sekä palvelun käyttäjien että työntekijöiden asenteiden muutosta. Heidän toivotaan toimivan enemmän yhteistyökumppaneina ja työntekijöiden vähemmän portinvartijoina. Tämän toteutuessa toivotaan, että palvelun käyttäjien koko potentiaali tulisi käyttöön ja henkilökohtaistamisen yksi tavoite, palvelun käyttäjien itsenäisyys, toteutuisi. (Evans 2012; Sowerby 2010; Leece & Peace 2010; Leadbeater 2004.)

Sarah Carr (2011) muistuttaa, että myös työntekijöiden käytännön ammattitaitoa tulee hyödyntää, ei ainoastaan asennemuutosta. Hän toteaaakin, että lisääntyvä henkilökohtaisen budjetoinnin käyttö ja paikallisten viranomaisten myönteinen tuki, voivat johtaa asianmukaisten ja sopivien palveluiden lisääntymiseen sekä palvelun käyttäjien enenevään osallisuuteen. Tämä tarkoittaa myös, että ammattilaisten on oltava herkkiä palvelun käyttäjien tarpeille ja heidän tulee kutsua palvelun käyttäjät mukaan palvelujen suunnitteluun ja toteuttamiseen (Roulstone & Morgan 2014; Glendinning 2008; Carr 2008). Tony Cutler ym. (2007) toteavat puolestaan, että yhteistyö istuu kuitenkin huonosti oletukseen, että palvelun käyttäjien palveluiden valinta tapahtuisi ikään kuin valikosta tai vanhanaikaisena koetun ammattilaisten määrittämien palvelustandardien kautta.

Charles Leadbeater (2004) näki alun perin ammattilaisten roolin mahdollistajana, lähinnä erilaisten foorumien mahdollistajana, joilla palvelun käyttäjät voivat kehittää ratkaisuja yhteisöllisesti. Sarah Carrin (2012) mukaan henkilökohtaistaminen tarjoaa ammattilaisille myönteisen ja arvokkaan roolin työskennellä kumppanina palvelun käyttäjien kanssa samalla kun heidän ammattitaitoaan arvostetaan. Ali Gardner (2011, 28) on todennut, että yhteistoiminnassa on pohjimmiltaan kyse vallansiirrosta palvelun käyttäjille, kun kyse on palveluntarpeen arvioinnista, tukisuunnitelman laatimisesta tai palveluun saatavien resurssien (rahan) käytöstä. Samanlaisen johtopäätöksen on

Suomessa tehnyt Marketta Rajavaara (2014).

Kirjoittajien teksteistä ei käy ilmi kuinka yhteistoiminta tapahtuisi käytännössä. Ajattelun ytimenä on, että yhteisesti määriteltyjen palveluiden tulisi olla henkilökohtaisesti räätälöityjä sen sijaan, että ne olisivat universaaleja “one-size-fits-all”-palveluja (Needham 2011 22-23; Gardner 2011, 27-29). Sisäänrakennettuna on myös ajatus, että aikaisempi tapa toteuttaa palveluja on aiheuttanut riippuvuutta ja rajoittanut yksilön valintaa (Lymbery 2012). Erityisesti vammaisten henkilöiden kansalaisjärjestöt painottavat yksittäisten palvelunkäyttäjien voimaantumista valinnan, sanavallan (voice) ja palveluiden hallintamahdollisuuksien (control) kautta. Tämän toivotaan johtavan suurempaan palvelun käyttäjien osallistumiseen ja osallisuuteen. (Dodd 2012; Ferguson 2012.)

Usea kirjoittaja kiinnittää huomionsa siihen, että palveluiden määrittäminen käyttäjän tarpeiden mukaan ja yhteinen suunnittelu ja muotoilu ei muuta rakenteita, jotka estävät osallistumasta yhteiskunnalliseen toimintaan eikä poista köyhyydestä johtuvaa syrjintää (Lymbery 2014; Dodd 2012; Brigid 2012; Clark & Smith 2012; Ferguson 2007). Tästä huolimatta monet kirjoittajat kertovat, että palvelun käyttäjät ovat toivottaneet muutoksen tervetulleeksi, olettaen, että he saavat tarvitsemansa tuen (Roulstone & Morgan 2014; Lymbery 2014; Leece & Peace 2010; Young 2010; Duffy 2009). Catherine Needham (2011) toteaa tämän johtuvan mahdollisesti siitä, että henkilökohtaistetut palvelut kuvaavat sitä miten ihmiset oikeasti elävät eikä elämää ole pilkottu keinotekoisien hallintokuntien rajojen sisälle.

Paul Spicker (2013) ihmettelee kuitenkin kuinka juuri henkilökohtaistamisen avulla onnistuttaisiin kansalaisten voimaantumisessa, koska sama päämäärä on ollut useilla aikaisemmilla lähestymistavoilla. Nämä ovat painottaneet esimerkiksi oikeuksia, henkilökohtaista kehittymistä, kollektiivista toimintaa, konsumerismia, normalisaatiota, itsenäistä elämää, osallistumista ja sanavaltaa (voice). Hän ihmettelee mikä tekee henkilökohtaistamisesta erilaisen?

Sekä Suomessa uusi sosiaalihuoltolaki (2014) että Isossa-Britanniassa uusi Care Act (2014) parantavat palvelun käyttäjän osallisuutta, mutta julkisen viranomaisen tehtävä on yhä tehdä päätökset siitä, kuka täyttää palvelunsaamisen edellytykset sekä Isossa-Britanniassa valvoa, että henkilökohtainen budjetti tulee palvelusuunnitelmassa yhdessä sovittuun tarkoitukseen. Näin ammattilaiset toimivat edelleen myös portinvartijana, vaikka henkilökohtaistamiseen liittyy voimakas toive, että paikalliset viranomaiset tukisivat enemmän palvelun käyttäjiä ja tekisivät heidän kanssaan yhteistyötä. (Roulstone & Morgan 2014; Carr 2013, Gardner 2011, 29.)

5.2.1 Palvelun käyttäjän valinta ja palveluiden hallinta

Valinnanmahdollisuuksien (choice) lisääminen ja palvelun käyttäjän omien tukipalvelujen hallinta (control) on sekä avainsana-analyysin että kirjoittajien mukaan yksi henkilökohtaistamisen keskeisistä periaatteista. Valinnan mahdollisuuksien ja palvelun hallinnan lisäämisen tavoitteena on palvelun käyttäjien aseman parantaminen. Palvelun hallinnan lisäämisellä pyritään erityisesti palvelun käyttäjän vaikutusmahdollisuuksien parantamiseen. Hänellä tulee olla mahdollisuus vaikuttaa siihen kuka toteuttaa palvelun sekä miten ja milloin palvelu toteutetaan. Jotta palvelun käyttäjä kykenisi valitsemaan ja päättämään tulee palveluista olla tarjolla selkeää informaatiota ja palvelunohjauksen tulee toimia hyvin. (West 2013; Parvaneh 2013; Lymbery 2012; Sowerby 2010; Dittrich 2009.)

Stan Houston (2010) on ehdottanut, että valinnanmahdollisuuksien ja palveluiden hallinnan lisäämisen tulisi koskea kaikkia palvelun käyttäjiä, riippumatta siitä kuinka paljon tukea tämä tarvitsee, missä ympäristössä elää tai siitä tuottaako palvelun julkinen toimija, järjestö tai yksityinen palveluntuottaja tai siitä maksaako hän itse palvelunsa. Tällä tavoitellaan sitä, että passiivinen valmiiksi ostettujen hyvinvointipalveluiden käyttäjä voisi toimia kuten aktiivinen kansalainen, jolla on oikeus hallita ja muokata omia tukipalvelujaan (Glasby ym. 2011).

Useiden kirjoittajien mukaan palvelun käyttäjät ovat pääsääntöisesti suhtautuneet myönteisesti valinnan ja palveluiden hallinnan mahdollisuuksien laajenemisen, etenkin jos sillä tarkoitetaan, että heillä on enemmän sanavaltaa tarvitsemiensa palveluiden suhteen ja, että he saavat riittävästi tukea toteuttaakseen valintansa (Lymbery 2014; Needham 2013; Houston 2010; Young 2010; Duffy 2009; Fish 2009). Henkilökohtaistamisen on todettu sopivan erityisesti niille palvelun käyttäjille, jotka käyttävät suoramaksuja. Silloin sen on todettu parantavan palvelun käyttäjien itsemääräämisoikeutta ja hyvinvointia. (Needham 2013; Glendinning 2008.) Isossa-Britanniassa näitä palvelun käyttäjiä on kuitenkin vain pieni osa henkilökohtaisen budjetin käyttäjistä (Slasberg ym. 2012, Glendinning 2008).

Osa kirjoittajista tuo esiin, että henkilökohtaistamisen sisäänrakennettu toimija on itsenäinen rationaalinen valitsija, joka on sekä kykenevä että halukas valitsemaan riippumatta hänen sosio-ekonomisesta asemastaan tai muista rajoituksista. Näin palvelun käyttäjästä tulee helposti kuluttaja konsumeristisessa merkityksessä, ei niinkään ammattilaisten yhteistyökumppani.

Kuluttajavalintojen odotetaan muokkaavan markkinoita ja tämän kautta lisäävän kilpailua, jonka

kautta palveluiden laatu paranee. (Spicker 2013; Clark & Smith 2012; Barnes 2011; Lymbery 2010; Glendinning 2008.) Hieman kärjistetysti voidaan sanoa, että tämä voimaantunut kuluttaja tilaa tarvitsemansa palvelut tai muodostaa kumppanuuksia muiden palvelun käyttäjien kanssa ostaakseen yhdessä palveluja koko ryhmälle (Needham 2013). Näin henkilökohtaistaminen rakentaa mielikuvaa vahvoista kuluttajista, jotka päättävät ja vaativat palveluja ja samalla saavat aikaan muutoksen palvelumarkkinoilla (Leadbeater 2004; Sowerby 2010; Lymbery 2010).

Uusi voimaantunut palvelun käyttäjä on joka tapauksessa radikaali muutos passiivisesta ja riippuvaisesta hyvinvointipalvelujen vastaanottajasta. Hän on aktiivinen ja vastuullinen palvelujen tilaaja sekä niiden yhteistuottaja (co-producer) ja yhteissuunnittelija (co-planner/designer). Kirjoittajat huomauttavatkin, että tällä uudentlaisella palvelun käyttäjällä tulee olla paljon tietoa erilaisista palveluista sekä näkemystä omista resursseistaan, jotta hän pystyy valitsemaan tarjolla olevista vaihtoehtoista itselleen sopivimman. Tämän lisäksi hän tarvitsee päättäväisyyttä, kognitiivista kapasiteettia sekä sosiaalisia resursseja, jotta hän pystyy punnitsemaan erilaisten vaihtoehtojen välillä, toteuttamaan valintansa sekä käyttämään ja hallinnoimaan henkilökohtaista budjettiaan. Henkilökohtaistaminen voi näin ollen suosia paremmin koulutettuja ja sanavalmiita yksilöitä. Eriarvoisuus voi toteutua, jos tukea tarvitseva palvelun käyttäjä ei saa tarvitsemaansa tukea ja ohjausta valintaprosessissa ja valintojen toteuttamisessa. (Lymbery 2014; Clarke & Smith 2012; Dodd 2010; Glendinning 2008; Ferguson 2007.)

Stan Houstonin (2010) huomion mukaan, ajatus palvelun käyttäjästä kuluttajana tuo esiin 'homo economicus' -suvun edustajan, joka on toimijana rationaalisuuden lisäksi yksilökeskeinen, hyötyä tavoitteleva, laskelmoiva ja välineellistävä. Houston viittaa Axel Honnethin (1995b) yksilökeskeisyyden kritiikkiin henkilöiden keskinäisestä tunnustamisesta (intersubjective recognition), jonka mukaan ihmiset ovat todellisuudessa monivivahteisempia; he etsivät myös rakkautta, hyväksyntää ja elämän merkitystä. Sarah Carr (2011) on väitöskirjassaan tullut siihen johtopäätökseen, että huolimatta tarkoituksesta lisätä palvelun käyttäjien osallisuutta palveluprosessissa heidän äänensä ei tule kuulluksi eikä heidän kokemukseen perustuvaa tietoaan oteta riittävästi huomioon.

Käytännössä valinnan mahdollisuuksien lisääminen liittyy henkilökohtaisen budjetoinnin käytäntöihin palveluntarpeenarvioinnissa, kuten Paul Spicker (2013) toteaa. Hän erottaa kolmenlaisia arviointikäytäntöjä:

- 1) Ensinnäkin voidaan painottaa yksilöllistä arviointiprosessia, jossa tarkastellaan palvelun

käyttäjän olosuhteita ja tilannetta arviointiprosessin ja ammattilaisten näkökulmasta.

2) Toiseksi voidaan painottaa palvelunkäyttäjien tarpeita ja toiveita sekä valinnanmahdollisuuksia ennemmin kuin palveluntarpeen arviointiprosessia. Palvelujen tilaamiseksi palvelun käyttäjällä tulee kuitenkin olla riittävästi tietoa hänelle soveltuvista palveluvaihtoehtoista.

3) Kolmanneksi voidaan sovittaa yhteen näitä kahta lähestymistapaa.

Spicker toteaa, että kuluttajavalinnan ja ammattilaisen tekemä yksilökohtaisen arvioinnin ja päätöksen, josta palvelun käyttäjä on riippuvainen, kesken on selvä jännite, jota ei tarpeeksi ole yritetty ratkaista.

Kahdessa tutkimuksessa palveluntarpeenarviolla ja itsenäisyydellä sekä valinnalla on havaittu olevan selkeitä yhteyksiä. David ja Janet Leecen (2011) tutkimuksen mukaan vammaiset henkilöt ja omaishoitajat arvostavat itsenäisyyttään ja kyseenalaistavat ammattilaisten osallistumisen palveluntarpeenarvioon. Vastaajat painottivat sitä, että he pystyvät itse päättämään ja arvioimaan tarpeensa. Useimmat vastaajista myös kannattivat sitä, että palveluiden välittäjät ja edunvalvontapalvelut (advocacy) olisivat itsenäisiä eivätkä paikallisen sosiaalihuollon alaisia. Parvaneh Rabiee (2013) mukaan itsenäisyyden maksimointi tai ylläpito osoittautui myös tärkeimmäksi tekijäksi, kun ikääntyneet ihmiset saivat valita. Tämän lisäksi palvelun käyttäjien valinnat vaihtelivat eri aikoina riippuen heidän fyysisistä ja sosiaalisista olosuhteista. Valintoja rajoittivat rakenteelliset vaikeudet, fyysiset ja asenteelliset esteet sekä tiedonpuute. Ikääntyneiden valintoihin vaikuttivat myös vahvasti muiden perheenjäsenten mielipiteet, koska perheenjäsenet olivat sekä vastuussa että riippuvaisia toisistaan.

Sosiaalipalvelujen käyttäjissä on kuitenkin joukko ihmisiä, jotka eivät voi kaikissa tilanteissa hyödyntää valinnan mahdollisuuksia tai eivät ehkä edes halua, vaikka palveluiden käyttäjien omat etujärjestöt sitä vahvasti suosittelevatkin (Lymbery 2014; Brigid 2012). Rationaalinen valinta voi olla vaikeaa toteuttaa, jos ihmiset elävät kaoottisissa tai vaikeissa olosuhteissa tai heidän, esimerkiksi sairaudesta tai vanhenemisesta johtuva kapasiteetin lasku estää tämän. Jos henkilökohtaistamista toteutetaan ilman asianmukaista tukea, se voi vahvistaa epätasa-arvoa niiden ihmisten välillä, jotka sekä kykenevät että haluavat tehdä markkinaehtoisia valintoja ja niiden, jotka eivät halua valita, tai jotka ovat sellaisessa haavoittuvassa asemassa, etteivät kykene tekemään valintoja (Barnes 2011; Lymbery 2010, Duffy 2010; Glendinning 2008). Des Sowerbyn (2010) mukaan taas kaikki palvelun käyttäjät hyötyvät valinnan mahdollisuuksista ja omien toiveiden ilmaisemisesta riippumatta siitä kuinka heikentynyt tai hauras ihminen on tai kuinka haastavissa olosuhteissa hän elää. Hänen mukaan jokaisella ihmisellä on toiveita, kyky ilmaista niitä ja hyötyä

tästä. Haavoittuvammat tarvitsevat vain enemmän tukea ja apua. Ilman riittävää tukea henkilökohtaistaminen onkin vaarassa toteutua pakotettuna yksilöllisyytenä, joka eristää ihmiset aikaisemman pakotetun kollektiivisuuden sijaan (Roulstone & Morgan 2009).

Valinnanmahdollisuuksien laajeneminen sosiaali- ja terveydenhuollossa on kirjattu myös Suomessa nykyisen hallituksen (Sipilä 2015-) ohjelmaan. Sen sijaan palvelun käyttäjän palveluiden hallinnasta on ollut vähemmän keskustelua. Tämän aineiston perusteella voin todeta, että valinnan laajentaminen ilman palvelun käyttäjien mahdollisuuksia vaikuttaa siihen kuka, milloin, miten ja missä tuottaa palvelun, voi helposti johtaa siihen, että hän jää yksin sekä valintaprosessissa että valinnan seurausten kanssa. Palvelun käyttäjän asemaa ei mielestäni paranna rationaalisen valinnan korostaminen, vaan palvelun käyttäjien ja työntekijöiden yhteistoiminnan kehittäminen sekä riittävä tuki valintaprosessissa jokaisen yksilöllisen tarpeen mukaan. John Burtonin (2010) ja Caroline Glendinningin (2008) näkemyksen mukaan valinnanmahdollisuuksien lisääminen on ehdottoman tärkeää palvelun käyttäjille. Kuten he myös minä näkisin sen mieluummin yksilöiden välistä yhteyttä ja itsen sosiaalista rakentumista painottavassa viitekehyksessä kuin markkinavetoisessa konsumeristisessä viitekehyksessä.

5.2.2 Palvelun käyttäjän itsenäisyys

Valinnan- ja palveluiden hallinnan lisäämisen avulla henkilökohtaistamisella tavoitellaan kirjoittajien mukaan palvelun käyttäjien itsenäisyyttä ja hyvinvointia (Ferguson 2012; Lymberly 2010). Myös avainsana-analyysissä itsenäisyys ja autonomia olivat kolmanneksi useimmin ilmoitettuja avainsanoja.

Itsenäisyys käsitteenä on monimerkityksinen. Kirjoittajien mukaan vammaisjärjestöt tarkoittavat itsenäisyydellä usein itsemääräämisoikeutta ja oikeutta itsenäiseen asumiseen (Morris 1993; Reindal 1999). Yksilöllistyminen (individuation) on myös käsitteenä lähellä itsenäisyyttä, erityisesti silloin, kun yksilöllistyminen nähdään tapana toteuttaa itseään (Houston 2010; Barnes 2011). Itsemääräämisoikeuden ja yksilöllistymisen lisäksi autonomian käsite on lähellä itsenäisyyden käsitettä. Itsenäisyys voidaan käsittää käytännön autonomiana, vaikka käsitteet eivät tarkalleen ottaen tarkoitaakaan täysin samaa asiaa (Leece ja Peace 2010). Tässä katsauksessa käytän termiä itsenäisyys, jos kirjoittajat eivät viittaa sillä itsemääräämisoikeuteen, yksilöllistymiseen tai autonomiaan.

Itsenäisyydellä ja tuella sekä suojelulla voi olla erilainen merkitys vammaisille henkilöille ja ikänsä puolesta huolenpitoa tarvitseville ihmisille. Monet vammaiset henkilöt toivovat itsemääräämisoikeuden laajenemista, mutta vain, jos he saavat riittävästi tukea sen toteuttamiseen. Konkreettisesti tämä tarkoittaa sitä, että ollakseen itsenäinen henkilön ei tarvitse toimia yksin ja että on monia tapoja saavuttaa itsenäisyys. Henkilökohtaistamisessa tulisikin kiinnittää enemmän huomiota siihen, että palvelun käyttäjät saattavat olla erilaisissa vaiheissa suhteessa itsenäisyyteen ja itsemääräämisoikeuden käyttöön. (Sims & Gulyurtly 2013; Roulstone & Morgan 2009.) Asia on ilmaistu erittäin selvästi Independent Living in Scotland -raportissa (2010):

“Itsenäisyys ei tarkoita sitä, että pitää pärjätä yksin. Se tarkoittaa oikeutta käytännön apuun ja tukea yhteiskunnalliseen osallistumiseen ja tavallisen elämän elämiseen.”
(Independent Living in Scotland 2010)

Myös Peter Beresford (2009) on todennut, että itsenäisyyden muuttuneet vaateet voivat aiheuttaa turvattomuutta, jos palvelun käyttäjän on kohdattava yksin taloudelliset ja henkilökohtaiset riskit samalla kun julkinen palveluntuotanto vähenee sekä työntekijöiden työnkuvat ja toimensäätely muuttuvat.

Itsenäisyyden ja suojelun (safeguarding) tasapaino muuttuu, kun valinnanmahdollisuudet lisääntyvät ja perinteisiä julkisen sektorin itsetuottamia palveluja vähennetään, toteavat Mark Lymbery ja Karen Postle (2010). Erityisesti vanhenevien ihmisten kohdalla hoivan ja huolenpidon tarpeet saattavat tulla ajankohtaisiksi, eivätkä nämä ihmiset halua ryhtyä henkilökohtaistamisen vaatimiin aktiivisiin toimenpiteisiin. Sen sijaan he haluaisivat, Lymberyn ja Postlen mukaan, neuvotella keskinäisen riippuvuuden, riippuvuuden ja itsenäisyyden monista muodoista käyttäessään palveluja. Tämä heijastelee sitä, että tasapaino itsenäisyyden ja suojelun välillä on joillekin palvelun käyttäjille moninaisempi kysymys kuin mitä virallisessa henkilökohtaistamisen liittyvässä toimintapolitiikassa on huomioitu. Toisaalta Parvaneh Rabiee (2013) on todennut, että myös iäkkäät ihmiset arvostivat itsenäisyyttä, kun he saivat valita.

Tarjolla olevasta tuesta huolimatta riippuvuus avusta, haavoittuvuus ja tarve suojeluun ovat realiteetteja osalle sosiaalihuollon palvelun käyttäjiä, kun he tavoittelevat itsenäisyyttä. Tämä saattaa johtaa siihen, että osa palvelun käyttäjistä joutuu ponnistelemaan kohtuuttomasti saavuttaakseen itsenäisyyden valinnan ja palveluiden hallinnan kautta. (Ferguson 2012; Lymbery 2010.)

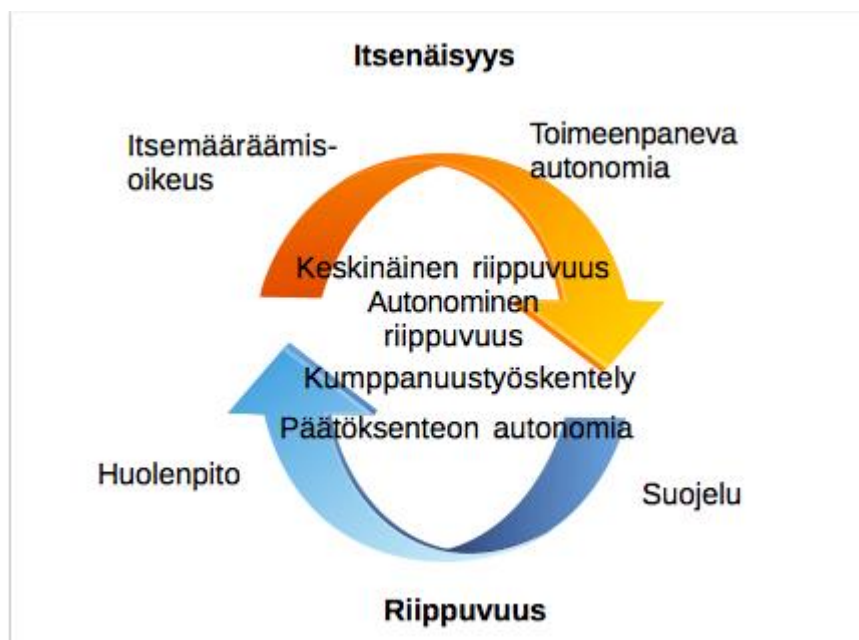
Janet Leece ja Sheila Peace (2010) ovat analysoineet itsenäisyyttä ja itsemääräämisoikeutta, kun he tutkivat itsenäisyyden merkitystä vammaisille henkilöille. He käsittelevät käytännön itsenäisyyttä teoreettisemman autonomia-käsitteen kautta. Heidän mukaan ero toimeenpanevan (executional) ja päätöksentekoon (decisional) liittyvän autonomian välillä selittää joitakin itsenäisyyden tulkintaan liittyviä ristiriitaisuuksia. Toimeenpanevalla autonomialla viitataan itseriittoiseen itsenäisyyteen, joka edellyttää kykyä toimia yksin, kun taas päätöksentekoon liittyvä itsenäisyys liittyy nimenomaan kykyyn päättää ja päätöksentekokyvyn kautta kykyyn hallita tarvitsemiaan tukipalveluja. He olettavat, että vammaiset henkilöt tarkoittavat itsenäisyydellä juuri päätöksentekoon liittyvää itsenäisyyttä. He päättävät, että vapaaehtoisesti toisten apuun tukeutuvat palvelun käyttäjät voivat olla autonomisesti riippuvaisia, kun heillä on päätöksentekoon perustuvaa hallintaa omien palveluidensa suhteen. Tällöin palvelun käyttäjän valinnat ja toiminta eivät liity ainoastaan yksittäisiin palveluntarpeisiin ja päätöksiin, vaan ne ovat yhteneviä ja johdonmukaisia hänen luonteensa ja elämänhistoriansa kanssa. Näin esimerkiksi kehitysvammaisten henkilöiden päätökset voidaan määritellä itsenäisiksi.

