

YKSILÖKOHTAINEN PALVELUOHJAUS
(CASE MANAGEMENT) – UUSI RATKAISU
PALVELUJEN YHTEENSOVITTAMISEN
IKUISIIN ONGELMIIN

Merja Ala-Nikkola & Jorma Sipilä

Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) on tapa lieventää palvelujärjestelmän hajanaisuutta, yhteensovittaa eri toimijoiden työtä ja aktivoida omaisia, ystäviä ja vapaaehtoisia auttajia. Esittelemme kansainvälisten tutkimusten ja kokemusten avulla, miten palveluohjauksen avulla on onnistuttu lieventämään palvelujärjestelmän hajanaisuuden aiheuttamia haittoja ja lisäämään palvelujärjestelmän taloudellisuutta ja tehokkuutta. Esittelemme artikkelissamme palveluohjauksen viisivaiheisena prosessina, joka muodostuu asiakkaiden valikoinnista, palvelutarpeiden arvioinnista, palveluiden suunnittelusta ja järjestämisestä sekä palveluiden seurannasta ja hoivajärjestelyn tarpeenmukaisesta korjaamisesta. Artikkelimme lopuksi pohdimme, miten yksilökohtaista palveluohjausta voisi soveltaa suomalaisen palvelujärjestelmän toiminnassa.

1. MITÄ ON ”CASE MANAGEMENT” JA MITEN KÄÄNTÄISIMME SEN SUOMEKSI ?

Case management on prosessi, jonka tarkoituksena on määrittää ihmisten yksilölliset palvelutarpeet ja löytää niiden kanssa parhaiten yhteensopivat palvelut. Keskeistä tässä prosessissa on palvelujen keskitetty ja vastuullinen koordinointi yhdessä palvelun käyttäjän kanssa. Idea on tullut hyvin suosituksi, koska sen on arvioitu vähentävän kustannuksia ja parantavan palvelujen käyttäjien tyytyväisyyttä. Yhdysvalloissa ja Britanniassa case managementista on tullut osa lakisääteistä palvelujärjestelmää.

Käsitettä ”case management” on moneen kertaan yritetty kääntää suomeksi, mutta vakiintuneeseen ratkaisuun ei ole tultu (ks. Sipilä 1989, 1147; Satka 1990, 21; Hänninen 1990, 156). Suora käänös ”tapauskäsittely” ei sovi kovin hyvin suomen kieleen eikä tuo ilmiöön kaikkia ulottuvuuksia esiin. Käännöstehtävää vaikeuttaa myös se, että ”case managementia” on ryhdytty 1990-luvulla nimittämään ”care managementiksi” (Davies 1992; Orme & Glastonbury 1993, 3 – 4). Sana ”case” (tapaus) kuitenkin kertoo enemmän koko strategian ideasta, yksilökohtaisuudesta, kuin ”care” (hoito, hoiva, huolenpito). Termiin care siirtymiseen ovat vaikuttaneet poliittiset näkökohdat. Yhtäältä palvelujen käyttäjät eivät pidä siitä, että heitä nimitetään tapauksiksi, mutta toisaalta uuden palveluideologian vastustajat hyväksyvät mieluummin väljemmän ja epämääräisemmän käsitteen kuin täsmällisemmän.

Myös käsitteen jälkimmäisen osan kanssa on vaikeuksia. ”Management” on sekä johtamista että asioiden hoitamista, junailua. Jos käsitettä ei olisi varattu muuhun käyttöön, olisi mukavaa nimittää ”case manageria” sosiaalihuoltajaksi. Käännöskysymyksessä on kuitenkin päädyttävä johonkin ratkaisuun. Vuoden 1994 lopulla käynnistyneessä Tampereen yliopiston tutkimusprojektissa

olemme äänestyksen jälkeen päättäneet kääntää ”case management” –termin yksilökohtaiseksi palveluohjaukseksi. Manageri on sitten vastaavasti yksilökohtainen palveluohjaaja tai yksinkertaisesti palveluohjaaja. Hauskana ja aika osuvana voi pitää myös Savosta korviin kantautunutta ehdotusta ”omabyrokraatti”.

Case managementin käänös vaikeudet liittyvät epäilemättä myös ilmiön sisällön monipuolisuuteen. Kuten Joan Orme ja Bryan Glastonbury (1993, 20) sanovat, yksilökohtainen palveluohjaus on tapa harjoittaa palveluhallintoa, mutta se on myös sosiaalityön ja sosiaalipalvelujen menetelmä. Itse asiassa kyseessä on välttämätön sarja toimenpiteitä, jotka on tehtävä, kun halutaan siirtyä instituutio- ja tarjontakeskeisistä palveluista käyttäjä- ja kysyntäkeskeisiin palveluihin. Tarjontakeskeisyys tarkoittaa sitä, että instituutiot valitsevat itselleen sopivat asiakkaat. Kysyntäkeskeisyys on puolestaan sitä, että palvelua tarvitseville haetaansopiva palvelutuottaja.