Vaikka itsenäisyys on eittämättä tärkeä tekijä, joka lisää palvelun käyttäjän hyvinvointia, moni kirjoittaja toteaa, että suhteeton itsenäisyyden painottaminen ja itseään toteuttavan yksilön eetos jättää huomiotta ihmisten keskinäisen, molemminpuolisen, riippuvuuden. Tämä saattaa johtaa masennukseen ja sisäisen tyhjyyden tunteisiin sekä huolenpidon ja hoivan aliarvostukseen ja tätä kautta riippuvuuden leimaamiseen. (Ferguson 2007; Ferguson 2012; Loyd 2010; Sowerby 2010.) Des Sowerby (2010) toteaa, että henkilökohtaistamisen nurjalla puolella on vahva riippuvuuden negatiivinen stereotypisointi.

Ihmisten keskinäinen riippuvuus toisistaan tulee parhaiten ilmi sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja erilaisissa yhteistoimissa. Jos itsenäisyyttä tavoitellaan ihannetilana, jossa tätä ei huomioida, voidaan palvelun käyttäjät helposti polarisoida itseriittoisiin, aktiivisiin ja itsenäisiin sekä passiivisiin käyttäjiin. (Ferguson 2012; Burton 2010.) Marian Barnesin (2011) mukaan henkilökohtaistamisen maamerkinä tunnettu Putting People First -raportissa tehdään juuri näin. Se jakaa palvelun käyttäjät kahteen ryhmään, sellaisiin jotka sekä kykenevät että haluavat sisäistää itsenäisyysihanteen ja itsemääräämisoikeusaatteen arvot ja sellaisiin, pienempään ryhmään, jotka eivät kykene toteuttamaan näitä odotuksia ja joita voidaan siis holhota. Julie Fish (2009) ei puolestaan kiinnitä tähän asiaan huomiota, vaan näkee, että raportti on maamerkki, koska se on tuotettu yhdessä palvelun käyttäjien kanssa. Näin se on hänen mukaan osa demokraattista osallistumista. Iain Ferguson (2007) huomauttaa kuitenkin, että sanavalinnalla on tässä merkitystä,

käsite keskinäinen riippuvuus (interdependence) ei ole niin leimaava kuin riippuvuus (dependence).

Kuvioon 1 olen koonnut itsenäisyyteen ja riippuvuuteen vaikuttavia monia tekijöitä ja käsitteitä.



Kuvio 1 Itsenäisyyden ja riippuvuuden kiertokulku.

Lyhyenä yhteenvedona kuvaan kuviossa 1 Itsenäisyyden ja riippuvuuden kiertokulkua. Kiertokulku kuvaa sitä, että palvelun käyttäjällä voi elämänsä eri vaiheissa olla erilainen tarve ja kyky itsenäisyyteen tai itsemääräämisoikeuden käyttöön (Sims & Gulyurtly 2013). Analyysi autonomian käsitteestä (Leece & Peace 2010) avaa mielenkiintoisella tavalla erilaisia merkityksiä, joita itsenäisyydelle voidaan antaa. Tällöin ymmärrän keskinäisen riippuvuuden olevan lähellä autonomista riippuvuutta, johon liittyy yhteistoiminta ammatti henkilöiden kanssa sekä mahdollisuus tehdä itsenäisiä päätöksiä, vaikka palvelun käyttäjä käytännössä olisikin riippuvainen toisten tuesta ja avusta. Kun valinnan mahdollisuuksia lisätään, muuttuvat myös itsenäisyyden ja suojeluntarpeet ja mahdollisuudet (Lymbery & Postle 2010). Näin osa palvelun käyttäjistä saattaa tuntea itsensä haavoittuviksi. Voimakas itsemääräämisoikeuden ja itsenäisyyden korostaminen voikin vääristää käsitystä hoivan- ja huolenpidon tarpeista sekä keskinäisestä riippuvuudesta (Ferguson 2012; Lymbery 2010). Tällöin ihmisten keskinäinen riippuvuus toisistaan saatetaan nähdä negatiivisena asiana, vaikka se joidenkin kirjoittajien mukaan on osa ihmisenä olemista (Lymbery 2014; Sowerby 2010). Kirjoittajat eivät keskustele siitä, että kyky keskinäiseen riippuvuuteen voidaan ymmärtää myös emotionaalisenä kypsyytenä.

5.3 Sosiaalipalveluiden järjestäminen ja tuottaminen

Rakenteellisella tasolla henkilökohtaistaminen tähtää muutokseen tavassa järjestää ja tuottaa sosiaalipalveluja (Lymbery 2010). Neuvonnan, asianajon (advocacy) ja palvelunohjauksen palvelut liittyvät palveluiden järjestämiseen ja tuottamiseen. Kun valinnanmahdollisuudet lisääntyvät tarvitsevat sekä työntekijät että palvelun käyttäjät uusia palveluja, joista valita sekä tietoa näistä palveluista. Palvelun järjestämiseen ja tuottamiseen liittyen toivotaan myös kumppanuustyöskentelyä eri paikallistoimijoiden välillä. (Carr 2013) Palveluiden uudelleenjärjestämisen tavoitteena on painopisteen siirtyminen ennaltaehkäiseviin palveluihin.

Kirjoittajat kommentoivat sosiaalipalveluiden järjestämiseen liittyvää henkilökohtaistamista mm. näin:

“...The exercise of choice and informed decision-making depends on up-to-date, accurate, accessible information about available options...” (Dittrich 2009)

“... a radical transformation to the pattern of service delivery, and that this will fundamentally alter the way in which society responds to individuals’ needs...” (Lymbery 2010)

“... fundamental changes to the system of welfare: a rebalancing of its objectives towards supporting people to get the life they want, new finance and decision making structures, openness about resources and opportunities, new working partnerships with people wanting support, and a broader and more flexible range of local options to choose from...” (Sowerby 2010)

”... developing local partnerships to co-produce a range of services for people to choose from and opportunities for social inclusion and community development...” (Carr 2013)

”...greater choice making will be facilitated by both more supportive professional values and practice, and specifically through the greater use of Individual Budgets and Direct Payments...” (Roulstone & Morgan 2014)

Useat kirjoittajat nostavat esiin kumppanuustyöskentelyn (partnership working) eri toimijoiden välillä. Yhteistyövelvoitteen lisäksi paikallisviranomaisien tulee rohkaista vapaaehtoisorganisaatioita tuottamaan sellaisia palveluja, joiden arvopohja on yhteneväinen henkilökohtaistamisen kanssa. Näin niiden toivotaan houkuttelevan palvelun käyttäjiä, jotka halutaan myös mukaan palveluiden suunnitteluun. (West 2013; Carr 2013; Ferguson 2012; Powel 2012; Barnes 2011; Lymbery 2010; Sowerby 2010; Leadbeater 2004.) Iain Ferguson (2012) huomauttaa, että tarvetta yhteistyöhön vahvistaa myös arvio, ettei sosiaalihuollon ja muiden

julkisten palvelujen tarjonta tule olemaan riittävää, koska myös Isossa-Britanniassa väestö ikääntyy ja sodan jälkeinen sukupolvi eläköityy. Kumppanuustyöskentelyyn liittyvistä velvoitteiden lisäksi erilaiset paikalliset toimijat ovat riippuvaisia toisistaan. Erityisesti paikalliset vapaaehtoistoimijat ovat riippuvaisia julkisesta rahoituksesta toisin kuin markkinapohjaiset yksityisyrittäjät. Tästä johtuu, että palvelutuottajat ovat eriarvoisessa asemassa. (Kane & Allen 2011.)

Vaikka henkilökohtainen budjetointi mahdollistaa usean henkilön budjettien yhdistämisen, jonka avulla he voivat toimia yhdessä sosiaalipalvelumarkkinoilla, Catherine Needham (2013) on todennut, että budjettien yhdistämistä ei ole tuettu kovin paljon. Tämän lisäksi Mark Lymberyn (2010, 2014) mukaan valintojen yhteisöllistä ulottuvuutta ei ole mietitty riittävästi.

Sosiaalihuollossa on kiinnitetty vain vähän huomiota yksilöiden henkilökohtaisten valintojen seurauksiin ja siihen miten valinnat voivat vaikuttaa toisten palvelun käyttäjien valintoihin ja sosiaalipalvelujen tuottajiin. Esimerkkinä hän käyttää kollektiivisia päiväkeskuspalveluja. Jos 30 ihmistä päättää, etteivät he halua käyttää julkisilla varoilla tuotettua päiväkeskuspalvelua, on tällä vaikutuksia sekä palvelun tuotantoon että tämän kautta muihin palvelun käyttäjiin.

Des Sowerby (2010) on analysoinut yhteisöjen ja organisaatioiden keskinäistä riippuvuutta teoreettisesti ekojohtajuusteorian valossa (Western 2008). Teorian mukaan kaikki järjestelmän osat ovat toistensa kanssa vuorovaikutuksessa sekä riippuvaisia toisistaan. Teoria rakentuu oletukselle, että ihmiset ovat kykeneviä yhteistyöhön sen sijaan, että he tavoittelisivat vain omaa etuaan. Tällöin johtajuuden tulisi olla paikallista ja verkostoitunutta. Verkostot reagoisivat herkästi ympäristöönsä ja sopeutuisivat tarvittaviin muutoksiin. Päätöksenteko tapahtuisi paikallisella tasolla ja kaikki osapuolet, joita päätös koskee, voivat osallistua päätöksentekoon. Sowerbyn mukaan paikallisuutta korostavaa ekojohtajuusteoriaa tulisi soveltaa henkilökohtaistamiseen.

Big Society -ajattelun yhtenä kantavana teemana on myös paikallisuus, mutta myös avoin kilpailutus (Ferguson 2012). Iain Ferguson (2012) toteaa, että kilpailutus voidaan nähdä yrityksenä monimuotoistaa palveluntuotantoa, kun palveluiden ulkoistamisesta tulee oletuskäytäntö.

Fergusonin mukaan palveluiden kilpailuttamisesta on jo aiemmin huonoja kokemuksia juuri paikallisen palveluntuotannon suhteen. Pienet paikalliset voittoa tuottamattomat yritykset jäävät jalkoihin kilpailutuksessa. Suuret kaupalliset yritykset taas saattavat lopettaa palveluntuotantonsa helpommin, kun se ei enää tuota riittävästi voittoa. Peter Beresford (2009) muistuttaa myös suurten ja pienten palveluntuottajien problematiikasta. Hän tuo esiin, että on olemassa huoli, että pienet palveluntuottajat eivät pysty vastaamaan epävarmuuteen, jota henkilökohtainen palveluiden

tilaaminen aiheuttaa ja tämä saattaa johtaa heidän markkinaosuutensa pienenemiseen. Toisaalta suuret monikansalliset tuottajat pystyisivät tarjoamaan enemmän tarjontaa palveluntuottajina, mutta koska heidän standardoitu palveluntuotantonsa pohjautuu taloudelliseen hyötyyn, he eivät todennäköisemmin tarjoa yksilöille räätälöityjä palveluja.

Beechfield Community Care:n (BCC) esimerkki valottaa konkreettisesti paikallisten julkisten ja yksityisten toimijoiden verkostoitumisen solmukohtia. John Burton (2010) kertoo yrityksestä perustaa itsenäinen, yhteisöomisteinen ja yhdessä johdettu yritys, jonka tarkoituksena oli tuottaa tuki- ja huolenpitopalveluja vanhoille maalla asuville ihmisille. Perusajatuksena oli, että tuki- ja huolenpito perustuvat ihmisten väliselle yhteydelle ja vuorovaikutukselle (relationshipbased care). Palvelun käyttäjien tarpeet voisivat vaihdella laajasti muutamasta kauppakäynnistä asumispalveluihin. Ammattilaiset ja vapaaehtoiset työskentelisivät yhdessä. Terveys-, vapaa-ajan- ja sosiaalihuollon palvelut yhdistettäisiin. Toiminta rahoitettaisiin suurimmalta osin suoramaksuilla. Aluksi aikuisten sosiaalihuollosta vastaava viranomainen (local authority) ei lainkaan ymmärtänyt ajatusta tällaisesta palvelusta, mutta pikkuhiljaa yhteistyö alkoi kehittyä. Samalla he kuitenkin ehdottivat, että jo toiminnassa oleva BCC:n 15-paikkainen hoivakoti suljettaisiin ja myytäisiin, koska se ei ollut taloudellisesti tarpeeksi tuottava. Myöhemmin, kun hyväksytty ostaja veti tarjouksensa pois, paikallinen viranomainen suostui kehittämään BCC:n toimintaa suunnitelman mukaan. Tämän jälkeen paikallinen viranomainen halusi liiketaloussuunnitelman. BCC alkoi työstää tätä ja huomioi erityisesti kielen, jotta se olisi samanlaista kuin henkilökohtaistamisen progressiivinen sanankäyttö. Maakuntaneuvosto (district council) ei aluksi tarjonnut apua, koska se oli saanut vakavaa kritiikkiä asumispalveluihin kohdistuneista tarkastuksista. Myöhemmin, kun maakuntaneuvosto sai paremman arvosanan toiminnastaan ja se asennoitui hieman myönteisemmin BCC:n kehittämiseen. Paikallinen terveydenhuollon toimija (Primary Care Trust) kieltäytyi yhteistyöstä alusta alkaen. Burton kyseenalaistaakin henkilökohtaistamisen taustalla olevan ajattelun paikallisten toimijoiden kumppanuustyöskentelystä ja verkostoitumisesta. Hän vetää tapahtuneesta sen johtopäätöksen, että paikallisen käytännön tason ja kansallisen keskushallinnon ymmärrys ja odotukset henkilökohtaistamisen suhteen eroavat paljolti toisistaan. Burton kirjoitti artikkelinsa vuonna 2010 eikä tällöin ollut vielä tietoa miten hankkeelle lopulta kävi.

Joidenkin kirjoittajien mukaan muutos henkilökohtaistaminen on vienyt huomion pois siitä, että kollektiivisesti tuotetut julkiset palvelut saattavat olla aliresursoituja (Carr 2013; Barnes, 2011). Minun on lukemani perusteella helppo samaistua Catherine Needhamin (2011, 2013) näkemykseen, jonka mukaan henkilökohtaistamisessa tarvitaan kaikkia palveluntuotannon muotoja: universaaleja

palveluja kuten terveyspalveluja, kouluja ja kirjastoja, sosiaalihuollon erityispalveluja sekä julkisia tiloja, joissa ihmiset voivat kokoontua ja tavata toisiaan. Näin henkilökohtaistaminen ja yksi sen peruseriaateista valinnanmahdollisuuksien lisääminen toteutuisi parhaiten. Paikallisten viranomaisten tuottamia julkisia palveluja erityisryhmille tarvitaan erityisesti haja-asutusalueilla. Niillä ei ole välttämättä riittävästi kysyntää ja tarjontaan perutuvaa kilpailua. Needham huomauttaa lisäksi, että paikallisten ostopalveluiden lakkauttaminen, ei välttämättä johtunut siitä, etteivät henkilökohtaisen budjetin käyttäjät tilanneet heidän palveluja. Syynä oli, etteivät paikalliset viranomaiset enää ostaneet sieltä palveluja. Iain Ferguson (2012) toteaaakin, että mikäli laajapohjainen palveluntuotanto ei toteudu saattaa henkilökohtaistaminen tuottaa juuri päinvastaisen tuloksen, palvelun käyttäjät jäävät ilman palveluja.

5.3.1 Ohjaus- ja neuvontapalveluiden järjestäminen

Jotta henkilökohtaistetut sosiaalipalvelut voisivat toimia optimaalisesti, palvelun käyttäjillä tulee olla riittävästi tietoa, jotta he pystyvät valitsemaan tarjolla olevista palveluista itselleen sopivimman. Isossa-Britanniassa on perustettu laajoja ja universaaleja neuvonta- ja ohjausyksiköitä. Prime Minister's Strategy Unit suositteli vuonna 2005, että jokaiselle paikallisia palveluja tuottavalle alueelle tulisi perustaa palveluiden käyttäjien johtama organisaatio, jonka malli perustuisi Independent Living (sittemmin Inclusive Living) malliin. Sekä työväen- että koalitionhallitukset ovat rahoittaneet keskuksia. (Prime Minister's Strategy Unit 2005, 77, Dodd 2012.)

Neuvonta- ja ohjauspalvelut ovat tärkeitä, jotta palvelun käyttäjillä olisi yhtäläiset tiedolliset mahdollisuudet valita ja hallita palvelujaan. Tiedonpuute saattaa johtaa epätasa-arvoon ja suurentaa tulo- ja terveyseroja, kuten Iain Ferguson (2012) toteaa. Osa kirjoittajista keskustelee, myös siitä, että universaali tiedonjakaminen ja tuki palveluprosessissa auttaa palvelun käyttäjiä, mutta ei poista palveluiden tarveharkintaa ja valvontaa. Tämän lisäksi kirjoittajat toteavat, että sosiaalihuollon palvelun käyttäjissä on myös sellaisia henkilöitä, joille pelkkä tiedolla tapahtuva ohjaus- ja neuvonta ei ole riittävä, vaan he tarvitsevat erityistä tukea palveluprosessissa. (Lymbery 2014; Dodd 2010; Glendinning 2008.)

Laajoista ohjaus- ja neuvontapalveluista, niiden rahoituksesta ja palvelun käyttäjien järjestäytymisestä huolimatta osa kirjoittajista toteaa, että tietoa palveluista ei läheskään aina ole

ollut saatavilla. Tämä on vaikeuttanut käyttäjien mahdollisuuksia hyödyntää henkilökohtaisten budjettien tuomaa valinnan mahdollisuutta tai on joskus jättänyt heidät täysin omilleen, vaikka he olisivatkin saaneet budjetin käyttöönsä. (Ferguson 2012; Dodd 2010; Soverby 2010; Beresford 2009; Dittrich 2009.)

Universaalien neuvonta- ja ohjauspalveluiden toivotaan myös vaikuttavan ennaltaehkäisevästi. Niiden perustaminen ei kuitenkaan ole auttaneet julkisia palveluntuottajina siinä, että nämä pystyisivät paremmin vastaamaan vähäiseen avuntarpeeseen, joka olisi oleellista ennaltaehkäisyssä näkökulmasta. Vain muutama kirjoittaja mainitsee, että julkisten henkilökohtaistettujen sosiaalityöpalvelujen tulee kohdistua aktiivisesti ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen puuttumiseen (Clark & Smith 2012; Dittrich 2009). Mark Lymbery (2014) toteaaakin, henkilökohta

istamisessa on ennaltaehkäisy ja vähenevien taloudellisten resurssien välillä edelleen ratkaisematon ristiriita, vaikka juuri palveluiden järjestämisen henkilökohtaistamisen avulla ja hallinnon uudistamisen toivottiin johtavan kustannustehokkuuteen ja parempiin ennaltaehkäiseviin palveluihin.

Lukemani perusteella voin todeta, että tieto ja erityisesti tuki valinta- ja palveluprosessissa ovat hyvin tärkeitä asioita, jotta palvelun käyttäjät voivat tehdä valistuneita valintoja. Isossa-Britanniassa vertaisohjausta ja -neuvontaa on kehitetty paljon sekä rahoitettu julkisin varoin. Siitä huolimatta osa kirjoittajista toteaa, että palvelua ei ole aina ollut saatavilla. Suomessa viranomaisilla on lakisääteinen velvollisuus neuvoa ja ohjata palvelun käyttäjiä. Sosiaali- ja terveysjärjestöt täydentävät tätä. Vertaisohjausta sekä yhteistyötä palvelun käyttäjien kanssa voisi Suomessa kehittää ja rahoittaa enemmän, jotta ne palvelunkäyttäjät, jotka tulevat autetuksi tiedolla saisivat tämän avun mahdollisimman helposti ja yksinkertaisesti. Palvelun käyttäjille tarjottu tieto, neuvonta- ja ohjaus eivät kuitenkaan yksin riitä takaamaan kaikkien palvelun- ja huolenpidontarpeita, vaikka niiden toivotaankin toimivan myös ennaltaehkäisyssä ja varhaisen puuttumisen edistäjänä.

5.3.2 Markkinoistuvat sosiaalipalvelut

Vaikka osa kirjoittajista on tuonut esiin, että laaja-alainen palveluntuotanto lisää valinnanmahdollisuuksia ja takaa parhaat palvelut, voidaan henkilökohtaistamisen palveluntuottamiseen liittyvänä perusoletuksena pitää sitä, että markkinamekanismin avulla

tuotettujen palveluiden ajatellaan lisäävän joustavuutta, valinnanmahdollisuuksia ja tuottavan paremman laatuista palveluja. Tästä seuraa loogisesti se, että henkilökohtaistamisen tavoitteena on luoda palvelun käyttäjistä yksilöllisiä palvelun tilaajia, jotka ostavat tarvitsemansa palvelut. (Spicker 2013; Needham 2011 2013; Clark & Smith 2012; Glendinning 2008.)

Markkinoistuvien sosiaalipalvelujen näkökulmasta tarvitaan kilpailua palveluntuottajien välille sekä useita ostajia, joiden valinnat ohjaavat palveluntuotantoa. Tämän tulisi tarkoittaa, että palvelu tai tavara on ostajalle sopiva. Paul Spicker (2013) toteaa kuitenkin, että tosiasiallisesti tämä joskus onnistuu ja toisinaan taas ei. Hänen mukaan vapaat markkinat palvelevat sosiaalipalvelun yksilöostajaa hyvin, kun hänen olosuhteensa ovat suhteellisen vakaat ja hän tarvitsee säännöllisiä palveluja. Kun kommunikaatiovaikeuksia, informaation puutetta, ylimääräisiä kustannuksia tai muita häiriö- ja epävarmuustekijöitä ilmaantuu, eivät yksityiset palvelumarkkinat välttämättä enää toimi. Tästä seuraa se, että yksityisten markkinaehtoisten palveluntuottajien on helpompi tuottaa tietynlaisia palveluja, kuten säännöllistä kotipalvelua tai vakituksia asumispalveluja. Tällöinkin tulee kiinnittää huomiota tilanteisiin, joissa markkinaehdot eivät jostain syystä toteudu ja palvelun käyttäjät tarvitsevat tukea tai ohjaus- ja neuvontapalveluja, koska ne eivät useinkaan kuulu yksityisten palveluntuottajien sopimukseen. Lisäksi yksityiset palveluntuottajat saattavat suosia julkisia palveluiden ostajia, koska näiden suuret ostot turvaavat toimeentulon paremmin. (Glendinning 2008).

Valinnan toivotaan ohjaavan myös sosiaalipalvelumarkkinoita. Todellisuudessa yksittäistä sosiaalipalvelun tilaajaa ja palveluntuottajia säätelee ja valvoo julkinen rahoittaja. Henkilökohtaistetut palvelumarkkinat voivatkin vain osittain kopioida markkinatalouden periaatteita. Paul Spicker (2013) toteaa, että säädeltyjen markkinoiden ajateltiin alun perin nimenomaan rajoittavan yhteistoiminnan ja suunnittelun tarvetta valinnanmahdollisuuksien lisäämisen kautta. Nyt henkilökohtaistamisessa painotetaan sekä valinnanmahdollisuuksien lisäämistä että kumppanuustyöskentelyä viranomaisten ja palveluntuottajien välillä. Tämän ristiriidan lisäksi sosiaalipalvelumarkkinoilla on käytössä huomattava määrä erilaisia palveluntuottamisen järjestelyjä suurista julkisen toimijan ostopalveluista yksilöllisiin henkilökohtaisen budjetin käyttäjiin.

Caroline Glendinning (2008) nostaa esiin näkökulman, jonka mukaan yksilöt palvelun tilaajina voivat olla eriarvoisessa asemassa suhteessa toisiinsa ja julkisiin toimijoihin, jotka ostavat palveluja ammattimaisesti. Ensinnäkin yksityishenkilöiden tiedot markkinoista voivat olla puutteellisia.

Toiseksi yksilöiden mahdollisuuksia vaihtaa tai jättää palveluntuottaja säätelee julkinen rahoittaja ja henkilökohtaisen budjetin suuruus. Kolmanneksi ne, joilla on enemmän rahaa, joko omaa tai henkilökohtaisesti budjetoitua ja niillä, joilla on tukenaan läheisiä, jotka osaavat toimia markkinoilla on paremmat mahdollisuudet valita. (Glendinning 2008) Kaupalliset palveluntuottajat saattavat myös valikoida asiakkaitaan heidän taloudellisen maksukyvyn ja terveydellisen tai sosiaalisen tilanteen mukaan. Tämä voi tarkoittaa sitä, että palveluntuottajilta saatu tieto ei ole avointa ja riittävää ja he valikoivat ”helpommat” ja maksukykyisimmät asiakkaat. Tämä ei lisää sosiaalista oikeudenmukaisuutta, jonka mukaan kaikilla palveluiden käyttäjillä tulisi olla yhtäläiset mahdollisuudet käyttää kaupallisia palveluja. (Spicker 2013; Needham 2012; Cutler ym. 2007.)

Voidaan ajatella, että monipuolisen palvelutuotannon (Needham 2011, 2013) lisäksi tarvitaan myös enemmän palveluntuottajia, jotka joustavat ja ovat erikoistuneet räätälöityjen palveluiden tuottamiseen (Spicker 2013; Glendinning 2008). Sarah Carrin (2013) mukaan tarvitaan tämän lisäksi joustavampia säädöksiä uudenlaisten monipuolisempia palveluja tuottavien yritysten rinnalle. Näin palvelun käyttäjät voisivat ottaa hallittuja riskejä sekä tehdä harkittuja päätöksiä (informed decisions). Isossa-Britanniassa itsenäinen sosiaali- ja terveyspalveluja valvova Care Quality Commission (2010) on kehittänyt standardeja, joiden avulla varmistetaan, että palvelut ovat henkilökohtaisia ja tukevat palvelun käyttäjän valinnan- ja palveluiden hallinnanmahdollisuuksia. Heidän mukaan:

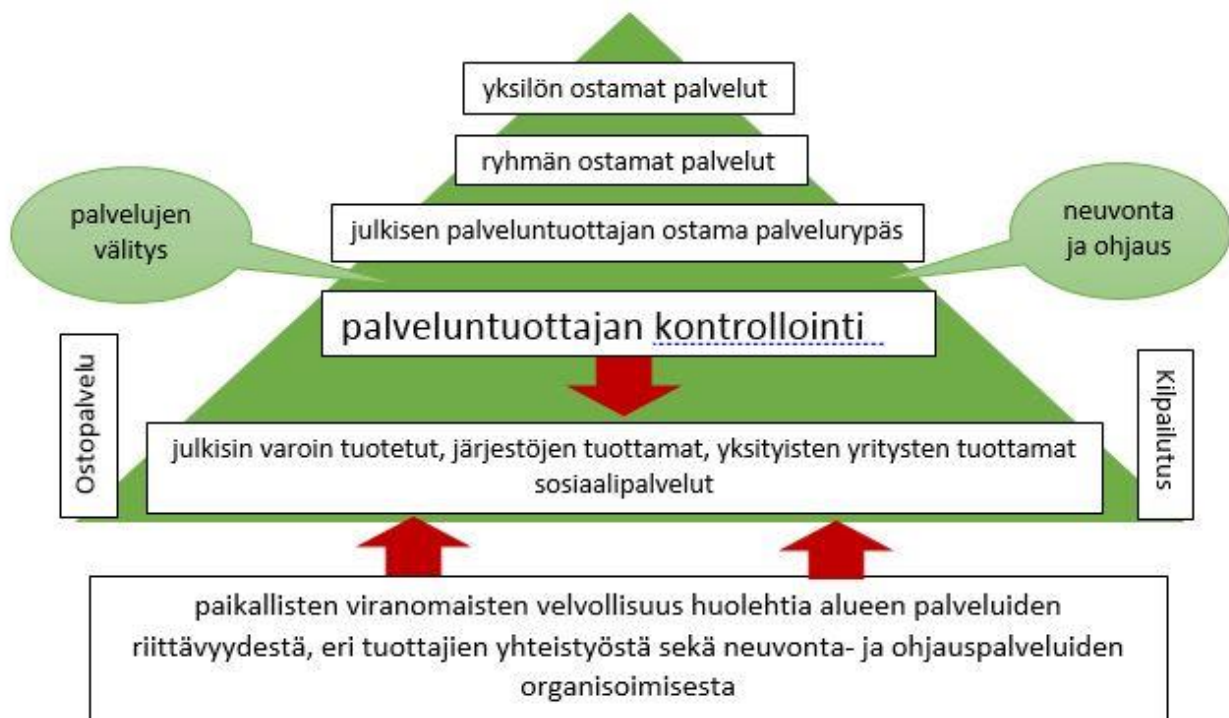
- ”1. Palvelun käyttäjät tarvitsevat riittävästi tietoa ja osallisuusmahdollisuuksia päätöksenteossa.
2. Huolenpidon, tuen ja hoidon tulee vastata palvelun käyttäjän tarpeisiin.
3. Riskienhallinnan tulee toimia, jotta henkilökunnan, potilaiden ja vierailijoiden turvallisuudesta huolehditaan sekä toimitilat ja välineet ovat turvallisia.”

Care Quality Commissionin standardien tarkoituksena on ohjata valintoja palvelun käyttäjien kannalta turvallisempaan suuntaan, vaikka palvelumarkkinat toimisivatkin markkinalogiikan ehdoilla.

Toisaalta palvelun käyttäjän näkökulmasta ei välttämättä ole tärkeää ostaako hän palvelun vapailta markkinoilta vai saako hän sen paikallisilta viranomaisilta vaan se minkälaista palvelu on ja miten he sen saavat, toteavat Colin Slasberg ym. (2012). Heidän mukaan ei myöskään ole paljon todisteita, että palvelun käyttäjillä, jotka ostavat palvelunsa vapailta markkinoilta, olisi paremmat mahdollisuudet valita tai hallita palveluitaan kuin niillä, jotka käyttävät julkisesti tuotettuja

palveluita. He tekevät tästä sen johtopäätöksen, että palvelun käyttäjille on tärkeämpää yhteistyö paikallisten viranomaisten kanssa sekä yksilökohtainen työote (person-centred practice) kuin toimiminen voimaantuneena valitsevana kuluttajana vapailla markkinoilla. Tätä tukee tieto, jonka mukaan suurinta osaa henkilökohtaisista budjeteista hallinnoivat edelleen paikalliset viranomaiset, eli ne eivät ole suoramaksuja mikä on hallituksen henkilökohtaistamisen tavoite (www.communitycare.co.uk).

Kuvioon 2 olen koonnut sosiaalipalvelumarkkinoiden monenlaisia toimijoita ja mekanismeja.



Kuvio 2 Sosiaalipalvelumarkkinoiden toimijat henkilökohtaistetuissa sosiaalipalveluissa.

Isossa-Britanniassa paikallisten viranomaisten velvollisuus on huolehtia palveluiden riittävydestä, järjestää ne ja luoda yhteistyöedellytyksiä eri toimijoiden välille. Lukemani perusteella voin kuitenkin todeta, että sosiaalipalvelumarkkinat eivät voi toimia täysin markkinaehtoisesti, koska markkinavetoiset palvelut eivät pysty vastaamaan kaikkiin palveluntarpeisiin. Näin ollen sosiaalipalvelumarkkinat ovat kontrolloituja markkinoita (Spicker 2013), joilla toimii erilaisia palvelujen ostajia. Siellä toimii yksilöitä ja ryhmiä, jotka ostavat palvelunsa joko henkilökohtaisilla budjeteilla tai omalla rahalla sekä julkisia palveluntuottajia, jotka ostavat suuria määriä palveluja.

Yksityiset palveluntuottajat saattavat suosia julkisia ostajia, koska ne takaavat paremman tuoton. Palvelun käyttäjien mahdollisuudet vaihtaa palvelun tuottajaa taas riippuvat heidän yksityisistä varoista tai henkilökohtaisten budjettien suuruudesta. Viranomaiset myös valvovat budjettien käyttöä.

Jotta yksilöt ja ryhmät voisivat toteuttaa valinnanmahdollisuuksiaan ja hallita palveluitaan tarvitsevat he luotettavaa tietoa saatavilla olevista palveluista. Isossa-Britanniassa sosiaalipalvelumarkkinoilla on yksityisiä riippumattomia palveluiden välittämiseen erikoistuneita palveluntuottajia sekä palvelun käyttäjien ja järjestöjen omia organisaatioita, joiden palveluja paikalliset viranomaiset voivat ostaa. Henkilökohtaistaminen on siis tuonut sosiaalipalvelumarkkinoille runsaasti uusia toimijoita markkinoistumisen myötä ja desentralisoinut palveluntuottamista. Tämän toimintamallin tavoitteena on ollut lisätä valinnanmahdollisuuksia ja räätälöityjen palveluiden osuutta julkisissa palveluissa. Käytännössä etenkin kilpailutuksessa on ilmennyt ongelmia suurten kaupallisten ja pienempien palveluntuottajien välillä eikä ole varmuutta, että sosiaalipalvelunvalinta ja palvelun hallinta toteutusi paremmin vapailla markkinoilla. (Slashberg ym. 2012; Ferguson 2012, Beresford 2009).

5.4 Säästäminen

Palveluntuottamiseen liittyvien rakenteellisten ja palvelun käyttäjän asemaan vaikuttavien muutosten tarkoituksena oli alun perin vähentää byrokratiaa ja tätä kautta säästää julkisia varoja, toteaa usea kirjoittaja (West 2013; Lymbery 2010, 2012; Needham 2011; Beresford 2009). Vielä vuonna 2008 Charles Leadbeater ehdotti, että kalleimmista palveluista säästöjä voisi kertyä jopa 45 prosenttia ja keskimääräinen säästö olisi 10 prosenttia (Leadbeater 2008).

Henkilökohtaistamisen säästötavoitteiden kanssa samaan aikaan myös Isossa-Britanniassa sodanjälkeinen suuri ikäluokka vanhenee. Andrew Dilnot (2011) on arvioinut, että demografinen muutos aiheuttaa 40 prosentin kustannusten nousun vuosina 2009–2029. Jon Glasby ym. (2011) ja Mark Lymbery (2010) ovat puolestaan arvioineet, että henkilökohtaistamisen avulla mahdollisesti saatavat säästöt eivät tulisi kattamaan demografisesta muutoksesta johtuvia kuluja. Tilannetta vaikeuttaa vielä se, että koalitionhallitus on viime vuosina leikannut sosiaalihuollon budjettia ennen kuulumattoman paljon, joten palveluiden uudellen järjestämiseen ei ole ollut resursseja (West 2013;

Ferguson 2012). Viimeisimpänä leikkauksena vuoden 2014–15 paikallisten viranomaisten budjettiin oli tehty 26 prosentin säästötavoite (The Guardian 2.7.2014). Aineistossa ei ole tutkimusta siitä onko henkilökohtaistaminen varsinaisesti tuottanut säästöä.

Koska sosiaalihuolto muodostaa suuren osan paikallisten viranomaisten budjetista on epäilty, että leikkaukset kohdistuisivat tämän kautta kaikkein pienituloisimpaan väestönosaan (Taylor-Gooby & Stoker, 2011). Alan Roulstone ja Hannah Morgan (2009) huomauttavat, että säästöt nojaavat myös helposti oletukseen, että epävirallinen vapaaehtoinen tuki toimii. Käytännössä paikalliset viranomaiset ovat nostaneet palvelujen saamisen edellytyksiä siten, että vain joko runsaasiin tai kriittisiin palveluntarpeisiin voidaan vastata. Tämä on ristiriidassa henkilökohtaistamisen valinnanvapauden, ennaltaehkäisyn ja varhaisen puuttumisen tavoitteiden kanssa. Erityisesti ennaltaehkäisevät palvelut uhkaavat romuttua taloudellisen aliresursoinnin takia. (Lymbery 2010, Lymbery & Postle 2010.)

Jotkut kirjoittajat kysyvätkin miten henkilökohtaistamiseen kohdistetut muutokset ja säästöt saavutetaan? Miten rajalliset resurssit tulisi kohdentaa, jotta ihmiset voisivat elää mahdollisimman pitkään itsenäisinä? Tulisiko ne kohdentaa niille, jotka tarvitsevat niitä eniten vai tulisiko varat käyttää ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen puuttumiseen? (West 2013; Lymbery 2010, 2012, 2014; Needham 2013; Ferguson 2012.) Jo ennen nykyisiä säästötoimenpiteitä henkilökohtaistamisen soveltaminen kaikkiin palvelunkäyttäjryhmiin huolestutti useita kirjoittajia, koska sen resursointiin ei ollut alun perinkään ole kiinnitetty riittävästi huomiota. (Lymbery 2010; Beresford 2009; Ferguson 2007.)

6. Henkilökohtaistamisen taustadiskurssit ja sosiaaliset ulottuvuudet

6.1 Taustalla vaikuttavat diskurssit

Mark Lymbery (2014), Iain Ferguson (2012) ja Peter Beresford (2009) ovat todenneet, että henkilökohtaistamisen taustalla vaikuttavat ja sitä ohjaavat kaksi erilaista diskurssia, jotka johtavat erilaisiin johtopäätöksiin, kun henkilökohtaistamista toteutetaan. Nämä diskurssit voidaan kuvata seuraavasti:

- Kansalaisuusdiskurssi, jonka perustana on demokratia, sosiaalinen oikeudenmukaisuus ja

yhdenvertaiset oikeudet.

- Konsumeristinen, uusliberaaliin talouspolitiikkaan pohjaava diskurssi, jonka perustana on markkinatalous.

Kansalaisuuteen ja demokratiaan perustuva diskurssi ja paine ylläpitää markkinatalouden tasapainoa, ovat esiintyneet ja esiintyvät samaan aikaan henkilökohtaistamisen menneisyydessä ja nykyisyydessä (Beresford 2009). Mark Lymbery (2010, 2014) on arvioinut, että nämä kaksi samanaikaisesti vaikuttavaa diskurssia aiheuttavat jännitteitä monien henkilökohtaistamiseen liittyvien käytännön toimien välillä. Näitä voivat olla esimerkiksi tuen- tai suojelun tarpeenmäärittely, kumppanuustyöskentely eri viranomaisten välillä, yhteistoimijuus palvelun käyttäjien ja ammattilaisten kesken tai henkilökohtaistamisen resurssointi. Hänen mukaan käänteentekevän retoriikan (ephecal rethoric) avulla kritiikki lakaistaan helposti maton alle tai nähdään kriitikot holhoavina konservatiiveina, jotka vastustavat tavoiteltua muutosta.

Alun perin Charles Leadbeater (2004, 11, 50) tarkoitti, että henkilökohtaistaminen toimisi mallina kaikkien julkisten palveluiden järjestämisessä eikä se perustuisi sen enempää konsumerismiin kuin holhoukseen (paternalism). Leadbeater on kuitenkin ristiriitainen ja epäselvä siinä, mitä hän tarkoittaa näillä laajoilla käsitteillä. Yhtäällä hän kirjoittaa, että julkisten palveluiden taustalla tulisi nimenomaan olla konsumerismiin perustuva diskurssi ja toisaalla, että palvelut tulisivat olla kansalaisten johtamia (citizen-led). Hän ehdottaa myös, että kuluttajan valinta ohjaisi palveluiden resurssointia. Iain Ferguson (2007) on huomauttanut, että Leadbeaterin konsumerismikritiikki ja palvelun käyttäjien muuttaminen kuluttajiksi eivät tarkoita, että yksityiset palvelumarkkinat eivät olisi osa sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Sarah Carr (2011, 25) huomauttaa, että Leadbeater (2004) ei ole huomioinut kirjoituksessaan suoramaksujen alkuperää, itsenäisen elämän tavoitteita, palveluiden käyttäjän näkökulmia, sosiaalisen ja taloudellisen diskriminaation vaikutuksia tai sosiaalityön roolia.

Peter Beresfordin (2009) mukaan henkilökohtaistamisen taustadiskurssien kahtiajako asettaa brittiläiselle sosiaalipolitiikalle tärkeän ja oleellisen kysymyksen:

“Inspiroiko henkilökohtaistamista tulevaisuudessa kollektiivisten organisaatioiden vapauttava sanoma (liberatory ethos) vai kulkeeko se länsimaiseen moderniin toimintapolitiikkaan yhä enenevässä määrin liitetyn konsumeristisen agendan jalan jäljissä?”

6.1.1 Kansalaisyhteiskunta

Kansalaisuus henkilökohtaistamisessa voisi tarkoittaa sitä, että kansalaisia kannustetaan käyttämään oikeuksiaan sen sijaan, että heillä nähdään olevan ainoastaan tarpeita. Tämän näkemyksen mukaan palvelun käyttäjät ovat palveluprosessin keskiössä ja sosiaalista osallisuutta tuetaan. Lisäksi sellaiset prosessit, jotka aiheuttavat syrjäytymistä tai leimaantumista kyseenalaistetaan. (Gardner 2011, 21–22) Yhdenvertainen kansalaisuus, joka sisältää tarvittavan tuen palvelun käyttäjälle, on myös Julie Fishin (2009) ja Des Sowerbyn (2010) mukaan henkilökohtaistamisen tavoitteena. Catherine Needhamin (2011) mukaan tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että henkilökohtaisen budjetoinnin oletetaan voimaannuttavan ihmisiä. Taloudellisen kontrollin odotetaan tuovan sekä henkilökohtaista tehokkuutta että psykologista itsetuntoa. Sen odotetaan helpottavan kansalaisosallisuutta ja yhteiskunnallista osallistumista. Taustalla on ajatus siitä, että kaikki kansalaiset voivat käyttää yleisiä palveluja sosiaalihuollon erityispalveluiden sijaan.

Charles Leadbeater (2004) on myös kirjoittanut palvelun käyttäjien johtamien organisaatioiden (User Led Organisations, ULO's) asemasta henkilökohtaistamisessa ja liittää niiden tuottamat palvelut keskusteluun kansalaisuudesta. Leadbeater kirjoittaa, että demokraattisessa yhteiskunnassa julkisten palveluiden käyttämisen tulisi vahvistaa kiinnittymistä yhteiskuntaan ja tunnetta kansalaisuudesta. Hänen mukaan kansalaisten ääni ei kuitenkaan ole yksin riittävä pohja julkisten palveluiden järjestämiselle. Tämä johtuu siitä, että kansalaiset haluavat ensisijaisesti hyvää palvelua eivätkä niinkään halua vaikuttaa siihen miten julkinen rahoitus käytetään. Tämän takia kansalaisten sanavalta (voice) ei yksinään auta päätöksentekijöitä muodostamaan riittävän selkeää näkemystä siitä miten päätöksentekijöiden tulisi johtaa palveluiden järjestämistä ja tuottamista. Colin Slasberg ym. (2012) ovat myös myöhemmin päätyneet jossain määrin samankaltaiseen johtopäätökseen. Heidän mukaan suurimmalle osalle palveluiden käyttäjistä ei ole tärkeää se ostavatko he palvelunsa vapailta markkinoilta vai saavatko he sen paikallisilta viranomaisilta, vaan se minkälaista palvelu on ja miten he sen saavat.

Simon Duffy (2010) on esittänyt kansalaisnäkökulmasta oman teoriansa, jota hän kutsuu nimellä Citizenship theory of social justice. Hänen mukaan henkilökohtaistamisen tavoitteena tulee olla tasa-arvo ja moninaisuuden hyväksyminen. Tämä johtaisi kansalaisuuteen, joka perustuu osallisuuteen sekä vaatimukseen, että yhteiskunnan tulee järjestäytyä siten, että jokainen voi kokea olevansa kansalainen. Duffyn mukaan kaikilla kansalaisilla tulee olla samanlaiset oikeudet

tarvitsemaansa tukeen. Iain Ferguson (2012) kommentoi Duffyn teoriaa. Hän huomauttaa, että Duffy painottaa monimuotoisuuden hyväksymistä, mutta unohtaa köyhyyden ja eriarvoisuuden aiheuttamat ongelmat, jotka liittyvät vallan ja resurssien jakoon. Ferguson näkeekin, että laajan sosioekonomisen viitekehyksen puuttuminen henkilökohtaistamisessa johtaa kritiikkittömyyteen hallituksen uudistuspolitiikkaa kohtaan.

Mark Lymbery (2014) jatkaa keskustelua henkilökohtaistamisen ja kansalaisuuden yhteyksistä viittaamalla brittiläisen sosiologi Thomas H. Marshallin (1950) kansalaisuuden kolmijakoon. Marshallin mukaan kansalaisuus voidaan jakaa sosiaaliseen kansalaisuuteen (social citizenship), jonka mukaan jokaisen yhteiskunnan jäsenen tulisi voida nauttia sosioekonomisesta perusturvasta ja hyvinvoinnista, poliittiseen kansalaisuuteen (political citizenship) eli yleiseen äänioikeuteen sekä kansalaisoikeuksiin perustuvaan kansalaisuuteen (civil citizenship), jotka turvaavat tasa-arvoisuuden lain edessä sekä yksilön oikeudet. Lymberyn mukaan sosiaalinen kansalaisuus on näistä kaikkein ongelmallisin, koska sosiaalisen kansalaisuuden ideaalin ja yhteiskuntaan osallistumisen mahdollistavien resurssien välillä on jännite: monet sosiaalihuollon palveluiden käyttäjistä eivät voi osallistua yhteiskunnan toimintaan ilman sosiaalipalveluja ja tukea. Lymbery näkee, että sosiaalisten oikeuksien, sosiaalisen kansalaisuuden ja sosiaalietuuksien suhde voi muodostua ongelmalliseksi sekä aiheuttaa epätasa-arvoa ja riippuvuutta, etenkin, kuten Simon Duffy (2010) huomioi, jos tarvittava tuki ja palvelut puuttuvat.

6.1.2 Uusliberalismi

Varhainen henkilökohtaistaminen perustui, Caroline Glendinningin (2008) mukaan, nimenomaan kansalaisuusajattelulle. Usea kirjoittaja toteaa, että varhaisvuosien jälkeen henkilökohtaistamisessa on tapahtunut diskurssin muutos vammaisliikkeiden oikeuksiin ja yhteiskunnan syrjintää edistävien rakenteiden ja mekanismien purkamista painottuvasta diskurssista konsumerismin diskurssiin, joka suosii yksilökeskeisyyttä, valinnanmahdollisuuksien lisäämistä ja vapaan markkinatalouden laajenemista sosiaali- ja terveyspalveluihin. Kaupallistumiseen liittyy myös tarve hallita kustannuksia. Uusliberaaliin talouspolitiikkaan perustuvaan konsumerismiin siirtyminen on tapahtunut vähitellen ja se on samalla merkinnyt siirtymää pois hyvinvointivaltion perustana olevasta kansalaisuuden teemasta. (Ferguson 2012; Barnes 2011; Rummeryn 2009; Lymbery 2010, 2014.) Toisaalta uudenlainen kansalaisuus voidaan myös nähdä osana konsumerimäisyyttä. Tämä liittyy valintaan, jota ilman ei voisi olla autonomiaa ja siihen läheisesti liittyvää itsemääräämisoikeutta. Ne

taas voidaan nähdä modernin kansalaisuuden rakennuspuina. (Glendinning 2008.) Clare Evans (2012) huomioikin, että konsumerismi ja voimaantuneet kuluttajat voidaan käsittää myös neutraalina yhteisymmärryksen perustana, jonka poliitikot, sosiaalihuollon työntekijät ja vammaiset henkilöt voivat jakaa.

Usein uusliberalismiin liitetty perusmääre on vapaus, toteaa Steven Dodd (2012). Vapautta voi kuitenkin olla kahdenlaista; myönteistä vapautta, joka auttaa toteuttamaan mahdollisuuksia ja kielteistä vapautta, joka on vapautta rajoituksista (Berlin 1969). Henkilökohtaistaminen tukee, Doddin tulkinnan mukaan, jossain määrin kummankinlaista vapautta. Toisaalta vapauden avulla ihmiset voivat toteuttaa valintojaan, mutta se ei juurikaan auta rakenteellisen epätasa-arvon purkamisessa, joka voi vaikuttaa valinnan toteuttamiseen. Dodd päätelee lopulta kuitenkin, että uusliberaalille politiikalle on ominaisempaa negatiivisen vapauden suosiminen niin kauan kun sen taustalla toimii pelkästään markkinatalouteen pohjaava konsumerimi.

Julkisten palveluiden avaaminen avoimelle kilpailulle heijastaa konsumeristista henkeä ja vahvistaa valinnan periaatetta. Uhkana on, että köyhyyttä ja epätasa-arvoa koskevat ongelmat lakaistaan maton alle, jos sosiaalihuollosta tulee vain markkinapaikka. Pelkästään konsumerismiin perustuva malli voi antaa väärä toiveita, koska monet sosiaalihuollon palveluiden käyttäjät eivät käytä niitä vapaaehtoisesti, esimerkiksi lastensuojelun tai kriminaalihuollon asiakkaat. (Lymbery 2012, 2014; Ferguson 2012; Clark & Smith 2012.)

Kirjoittajat liittävät moderniksi käsitetyn konsumerismin yksilöllistymiseen, joka heijastuu vahvasti henkilökohtaistamisessa (Ferguson 2007, 2012; Glendinning 2008). Iain Ferguson (2007, 2012) on kysynyt onko yksilöllistymisideologian taustalla tavoite siirtää palvelun käytöstä aiheutuvat riskit valtiolta yksilölle ja täten vastuuttaa yksilö. Fergusonin lisäksi Paul Spicker (2013) esittää myös, että mikäli näin on, liittyy politiikkaan valtion roolin ja julkisesti tuotettujen palveluiden kaventaminen. Ferguson (2007) onkin jo varhaisessa vaiheessa neuvonut sosiaalityöntekijöitä suhtautumaan kriittisesti senkaltaiseen henkilökohtaistamiseen, joka hyväksyy sosiaali- ja terveydenhuollon yksipuolisen markkinoistumisen. Hän toteaa, että palvelun käyttäjät, jotka edelleen haluavat käyttää julkisesti tuotettuja palveluja, saatetaan leimata riippuvaisiksi eivätkä he välttämättä koe henkilökohtaistamista niin voimauttavana kuin sen kannattajat ovat toivoneet. Koska riippuvuus nähdään kielteisenä, saattavat tällaiset palvelun käyttäjät kokea henkilökohtaistamisen jopa rankaisevana. Tämän lisäksi markkinoistunut henkilökohtaistaminen edistää sosiaalityön deprofessionalisoitumista.

6.2 Sosiaalisten suhteiden ja huolenpidon merkitys

Kansalaisuusnäkökulma voidaan liittää yksilötasolla keskusteluun tuen merkityksestä palvelun käyttäjälle riippumatta siitä nähdäänkö tuki oikeutena (Duffy 2010) vai yhdenvertaisen kansalaisuuden edellytyksenä (Fish 2009; Sowerby 2010). Keskustelu tuesta liittyy myös palvelun käyttäjän riippuvuuteen ja itsenäisyyteen. Tässä erityisesti autonomiseen riippuvuuteen (Leece ja Peace 2011), jolloin palvelun käyttäjällä on päätösvaltaa omien tukipalveluidensa suhteen tilanteessa, jossa hän on niistä riippuvainen. Konsumeristinen yksilöllisyys, valinta ja sen kautta tavoiteltu itsenäisyys voivat myös toteutuvat joskus (Glendinning 2008) osana huolenpitoa.

Useat kirjoittajat ovat todenneet, että sekä vertaisten että ammattilaisten tuki on edellytys, jotta henkilökohtaistaminen voisi toteutua toivotulla tavalla, toisin sanoen palvelun käyttäjät voisivat käyttää laajenevia valinnanmahdollisuuksiaan, toimia mahdollisimman itsenäisesti ja voida hyvin (Roulstone & Morgan 2014; Lymbery 2014; Carr 2013; Leece & Peace 2010; Young 2010; Duffy 2009). Tukisuhteiden (support relationship) merkitys korostuu mitä haavoittuvampi palvelun käyttäjä on tai mitä kaoottisemmissa olosuhteissa hän elää. Itsenäisyys ja tuen tarve vaihtelevat myös eri elämän vaiheiden aikana (Sims & Gulyurtly 2013). Riittävä tuki edistää itsenäistä selviytymistä, mutta sen laadulla on yhteys myös turvantunteeseen sekä väärin- ja hyväksikäytön estämiseen.

Marian Barnes (2011), Liz Loyd (2011) ja Kirstein Rummery (2010) ovat analysoineet tukisuhteiden laatua feministisen huolenpitoetiikan (care-ethics) näkökulmasta. Se kumpuaa feministisestä tutkimuksesta, jonka tavoitteena on, ettei huolenpidosta tule yksityisasia (de-privatise) eikä se ole sukupuolisidonnaista (de-gender). Lisäksi feministisen huolenpitoetiikan tavoitteena on kansalaisuuskäsityksen laajentaminen siten, että siinä otetaan huomioon huolenpitoon liittyvät ulottuvuudet. Sen mukaan yksilön identiteetti muotoutuu sosiaalisten suhteiden myötä (relationshipbased). Kirjoittajat käyttävät Joan Tronton (1994) neljää ulottuvuutta, kun he analysoivat sosiaalisia suhteita ja vuorovaikutusta, joihin liittyy huolenpitoa. Nämä neljä ulottuvuutta ovat:

- tarkkaavaisuus/huomaavaisuus (attentiveness) – välittäminen (caring about)
- vastuu (responsibility) – huolehtiminen (taking care of)
- pätevyys (competence) – huolenpito/hoito (care giving)

- reagoivuus (responsiveness) – herkkäyys hoidettavan tarpeille (responsive to the needs of the one cared for)

Kirjoittajien mukaan jokaisen neljän ulottuvuuden tulisi toteutua sekä hoidettavan että hoitajan kannalta. Kahden henkilön välisen sosiaalisen vuorovaikutuksen lisäksi näitä neljää ulottuvuutta tulisi soveltaa myös, kun tehdään palvelun tarpeen arvio palvelun käyttäjän tarpeiden mukaan sekä laajemmin koko henkilökohtaistamiseen.

Marian Barnesin (2011) mukaan huolenpidon (care) tulisi olla henkilökohtaistamisen keskeinen sisältö. Barnes tuo esille, että vaikka palveluiden käyttäjien yksilölliset olosuhteet ja tarpeet vaihtelevat, yhdistää heitä usein samat asiat. Nämä eivät koske ainoastaan toiminnallista käytännön tukea asioiden suorittamisessa tai taloudellista tukea. Palvelun käyttäjät tarvitsevat Barnesin mukaan myös emotionaalista ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen liittyvää tukea, tilanteissa joissa he uudelleenrakentavat elämäänsä ja identiteettiään esimerkiksi sairastumisen tai ikääntymisen tuoman haurauden jälkeen. (Barnes 2010.) Pelkästään markkinaehdoilla toimivat palvelut eivät Paul Spickerin (2013) mukaan pysty juurikaan vastaamaan tämän tyypisiin palvelun käyttäjän vaihtuviin tarpeisiin tai epävakaisiin elämän olosuhteisiin. Des Sowerby (2010) huomauttaa kuitenkin, että jos tuen tarve on puhtaasti toimintaan liittyvä, voi tukisuhde toimia hyvin myös silloin kun, siihen ei liity henkilökohtaista huolenpitoa.

Liz Loyd (2010) esittelee Kari Waernesin (2001) analyysin huolenpidosta, jossa voidaan erottaa kolme huolenpidon perusmallia. Niiden avulla voidaan ymmärtää huolenpitoa henkilökohtaistamisessa. Ensinnäkin huolenpito niistä, jotka ovat siitä riippuvaisia kuten lapset, toiseksi huolenpito ylemmistä kuten työnantajasta sekä kolmanneksi vastavuoroinen symmetrinen huolenpito toinen toisesta (Waerness 2001). Kun palvelun käyttäjät saavat rahaa huolenpidon tai palvelun sijaan, tulee heistä työnantajia, jotka tasapainoilevat ensimmäisen ja toisen huolenpidon muodon välillä sen sijaan, että olisivat pelkästään vastaanottamassa huolenpitoa. Toimimalla työnantajina he hallinnoivat itsenäisesti omia palvelujaan ja voivat käyttää paremmin valinnamahdollisuuksiaan, mutta ovat myös samaan aikaan riippuvaisia palveluista. Tämä voidaan nähdä osana modernia valintaan perustuvaa autonomista kansalaisuutta (Glendinning 2008) tai palvelun käyttäjän autonomisena riippuvuutena, jolloin hänellä on päätöksentekoon perustuvaa autonomiaa (Leece ja Peace 2010). Suomessa tämä toteutuu parhaiten, jos palvelun käyttäjällä on henkilökohtainen avustaja, jonka työnantajan hän toimii. Mark Lymbery (2010) on kuitenkin kiinnittänyt huomiota tarpeiden ja oikeuksien väliseen jännitteeseen, jota Lymberyn mukaan henkilökohtaistamisessa ei huomioida lainkaan. Tästä voi olla seurauksena eturistiriita palvelun

käyttäjien ja heidän hoitajiensa tai avustajiensa välillä (Glendinning 2008).

Huolenpito-etiikan näkökulmasta kirjoittavat kritisoivatkin henkilökohtaistamisen yksilökeskeisyyttä. Heidän tavoitteenaan on edistää henkilökohtaistamista, joka perustuu sosiaaliselle vuorovaikutukselle (relationshipbased). Näin olisi mahdollista kehittää erilaisia tulkintoja tarpeesta ja ratkaista mahdolliset eturistiriidat hoidettavien ja hoitajien/avustajien välillä (Sevenhuijsen 1998). Kirjoittajat näkevät, että riippuvuus ja haavoittuvuus ovat osa jokaisen ihmisen elämää, etenkin silloin kun huolenpidon tarpeet tulevat kyseeseen. Tämän näkemyksen mukaan vammaisliikkeiden aktivistit, jotka vaativat täysiä kansalaisoikeuksia ja itsenäisyyttä, eivät huomioi huolenpitoa ikään kuin he eivät voisi hallinnoida palvelujaan, kun he vastaanottavat huolenpitoa. (Barnes 2011; Rummary 2011; Loyd 2010; Lymbery 2010.)

Huolenpitoa ja suojelua ei tulisi sekoittaa toisiinsa (Tronto 1994). Marian Barnesin (2011) mukaan vaikutusvaltaisessa Putting People First -asiakirjassa tehdään juuri näin. Siinä huolenpito on varattu ainoastaan niille henkilöille, jotka eivät kykene valitsemaan ja hallinnoimaan palvelujaan. Se on eräänlainen lohdutuspalkinto, jos henkilö ei yllä henkilökohtaistamisen tavoitteisiin. Näin huolenpito marginalisoidaan ja rinnastetaan suojeluun sen sijaan, että se kuuluisi jokapäiväiseen elämään (ks. myös Houston 2010). Myös uusliberalistisesta näkökulmasta se voidaan nähdä holhousyhteiskunnan jäännöksenä, jota ei arvosteta julkisten palveluiden modernisaatioprosessissa. Barnes jatkaa vielä, että samalla kun Putting People First -asiakirja suosii konsumeristista rationaalista valitsijaa, se jättää huomiotta miten sukupuoli, luokka tai kulttuuritausta vaikuttavat sekä huolenpidon antamiseen että vastaanottamiseen. John Burton (2010) toteaaakin, että henkilökohtaistamisella on hyvin vähän tekemistä huolenpidon kanssa, se liittyy enemmän hallituksen poliittisiin ja taloudellisiin päämääriin. Hänen mukaan julkisen retoriikan takana vaikuttaa vuorovaikutuksen, vastuullisuuden ja keskinäisen riippuvuuden kieltäminen.

Marian Barnes (2011) kysyykin mitkä ovat seuraukset inhimilliselle keskinäiselle riippuvuudelle, vuorovaikutukseen perustuvalle huolenpidolle ja kollektiiviselle vastuulle tuntemattomista, jos vain tiedostavat, pohtivat ja kykenevät yksilöt valitsevat itselleen ja vain itselleen? Tämä voi tarkoittaa myös huolenpidon refamilisaatiota, jolloin oletetaan että epäviralliset verkostot huolehtivat läheisistään palkatta ilman virallista tukea. Tällä saattaa olla yhteys myös säästötavoitteisiin. (Rummary 2009; Roulstone & Morgan 2009.)

Huolenpitoon liittyvä keskustelu muistuttaa mielstäni monessa mielessä itsenäisyyteen ja

keskinäiseen riippuvuuteen liittyvää argumentointia. Kummankin lähestymistavan perusteena on näkemys, että yksilön identiteetti ja toiminta muotoutuvat, ainakin osittain, sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, toisin kuin yksilökeskeisyyttä painotta uusliberalismi. Vuorovaikutus voi joskus tuoda mukanaan myös keskinäistä riippuvuutta, joka saattaa tehdä yksilöistä haavoittuvampia. Henkilökohtaistamisen suosiessa vahvoja itsenäisiä palvelun käyttäjiä, voi tämä luonnollinen haavoittuvuus jäädä huomiotta. Feministisen huolenpitoetiikan osatekijöiden soveltaminen henkilökohtaistamiseen on mielenkiintoinen avaus. Responsiivisuus henkilökohtaistamisessa voi ilmetä ammattilaisten suhtautumisessa palvelun käyttäjiin tai yleisemmällä tasolla palvelujärjestelmän responsiivisuutena. Vastuu ja vastuullisuus huomioidaan henkilökohtaistamisessa lähinnä yksilön vastuuna omasta elämästään, ei niinkään vastuullisena vastavuoroisena huolenpitoa. Iain Fergson (2007,2012) onkin kahteen otteeseen kysynyt onko henkilökohtaistamisen tarkoituksena siirtää yhteiskunnan vastuu yksilölle? Tärkeän ja ratkaisemattoman vastuukysymyksen ohella, en luettuani materiaalia kuule myöskään huolenpidon ja välittämisen pehmeämpää retoriikkaa kovin vahvana ”virallisessa” henkilökohtaistamisen toimintapolitiikassa.

Kirstein Rummary (2009) onkin huomauttanut, että vammaisliikkeet poistaisivat mielellään koko ”huolenpito” (care) sanan, koska se koetaan holhoavana. Liz Loyd (2010) puolestaan toteaa, että ikääntyvien henkilöiden ja toisten tuesta riippuvaisten ihmisten suojaaminen ja turvaamisen tulisi olla henkilökohtaistamisen ytimessä.

6.3 Yhteisöllisyys ja yhteinen toiminta

Osa kirjoittajista huomauttaa, että henkilökohtaistamisessa ei riittävästi huomioida yhteisöllisyyttä, vaikka se tarjoaa jossain määrin maaperää kollektiiviselle osallistumiselle ja yhteisille palveluhankinnoille sekä tukee yhteisöllistä toimintaa itseohjautuvan tuen (self-directed support) prosessin kautta. Heidän mukaan henkilökohtaistamisesta puuttuu näkökulma, jonka avulla voidaan puuttua rakenteelliseen eriarvoisuuteen sekä köyhyyteen liittyvään diskriminaatioon ja alistamiseen. Näihin rakenteellisiin seikkoihin puutumiseksi tarvitaan kollektiivista toimintaa ja yhteisöllisyyttä. (Lymerby 2012, 2014; Dodd 2012; Ferguson 2012, 2007; Brigid 2012; Glasby ym. 2011.) Skotlannissa hyvinvointipolitiikkaa on perinteisesti rakennettu yhteisölliseltä (community) pohjalta. Chris Clark ja Mark Smith (2010) toteavat kuitenkin, että henkilökohtaistaminen on vienyt myös skotlantilaista hyvinvointipolitiikkaa yksilökeskeisempään suuntaan.

Steven Doddin (2010) mukaan henkilökohtaistamisessa ei kiinnitetä riittävästi huomiota vammaisten henkilöiden kollektiiviseen voimaantumiseen. Hän toteaa, että hallitus edistää henkilökohtaistamista voimaannuttavana filosofiana, mutta ainoastaan yksilötasolla. Lisäksi hän toteaa, että yksilökeskeiset mallit heijastavat fyysisesti ja psyykkisesti vammattomien, riippumattomien ja tuottavaa työtätekevien ideologiaa. Vaikka yksilön oikeudet ovat tärkeitä ja itsenäisyyttä sekä valinnanmahdollisuuksia tukevat palvelut ovat arvostettuja palvelun käyttäjien keskuudessa, individualismi erottelee ja eristää ihmisiä. Henkilökohtaistaminen ei tämän takia voi toimia voimaannuttavana viitekehyksenä. Doddin mukaan vammaisuuden sosiaalinen malli toimii paremmin kollektiivisen voimaantumisen viitekehyksenä.

Yhteisen toiminnan näkökulma nivoutuu joidenkin kirjoittajien mukaan juuri vammaisuuden sosiaaliseen malliin, jonka tavoitteena on saavuttaa rakenteellisia muutoksia kollektiivisen toiminnan avulla. Yksinkertaistetusti sanottuna vammaisuuden sosiaalisen mallin mukaan vammaisuus ei ole henkilössä vaan ympäröivässä yhteiskunnassa, sen psyykkisissä, fyysisissä, sosiaalisissa, taloudellisissa ja asenteellisissa esteissä. Tämän mallin vastakohtana nähdään vammaisuuden yksilökohtainen malli, jota kutsutaan myös lääketieteelliseksi malliksi. Sen mukaan vamma on yksilössä ja yksilön tulee sopeutua yhteiskuntaan. Vammaisuuden sosiaaliseen malliin perustuvan Iso-Britannian aktiivisen vammaisliikkeen toiminnan tarkoituksena on muuttaa fyysiseen, sosiaaliseen ja taloudelliseen ympäristöön liittyviä rakenteellisia esteitä sekä helpottaa vammaisten henkilöiden osallistumista yhteiskuntaan. Itsenäisen elämän periaatteena on, että vammaiset henkilöt saavat tarvitsemansa tuen, heillä olisi samanlaiset yhdenvertaiset mahdollisuudet käyttää yleisiä palveluja ja osallistua yhteiskuntaan kuin vammattomilla henkilöillä. Keskittymällä ainoastaan yksilöön ei näitä rakenteellisia esteitä voida muuttaa. Vammaisuuden sosiaalisesta mallista keskustellaan paljon tutkijoiden ja aktivistien keskuudessa ja se herättää sekä puolesta että vastaan väitteitä. (Roulstone & Morgan 2014; Dodd 2010; Beresford 2009.)

Peter Beresford (2009) on kuvaillut vammaisliikkeen vaikutusta henkilökohtaistamiseen ja suoramaksujen käyttöönottoon jo vuonna 1996 kollektiiviseksi ja demokraattiseksi impulssiksi. Sen avulla toivottiin tapahtuvan vallan uusjako ja sellainen sosiaalipalveluiden demokratisoituminen, joka tukee ihmisten oikeuksia ja tarpeita. Beresfordin mukaan palvelun käyttäjät pitävät henkilökohtaista budjetointia, erityisesti suoramaksuja, myönteisenä välineenä saavuttaa tämä päämäärä, mikäli palveluiden saamisen edellytykset eivät kiristy liikaa ja heille on tarjolla riittävästi tukea. Hän on kuitenkin myöhemmin (The Guardian 2.12.2014) todennut, että palvelunsaamisen

edellytyksiä on kiristetty säästöjen ja leikkausten takia.

Kaikki yhteisöllisyyden, yhteisten toimintamahdollisuuksien puute ja yksilökeskeisyys ei kuitenkaan juonnu nykyisestä henkilökohtaistamisesta. Yksilökohtainen ajattelutapa (person-centered thinking) sai alkunsa jo 80-luvulla, kun kehitysvammaisten palveluja uudistettiin. Myöhemmin kehitettiin yksilökohtainen suunnittelu (person-centred planning, PCP), joka on nyt keskeinen osa henkilökohtaistamisen käytännön soveltamista sekä palvelun käyttäjä keskiöön-tavoitetta. Tämä työote korostaa palvelun käyttäjää on oman elämänsä asiantuntija ja tukee tämän voimavaroja ja toiveita räätälöimällä palveluja tarpeen mukaan. Yksilökohtainen suunnittelu edellyttää myös valinnanmahdollisuuksien lisäämistä. (Gardner 2011, 8-9; O'Brien & O'Brien 1999, 16; Mansel & Brown 2005.) Alan Roulstone ja Hannah Morgan (2009) huomauttavat kuitenkin, että yksilökohtainen työskentely ei välttämättä heijasta yksilökeskeisyyttä, vaikka se siihen helposti sekoitetaankin. Heidän mukaan henkilökohtaistamisen haaste on nähdä yksilökohtaiset aikuisten sosiaalipalvelut ilman yksilökeskeisyyttä ja kehittää uusia työtapoja, jotka suosivat yksilökohtaisen työskentelyn ohella myös kollektiivisia työtapoja ja identiteettiä.

Käytännön tasolla vastauksena henkilökohtaistamisen yksilökeskeisyyteen on perustettu Centres for Inclusive Living (CILs) -keskuksia (Beresford 2009). Ne voivat Steven Doddin (2012) mukaan tasapainottaa yksilökeskeisiä käytäntöjä tuomalla toimintaan mukaan yhteisöllisyyttä sekä toimia siltana vammaisten henkilöiden välillä. Lisäksi ne voivat poistaa sosiaalisen osallistumisen esteitä keräämällä yhteen ryhmän näkemyksiä ja edistämällä positiivista muutosta. Käytännössä keskuksat, joita hallinnoivat vammaiset henkilöt itse, ohjaavat ja tukevat palvelun käyttäjiä mm. henkilökohtaisten budjettien käytössä (Evans 2012). Vaikka keskusten toiminta on jäänyt monille palveluiden käyttäjille etäiseksi tai he eivät tiedä, että sellaisia on olemassa (Roulstone & Morgan 2009), keskuksat ovat tärkeä osa vaihtoehtoista tapaa toteuttaa henkilökohtaistamista.

Vaikuttaa siltä, että henkilökohtaistaminen toimintatapana ei anna työkaluja tai näkökulmaa, jonka avulla voidaan puuttua rakenteelliseen eriarvoisuuteen sekä köyhyyteen liittyvään diskriminaatioon ja alistamiseen. Yhteisöllisyydestä ja yhteisestä toiminnasta kirjoittavat esittelevät, huolenpitoetiikan ohella, toisen vaihtoehtoisen tavan lähestyä henkilökohtaistamista. Näille kahdelle lähestymistavalle on yhteistä yksilökeskeisyyden kritisointi, tosin eri lähtökohdista. Huolenpito etiikan näkökulmasta painottuvat sosiaaliset suhteet ja vuorovaikutus sekä keskustelu itsenäisyydestä ja riippuvuudesta. Yhteisen toiminnan näkökulmasta painottuu kollektiivinen toiminta osallisuutta ja yhdenvertaisuutta edistävien rakenteiden vahvistamiseksi. Oman

näkemykseni mukaan nämä eivät ole ristiriidassa keskenään, vaan ennemminkin täydentävät toisiaan. Yhteisen toiminnan lähestymistavan vahvuutena voidaan nähdä juuri mahdollisuus vaikuttaa yhteiskunnan rakenteisiin ja prosesseihin kollektiivisen toiminnan avulla, etenkin sellaisiin, jotka aiheutuvat köyhyydestä ja syrjinnästä. Samalla voidaan vahvistaa yksilön ja ryhmien osallisuutta ja hyvinvointia. Se auttaa yhteisöllisen identiteetin rakentumista yksilöidentiteetin rinnalle. Jos unohdetaan keskinäisen vuorovaikutuksen ja tätä kautta myös yhteistyön merkitys, voivat yhteiset ponnistelut yhdenvertaisuuden eteen muodostua diskriminoivaksi toisia palvelunkäyttäjryhmiä kohtaan. Suomessa sosiaalihuoltolaissa uutena toimintamuotona on rakenteellinen sosiaalityö (Sosiaalihuoltolaki 7§), jota kehittämällä voidaan luoda työkaluja palvelun käyttäjien kokemustiedon hyödyntämiseen sosiaalipalveluja kehitettäessä. Rakenteellisella sosiaalityöllä vaikutetaan tämän lisäksi myös yhteiskunnan ideologisiin ja poliittisiin rakenteisiin ja prosesseihin, jotka edistävät hyvinvointia, osallisuutta, osallistumista ja yhdenveroisuutta ja edesauttavat kansalaisia kiinnittymään yhteisöihin ja yhteiskuntaan (Pohjola 2014, 33).

7. Yhteenveto ja johtopäätökset

7.1 Yhteenveto

Isossa-Britanniassa henkilökohtaistamiseen kohdistuvat suuret odotukset muutoksista, jotka liittyvät laajimmillaan hyvinvointivaltion uudistamiseen, käytännössä palvelujärjestelmän toimintaperiaatteisiin sekä yksittäisen palvelun käyttäjän asemaan. Henkilökohtaistamisen tavoitteena on aktiiviset, itsenäiset ja osallistuvat kansalaiset sekä sosiaalipalveluiden uudelleen järjestäminen yksityisten markkinaehtoisten palveluiden avulla holhoavina, kalliina ja vanhanaikaisina pidettyjen hyvinvointivaltion takaamien palveluiden sijaan. Tarkoitus on kysyä palvelun käyttäjiltä itseltään mitä he tarvitsevat sekä ottaa heidät mukaan palveluiden suunnitteluun tasa-arvoisina kumppaneina. Valinnanmahdollisuuksien laajentamisen toivotaan lisäävän palvelun käyttäjien itsenäisyyttä ja hyvinvointia, sosiaalipalvelumarkkinoiden monipuolisuutta sekä säästävän rahaa.

Isossa-Brootanniassa henkilökohtaistamiseen liitetty retoriikka on voimakasta ja siinä pyritään kuvaamaan monimutkaisia käsitteitä ja asioita yksinkertaisesti ja jopa suoraviivaisesti. Tästä johtuu

myös osittain se, että sitä on vaikea määritellä tarkkaan. Toisaalta kirjoittajat ymmärtävät sen laajana toimintatapana, jonka sisällönmäärittelyyn ei voi soveltaa tiukkaa reaalimääritelmää. Toisaalta se liitetään ainostaan suoramaksuihin tai yksilökohtaiseen suunnitteluun. Näin ollen voidaan sanoa, että sillä ei ole pysyvää sisältöä, vaan siihen usein liitettyjä käsitteitä, kuten itsenäisyys ja valinnanmahdollisuudet, voidaan tulkita eri näkökulmista, viitekehyksistä tai käytännöistä lähtien, jolloin se saa erilaisen sisällön riippuen kirjoittajan lähtökohdista. Tekstien kirjoittajilla on tästä löyhästi tai vaikeasti määriteltävyydestä erilaisia näkemyksiä, toiset näkevät tämän henkilökohtaistamisen voimavarana ja muutoksen katalysaattorina, toiset esteenä henkilökohtaistamisen abstrahoinnille ja toteuttamiselle.

Tekstien perusteella olen määritellyt henkilökohtaistamiselle neljä päätavoitetta, joiden avulla pyrin käsitteenmäärittelyn lisäksi kuvaamaan mitä henkilökohtaistamisella tarkoitetaan. Nämä ovat: tarve muutokseen, palvelun käyttäjä keskiöön, sosiaalipalveluiden järjestäminen ja tuottaminen sekä säästötavoite. Tarkastelen näitä neljää tavoitetta sekä yksilön että rakenteiden näkökulmista. Tämä jako on jossain määrin teennäinen, koska henkilökohtaistamisen liitetty valinnanmahdollisuuksien lisääminen ja palveluiden markkinoistuminen vaikuttavat sekä palvelun käyttäjän asemaan että palveluiden rakenteeseen.

Nämä neljä tavoitetta liittyvät kiinteästi kirjoittajien havaitsemiin henkilökohtaistamisen taustadiskursseihin, joita yhdistää valinnanmahdollisuuksien laajentamisen teema. Taustadiskurssit ovat:

- Kansalaisuusdiskurssi, jonka perustana on demokratia, sosiaalinen oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaiset oikeudet.
- Konsumeristisen diskurssi, joka perustuu uusliberaaliin talouspolitiikkaan, jonka kulmakiviä ovat valinnanvapaus ja markkinatalous.

Kansalaisuusdiskurssissa valinta ja etenkin valinnan seurauksena palveluiden hallinta nähdään oleellisena keinona itsemääräämisoikeuden toteutumisessa. Tämän toivotaan johtavan yhdenvertaiseen kansalaisuuteen. Kansalaisuusdiskurssiin perustuvan valinnan ja palveluiden hallintamahdollisuuksien kannattajat painottavat tuen ja autonomian merkitystä, jotta yhdenvertainen osallistuminen ja osallisuus yhteiskunnassa ovat mahdollisia myös sellaisille henkilöille, jotka tarvitsevat arkielämässään toisen ihmisen apua. Etenkin aktiivinen vammaisjärjestö Isossa-Britanniassa on kannattanut valinnanmahdollisuuksien laajentamista ja välttämätöntä tukea, osana itsemääräämisoikeuden toteutumista.

Sosiaalisia oikeuksia, osallisuutta ja yhdenvertaista kansalaisuutta painottavan diskurssin mukaan palvelun käyttäjillä tulisi olla oikeus palveluihin ja tarvitsemaansa tukeen. Tämä voisi tarkoittaa jonkinlaista universaalia henkilökohtaistamista. Kirjoittajat eivät kuitenkaan erittele tarkemmin miten ja kuka tuottaisi tuen tai palvelut tai miten oikeus palveluihin määritellään, vaikka palvelun käyttäjää tuettaisiinkin itseohjautuvan tuen menetelmillä. Ristiriitoja voi myös aiheuttaa sosiaalisten oikeuksien, tarpeiden ja etuuksien välillä oleva jännite.

Konsumeristista diskurssia ohjaa kuluttajavalinta, jonka toivotaan muokkaavan palvelumarkkinoita sekä palvelun laatua kilpailun kautta. Tästä näkökulmasta katsottuna valinta on lähtökohtaisesti yksilökeskeinen ja palvelee ensisijaisesti palveluntuottajia. Konsumeristisen valinnan kääntöpuolella voi olla yksilön vastuuttaminen ja pahimmillaan yksin jättäminen valintojensa seurausten ja riskien kanssa. Tämän takia se ei välttämättä edistä henkilökohtaistamisen vahvaa periaatetta asettaa palvelun käyttäjä keskiöön. Muutam kirjoittaja tuo kuitenkin esiin näkökulman, jonka avulla uudenlainen kansalaisuus voidaan myös nähdä osana konsumerimia. Tämä liittyy valintaan, jota ilman ei voisi olla autonomiaa ja siihen läheisesti liittyvää itsemääräämisoikeutta. Ne taas voidaan nähdä modernin kansalaisuuden rakennuspuina. Käytännössä kaupalliset toimijat eivät kuitenkaan yksin kykene vastaamaan palvelun käyttäjien moninaisiin ja muuttuviin palveluntarpeisiin. Tämän lisäksi niiden tuottama tieto saattaa joskus olla kiistanalaista, ellei jopa puolueellista.

Puutteistaan huolimatta puhtaasti markkinapohjalta toimivat yritykset voivat vastata sosiaalihuollon palvelun käyttäjien palveluntarpeisiin, silloin kun kyseessä on säännölliset palvelut, joita käyttävät suhteellisen stabiileissa olosuhteissa elävät ihmiset. Rakenteellisella tasolla palveluntuottajien keskinäisen kilpailun oletetaan tuovan palvelumarkkinoille enemmän räätälöityjä palveluja sekä palvelujen yhteistuottamista (co-production) palvelun käyttäjien kanssa. Näin ei Isossa-Britanniassa kuitenkaan ole käynyt. Näennäismarkkinat, joita säätelevät sekä viranomaisten valvonta että palvelun käyttäjien yksilövalinnat, vallitsevat yhä.

Osa-kirjoittajista toteaaakin, että tarvitaan sekä julkisin varoin tuotettuja sosiaalihuollon erityispalveluja että universaaleja palveluja, kuin myös yksityisten palvelun tuottajien ja voittoa tuottamattomien järjestöjen palveluja. Näin henkilökohtaistetut palvelut voisivat toteutua parhaalla mahdollisella tavalla. Tämä tukisi myös palvelun käyttäjien moninaisia ja elämäntilanteen mukaan vaihtuvia palveluntarpeita sekä mahdollisuuksia osallistua palvelunprosessiin ja yhteiseen

sosiaaliseen toimintaan omien resurssiensa mukaan..

Valinnanmahdollisuuksien parantamiseksi on Isossa-Britanniassa perustettu laajoja universaaleja neuvonta- ja ohjauspalveluja, joita ylläpitävät sekä julkiset että yksityiset palveluntuottajat. Tämän lisäksi on perustettu palvelun käyttäjien itsensä ylläpitämiä keskuksia Centres of Inclusive Living – mallia mukaillen. Tiedonjakaminen valinta- ja palveluprosessissa nähdään tärkeänä, jotta palvelun käyttäjät voisivat tehdä valistuneita valintoja. Tieto ei kuitenkaan tavoita kaikkia palvelun käyttäjiä eikä se yksin riitä takaamaan käyttäjien palvelun- ja huolenpidontarpeita sekä suojelua. Laajojen neuvonta- ja ohjauspalveluiden toivotaan kuitenkin toimivan myös ennaltaehkäisyn ja varhaisen puuttumisen edistäjinä.

Isossa-Britanniassa, kuten Suomessa, paikalliset viranomaiset hyväksyvät tai hylkäävät palvelusuunnitelman ja tekevät päätöksen palveluiden saamisesta, samalla kun heidän toivotaan henkilökohtaistamisen hengessä antavan enemmän tukea palvelun käyttäjille ja toimivan yhdessä heidän kanssaan. Kyseessä on sosiaalityölle tuttu dilemma kontrollista ja tuesta, kun kyse on lakisääteisistä tehtävistä ja julkisten resurssien jakamisesta. On ehdotettu, että palvelun käyttäjien hallinnoimat keskuksen voisivat tehdä päätöksiä palveluista sen sijaan, että ne tuottavat ainoastaan neuvonta- ja ohjauspalveluja. Tämä toisi julkisten varojen jakamisen askeleen lähemmäksi palvelun käyttäjiä, mutta ei poista portinvartijuuden ongelmaa, ainoastaan vartija vaihtuisi.

Henkilökohtaistamisessa painotetaan voimakkaasti, palvelun käyttäjää palveluprosessin keskiössä. Palvelun käyttäjän ajatellaan olevan oman elämänsä asiantuntija, samalla kun hänen oletetaan myös olevan aktiivinen omien tarpeidensa ja toiveidensa ilmaisemisessa sekä yhtestyökumppani ammattihenkilöille. Jotkut kirjoittajat ovat kiinnittäneet huomiota siihen seikkaan, että yksilön tarpeen mukaan räätälöidyt palvelut lisäävät palveluntarpeen arvion merkitystä ja tarveharkintaa. Isossa-Britanniassa on käytössä palveluntarpeen itsearviointi ja palvelun käyttäjälle on tarjolla apua monelta taholta sekä palvelusuunnitelman laatimiseen että sen toteuttamiseen. Tämä ei kuitenkaan vielä takaa, että käyttäjä saa tarvitsemansa palvelun. Taloudellisessa ahdingossaan paikalliset viranomaiset ovat myös kiristäneet palvelun saamisen edellytyksiä, mikä on ristiriidassa ennaltaehkäisyn ja varhaisen puuttumisen tavoitteen kanssa.

Itsenäisten palveluvalintojen tekeminen edellyttää palvelun käyttäjältä hyviä tietoja, kykyä punnita eri vaihtoehtojen välillä sekä nähdä valintojen mahdolliset seuraukset. Moni kirjoittaja huomauttaakin, että rationaalinen valinta suosii verbaalisti lahjakkaita, hyvin koulutettuja sekä

itsevarmoja kansalaisia. Tämän takia itsenäisyydellä ei tulisi tarkoittaa itseriittoisuutta, vaan palvelun käyttäjien tulee saada tarvitsemansa tuki palveluprosessissa. Palvelun käyttäjien polarisaatio itseriittoisiin, aktiivisiin ja itsenäisiin sekä passiivisiin riippuvaisiin kansalaisiin aiheuttaa epätasa-arvoa sekä jättää huomiotta ihmisten keskinäisen riippuvuuden ja yhteyden, joka tulee ilmi sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja yhteistoiminnassa.

Vaihtoehtoisia näkökulmia henkilökohtaistamiseen tuottavat kirjoittajat ovat kritisoineet henkilökohtaistamista siitä, ettei siinä huomioida riittävästi huolenpidon tarpeita ja yhteisöllisyyden voimavaroja. Huolenpitoa ei kuitenkaan tule sekoittaa suojeluun, joka on vain osa sosiaalihuollon tehtävää. Keskinäinen huolenpito ja vastuu itsestä ja muista voisi toimia henkilökohtaistamisen ytimessä valinnanmahdollisuuksien lisäämisen ja tavoitellun itsenäisyyden tukena. Suhteeton itsenäisyyden painottaminen saattaa johtaa huolenpidon aliarvostukseen ja tätä kautta riippuvuuden leimaamiseen. Kirjoittajien mukaan tulisi tunnustaa ihmisten vaihteleva tarve itsenäisyyteen sekä nähdä riippuvuuden myönteinen puoli: kyky turvautua toisen apuun ja huolenpitoon voi mahdollistaa itsenäisyyden. Se voi olla myös emotiivisen kypsyyden merkki.

Isossa-Britanniassa ei ole pystytty ratkaisemaan ristiriitaa palvelun käyttäjien oikeuksien ja palveluun investoitavien resurssien välillä. Isoa-Britanniaa kuristava taloudellinen lama ja sen seurauksena suuret leikkaukset sosiaalihuollon budjettiin ovat saaneet vankkumattomimmatkin henkilökohtaistamisen kannattajat epäilemään onko sitä enää mahdollista toteuttaa siinä laajuudessa kuin se vuonna 2007 esiteltiin. Epäily on perusteltua myös sen takia, että palveluiden yksilölliseen ja henkilökohtaiseen räätälöintiin ja niiden käytön valvontaan tarvitaan runsaasti työvoimaa. Tätä helpottaa palvelun käyttäjien itsearviointi omien palveluntarpeiden suhteen ja palveluiden yksilöllinen ja itsenäinen ostaminen henkilökohtaisten budjettien avulla. Tämä ei kuitenkaan auta kaikkia palvelunkäyttäjryhmiä, vaan erityisesti iäkkäät henkilöt ovat kokeneet prosessin haastavaksi. Itsenäiset suoramaksujen käyttäjät ovat olleet tyytyväisimpiä toimintatapaan, mutta heitä on vain pieni osa henkilökohtaisen budjetin käyttäjistä. Lisäksi on väitetty, että henkilökohtaisen budjetoinnin myötä byrokratia on lisääntynyt ja tehokkuus vähentynyt, vaikka tavoite oli päinvastainen.

Toinen ratkaisematon asia liittyy kysymykseen millä tavoin henkilökohtaistamisella pystyttäisiin vaikuttamaan sosiaalihuollon, ja laajemmin yhteiskuntapolitiikan, päätöksentekoon, rakenteisiin ja prosesseihin. Henkilökohtaistaminen toimintatapana ei tarjoa työkaluja tai näkökulmaa, jonka avulla voidaan puuttua rakenteelliseen eriarvoisuuteen sekä köyhyyteen liittyvään diskriminaatioon

ja alistamiseen. Yhteisen kollektiivisen toiminnan avulla voidaan vahvistaa yhteiskunnan rakenteita ja prosesseja, jotka edistävät yksilöiden ja ryhmien osallisuutta ja yhdenvertaisuutta. Se auttaa myös yhteisöllisen identiteetin rakentumista yksilöidentiteetin rinnalle

Valinnamahdollisuudet lisäävät itsenäisen päätöksenteon mahdollisuuksia sekä palvelun käyttäjille että niiden tuottajille. Itsenäisyys ja itsemääräämisoikeus taas lisäävät usein hyvinvointia. On kuitenkin tärkeää kiinnittää huomiota näiden henkilökohtaistamiseen liittyvien tavoitteiden mahdollisiin sudenkuoppiin, jotta tulo- ja terveyserot eivät entisestään suurene eikä taloudellinen tehokkuus jää ainoaksi toiminnan mittariksi. Isossa-Britanniassa henkilökohtaistaminen perustui alun perin kollektiivisen vammaisliikkeen toimintaan, jonka tarkoituksena on murtaa sosiaalisia, asenteellisia ja fyysisiä esteitä, jotta kaikki voisivat osallistua yhteiskunnan toimintaan yhdenvertaisina jäseninä. Viime vuosina painotus on kuitenkin muuttunut yhä enemmän yksilökeskeistä uusliberaalia talouspolitiikka painottavan konsumerismin suuntaan. Voidaan hyvin kysyä, kummalle pohjalle henkilökohtaistaminen Isossa-Britanniassa rakentuu tulevaisuudessa ja ovatko nämä kaksi näkemystä yhdistettävissä?

7.2 Henkilökohtaistamisen soveltaminen Suomeen

Henkilökohtaistaminen liittyy hyvinvointivaltion uudistamiseen. Suomi on perinteisesti kuulunut sosiaalidemokraattiseen hallintojärjestelmään, jossa julkisia palveluja ylläpidetään suurelta osin verovaroin. Suomen hyvinvointimalli on kuitenkin sopeutunut länsimaissa yleistyneeseen markkinaehtoiseen politiikkaan. Aktivoinnin ja työllisyyden merkitys korostuu samalla kun sekä sosiaaliturvaan että palveluihin liittyviä menoja karsitaan ja palveluiden omavastuita korotetaan. (Julkunen & Saari 2015, 318–323)

Käynnissä olevasta muutoksesta seuraa Jari Heinosen (2014, 48) mukaan ainakin kolme haastetta. Nämä liittyvät köyhyyteen, osallisuuteen sekä valtaan ja vaikuttamiseen. Lukemani perusteella näen Ison-Britannian kehityksessä samanlaisia piirteitä. Myös siellä on viime vuosina tehty suuria leikkauksia sosiaalihuollon budjettiin. Palveluja on karsittu ja palvelunsaamisen ehtoja on kiristetty samalla kun on toteutettu aktiiviseen kansalaisuuteen perustuvaa sosiaalipolitiikkaa. On siis toisaalta harjoitettu selektiivisyyttä ja tarveharkintaa sekä toisaalta haluttu kansalaisten ottavan enemmän vastuuta omasta hyvinvoinnistaan. Marketta Rajavaaran (2014) mukaan

henkilökohtaistaminen haastaakin yhdenvertaisuuden, kun henkilökohtaistetut palvelut muuttavat hyvinvointivaltioajattelun ytimessä olevat universaalit ja yhdenmukaiset palvelut. Näin tarveharkinta ja palvelun käyttäjien segmentointi lisääntyvät, kun palveluja räätälöidään palvelun käyttäjän tarpeiden mukaan. Arto Selkälä (2013, 194) on kiinnittänyt huomiota siihen, että palveluiden karsiminen kunnissa ei johdu pelkästään taloudellisten resurssien tiukentumisesta, vaan taustalla on myös kansalaisten omaa vastuuta korostava diskurssi.

Kysymys yksilöiden vastuusta omasta hyvinvoinnistaan ja kansalaisten yhteisvastuusta toisistaan on varmasti yksi henkilökohtaistamisen ydinkysymyksiä ratkottaessa hyvinvointimallin muutosta myös Suomessa. Laajemmin voidaan hyvin kysyä voiko henkilökohtaistaminen johtaa residuaalin sosiaalipolitiikan suuntaan? Siinä korostuu yksilön vastuu ja aktiivisuus sekä valtion kapea rooli, samalla kun markkinaehtoiset yritykset tuottavat palveluja. Etuuksien taso on matala ja niitä jaetaan tarveharkinnan perusteella vain kaikkein pienituloisimmille.

Henkilökohtaistamisessa kysymys valinnasta ja valinnanmahdollisuuksien laajentamisesta on keskeistä. Elina Palola (2011, 304–307) näkee valinnanmahdollisuuksien laajentamisen hyvinvointiyhteiskunnan kehityksessä arvovalintana. Hyvinvointivaltion suojelua ja yhdenvertaisuutta korostavasta politiikasta siirrytään mahdollisuuksien sosiaalipolitiikkaan, jossa valinta ja vastuu sen seurauksista määrittelevät yksilön hyvinvoinnin. Tämä on nyt ajankohtaista Suomessa, kun sosiaali- ja terveystalouden järjestämistä ollaan uudistamassa ja hallitus (Sipilä 2015-) on hyväksynyt periaatteen valinnanmahdollisuuksien laajentamisesta. Nykyisen kirjauksen mukaan palvelun käyttäjä voisi jatkossa valita julkisen, yksityisen tai nk. kolmannen sektorin tuottaman palvelun. Valinnan laajeneminen turvataan yhtenäisillä palveluiden laatu- ja hinnoilla ja julkisella tiedolla. (<http://valtioneuvosto.fi>) Isossa-Britanniassa on perustettu laajoja ohjaus- ja neuvontapalveluja samalla kun palvelun tuotanto on avattu kilpailutukselle ja palveluiden laatua valvotaan laajasti. Yhtäläisyyttä Suomen nykyiseen politiikkaan ei ole vaikea havaita. Erona on, että Suomessa kunnat eivät ole olleet velvoitettuja takaamaan, että alueella olisi mahdollisimman laaja palveluntuotanto kuten Isossa-Britanniassa eikä palveluntuottajien valvonta ole yhtä edistynyt. Uusien sote-itsehallintoalueiden tehtäviä ei kuitenkaan ole vielä kokonaan määritelty, joten tämä voi vielä hyvin olla mahdollista.

Suomessa palvelusetelillä on haluttu jo aikaisemmin edistää valinnanmahdollisuuksia (www.sitra.fi) ja nykyisen hallituksen (Sipilä 2015-) tavoitteena on kehittää palveluseteliä (<http://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelman-toteutus/hyvinvointi/karkihanke1>).

Kirsi Kuusinen-James (2012, 98 -104) on tutkinut palvelusetelin käyttöä ikäihmisten kotihoidossa. Hän toteaa, että vain harva palvelun käyttäjä oli ottanut palvelusetelin käyttöön. Valintatilanne koettiin hankalana, osittain siksi, että palveluntuottajista oli liian vähän tietoa, eivätkä palvelun käyttäjät tai heidän läheisensä saaneet riittävästi tukea valintaprosessissa. Valintaa edisti hyvä koulutus, riittävä toimintakyky ja hyvät taloudelliset resurssit. Koska palveluseteli ei kata kaikkia palvelun kustannuksia, vähävaraisilla runsaasti apua tarvitsevilla ei ollut taloudellisia mahdollisuuksia ottaa seteliä käyttöönsä. Henkilökohtaisten budjettien käytössä on ikäihmisillä Isossa-Britanniassa havaittu samanlaisia esteitä valinnan toteuttamisessa. Tämän seurauksena hallitus on laskenut tavoitettaan tarjota henkilökohtaista budjetointia jokaiselle palvelun saamisen edellytykset täyttävälle henkilölle sadasta prosentista seitsemäänkymmeneen prosenttiin.

Mielestäni palvelun käyttäjän valinta sosiaalipalveluissa olisi tärkeää nähdä laajempänä kuin konsumeristisena rationaalisena valintana. Kun valinta perustuu sekä itsemääräämisoikeuden vahvistamiselle että keskinäisen vuorovaikutuksen ja riippuvuuden tunnistamiselle, voi se olla osa sekä itsenäistä että tuettua päätöksentekoa. Siten autetaan sellaisia henkilöitä, jotka eivät jostain syystä halua tai kykene sen hetkessä tilanteessaan valitsemaan. Samalla tuetaan itsenäisempien henkilöiden omaehtoisuutta ja itsemääräämisoikeutta ilman holhousa. Näin sekä itsenäisyys että autonominen riippuvuus voivat toteutua yksilön tilanteesta, tahdosta ja kyvyistä riippuen. Tällä tavoin valinta ei johda diskriminointiin eri yksilöiden ja ryhmien välillä tai polarisoi heitä sellaisiin, jotka haluavat ja pystyvät valitsemaan ja sellaisiin, jotka eivät halua tai pysty tekemään valintaa. Isossa-Britanniassa käydyin keskustelun huolenpidon ja autonomian asemasta valinnassa ja sosiaalipalveluissa soisin rantautuvan myös Suomeen.

Henkilökohtaistamisen taustalla oli Isossa-Britanniassa alun perin vammaisliikkeen yhdenvertaista tukea, osallisuutta, kollektiivisuutta ja yhteistä toimintaa korostava diskurssi. Tämä diskurssi tukee rakenteellisen sosiaalityön orientaatiota, joka kiinnittyy kumppanuuteen ja yhdessä toimimiseen (co-production, co-planning, co-design) palvelun käyttäjien ja kansalaisten kanssa (Pohjola 2014, 31). Kokemusasiantuntijuuden määrittelemisen ja asiakkaiden osallisuuden toimintamallin kehittäminen on myös yksi nykyisen hallituksen terveyden ja hyvinvoinnin kärkihankkeista (<http://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelman-toteutus/hyvinvointi/karkihanke1>). Suomessa yhdessä toimimista on kehitetty muun muassa valtakunnallisessa potilasjärjestöjen Kokemuskoulutusverkostossa (www.kokemuskoulutus.fi) sekä Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksella Mielen avain -hankkeessa (2009–2015), joka oli suunnattu mielenterveys- ja päihdekuntoutujille (www.mielenavain.fi). Kokemusasiantuntijatoiminnassa keskeistä on

palvelun käyttäjien osallisuus palveluiden toteuttamisessa, kehittämisessä ja arvioinnissa (Falk ym. 2013). Toiminta on Suomessa vielä varsin paikallista ja pirstaloitunutta.

Yhteiskuntapoliittisesta näkökulmasta katsoen henkilökohtaistamisesta puuttuu näkökulma, jonka avulla voidaan vaikuttaa rakenteelliseen eriarvoisuuteen sekä köyhyyteen liittyvään diskriminaatioon. Tähän tarvitaan kollektiivista toimintaa sekä rakenteellista sosiaalityötä. Rakenteellisella sosiaalityöllä vaikutetaan yhteiskunnan ideologisiin ja poliittisiin rakenteisiin ja prosesseihin, jotka edistävät hyvinvointia, osallisuutta, osallistumista ja yhdenveroisuutta ja edesauttavat kansalaisia kiinnittymään yhteisöihin ja yhteiskuntaan (Pohjola 2014, 33). Samalla paljastetaan ja muutetaan yhteiskunnan eriarvoistavia ja syrjiviä rakenteita sekä köyhyydestä tai osattomuudesta johtuvaa eriarvoisuutta. Brittiläisen vammaisliikkeen työ on tästä hyvä esimerkki.

Rakenteisiin ja prosesseihin vaikuttava työ on myös laajaa ennaltaehkäisevää työtä, erityisesti, kun sitä toteutetaan yhteistyössä palvelun käyttäjien, työntekijöiden, asiantuntijoiden ja poliittisten päättäjien kesken. Yhteistoiminnalla on voimaannuttava vaikutus, jos se perustuu moninaisuuden hyväksymiseen ja demokraattisen päätöksentekoon. Näin toteutuisi henkilökohtaistamisen tavoitteet: yhteistoiminta (co-production) ja kumppanuustyöskentely (partnership working). Aidosti yhteistyössä palveluiden käyttäjien sekä työntekijöiden kanssa tehty muutos luo kestävyyttä ja osallisuutta.

Isossa-Britanniassa henkilökohtaistamiseen liittyy vahvasti sosiaalipalvelujen markkinoistuminen yksityisten palveluntuottajien avulla. Tavoitteena on toisaalta luoda sosiaalipalvelumarkkinat ja toisaalta vähentää palvelujärjestelmän byrokratiaa. Osa aineiston kirjoittajista toteaa, että tarvitaan monipuolisia julkisten, yksityisten ja järjestöjen tuottamia palveluja, jotta valinta voisi toteutua paremmin. Suomessa sosiaalipalveluja ei voi jättää pelkästään markkinaehtoisten palveluntuottajien varaan, koska ne eivät vastaa kaikkien palvelunkäyttäjryhmien tarpeisiin eikä osittain harvaanasutussa maassa alueellinen tasa-arvo palvelujen saatavuudessa toteudu. Monipuolinen palveluntuotanto voi sujuvoittaa palvelujärjestelmässä toimimista, jos palveluntuottajat tekevät yhteistyötä. Suomessa on jonkin verran kokemusta myös nk. matalankynnyksen palvelupisteistä, joissa palvelun käyttäjä saa usean palvelun saman katon alta. Katsauksen kirjoittajat eivät keskustele tästä tavasta järjestää palveluja.

Sosiaalityössä ja yhteiskuntatieteissä on havaittavissa ajattelun käänne järjestelmäkeskeisestä ajattelusta henkilökeskeiseen ajatteluun. Henkilökohtaistamisen keskeiset teemat palvelun käyttäjä

keskiöön sekä yhteistoiminta ammattilaisten ja palvelun käyttäjien kesken edustavat vahvasti tätä uutta ajattelua. Suomessa sosiaaliturvaa leikataan nyt ennenkuulumattoman paljon. Samalla tavoitteena on sujuvoittaa asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveystalvveluja ja kuntien tehtäviä uudelleen järjestämisen sekä valinnanvapauteen perustuvan monituottajamallin avulla. Monia varsin uusia lakeja, kuten vanhuspalvelulakia ja terveydenhuoltolakia ollaan avaamassa, ja niiden velvoitteita karsimassa samalla kun toiminnan kehittämisessä nojataan markkinavoimiin entistä voimakkaammin (Hallituksen reformi: Kuntien kustannusten karsinta tehtäviä ja velvoitteita vähentämällä). Vaarana on, että luodaan eriarvoisuutta ja syvennetään tulo- ja terveyseroja, jos ei tunnisteta sellaisia valintaan ja kaupalliseen toimintaa liittyviä riskejä, joissa osa palvelun käyttäjistä jää osattomiksi ja vaille tarvitsemaansa tukea.

Sosiaalipalveluiden markkinoistumiseen liittyen, voidaankin kysyä, miten kaupallisia yrittäjiä voidaan hyödyntää ilman että komprometoidaan sosiaalinen oikeudenmukaisuus ja yhdenveroiset palvelut? Mikä on yritysten yhteiskunnallinen vastuu sosiaali- ja terveystalvveluja kehitettäessä? Ja vastaavasti mikä on julkisen palveluntuottajan vastuu taloudellisesta tuottavuudesta ja tehokkuudesta?

Olen tätä työtä tehdessäni oppinut näkemään hyvinvointiyhteiskunnan tulevaisuuden monesta näkökulmasta. Henkilökohtaistamiseen liittyikin todellisia uhkia eriarvoistumisesta ja liiallisesta sosiaalipalveluiden markkinoistumisesta. Sosiaalipalveluiden räätälöinti, valinnanmahdollisuudet, kansalaisten aktiivisuus, osallistuminen ja osallisuus, yhteistoiminta, median ja palveluiden digitalisoituminen sekä monipuolinen palveluntuotanto ovat kuitenkin tätä päivää myös sosiaalipalveluissa ja sosiaalityössä. Henkilökohtaistaminen tarjoaa sosiaalityölle myös mahdollisuuden toimia palvelun käyttäjien ja tuottajien kanssa yhteistyössä. Kun tähän yhdistetään ennaltaehkäisevä rakenteellinen sosiaalityö, jonka avulla voidaan vaikuttaa eriarvoisuuden taustalla oleviin tekijöihin ja yhteiskunnan eriarvoistaviin rakenteisiin kyseessä on innovatiivinen ja ennaltaehkäisevä toiminta sekä taloudellinen investointi, joka maksaa itsensä takaisin hyvinvointina ja toimintakykynä.

LÄHTEET

KIRJALLISET LÄHTEET

Arajärvi, Esa & Väyrynen, Riikka 2009: Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveystaloudessa, Privat serviceproduktion inom social- och hälsovården. Tilastoraportti. Terveystalouden- ja hyvinvoinninlaitos.

Arksey, Hilary & O'Malley, Lisa 2005: Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology* 8 (1), 19-32.

Beresford, Peter 2000: Service users' knowledges and social work theory: Conflict or collaboration? *The British Journal of Social Work*, 489-503.

Berlin, Isaiah 1969. *Four essays on liberty*. Oxford Paperbacks. Oxford.

Campbell, Mark 2010: Personalisation – Stakeholder perceptions and the impact on social care commissioning in Liverpool. (Unpublished master's thesis). University of Chester. United Kingdom.

Campbell, Jane. & Oliver, Mike 1996: *Disability Politics: Understanding our past, changing our future*. Routledge. London.

Davey, Vanessa & Fernández, José-Luis & Knapp, Martin & Vick, Nicola & Jolly, Debbie & Swift, Paul & Tobin, Roseanne & Kendall, Jeremy & Ferrie, Jo & Pearson, Charlotte & Mercer, Geoff & Priestley, Mark 2006: 'Direct payments: a national survey of direct payments policy and practice'. Personal Social Services Research Unit London School of Economics and Political Science.

Eriksson Susan 2013: Laitoskulttuurista itsemääräämiseen – Tutkimus henkilökohtaisesta budjetoinnista vammaispalveluissa. Kehitysvammaliitto Ry. Tutkimus- ja kehittämiskeskus, Tutke. Helsinki.

Esping-Andersen Gøsta 1990: *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Polity Press. Oxford.

Falk, Hanna & Kurki, Marjo & Rissanen, Päivi & Kankaanpää, Päivi & Sinkkonen, Niina 2013: Kuntoutujasta toimijaksi – kokemus asiantuntijuudeksi, TYÖPAPERI 39/2013, Terveystalouden – ja hyvinvoinninlaitos.

Flinkman, Mervi & Salanterä Sanna 2007: Integroitu katsaus – eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsauksessa. Teoksessa Johansson, Kirsi & Axelin, Anna & Stolt, Minna & Ääri, Riitta-Liisa (toim.): *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos. Tutkimusraportteja a:51. Turku.

Glasby Jon & Littlechild Rosemary 2009: *Direct Payments and Personal Budgets: Putting Personalisation into Practice*. The Policy Press. Bristol.

Glendinning, Caroline & Challis, David & Fernández, José-Luis & Jacobs, Sally & Jones, Karen & Knapp, Martin & Manthorpe, Jill & Moran, Nicola & Netten, Ann & Stevens, Martin & Wilberforce, Mark 2008: *Evaluation of the Individual Budgets Pilot Programme: Final Report*.

IBSEN – Individual Budget Evaluation Network. SPRU Social Policy Research Unit, PSSRU Personal Social Services Research Unit, Social Care Workforce Research Unit.

Gough, David & Thomas, James & Oliver, Sandy 2012: Clarifying differences between review designs and methods. *Systematic Reviews*. 1(28).

Gough, David & Thomas, James 2012: Commonality and diversity in reviews. Teoksessa Gough, David, Oliver, Sandy & Thomas, James: *An introduction to systematic reviews*. Sage. Los Angeles, London, New York, Singapore, Washinton DC.

Harris, Jennifer & Roulstone, Alan 2011: *Disability, policy and professional practice*. Sage. Lontoo.

Heinonen, Jari 2014: Rakenteellinen sosiaalityö muutoksessa ja muuttajana. Teoksessa Pohjola, Anneli & Laitinen, Merja & Seppänen, Marjaana (toim.) *Rakenteellinen sosiaalityö. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2014*. UNIPress 2014. EU.

Honneth, Axel 1995b: *The Struggle for Recognition: The Moral Grammar of Social Conflicts*. Polity Press. Cambridge.

Johansson, Kirsi 2007: Kirjallisuuskatsaukset - huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, Kirsi & Axelin, Anna & Stolt, Minna & Ääri, Riitta-Liisa (toim.): *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos. Tutkimusraportteja a:51. Turku.

Jupp Victor 2013: Reflexivity. Teoksessa Jupp (toim.) *The SAGE Dictionary of social research methods*. Sage. Los Angeles, London, Singapore, New Delhi.

Kane, David & Allen, James 2011: *Counting the Cuts: the impact of spending cuts on the UK Voluntary and community sector*. National Council for Voluntary Organisations. London.

Kaseva, Kaisa 2011: Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä - Integroitu kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveystieteiden raportteja ja muistioita 16. Helsinki.

Koskela, Tuomas-Heikki 2008: Terveyspalveluiden pitkäaikaisen suurkäyttäjän ennustetekijät. Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen laitos. Yleislääketieteen yksikkö. Kuopion yliopisto. Kuopio.

Koskiahho, Briitta (2008) *Hyvinvointipalvelujen tavaratalossa*. Vastapaino. Tampere.

Kuusinen-James, Kirsi 2012: Tuoko palveluseteli valinnanvapautta? KAKS-Kunnallinen kehittämissäätiön tutkimusjulkaisusarjan julkaisu nro 68. Sastamala.

Kvist, Jon & Fritzell, Johan & Hvinden, Bjørn & Kangas, Olli 2012: Nordic Responses to Rising Inequalities: Still Pursuing a Distinct Path or Joining the Rest? Teoksessa Jon Kvist & Johan Fritzell & Bjørn Hvinden & Kangas Olli (toim.) *Changing Social Inequality. The Nordic Welfare Model in the 21st Century*. Policy Press, 201–205. Bristol.

Leadbeater, Charles 2004: *Personalisation through participation - A new script for public services*.

Demos. London.

Leadbeater, Charles & Bartlett Jamie & Gallagher Niamh 2008: Making it Personal. Demos. London.

Levac, Danielle & Colquhoun, Heather & O'Brien, Kelly 2010: Scoping studies: advancing the methodology. Implementation Science. 5 (69).

Leece, Janet, & Bornat, Joanna 2006: Developments in direct payments. Policy Press. Bristol.

Leinonen Emilia 2014: Henkilökohtainen budjetti - Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kansainvälisestä tutkimuksesta. Pro gradu-tutkielma. Yhteiskuntapolitiikka. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Jyväskylän yliopisto.

Mansell, Jim & Beadle-Brown, Julie 2005: Person Centred Planning and Person - Centred Action: A Critical Perspective. Teoksessa P. Cambridge & S. Carnaby (toim.): Person Centred Planning and Care Management with People with Learning Disabilities. Jessica Kingsley Publishers. London.

Marshall, Thomas, Humphrey 1950: Citizenship and social class. Cambridge. University Press.

Morris, Jenny 1993: Independent Lives: Community Care and Disabled People. Macmillan. Basingstoke.

Reindal, Solveig. M. 1999: 'Independence, dependence, interdependence: Some reflections on the subject of personal autonomy'. Disability and Society 14(3) 353–67.

Needham, Catherine 2011: Personalising Public Services: Understanding the Personalisation Narrative. Policy Press. Bristol.

Nutley, Sandra & Davies, Hew & Walter, Isabel 2002: Briefing Note 1: What is a conceptual synthesis? Research Unit for Research Utilisation. Department of Management University of St Andrews.

O'Brien Connie Lyle & O'Brien John 2000: The origins of person-centred planning – a community of practice perspective.

Oliver, Mike 1989: 'Disability and dependency: A creation of industrial societies', teoksessa L. Barton (ed.), Disability and Dependency. The Falmer Press, 6–22. London.

Palonen, Kari 2014: Kootut retoriikat. Esimerkkejä politiikan luennasta. SoPhi Yhteiskuntatieteiden, valtio-opin ja filosofian julkaisuja 11. Jyväskylän yliopisto.

Palola Elina 2011: Valinnanvapauden problematiikasta sosiaalipolitiikassa. Teoksessa Elina Palola ja Vappu Karjalainen (toim.): Sosiaalipolitiikka hukassa vai uuden jäljillä? Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki.

Patronen, Mari & Melin, Tuomo & Tuominen-Thuesen, Minna & Juntunen, Eeva & Laaksonen Sirpa & Karikko, Wilhelmiina 2012: Henkilökohtainen budjetti - Asiakaslähtöinen toimintamalli omaishoidossa. Suomen itsenäisyyden juhlarahaston julkaisusarjaan (Sitra 298). KL-Kustannus. Helsinki.

Pawson, Ray & Greenhalgh, Trisha & Harvey, Gill & Walshe, Kieran 2004: Realist synthesis: an introduction. ESRC Research Methods Programme University of Manchester. RMP Methods Paper. 2.

Petticrew, Mark & Roberts Helen 2006: Systematic Reviews in the Social Sciences A Practica Guide. Blackwell Publishing. Malden, USA; Oxford, UK; Victoria, Australia.

Pohjola, Anneli 2014: Rakenteellisen sosiaalityön paikannuksia. Teoksessa Pohjola, Anneli & Laitinen, Merja & Seppänen, Marjaana (toim.) Rakenteellinen sosiaalityö. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2014. UNIPress 2014. EU.

Pudas-Tähkä, Sanna-Mari & Axelin, Anna 2007: Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, Kirsi & Axelin, Anna & Stolt, Minna & Ääri, Riitta-Liisa (toim.): Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos. Tutkimusraportteja a:51. Turku.

Rajavaara Marketta 2015: Yksilöllisestä henkilökohtaiseksi? Henkilökohtaistaminen hyvinvointipolitiikan uudistusideana. Teoksessa Haverinen Riitta & Kuronen Marjo & Pösö Tarja (toim.) Suomalaisen sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus. Vastapaino. Tampere.

Ray Mo & Seppänen Marjaana 2014: Rakenteellinen lähestymistapa vanhussosiaalityössä – kriittisen gerontologisen sosiaalityön näkökulma. Teoksessa Pohjola Anneli & Laitinen Merja & Seppänen Marjaana (toim.) Rakenteellinen sosiaalityö. Sosiaalityön tutkimuksen seura. United Press.

Rees, Rebecca & Oliver, Sandy 2012: Stakeholder perspective and participation in reviews. Teoksessa Gough, David & Oliver, Sandy & Thomas James: An introduction to systematic reviews. Sage. Los Angeles, London, New York, Singapore, Washinton DC.

Reindal, Solveig Magnus 1999: 'Independence, dependence, interdependence: Some reflections on the subject of personal autonomy', Disability and Society, 14 (3), 353–67.

Russell, Cynthia, L. 2011: An overview of the integrative research review. Progress in Transplantation.

Sanderson, Helen & Lewis, Jaimee 2012: A Practical Guide to Delivering Personalisation: Person-Centred Practice in Health and Social Care. Jessica Kingsley Publishers. London ja Philadelphia.

Salminen, Ari 2011: Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja, Opetusjulkaisuja 62, julkisjohtaminen 4. Vaasan yliopisto.

Selkälä, Arto 2013: Kansalaisuuden hallinta suomalaisessa sosiaali- ja terveystieteissä. Lapin yliopistokustannus, Rovaniemi.

Sevenhuijsen, Selma 1998: Citizenship and the Ethics of Care: Feminist Considerations of Justice, Morality and Politics. Routledge. New York and London.

Slorach, Roddy 2011: Marxism and Disability. International Socialism, 129, 111-136.

Taylor-Gooby, Peter & Stoker, Gerry 2011: 'The coalition programme: A new vision for Britain or politics as usual?'. *The Political Quarterly*, 82(1), 4–15.

Tronto, Joan C. 1994: *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. Routledge. New York.

Tuomi Jouni & Sarajärvi Anneli 2009: *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tammi. Helsinki.

Urponen, Kyösti 1979a: Sosiaalipolitiikka soveltavana yhteiskuntatieteenä. Teoreettis-historiallinen analyysi sosiaalipolitiikkatieteen problematiikasta. *Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia* 30. Turun yliopisto. Turku.

Virtanen, Heli & Salanterä, Sanna 2007: *Laadullinen metayhteenveto – systemaattinen kirjallisuuskatsaus laadullisena tutkimuksena*. Teoksessa Johansson, Kirsi & Axelin, Anna & Stolt, Minna & Ääri, Riitta-Liisa (toim.): *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. University of Turku. Department of nursing science, research reports a:51. Turku.

Waerness, Kari 2001: 'Social Research, Political Theory and the Ethics of Care'. *Research Review*, Vol. 17 (1), 5-16.

ELEKTRONISET LÄHTEET:

Beresford Peter & Stansfield Julie: Are social care personal budgets working? *The Guardian* 12.2.2013 <http://www.theguardian.com/society/2013/feb/12/are-social-care-personal-budgets-working>. Viitattu 26.10.2013

Brindle David: Councils no longer required to give all social services users a personal budget. *The Guardian* 26.10.2012. <http://www.theguardian.com/society/2012/oct/26/councils-social-services-personal-budget>. Viitattu 26.10.2013.

Care Quality Commission (CQC) 2010: *The state of health care and adult social care in England: key themes and quality of service in 2009*. CQC. London.
http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/documents/cqc_soc_201112_final_tag.pdf. Viitattu 15.7.2014.

Community Care - The heart of your social care, www.communitycare.co.uk/2013/09/10/most-councils-met-70-personal-budgets-target-say-directors/. Viitattu 15.7.2014.

Etelä-Suomen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishanke Mielen Avain, www.mieleavain.fi. Viitattu 5.1.2016

Kokemuskoulutus, www.kokemuskoulutus.fi. Viitattu 5.1.2016

NHS Choices, Your health, your choices, www.nhs.uk. Viitattu 25.7.2014.

Hallitusohjelman toteutus. Kärkihankkeet ja reformit. <http://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelman-toteutus/hyvinvointi/karkihanke1>. Viitattu 15.2.2016.

Hallitus päätti sote-uudistuksen jatkosta ja itsehallintoalueista, http://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/hallitus-paatti-sote-uudistuksen-jatkosta-ja-itsehallintoalueista?_101_INSTANCE_3wyslLo1Z0ni_groupId=10616. Viitattu 4.1.2016

Hallituksen reformi: Kuntien kustannusten karsinta tehtäviä ja velvoitteita vähentämällä <http://vm.fi/documents/10623/2033991/Toimenpiteet+teemoittain+16022016/69228473-b208-465b-b14c-755a30d8a842>. Viitattu 20.2.2016.

Hardy Ruth: Adult social care 'unsustainable': responses from the sector. The Guardian 2.7.2014 <http://www.theguardian.com/social-care-network/2014/jul/02/adult-social-care-unsustainable-responses-from-the-sector>. Viitattu 24.7.2014.

Open Public Services. Her Majesty's Government, 2014. <https://www.gov.uk/government/publications/open-public-services-2014-progress-report/open-public-services-2014>. Viitattu 16.2.2015.

Self Directed Support - My Support My Choice, <http://www.selfdirectedsupportscotland.org.uk/>. Viitattu 7.12 2014.

Palveluseteli – valinnanvapaus sosiaali- ja terveystalveissa, <http://www.sitra.fi/yhteiskunta/palveluseteli>. Viitattu 4.1.2016.

Sosiaaliturvaoikeuden Yhdistyneessä Kuningaskunnassa 2012: Työllisyys, sosiaaliasiat ja osallisuus. Euroopan komissio. Euroopan Unioni. Viitattu 4.1.2016.

UK parliament website, www.parliament.uk. Viitattu 8.7 2014

Wilberforce Mark: Why are personal budgets not working for older people? The Guardian 4.8.2014 <http://www.theguardian.com/social-care-network/2014/aug/04/personal-budgets-not-working-older-people>. Viitattu 2.12.2014.

VIRALLISLÄHTEET:

A Vision for Adult Social Care: Capable Communities and Active Citizens. Social care. Department of Health (DH) 2010.

Care Act 2014 Chapter 23.

Care Act factsheets 2015

Caring for Our Future, Reforming Care and Support. Her Majesty's (HM) Government 2012.

Dilnot, Andrew 2011: Fairer care funding: The report of the commission on funding of care and support. Her Majesty's (HM) Government.

Gheera Manjit 2012: Direct payments and personal budgets for social care. Social Policy Section. House of Common Library. SN/SP/3735.

Independence, well-being and choice - Our vision for the future of social care for adults in England.

Department of Health (DH) 2005.

Our Shared Vision for Independent Living in Scotland 2013. The Scottish Government.

Personalisation: A Shared Understanding Commissioning for Personalisation A Personalised Commissioning Approach to Support and Care Services. Changing Lives Service Development Group. The Scottish Government.

Putting People First: A shared vision and commitment to transformation of adult social care. Her Majesty's (HM) Government 2007.

Report of the 21st Century Social Work Review. Changing Lives. Scottish Executive 2006. Edinburgh.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014

Liite 1 Katsaukseen hyväksytyt tekstit

	Kirjoittaja	Teksti	Julkaisutiedot	Aihealue	Menetelmä	Avainsanat
1	Barnes Marian	Abandoning Care? A Critical Perspective on Personalisation from an Ethic of Care	Ethics and social welfare Vol 5 Number 2 (June 2011)	social care, care ethics	reflection	Social Care, Transformation, Care Ethics, Gender; Disability, Carers, Ageing
2	Beresford Peter	Whose Personalisation?	Compass -Think pieces nro 47, March 2009	social care	reflection	
3	Brigid Daniel	Social work: a profession in flux	European Journal of Social Work Vol. 15, No. 3, July 2012, pp. 313-329??	social work	reflection	United Kingdom, social workers, social services, social work, transition, risk, personalisation, integration
4	Burton John	‘Call it personalisation if you like’: The realities and dilemmas of organising care in a small rural community	Journal of Social Work Practice Vol. 24, No. 3, September 2010, pp. 301–313	social care, community care	case study	personalization, community action, bureaucracy, social care, rural community, defences against anxiety
5	Carr Sarah	SCIE guide 47: Personalisation: a rough guide	Social care insitute for excellence, April 2013	social care	reflection	
6	Carr Sarah	Administration or transformation? An exploration of personalisation reforms, service user participation and diversity strategies in adult social care.	Context statement for PhD by Public Works, School of Health ans social science, Middlesex University, October 2011	adult social care	litterature review	personalisation policy, participation, diversity
7	Carr Sarah	Sexuality and religion: a challenge for diversity strategies in UK social care service development and delivery	Diversity in Health and Social Care 2008;5:113–22	social care, diversity policies	an exploratory and critical discussion, standpoint epistemology	bisexual, communities, cultural competence, discrimination, diversity, equality, gay, lesbian, local government, religion, sexuality, social care, social work, training, transgendered people, user participation
8	Carr Sarah	Sarah Carr1 replies to Glasby et al, ‘A Beveridge report for the 21st century?’	Policy & Politics, vol 39 no 4, 612-21 (2011)	health and social care	reflection	
9	Clark Chris, Smith Mark	Changing Lives: what is really changing for Scottish social work?	Disability & Society, 2012 Vol. 28, No. 2, 260–273	disability politics	evaluation study	Governmentality; Modernisation; Personalisation; Social Work; Scotland
10	Cutler Tony, Waine Barbara, Brehony Kevin	A New Epoch of Individualization? Problems with the ‘personalization’ of public sector services	Public Administration Vol. 85, No. 3, 2007 (847–855)	health and social care, education, public sector services	reflection	

11	Dittrich Rachel	Personalisation and the future of adult social care: the views of Hampshire residents, submitted to the Hampshire County Council Commission of Inquiry	Research, Policy and Planning (2009) 27(1), 3-16	social care	call for evidence	Personalisation, adults, local authorities, funding
12	Dodd Steven	Student Perspectives: Personalisation, individualism and the politics of disablement	Disability and Society, 2013, Vol. 28, No.2, 260-273	disability politics	reflection	personalisation, support, politics, empowerment, integrated living
13	Duffy Simon	The citizenship theory of social justice: exploring the meaning of personalisation for social workers	Journal of Social Work Practice Vol. 24, No. 3, September 2010, pp. 253–267	social work, disability politics	reflection	personalization, citizenship, social justice, disability, individual budgets, self-directed support
14	Evans Clare	Increasing Opportunities for Co-production and Personalisation Through Social Work Student Placements in Disabled People's Organisations	Social Work Education Vol. 31, No. 2, March 2012, pp. 235–240	social work, disability politics	case study	Social Work Practice Placements, Disabled People's Organisations, User Involvement; Co-production, Personalisation
15	Gardner Ali	Transforming social work practice: Personalisation in social work	SAGE/ Learning Matters, 2011	social work		
16	Glasby Jon, Duffy Simon, Needham Catherine	Debate: A Beveridge report for the 21st century? The implications of self-directed support for future welfare reform	<i>Policy & Politics</i> , vol 39 no 4, 612-21 (2011)	health and social care	a two-day think tank/workshop, with a small invited audience of leading professional experts	personalisation, self-directed support, welfare reform, citizenship, choice and control
17	Glendinning Caroline	Increasing Choice and Control for Older and Disabled People: A Critical Review of New Developments in England	<i>Social Policy and Administration</i> . Vol 42 nr 5 october 2008, 451–469	social care	evaluation of policy documents	Welfare consumerism, Welfare markets, Choice and control
18	Ferguson Iain	From Modernisation to Big Society: Continuity and Change in Social Work in the United Kingdom	Cuadernos de Trabajo Social Vol. 25-1 (2012) 19-31	social work	reflection	neoliberalism, modernisation, Big Society, responsibility, austerity
19	Ferguson Iain	Increasing User Choice or Privatizing Risk? The Antinomies of Personalization	British Journal of Social Work (2007) 37, 387–403	social work, social care	reflection	personalization, consumerism, responsabilization, deprofessionalization
20	Ferguson Iain	Personalisation, social justice and social work: a reply to Simon Duffy	Journal of Social Work Practice Vol. 26, No. 1, 2012, pp. 55–73	social work	reflection	Personalization, individualization, recognition, social work
21	Fish Julie	Invisible No More? Including Lesbian, Gay and Bisexual People in Social Work and Social Care	Practice Social work in action, volume 21, number 1 (1 March 2009):	social work, social care	reflection	improving services, sexual orientation, policy, personalization, Every Child Matters
22	Houston Stan	Beyond Homo Economicus: Recognition, Self-Realization and Social Work	British Journal of Social Work (2010) 40, 841-857	social work	reflection	personalization, independent living, neoliberalism, disability movement
23	Leadbeater Charles	Personalisation Through Participation: A new script for public services.	Demos. London. 2004	public services	reflection	

24	Leece Janet, Leece David	Personalisation: Perceptions of the Role of Social Work in a World of Brokers and Budgets	British Journal of Social Work (2011) 41, 204–223	social work, adult social care	internet survey	Adult social care, personalisation, community care
25	Leece Janet, Peace Sheila	Developing New Understandings of Independence and Autonomy in the Personalised Relationship	British Journal of Social Work (2010) 40, 1847–1865	social work	qualitative interviews, grounded theory approach	Personalisation, social work role, service brokerage, power and autonomy, disabled adults and carers
26	Lloyd Liz	The Individual in Social Care: The Ethics of Care and the 'Personalisation Agenda' in Services for Older People in England	Ethics and social welfare Vol 4 Number 2 (July 2010)	social care, care ethics	reflection	Personalisation, autonomy, independence, care relationships, direct payments, personal assistants, homecare
27	Lymbery Mark, Postle Karen	Social Work in the Context of Adult Social Care in England and the Resultant Implications for Social Work Education	British Journal of Social Work (2010) 40, 2502–2522	social care, social policy, welfare services	literature review	Personalisation, Ageing, Care, Power; Control
28	Lymbery Mark	Social Work and personalisation	British Journal of Social Work (2012) 42, 783–792	social work	literature review and reflection	social work, personalisation, Social Care
29	Lymbery Mark	A new vision for adult social care? Continuities and change in the care of older people	Critical Social Policy 2010 30: 5, Jan 19, 2010	adult social care	reflection	personalization, social care policy
30	Lymbery Mark	Understanding personalisation: Implications for social work	Journal of social work (2014) Vol. 14 (3) 295–312	social work	reflection	Personalisation, individual budgets, social care, individualisation, choice, quasi-markets
31	Needham Catherine	Personalization: From story-line to practice	Social policy and administration (2011) vol 45, 54–68	social care	literature review, analysis of policy documents, dialogue with stakeholder groups and 80 semi-structured interviews	social care, personalisation, narrative, interpretation, empowerment, responsibility
32	Needham Catherine	Personalized commissioning, public spaces: the limits of the market in English social care services	BMC Health Services Research 2013, 13(Suppl 1):S5	social care	evaluation of national data and small survey	
33	Rabiee Parvaneh	Exploring the Relationships between Choice and Independence: Experiences of Disabled and Older People	British Journal of Social Work (2013) 43, 872–888	social work	semi-structured interviews, three times	soc work, administration, citizenship, consumerism, neo-liberalism, personalisation, resources, rights, social care
34	Powell Jason L.	Personalization and Community Care: A Case Study of the British System Personalization and Community Care: A Case Study of the British System	Ageing Int (2012) 37:16–24	social care	case study and evaluation of IBSEN report	choice, independence, disabled people, older people, longer term, social care

35	Roulstone Alan, Morgan Hannah	Neo-Liberal Individualism or Self-Directed Support: Are We All Speaking the Same Language on Modernising Adult Social Care?	Social Policy & Society 8:3, (2014) 333–345	health and social care, social policy	20 interviews	personal care, social work, public policy, England
36	Rummary Kirstein	A Comparative Analysis of Personalisation: Balancing an Ethic of Care with User Empowerment	Ethics and social welfare Vol 5 Number 2 (June 2011)	adult social care, day services for the disabled, care ethics	comparative analysis	ethic of care, personalisation, older people
37	Sims David, Cabrita Gulyurtlu Sandra S.	A scoping review of personalisation in the UK: approaches to social work and people with learning disabilities	Health and Social Care in the Community (2014) 22(1), 13–21	social work, learning disabilities	scoping review	autonomy, choice and control, people with learning disabilities, personalisation, self-directed support, social work
38	Slasberg Colin, Beresford Peter, Schofield Peter	How self directed support is failing to deliver personal budgets and personalisation	Research, Policy and Planning (2012) 29(3), 161–177	social care, self-directed support	quantitative data analysis	personalisation, government strategy, evidence of worth, outcomes
39	Sowerby Des	What sort of helping relationships are needed to make personalisation happen and how can organisations be developed to support this?	Journal of Social Work Practice Vol. 24, No. 3, September 2010, pp. 269–282	social work, learning disabilities	Interview, 3 groups and about 30 individuals	autonomy, choice and control, people with learning disabilities, personalisation, self-directed support, social work
40	Spicker Paul	Personalisation Falls Short	British Journal of Social Work (2013) 43, 1259–1275	social care	reflection	personalization, helping relationship, learning organization, collaborative working, dependence, complexity theory
41	West Karen	The grip of personalization in adult social care: Between managerial domination and fantasy	Critical Social Policy, Nov 2013, Vol 33 issue 4, p638–657	adult social care	case-study	austerity, Boltanski, enjoyment, Lacan, managerial domination, sociology of critique, welfare state decline
42	Young Anna	Commentary, Personalisation: Can social workers face it? A personal experience	Journal of Social Work Practice Vol. 24, No. 3, September 2010, pp. 315–317	social care	reflection	Personalisation, individual budgets, social care, individualisation, choice, quasi-markets

Liite 2 Katsauksen ulkopuolelle jätetyt tekstit

	Kirjoittaja	Teksti	Julkaisutiedot	Menetelmä	Aihealue	Avainsanat
1	Abbott David Marriott Anna	Money, finance and the personalisation agenda for people with learning disabilities in the UK: some emerging issues	British Journal of Learning Disabilities, Jun 2013, Vol. 41, Issue 2, p106–113	interview	social care, learning disability	money, personalisation, financial services, staff support
2	Clark Nicholas	Transfer of training: the missing link in training and quality of adult social care	Health and Social Care in the Community Jan2013, Vol. 21 Issue 1, p15-25	evaluation of training findings in social care	adult social care, training	adult social care;
3	Ellis Kathryn	‘Street-level Bureaucracy’ Revisited: The Changing Face of Frontline Discretion in Adult Social Care in England	Social policy & Administration, Jun2011, Vol. 45 Issue 3, p221-244	semi-structured observation and interview	adult social care	Discretion; Street-level bureaucracy; Adult social care; Social work; Managerialism
4	Hague Gill, Thiara Ravi and Mullender Audrey	Disabled Women, Domestic Violence and Social Care: The Risk of Isolation, Vulnerability and Neglect	British Journal of Social Work (2011) 41, 148–165	1. a focus group 2. fifteen interviews 3. a literature review and a wide-ranging consultation	social care, disability politics, domestic violence	literature review
5	Jacobs Sally, Abell Jessica, Stevens Martin, Wilberforce Mark, Challis David, Manthorpe Jill, Fernandez Jose-Luis, Glendinning Caroline, Jones Karen, Knapp Martin, Moran Nicola and Netten Ann	The personalization of care services and the early impact on staff activity patterns	Journal of Social Work 13(2) 141–163, Feb 20, 2013	249 diaries by care coordinators involved in delivering IBs and a comparative sample of teams not involved in the pilots +91 interviews	social care, care coordinators (sw, nurses, functional therapists)	training
6	Jones Karen, Forder Julien, Caiels James, Welch Elizabeth, Glendinning Caroline and Windle Karen	Personalisation in the health care system: Do personal health budgets impact on outcomes and cost?	Journal of Health Services Research & Policy, Oct 2013, Vol. 18, Issue 2, suppl, p59-67	pragmatic controlled trial	health care	
7	Jones Karen, Netten Ann, Rabiee Parvaneh, Glendinning Caroline, Arksey Hilary and Moran Nicola	Can the individual budgets have an impact on carers and caring role?	Aging&Society, Jan2014, Vol. 34 Issue 1, p157-175	interview	social care, carers	individual budgets, personalisation, carers
8	Leece Janet and Leece David	Personalisation: Perceptions of the Role of Social Work in a World of Brokers and Budgets	British Journal of Social Work (2011) 41, 204–223	a thread posted on eighteen internet forums + grounded theory	social work	Personalisation, social work role, service brokerage, power and autonomy, disabled adults and carers
9	Lymbery Mark and Morley Kirsten	Self-Directed Support and Social Work	PRACTICE: SOCIAL WORK IN ACTION VOLUME 24 NUMBER 5 (DECEMBER 2012)	two case studies	social work	self-directed support; personalisation; learning disability

10	Manthorpe Jill and Samsi Kritika	‘Inherently Risky?’: Personal Budgets for People with Dementia and the Risks of Financial Abuse: Findings from an Interview-Based Study with Adult Safeguarding Coordinators	British Journal of Social Work (2013) 43, 889–903	interview	social care, dementia care	Personal budgets, Direct Payments, financial abuse, dementia, mental capacity, safeguarding
11	Manthorpe Jill, Stevens Martin, Rapaport Joan, Jacobs Sally, Challis David, Wilberforce Mark, Netten Ann, Knapp Martin & Glendinning Caroline	Gearing Up for Personalisation: Training Activities Commissioned in the English Pilot Individual Budgets Sites 2006–2008	Social Work Education Vol. 29, No. 3, April 2010, pp. 319–331	interview	social care	Adult Care Practice; Continuing Professional Development; Profession; Social Policy; Staff Training and Development
12	Manthorpe Jill and Stevens Martin	Increasing Care Options in the Countryside: Developing an Understanding of the Potential Impact of Personalization for Social Work with Rural Older People	British Journal of Social Work (2010) 40, 1452–1469	interview	social work, adult social care	Rural services, older people, personal budgets, social work
13	Manthorpe Jill, Kharicha Kalpa, Goodman Claire, Harari Danielle, Swift Cameron, and Iliffe Steve	Smarter Working in Social and Health Care: Professional Perspectives on a New Technology for Risk Appraisal with Older People	British Journal of Social Work (2010) 40, 1829–1846	focus groups and interviews with older people and professionals	social work, social care	Older people, needs assessment, community development
14	Manthorpe Jill, Jacobs Sally, Rapaport Joan, Challis David, Netten Ann, Glendinning Caroline, Stevens Martin, Wilberforce Mark, Knapp Martin and Harris Jess	Training for Change: Early Days of Individual Budgets and the Implications for Social Work and Care Management Practice: A Qualitative Study of the Views of Trainers	British Journal of Social Work (2009) 39, 1291–1305	interview, evaluation	social work, social care	Individual budgets, training, implementation, practitioners, consumer-directed care
15	Manthorpe Jill, Jacobs Sally, Rapaport Joan, Challis David, Netten Ann, Glendinning Caroline, Stevens Martin, Wilberforce Mark, Knapp Martin and Harris Jess	Safeguarding and System Change: Early Perceptions of the Implications for Adult Protection Services of the English Individual Budgets Pilots—A Qualitative Study	British Journal of Social Work (2009) 39, 1465–1480	interview	social care, adult protection services	adult protection, personalisation, social care, individual budgets, risk
16	Manthorpe Jill, Stevens Martin, Rapaport Joan, Challis David, Jacobs Sally, Netten Ann, Jones Karen, Knapp Martin, Wilberforce Mark and Glendinning Caroline	Individual budgets and adult safeguarding: Parallel or converging tracks? Further findings from the evaluation of the Individual Budget pilots	Journal of Social Work 2011 11: 422, Oct 16, 2011	interview	social care	adult protection, individual budgets, personalization, safeguarding, social care
17	Moore David and Jones Kirsty	Promoting self-directed support for people living with dementia: overcoming the challenges	Social care and neurodisability Vol. 2 No. 2 2011, pp. 66-70	interview	social care, dementia care	

18	Moran Nicola, Arksey Hilary, Glendinning Caroline, Jones Karen, Netten Ann and Rabiee Parvaneh	Personalisation and Carers: Whose rights? Whose benefits?	British Journal of Social Work (2012) 42, 461– 479	interview, comparition group	social care, carers	Carers, personalisation, choice, rights, Individual Budgets, cash- for-care
19	Netten Ann, Jones Karen, Knapp Martin, Fernandez Jose Luis, Challis David, Glendinning Caroline, Jacobs Sally, Manthorpe Jill, Moran Nicola, Stevens Martin and Wilberforce Mark	Personalisation through Individual Budgets: Does It Work and for Whom?	British Journal of Social Work (2012) 42, 1556– 1573	evaluation, quantitative data + comparition group, interviews	social care	Outcomes of social care, personal budgets, personalisation, social work role
20	Ridley Julie, Hunter Susan and Rosengard Ann	Partners in care?: views and experiences of carers from a cohort study of the early implementation of the Mental Health (Care & Treatment) (Scotland) Act 2003	Health and Social Care in the Community (2010) 18(5), 474–482	focus groups and in-depth interviews	social care, carers	access to support, care-giving, carers, Mental Health Act, partici- pation and empowerment, qualitative research
21	Phillips Tony, Goehing Carina, Shaw Ian and Oram Joel	PERSONALISATION, SUPPORT BROKERAGE AND SOCIAL WORK — WHAT ARE WE TEACHING SOCIAL WORK STUDENTS?	Journal of Social Work Practice Vol. 24, No. 3, September 2010, pp. 335–349	three case studies/student accounts	social work training	support bsupport brokerage; social work training; personalisation; self-directed support
22	Xie Chengqiu, Hughes Jane, Sutcliffe Caroline, Chester Helen and Challis David	Promoting Personalization in Social Care Services for Older People	Journal of Gerontological Social Work, 55:218–232, 2012	quantitative study utilized data from a national postal survey	social care, older people	social care, older people, community- based care, integration, consumer- directed care

Liite 3 Tekstien kirjoittajat

	NIMI	TITTELI	PAIKKA	TEXTIT
		Professors		
1	Barnes Marian	Professor of social policy	University of Brighton	1
2	Beresford Peter	Professor of social policy	Brunel university, Uxbridge	2
3	Brehony Kevin	A late professor of early childhood studies	Roehampton University, School of education	1
4	Brigid Daniel	Professor of social work	University of Stirling, School of applied social science	1
5	Clark Chris	Professor emeritus	University of Edinburgh	1
6	Cutler Tony	Professor of Public Sector Management	University of London School of management	1
7	Glasby Jon	Professor of Health and Social Care and Director of Health Services Management Centre	University of Birmingham	1
8	Glendinning Caroline	Professor of social policy	University of York, Social policy research unit	
9	Leece David	Professor of financial studies	Manchester metropolitan university, Business school	1
10	Lymbery Mark	Honorary associate professor	University of Nottingham, School of sociology and social policy	4
11	Peace Sheila	Associate dean and professor of gerontology	Open University, faculty of health and social care	1
12	Roulstone Alan	Professor of Disability Studies	University of Leeds	1
13	Rummery Kirstein	Professor of social policy	University of Stirling, School of applied social science	1
14	Spicker Paul	Professor of public policy	Robert Gordon university, Aberdeen business school	1
		Readers		
15	Fish Julie	Reader in social work and health inequalities	De Montfort University	1
16	Needham Catherine	Reader in Public Policy and Public Management	University of Birmingham	3
		Lecturers		
17	Ferguson Iain	Senior lecturer in social work	University of Stirling	3
18	Gardner Ali	Senior lecturer in social work	Manchester Metropolitan University	
19	Houston Stan	Senior lecturer in social work	Queen's university, Belfast	1
20	Loyd Liz	Senior lecturer	University of bristol School of policy studies	1
21	Morgan Hannah	Lecturer	Lancaster University, social work, disability studies	1
22	Sims David	Principal Lecturer, Social Work	University of Greenwich, School of health and social care	1

23	Smith Mark	Senior lecturer in social work	University of Edinburgh	1
24	West Karen	Senior lecturer in public policy	Aston University, School of languages and social sciences	1
Researchers				
25	Carr Sarah	Research analyst and participation advisor	Social care institute for excellence, London	3
26	Gulyurtlu Sandra	Senior research advisor	The office of the children's commissioner	1
27	Leece Janet	Independent researcher, honorary research fellow	Staffordshire University	2
28	Parvaneh Rabiee	Research fellow	University of York, Social policy research unit	1
Consultants etc.				
29	Burton John	Social care consultant	Tiverton, Devon	1
30	Evans Clare	Disability, Equality & Social Care Consultant	Calne, Wiltshire	1
31	Leadbeater Charles	Independent author and adviser	London	
32	Postle Karen	Registered social worker	Universities of Southampton and Portsmouth (part time)	1
33	Slasberg Colin	Social care consultant	Harlow, Essex	1
34	Sowerby Des	Independent writer	London	1
35	Young Anna	Disability consultant on social care and a writer	Hungate, York	1
Directors				
36	Duffy Simon	Director of the centre for welfare reform	Sheffield	2
37	Powell Jason	Director of sustainable communities knowledge exchange	University of central Lancashire	1
Students				
38	Dodd Steven	PhD student	University of central Lancashire, School of social work	1
Unknown				
39	Waine Barbara		University of Manchester, Social policy	1

Liite 4 Henkilökohtaistamisen määritelmät teksteissä

	Kirjoittaja	Artikkeli	Julkaisu-tiedot	Henkilökohtaistamisen määritelmä
1	Barnes Marian	Abandoning Care? A Critical Perspective on Personalisation from an Ethic of Care	Ethics and social welfare Vol 5 Number 2 (June 2011)	It is considered to mark a radical shift in the relationship between citizens and government, mediated through the way in which people are able not only to use but also to choose and purchase the services they wish to receive ... greater involvement in decision making about service delivery led to 'personalisation' being adopted as the big new idea for public servicereform ... marking a fundamental transformation in the nature of social care and in the experiences of service users: "Across Government, the shared ambition is to put people first through a radical reform of public services. It will mean that people are able to live their own lives as they wish; confident that services are of high quality, are safe and promote their own individual needs for independence, well-being, and dignity. (http://www.dh.gov.uk/en/SocialCare/Socialcarereform/Personalisation/DH_079373)"
2	Beresford Peter	Whose Personalisation?	Compass -Think pieces nro 47, March 2009	... as part of a broader shift in public policy, both to a personalised approach more generally, but also to seeing wider public policy as having a role to play in meeting the needs of social care service users. ... ensuring 'choice and control'. It is currently being sold as a different approach to social care service provision overall, and is extending across all forms of provision, from residential to day services. The aim has become one of ensuring that, whatever service or support people receive, regardless of who provides it, it is clearly based on improving 'outcomes' in their lives - as the official rhetoric now goes.
3	Brigid Daniel	Social work: a profession in flux	European Journal of Social Work Vol. 15, No. 3, July 2012, pp. 313-329??	"The direction is clear: to make personalisation, including a strategic shift towards early intervention and prevention, the cornerstone of public services. In social care, this means every person across the spectrum of need, having choice and control over the shape of his or her support, in the most appropriate setting."(Transforming Adult Social Care, DoH, 2008, p. 2) Personalisation is often rather ill-defined, and is in danger of being equated or conflated with the provision of direct payments to enable people who use services to purchase services. The circular sets out a broader vision by describing it as: [. . .] the way in which services are tailored to the needs and preferences of citizens. The overall vision is that the state should empower citizens to shape their own lives and the services they receive (DoH, 2008, p. 4).

4	Burton John	'Call it personalisation if you like': The realities and dilemmas of organising care in a small rural community	Journal of Social Work Practice Vol. 24, No. 3, September 2010, pp. 301–313	There is nothing personal about it. 'Personalisation' is a bureaucratic word for a bureaucratic response to the political failure of social care. ... the word 'personalisation' has little to do with caring and a lot to do with the presentation of political and economic programmes in the pursuit of government survival and re- election. While the rhetoric appears to be concerned with 'Independence, Well-being and Choice' (DH, 2005), 'Our Health, Our Care, Our Say' (DH, 2006), and 'Putting People First' (DH, 2007), the reality is in part an attempt to persuade the electorate that their 'shared vision and commitment to the transformation of adult social care' (through personalisation) is worth voting for. But beneath this cynical endeavour lies an even more powerful but unconscious driver of such policy: the denial of relationships, responsibility and interdependency, retreating into an organisational fortress defended by regulations and procedures, and issuing instructions to a workforce onto whom the fear and hostility, and the uncaring feelings of the social care hierarchy are projected.
5	Carr Sarah	SCIE guide 47: Personalisation: a rough guide	Social care institute for excellence, April 2013, www.scie.org.uk/publications/guodes/guide47	Personalisation means recognising people as individuals who have strengths and preferences and putting them at the centre of their own care and support. Personalisation is also about making sure there is an integrated, community-based approach for everyone. Personalisation means: 1. tailoring support to people's individual needs 2. ensuring that people have access to information, advocacy and advice, including peer support and mentoring, to make informed decisions about their care and support, or personal budget management, 3. finding new collaborative ways of working (sometimes known as 'co-production') that support people to actively engage in the design, delivery and evaluation of services, 4. developing local partnerships to co-produce a range of services for people to choose from and opportunities for social inclusion and community development, 5. developing the right leadership and management, supportive learning environments and organisational systems to enable staff to work in emotionally intelligent, creative, person-centred ways, embedding early intervention, reablement and prevention 6. ensuring all citizens have access to universal community services and resources "Importantly, the ability to make choices about how people live their lives should not be restricted to those who live in their own homes. It is about better support, more tailored to individual choices and preferences in all care settings."

				(DH 2008a: 5)
6	Carr Sarah	Administration or transformation? An exploration of personalisation reforms, service user participation and diversity strategies in adult social care.	Context statement for PhD by Public Works, School of Health and social science, Middlesex University, October 2011	Personalisation was announced as being the main concept for driving the 'transformation' of adult social care services. ...which included a rhetorical commitment to 'empowerment', 'co-production' and 'choice and control' (HM Government 2007). The 2008 <i>Local authority circular</i> (LAC) set out some of the defining principles and approaches for personalisation, the main ones for the context and direction of the submitted works on personalisation being:
				• 'Personalisation is about whole system change, not just change at the margins...[it] reaches beyond the confines of adult social care. It is essentially about a significant cultural shift and management of change for the wider social care and local government sectors' (DH 2008a p5-6).
				• 'Importantly, the ability to make choices about how people live their lives should not be restricted to those who live in their own homes. It is about better support, more tailored to individual choices and preferences in all care settings' (ibid p5).
				• 'For the past ten years, direct payments have successfully given some people the ability to design the services they want but their impact has been limited...Evidence shows major variations in take up across the country, with
				23success determined less by the characteristics of people who use services or the features of direct payments themselves, than by local leadership, professional culture and the availability of support' (ibid p5).
				• 'The role of social workers will be focused on advocacy and brokerage, rather than assessment and gate-keeping' (ibid p4).
				• 'With self directed support, people are able to design the support or care arrangements that best suit their needs. It puts people in the centre of the planning process, and recognises that they care best placed to understand their own needs and how to meet them' (ibid p4-5).
				• 'Councils will...need to talk directly to disabled people and their organisations' • 'If effectively delivered personalised support can be a route to efficient use of
				resources, offering people to identify their own priorities, and co-design and focus the support they need' (ibid p7).
7	Carr Sarah			

		Sexuality and religion: a challenge for diversity strategies in UK social care service development and delivery	Diversity in Health and Social Care 2008;5:113–22	The increased personalisation of services through the introduction of individual budgets, where service users have control over the services they buy, The LAC describes how local authorities need to transform so that: “A citizen-centred focus represents a move away from a ‘one size fits all’ approach to service delivery, to more responsive services that are tailored to the varied needs of users, i.e. the ‘personalisation’ of services. This new approach must incorporate the needs of diverse communities. Public service reform presents a challenge and an opportunity for local authorities to engage with those ‘communities of interest’ who have traditionally been marginalised and discriminated against, including lesbian, gay and bisexual communities” (LGA, 2007:34).
				“... people are about to live their own lives as they wish, confident that services are of high quality, are safe and promote their own individual requirements for independence, well-being and dignity. Local priority setting will be focused on meeting local needs and playing a leading role in shaping strong and cohesive local communities.” (Department of Health, 2008:2–3).
8	Carr Sarah	Sarah Carr replies to Glasby et al, ‘A Beveridge report for the 21st century?’	Policy & Politics, vol 39 no 4, 612–21 (2011)	... structures, systems and services are rapidly becoming outmoded and personalisation and self-direction are potentially fundamental for this reconceptualisation of welfare in England Any far-reaching welfare reform programme based on personalisation and self-direction will need to acknowledge and address the complexities around empowerment, consumerism, choice and citizenship. It will need to be authentically ‘co-produced’ with services users, carers and frontline workers who have the expertise necessary to offer practical solutions to old and new problems.
9	Clark Chris, Smith Mark	Changing Lives: what is really changing for Scottish social work?	Disability & Society, 2012 Vol. 28, No. 2, 260–273	The five ‘personalisation’ recommendations were as follows (Scottish Executive, 2006a): - social work services must be designed and delivered around the needs of people who use services, their carers and communities - social work services must build individual, family and community capacity to meet their own needs - social work services must play a full and active part in a public sector wide approach to prevention and earlier intervention - social work services must become part of an integral public sector approach to supporting vulnerable people and promoting social well-being - social work services must recognise and effectively manage the mixed economy of care in the delivery of services.

10	Cutler Tony, Waine Barbara, Brehony Kevin	A New Epoch of Individualisation? Problems with the 'personalization' of public sector services	Public Administration Vol. 85, No. 3, 2007 (847–855)	General statements employing the concept of personalization are cast in universal terms. In his speech at Guy's/ St Thomas's Blair (2004) referred to the need to 'keep our public services universal'. Personalization was thus envisaged as shift from access to the uniform to access to the individualized... The transition from a 'uniform' to a 'personalized' welfare state appears implicitly to draw on the co-production end of the spectrum. However, this repudiation of paternalism sits uneasily with policy statements that assume choice from a menu or even 'old fashioned' professional determination of service standards.
11	Dittrich Rachel	Personalisation and the future of adult social care: the views of Hampshire residents, submitted to the Hampshire County Council Commission of Inquiry	Research, Policy and Planning (2009) 27(1), 3-16	Building on the principles of choice and control set out in the 2006 White Paper Our Health, Our Care, Our Say (Department of Health), transformation involves moving to a more person-centred or 'personalised' adult social care system which emphasises the individual's dignity, right to self-determination, choice, control and power over the support services they receive. The vision gives greater recognition to the importance of prevention and requires a whole system change.
12	Dodd Steven	Student Perspectives: Personalisation, individualism and the politics of disablement	Disability and Society, 2013, Vol. 28, No.2, 260-273	A narrative about the promotion of autonomy, choice and control in support services, that is particularly mobilised in support of the increased availability of individualised funding mechanisms. Use of the narrative is typically intended to denote services that are more responsive and personalised to individual needs. Personalisation is sometimes used synonymously with individualised funding mechanisms such as Individual/Personal Budgets (a budget held by the state but allocated by the user), or Direct Payments (a direct cash payment to the individual), but it involves a framing of these mechanisms within a narrative that is not logically necessitated by their existence.
13	Duffy Simon	The citizenship theory of social justice: exploring the meaning of personalisation for social workers	Journal of Social Work Practice Vol. 24, No. 3, September 2010, pp. 253–267	1. rhetorical — personalisation is sometimes used to describe a positive direction for public service reform; 2. technological — personalisation is sometimes used as a generic term for one or more of the specific technologies or practices that are referred to by advocates of personalisation; and 3. policy — personalisation is sometimes used to describe a set of government initiatives that are justified in terms of personalisation. . . .putting users at the heart of services, enabling them to become participants in the design and delivery, services will be more effective by mobilising millions of people as co-producers of the public goods they value. (Leadbeater, 2004)

14	Evans Clare	Increasing Opportunities for Co-production and Personalisation Through Social Work Student Placements in Disabled People's Organisations	Social Work Education Vol. 31, No. 2, March 2012, pp. 235–240	The personalisation agenda in the UK requires local authorities to move towards enabling users to have more self-directed support to meet their needs. After the assessment of need, the local authority identifies an indicative budget through the resource allocation system (RAS). Individual service users can plan the support they wish in order to meet the outcomes they have identified within the assessment process. Support for users to plan care can come from friends and family, independent professional brokers, community groups or peer support from DPOs, whereas previously, support planning was carried out only by local authority social workers as part of the care management role.
15	Gardner Ali	Transforming social work practice: Personalisation in social work	SAGE/ Learning Matters, 2011	The development of personalisation agenda is based on more radical form of partnership working which insists that power is transferred to service user in relation to assessment, support planning and crucially the allocation of resources, the money. Its success is based on a model of citizenship which places the individual at the centre and encourages professionals and service users alike to work together in identifying natural, paid and community support rather than thinking purely in terms of service
16	Glasby Jon, Duffy Simon, Needham Catherine	Debate: A Beveridge report for the 21st century? The implications of self-directed support for future welfare reform	Policy & Politics, vol 39 no 4, 612–21 (2011)	... elements of the English welfare state are in the middle of a 'transformation' process based on the concepts of personalisation and self-directed support (HM Government, 2007; Glasby and Littlechild, 2009; Carr, 2010; Needham, 2010). Beginning in adult social care, these approaches seek to recast users of state welfare away from being passive recipients of pre-purchased services towards a situation where they are active citizens with a right to control and shape their own support.
17	Glendinning Caroline	Increasing Choice and Control for Older and Disabled People: A Critical Review of New Developments in England	Social Policy and Administration Vol. 42, No.5, 2008, pp451–469	... new policies currently being implemented in England aimed at increasing the choice and control that disabled and older people can exercise over the social care support and services they receive.
18	Ferguson Iain	From Modernisation to Big Society: Continuity and Change in Social Work in the United Kingdom	Cuadernos de Trabajo Social Vol. 25-1 (2012) 19-31	Personalisation (or Self Directed Support, as it is known in Scotland) refers to the policy of providing individuals with a sum of money (known as a direct payment or individual/personal budget) to allow them to purchase their own care on the market. ... personalisation is now promoted by the Coalition as a key element of the Big Society agenda, since it involves shifting responsibility from the State to the individual service user (DH, 2010).

19	Ferguson Iain	Increasing User Choice or Privatizing Risk? The Antinomies of Personalization	British Journal of Social Work (2007) 37, 387–403	Personalisation of public services, to better match the needs and aspirations of the people who use them, underpins much of current and developing public service policy. . . . a radical and sustained shift in the way in which services are delivered— ensuring that they are more personalised and fit into people's busy lives (Department of Health, 2006). ... it is clear that the principle of personalisation needs increasingly to be the philosophy on which social services are founded (Scottish Executive, 2006b, p. 6).
20	Ferguson Iain	Personalisation, social justice and social work: a reply to Simon Duffy	Journal of Social Work Practice Vol. 26, No. 1, 2012, pp. 55–73	... there is no 'true' meaning of personalisation any more than there is a 'true' meaning of empowerment or participation or choice. Rather, these are contested concepts, terrains of political struggle and debate on which different social forces seek to impose their preferred meaning. ... personalisation is best understood as the offspring of two discourses or ideology, democratic and consumeristic, which, while both employing the language of independence, choice and control, have very different origins and aims ... construction of personalisation then, as both 'modern' (in the sense of being in tune with the requirements of a globalised world: Harris & White, 2009), and also politically and ethically progressive (in addressing the legitimate demands of service users for greater freedom and control) has proved to be a heady brew.
21	Fish Julie	Invisible No More? Including Lesbian, Gay and Bisexual People in Social Work and Social Care	Practice Social work in action, volume 21, number 1 (1 March 2009):	... person-centred planning and self directed support to become mainstream and define individually tailored support packages.
22	Houston Stan	Beyond Homo Economicus: Recognition, Self-Realization and Social Work	British Journal of Social Work (2010) 40, 841–857	... viewing it as a means of putting people first through a radical reform of public services: ... concept of personalization brings to the fore a genus known as homo economicus: the view of the actor as rational, individualistic, utilitarian, calculative and instrumental. If personalisation is a cornerstone of the modernisation of public services, what does it mean for social care? What it means is that everyone who receives social care support, regardless of their level of need, in any setting, whether from statutory services, the third and community or private sector or by funding it themselves, will have choice and control over how that support is delivered. It will mean that people are able to live their own lives as they wish, confident that services are of high quality, are safe and promote their own individual requirements for independence, well-being and dignity (Department of Health, 2008, p. 4).

23	Leadbeater Charles	Personalisation Through Participation: A new script for public services.	Demos. London. 2004	Personalisation is just as simple (as privatisation): by putting users at the heart of services, enabling them to become participants in the design and delivery, services will be more effective by mobilising millions of people as co- producers of the public goods they value. Personalisation has the potential to reorganise the way we create public goods and deliver public services. 1.personalisation could mean providing people with a more customer-friendly interface 2. personalisation could also mean giving users more say in navigating their way through services once they have got access to them. 3. personalisation could mean giving users more direct say over how money is spent. 4. personalisation could mean users are not just consumers but co-designers and co- producers of a service: they actively participate in its design and provision 5. personalisation could mean self- organisation: the public good emerging from within society, in part, through the way that public policy shapes millions of individual decisions about how we exercise, eat, smoke, drink, save for our pensions, read to our children, pay our taxes and so on.
24	Leece Janet, Leece David	Personalisation: Perceptions of the Role of Social Work in a World of Brokers and Budgets	British Journal of Social Work (2011) 41, 204–223	Central to the notion of personalisation is the use of individual and personal budgets and direct payments. The notion of personalisation in social care is a relatively recent term, introduced in the concordat Putting People First: A Shared Vision and Commitment to the Transformation of Adult Social Care (HM Government, 2007). It is generally taken to mean ‘starting with the individual as a person with strengths and preferences’ (Carr, 2008, p. 3). This agreement between central and local government and the social care sector committed local authorities to the aim of providing a personal budget to everyone eligible for publically funded support by 2011 (excluding emergency provision) (HM Government, 2007; Department of Health, 2008b).

25	Leece Janet, Peace Sheila	Developing New Understandings of Independence and Autonomy in the Personalised Relationship	British Journal of Social Work (2010) 40, 1847–1865	A key factor in the personalisation of social care is the promotion of disabled adults' independence, yet meanings of independence are vague in the literature, and ignore the interests of support workers Government commitment to personalising adult social care, so that people are offered greater control over their personal support instead of using standardised services, has been clearly demonstrated, with the latest development seen as individualised budgets (HM Government, 2007). As well as increasing the amount of influence people have over their assistance, an important element of the personalisation agenda is the promotion of disabled adults' independence (Department of Health, 2006; HM Government, 2007).
26	Lloyd Liz	The Individual in Social Care: The Ethics of Care and the 'Personalisation Agenda' in Services for Older People in England	Ethics and social welfare Vol 4 Number 2 (July 2010)	... entails the delegation of service procurement and management to the level of the individual in need of help. The term 'personalisation' has become something of a catch-all phrase in English social policy but is nonetheless contentious. Boxall et al. (2009) distinguish between personalisation, which focuses on the particular needs of individuals in preference to a one-size-fits-all approach to services, and self-directed support, which is about the control that service users can exert over the definition of their needs and the ways in which these should be met. In broad policy terms, personalisation is both 'The way in which services are tailored to the needs and preferences of citizens' and the means by which the state empowers citizens 'to shape their own lives and the services they receive' (DH 2008a, p. 4).
27	Lymbery Mark, Postle Karen	Social Work in the Context of Adult Social Care in England and the Resultant Implications for Social Work Education	British Journal of Social Work (2010) 40, 2502–2522	Leadbeater (2004) introduced the notion of personalisation as a 'new script for public services', where service users have more control over the services they receive and more choice about both what they are and how they are provided. Leadbeater views this as better for the individual and as contributing to the public good. Consequently, he argues that personalisation represents 'a new organising logic for public provision' (Leadbeater, 2004, p. 19).
28	Lymbery Mark	Social Work and personalisation	British Journal of Social Work (2012) 42, 783–792	A key element in the policy is a desire to enhance the levels of choice and control that people have over their services. Drawing on the work of the disability movement, personalisation aims to increase the levels of choice and control for adult users of social care services. It suggests that much preceding practice has magnified individuals' dependency and constrained their choice.

29	Lymbery Mark	A new vision for adult social care? Continuities and change in the care of older people	Critical Social Policy 2010 30: 5, Jan 19, 2010	It is suggested that it will require a radical transformation to the pattern of service delivery, and that this will fundamentally alter the way in which society responds to individuals' needs. The label of 'personalization' has been attached to this policy (Leadbeater et al., 2008); it is suggested that the individual should be placed at the heart of service provision, in turn ensuring a maximum level of responsiveness to what that individual desires. It is quite typical of government policy rhetoric that this apparently straightforward idea encompasses a strong implication that the existing pattern of services has been entirely inadequate. Indeed, the development of personalization has been accompanied by continued assertions about the perceived inflexibility and paternalism of existing welfare services (HM Government, 2007).
30	Lymbery Mark	Understanding personalisation: Implications for social work	Journal of social work (2014) Vol. 14 (3) 295-312	It is argued that there are two main approaches to conceptualising personalisation, which lead towards fundamentally different forms of response from service users, the policy community and social workers. These can be broken down as follows: . Citizenship and rights. . Neo-liberalism and consumerism.
31	Needham Catherine	Personalization: From story-line to practice	Social policy and administration (2011) vol 45, 54-68	Key to understanding the dominance of personalization is the recognition that it is a story that is told about public services, their history and the roles and experiences of the people who use them and work in them. Like other stories it is compelling, emotionally resonant, but also multi-interpretable. This article identifies five key themes which are central to the person- alization story-line, noting their reliance on a combination of formal evidence, personal narratives and common sense. These are: (1) personalization works, transforming people's lives for the better; (2) person-centred approaches reflect the way people live their lives, rather than artificial departmental boundaries; (3) personalization is applicable to everyone, not just to people with social care needs; (4) people are experts on their own lives; (5) personalization will save money.
32	Needham Catherine	Personalized commissioning, public spaces: the limits of the market in English social care services	BMC Health Services Research 2013, 13(Suppl 1):S5	English social care services are undergoing a period of profound transformation triggered by the personalization agenda ... It is now service users who are expected to be commissioners, purchasing services directly from providers as direct payment holders or working with local authorities to arrange spot purchasing.

33	Rabiee Parvaneh	Exploring the Relationships between Choice and Independence: Experiences of Disabled and Older People	British Journal of Social Work (2013) 43, 872–888	Extending choice and control to the users of publicly funded services is a cornerstone in the personalisation agenda, which was central to the previous Labour government's policies in England (Department of Health, 2006, 2008; HM Government, 2007) and is supported by the current Coalition government. Measures to increase choice and control in social care include Direct Payments and Personal Budgets.
34	Powell Jason L.	Personalization and Community Care: A Case Study of the British System Personalization and Community Care: A Case Study of the British System	Ageing Int (2012) 37:16–24	The personalization agenda offers an opportunity to make social care (and other services) more responsive and flexible so that it is actually doing what people who use budgets and services want and need, rather than being constrained in rigid task and time specifications (Samuel 2008; Dittrich 2009).
35	Roulstone Alan, Morgan Hannah	Neo-Liberal Individualism or Self-Directed Support: Are We All Speaking the Same Language on Modernising Adult Social Care?	Social Policy & Society 8:3, (2014) 333–345	In tangible terms, greater choice making will be facilitated by both more supportive professional values and practice, and specifically through the greater use of Individual Budgets and Direct Payments Independence, Wellbeing and Choice (DoH, 2005) has been seen by some to mark a watershed in the UK Government's approach to future adult social care (Morris, 2008). This Green Paper, alongside the White Paper Our Health, Our Care, Our Say: A New Direction for Community Services (DoH, 2006) and the guidance contained in Fair Access to Care (DoH, 2003), all emphasise individual choices in preventive approaches to inappropriate care options, maintaining independence and support tailored to individual needs (DoH, 2005). Most recently Putting People First (DoH, 2007a) and Independence, Choice and Risk (2007b) have added to the message that social care solutions should be personalised, that money should follow individual disabled people and foster the 'self management of risk' (DoH, 2007b).

36	Rummery Kirstein	A Comparative Analysis of Personalisation: Balancing an Ethic of Care with User Empowerment	Ethics and social welfare Vol 5 Number 2 (June 2011)	... the expansion of personalisation (sometimes called cash-for-care, direct payments, care pay- ments, etc.) schemes, whereby cash is paid in substitute for care services and support. Although these schemes vary considerably in their scope and operation (sometimes paying carers directly, sometimes enabling disabled and older people to act as direct employers, sometimes mixing paid and unpaid care), they share the characteristics of commodifying care and support services and will have a potentially profound impact on the relationship between individuals, families, communities and the welfare state. Personalisation schemes therefore offer an opportunity for both carers and the cared-for to avoid the exploitation and abuse that is entailed in being trapped into unwanted caring relationships.
37	Sims David, Gulyurtlu Cabrita Sandra S.	A scoping review of personalisation in the UK: approaches to social work and people with learning disabilities	Health and Social Care in the Community (2014) 22(1), 13–21	This means that state services should empower individuals to be autonomous in selecting the services they use and the support they receive. Efforts would be oriented towards ensuring that individuals have choice and control over the services they use and need, as well as how these services should be delivered .According to the Department of Health, 'personalisation' is defined as: the way in which services are tailored to meet the needs and preferences of citizens. The overall vision is that the state should empower citizens to shape their own lives and the services they receive. (Department of Health 2008, p. 4)
38	Slasberg Colin, Beresford Peter, Schofield Peter	How self directed support is failing to deliver personal budgets and personalisation	Research, Policy and Planning (2012) 29(3), 161-177	The over-arching ambition to create 'personalisation' of support, a radical alternative to what has come to be called the 'one size fits all' service culture, whereby people have to fit into pre-existing services, to give people greater control over their lives. It is a concept at the heart of the White Paper <i>Caring for Our Future</i> which expresses the need to: ... empower individuals and their carers to make the choices that are right for them. (Department of Health, 2012, p.3)

39	Sowerby Des	What sort of helping relationships are needed to make personalisation happen and how can organisations be developed to support this?	Journal of Social Work Practice Vol. 24, No. 3, September 2010, pp. 269–282	Personalisation can be seen as a new junction along the long road of social welfare. The destination (full citizenship with appropriate support) ... mobilising people's potential can they make full use of the opportunities available to them. ... At its core is the aim to do things with — not to — people needing support. Linked aims are that people can choose how and by whom they are supported, based on good information and advice, and manage these arrangements directly if they want to. ... two dimensions, as yet not well connected, to this change agenda: one is the vision of newly powerful 'consumers', under Personalisation making decisions and demands that will bring about change; the other is of organisations such as local authorities leading and managing the change process and focusing on manageable change to their own systems. ... Personalisation requires fundamental changes to the system of welfare. a rebalancing of its objectives towards supporting people to get the life they want, new finance and decision making structures, openness about resources and opportunities, new working partnerships with people wanting support, and a broader and more flexible range of local options to choose from. ... It is a social contract between individuals needing support and the state as the enabler of this support.
40	Spicker Paul	Personalisation Falls Short	British Journal of Social Work (2013) 43, 1259–1275	1. personalisation can refer to individualised assessments and response 2. personalisation is based on the expression of the preferences of the user, rather than on a process of assessment. 3. model attempts to reconcile these competing claims. There is an obvious tension between emphasising user choice, on the one hand, with a process on the other that is heavily dependent on professional judgement.
41	West Karen	The grip of personalization in adult social care: Between managerial domination and fantasy	Critical Social Policy, Nov 2013, Vol 33 issue 4, p638-657	The 'personalization' of adult social care, in which individuals themselves will specify their needs and purchase needed services by means of local authority-allocated individual budgets or direct payments for care, ... personalization is to be understood as a discourse that is articulated with, and embedded in, a broader discourse of transformation
42	Young Anna	Commentary, Personalisation: Can social workers face it? A personal experience	Journal of Social Work Practice Vol. 24, No. 3, September 2010, pp. 315–317	If personalisation means the recipients getting more say in the way their funding is used will there be a social services network able — or willing — to support them and act for them? It will mean a change of mindset.

Liite 5 Kaikki avainsanat

	sosiaalihuolto	sosiaalityö	kaikki
personalisation	15	11	26
choice or/and control	6	4	10
autonomy/independence/dependence	3	3	6
individual/personal budgets/direct payments	5	1	6
disability, learning disability, disabled people	2	3	5
carers/helping relationships/support	5		5
care ethics/care	3	1	4
disability movement	1	2	3
responsibility	1	2	3
neoliberalism		3	3
individualization	2	1	3
citizenship	1	2	3

transformation/transition	1	1
gender	1	1
ageing	2	
governmentality/government strategy	1	1
modernisation		2
older people	2	
community action	2	
bureaucracy	1	
rural/local community	2	
defences against anxiety	1	
bisexual, gay, lesbian, sexual orientation	1	1
cultural competence,	1	
discrimination, equality	1	
diversity	1	
religion	1	
support	1	
empowerment	1	
integrated/independent living	1	1
social justice		1
social services		1
risk	1	1
integration		1
user involvement/participation	1	1
co-production	1	1
Big Society		1
austerity	1	1
consumerism		2
deprofessionalization		1
recognition		1
community care	1	
service brokerage		1
power	1	1
personal assistants	1	
homecare	1	
quasi-markets	2	
adult protection	1	1

rights	1	
cash-for-care	1	
narrative	1	
interpretation	1	
administration	1	
resources		1
longer term	1	
evidence of worth	1	
outcomes	1	
learning organisation;	1	
collaborative working	1	
complexity theory	1	
Boltanski	1	
enjoyment	1	
Lacan	1	
managerial domination	1	
sociology of critique	1	
welfare state decline	1	
improving services	1	
self-directed support	1	

Liite 6: Henkilökohtainen budjetointi osana henkilökohtaistamista

Osa kirjoittajista määrittelee henkilökohtaistamisen henkilökohtaiseksi budjetoinniksi, jonka avulla jaetaan sosiaalihuollon varoja sellaisille palveluiden käyttäjille, jotka täyttävät palvelun saamisen edellytykset palveluntarpeen arvion jälkeen (Direct payments and personal budgets for social care, SN/SP/3735, 2012). Suomessa henkilökohtainen budjetti on määritelty siten, että palvelun käyttäjä saa tietyn rahasumman, jonka avulla hän voi hankkia hoitoa, huolenpitoa tai apuvälineitä (Leinonen 2014; Patronen ym. 2012).

Isossa-Britanniassa palveluiden käyttäjät voivat valita millä tavalla he haluavat toteuttaa henkilökohtaista budjetointia. He voivat ottaa budjetin käyttöön neljällä eri tavalla:

- ”1) Suoramaksuna (direct payment), joka on käteistä rahaa, jonka avulla he ostavat tarvitsemansa palvelut. He voivat hallinnoida budjettia itse tai jos he eivät kykene siihen, sopivaksi katsottu henkilö voi toimia budjetin hallinnoijana.
- 2) Hallinnoituna budjettina (managed budget), jolloin paikallisen viranomaisen vastuulla on hallinnoida budjettia ja ostaa palvelut palvelunkäyttäjän tarpeiden ja toiveiden mukaisesti.
- 3) Sellaisena hallinnoituna budjettina, jolloin budjetti annetaan suoraan kolmannelle osapuolelle (palveluntuottajalle). Palvelun käyttäjä neuvottelee budjetin käytöstä suoraan palveluntuottajan kanssa.
- 4) Näiden kolmen sekoituksena.”

(www.nhs.uk)

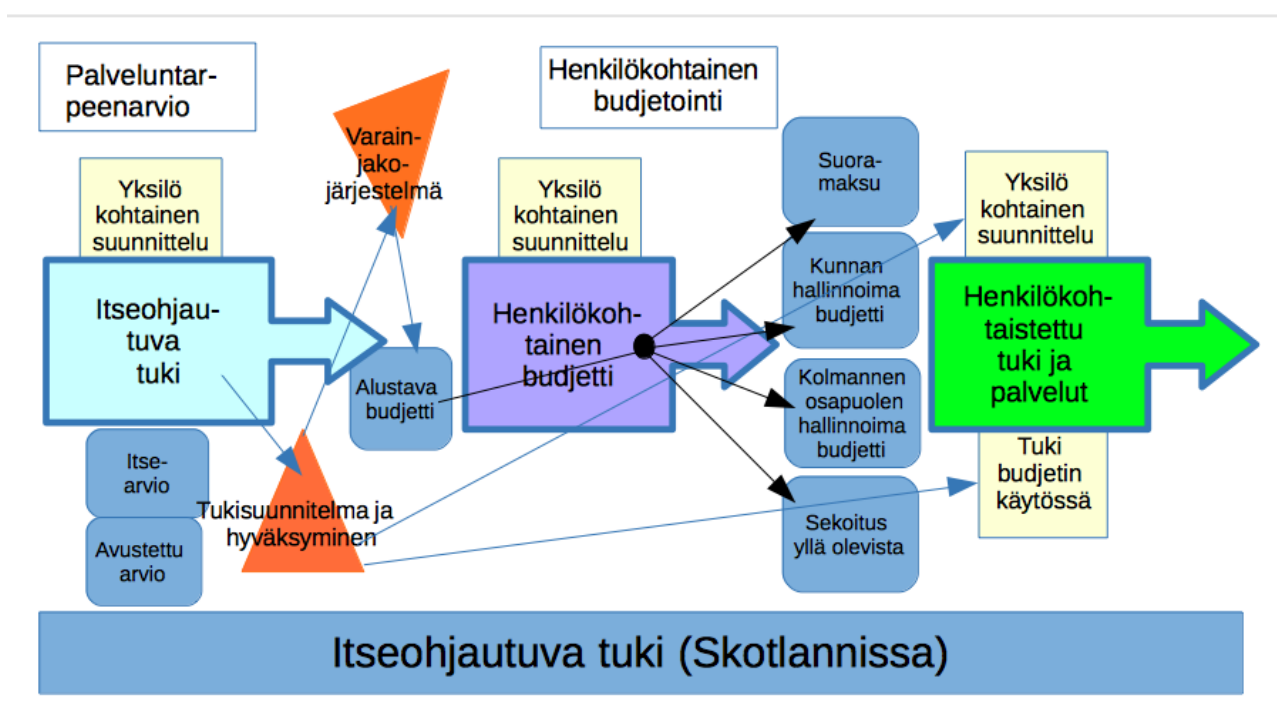
Henkilökohtaisen budjetoinnin prosessi alkaa palveluntarpeen arvioinnista ja päättyy budjetin myöntämiseen ja sen käytön raportointiin tai budjetin eväämiseen. Palvelun käyttäjä saa apua viranomaisilta, palvelun käyttäjien omilta organisaatioilta (User Led Organisations, ULOSs), riippumattomilta palvelun välittäjiltä (brokers) tai muilta valitsemiltaan henkilöiltä sekä palveluntarpeen arviointiprosessiin, tukisuunnitelman (support plan) laadintaan että palveluiden hankkimiseen. Tavoite on, että hän itse laatii palveluntarpeen arvion (self assessment), jossa hän määrittelee ne julkiset ja yksityiset palvelut, joita hän tarvitsee. Mikäli palvelunsaamisen edellytykset täyttyvät, hänelle myönnetään henkilökohtainen budjetti. Tämän jälkeen arvioidaan kuinka paljon hän maksaa itse palveluista ja kuinka paljon paikallinen viranomainen korvaa kustannuksia. Tähän käytetään standardoitua varainjakojärjestelmää (Resource Allocation System, RAS). Tässä vaiheessa palvelun käyttäjä saa alustavan budjetin, jonka pohjalta hän laatii suunnitelman, yksin tai avustettuna, siitä kuinka hän aikoo käyttää budjetin. Saatuaan budjetin käyttönsä hänen tulee myös raportoida paikallisille viranomaisille kuinka hän on käyttänyt budjettinsa. (Carr 2013; Slasberg, Beresford & Schofield 2012; Evans 2012; Barnes 2011; Duffy 2010)

Koko tätä prosessia kutsutaan myös itse-ohjautuvaksi tueksi (self-directed support) ja sen soveltaminen on yksi henkilökohtaisen budjetoinnin kulmakivistä. Itseohjautuvalla tuella viitataan siis paitsi koko prosessiin myös sen keskeiseen periaatteeseen: palvelunkäyttäjän tulee itse, siinä määrin kuin hän haluaa, valvoa ja hallita (control) palveluja, joita hän hankkii henkilökohtaisen budjetin avulla. (www.selfdirectedsupportscotland.org.uk)

Henkilökohtaisen budjetoinnin prosessissa puhutaan usein myös yksilökohtaisesta suunnittelusta (person-centred planning, PCP). Yksilökohtainen suunnittelu viittaa alun perin kehitysvammaisten keskuudessa tehtyyn työhön, joka alkoi jo 1980-luvulla sekä siitä kasvaneeseen inklusiiviseen liikkeeseen. Yksilökohtainen suunnittelu muistuttaa sisällöltään paljon itseohjautuvaa tukea, mutta se liittyy alun perin normalisointiin, jonka tavoitteena on ollut kehitysvammaisten henkilöiden pääsy

yleisten palveluiden piiriin sekä heidän sopeutumisensa yhteiskuntaan. (Beresford 2009; Gardner 2011 8-9; O'Brien & O'Brien 2000). Itseohjautuva tuki on vammaisliikkeen (Disabled People's Organisations, DPOs) ilmaisu, johon kuuluu suurimmaksi osaksi fyysisesti vammaisia henkilöitä. Sen tavoitteena on holhoavan politiikan muuttaminen ja itsemääräämisoikeuden vahvistaminen muuttamalla yhteiskunnallisia rakenteita ja esteitä, jotta vammaiset henkilöt voisivat elää yhdenvertaisesti muiden kanssa. (Sims & Gulyurtlu 2014; Dodd 2013; Evans 2012; Slorach 2011; Duffy 2010; Evans 2003; Campbell & Oliver 1996) Yhteistä yksilökohtaiselle suunnittelulle ja itseohjautuvalle tuelle on, että palvelun käyttäjä on palveluprosessin keskiössä oman elämänsä asiantuntijana. Tämän lisäksi niiden avulla on tarkoitus tukea henkilökohtaistettuja palveluja ja edistää palvelun käyttäjän valinnanmahdollisuuksia ja kykyä hallita saamiaan palveluja (Duffy 2012; O'Brien & O'Brien 2000, 16). Kummassakin lähestymistavassa keskitytään siihen, mikä palvelun käyttäjälle on tärkeää nyt ja tulevaisuudessa eikä yritetä sovittaa tätä ennalta olemassa oleviin palveluihin (Duffy 2012; Sims & Gulyurtlu 2014).

Kuvioon 3 olen koonnut henkilökohtaisen budjetoinnin prosessin vaiheet.



Kuvio 3: Henkilökohtaisen budjetoinnin prosessi, termit ja niiden suhde toisiinsa.

Henkilökohtainen budjetointi on ollut pääkeino toteuttaa henkilökohtaistamista sosiaalihuollossa Isossa-Britanniassa jo vuodesta 2007 (Barnes 2011; Ferguson 2007, 2012; Her Majesty's Government 2007). Tavoite oli, että jokainen joka täyttää sosiaalihuollon palveluiden saamisen edellytykset saisi käyttöönsä henkilökohtaisen budjetin (www.nhs.uk). Vuonna 2012 ministeri Lamb suostui kuitenkin laskemaan tavoitetta sadasta prosentista 70 prosenttiin (The Guardian 26.10.2012). Useimmat paikalliset alueet pääsivät 70 prosentin tavoitteeseen, mutta suurin osa budjeteista oli paikallisten viranomaisten hallinnoimia eikä suoramaksuja, joka oli hallituksen tavoitteena (www.communitycare.co.uk). Kymmenen vuotta maksujen käyttöönoton jälkeen vain alle 5 prosenttia palveluihin oikeutetuista ihmisistä käytti suoramaksuja (Davey & Fernández & Knapp & Vick & Jolly & Swift & Tobin & Kendall & Ferrie & Pearson & Mercer & Priestley 2006). Suoramaksut ovat olleet suosittuja fyysisesti vammaisten henkilöiden keskuudessa ja niiden käyttäjät tyytyväisiä (Lymbery 2014; Leece & Bornat 2006). Suoramaksuilla palvelun käyttäjät ovat suurimmaksi osaksi palkanneet henkilökohtaisia avustajia (Glendinning 2008), mikä vastaa pääosin

Suomessa henkilökohtaisen avustajan nk. työnantajamallia.

Henkilökohtaiset terveystbudjetit (personal health budgets PHBs) on otettu käyttöön terveydenhuollossa lokakuussa 2014. Kuten sosiaalihuollon budjeteissa, palvelun saajalle voidaan tarjota rahasumma, jotta hän voi ostaa terveystpalveluita julkisten palveluiden sijaan (mainstream services). Sosiaali ja terveydenhuollon yhteistyötä kannustetaan, jotta syntyisi yhteinen palveluntarpeen arviointi- ja varainjakojärjestelmä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon integroidut budjetit. (www.nhs.uk).