Yksilökohtaisessa palveluohjauksessa palvelukokonaisuuksien rakentamisen lähtökohtana ovat asiakkaan tarpeet, joiden perusteella palveluohjaaja kokoaa tarpeisiin vastaavan palvelukokonaisuuden yhteiskunnan asettamien hallinnollisten ja taloudellisten ehtojen puitteissa. Siinä haetaan siis joustavaa tapaa vastata yksilöllisiin tarpeisiin, kuitenkin tietoisena siitä että toiminnan puitteet on asetettu hallinnossa ja politiikassa. Tämä kolmio – tarpeet, palvelut, toimintaehdot – voi painottua eri kohdista. Jotkut keskustelijat haluavat hakea palveluohjauksella asiakkaan etua palveluja tuottavia organisaatioita vastaan (Rose & Black 1985), joidenkin mielestä siinä tasapainoillaan eri osapuolten intressien välissä, mutta enemmistö tuntuu tavoittelevan yksilökohtaisen palveluohjauksen avulla ennen muuta tehokkuutta ja tuloksellisuutta sosiaalipalveluihin (ks. Davies & Challis 1986; Davies ym. 1990; Davies 1992, 104).

1 ”Yksilökohtainen palveluohjaus sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen järjestämisessä” –projektia johtaa professori Jorma Sipilä ja tutkijoina toimivat YTL Merja Ala-Nikkola, VTK Helena Lyra ja YTM Heli Valokivi.

Kaikkein olennaisinta yksilökohtaisen palveluohjauksen ideassa ovat ehkä seuraavat neljä ajatusta. 1) Palvelujärjestelmän loputtomia yhteistyöongelmia pyritään ratkaisemaan ruohonjuuritasolta lähtien yksittäisen ihmisen elämäntilanteesta ja hänen tarvitsemistaan palveluista. 2) Palvelujen käyttäjälle nimetään pysyvä henkilökohtainen vastuuhenkilö, joka tukee käyttäjää ja hänen läheisiään oikeiden palvelujen valinnassa. 3) Palvelujen hankintapäätökset tehdään mahdollisimman lähellä käyttäjää. 4) Vastuuhenkilö seuraa palvelujen käyttäjän tilanteen kehitystä ja muuttaa palvelukokonaisuutta tilanteen niin vaatiessa.

2. MONTA PALVELUJEN TUOTTAJAA – MONTA ONGELMAA

Suomalainen hyvinvointivaltio, tämä julkisen sektorin hallitsema järjestelmä on ollut melko turvallinen, melko tehokas ja melko halpa. Hyvinvointivaltion byrokratia on ollut selkeä, ammattilaiset luotettavia ja toimijoiden intressit kohtuullisessa määrin yhteensovittavia. Silti tämänkin järjestelmän koordinaatiossa on ollut suuria ongelmia.

Teuvo Pirhonen (1982) kirjoitti toistakymmentä vuotta sitten tutkielmassaan nuoresta miehestä, Risto Niemisestä. Risto oli yksinjäätynyt poika, joka moniin ja vaikeisiin elämisen ongelmiinsa sai apua kokonaiselta joukolta sosiaali-, terveys- ja koulutuspalvelujen instituutioita ja niiden työntekijöitä. Tarinan ydin ei ehkä ollut se, että kaikesta auttamisesta huolimatta Risto Nieminen paloi kuoliaaksi mökissään, vaan se, miten heikosti auttajat pelasivat yhteen ja miten vähän kukin heistä erikseen oli sitoutunut Riston tapaukseen. (Ks. myös Sipilä 1983.)

Nykyään on Suomessa tapana ajatella, että olemme menossa kohti pluralistista, moniarvoista hyvinvointiyhteiskuntaa, jossa palvelujen tuottajia on monenlaisia: järjestöjä, yrityksiä, julkisyhteisöjä ja omaisia. Harvoin ajatellaan, että sairaan tai vammaisen kansalaisen kannalta tämä niin sanottu hyvinvointipluralismi on aina ollut täyttä totta. Suurin osa hoivasta ja huolenpidosta on aina tuotettu epävirallisesti omaisten, ystävien ja naapurien toimesta (Gothóni 1990, 107 ja 1991, 3; Sihvo 1989, 47 – 68 ja 1991, 73). Vaikka omaishoito on ollut enemmän tai vähemmän vaihtoehtona varsinaisille sosiaalipalveluille, sosiaalipalvelujärjestelmät eivät kuitenkaan ole pyrkineet suunnitelmallisesti reagoimaan tähän apuun eivätkä luomaan sille edellytyksiä.

Olemme siirtymässä laajemmin monituottajamalliin, jossa järjestöt ja yritykset tuottavat entistä suuremman osan palveluista. Siirtymä hyvinvointipluralismiin tuskin riippuu paljonkaan siitä, mitä me itse palvelujen käyttäjinä haluamme tai mitä poliitikot haluavat. Julkisella sektorilla ei yksinkertaisesti näytä olevan pitkään aikaan varaa tuottaa yhtä paljon hyvinvointipalveluja kuin 1970- ja 1980-luvulla. Palvelujen subventointi vähenee ja paine avohoitoon sekä vapaaehtoisten ja omaisten suorittamaan hoitoon kasvaa. Se tuo uusia yrityksiä ja järjestöjä joko onnistumaan tai epäonnistumaan. Toinen suuri muutos on, että yhä useammat ihmiset joutuvat omaishoitajiksi vasten tahtoaan.

Kun palvelujen tuottamiseen osallistuu erilaisin periaattein toimivia organisaatioita, syntyy sekä hyötyjä että haittoja. Hyödyistä on korostettu muun muassa yksityisten yritysten kykyä käyttää työvoimaa tehokkaasti sekä järjestöjen mahdollisuutta saada liikkeelle vapaaehtoisia työntekijöitä. Tässä tekstissä keskitymme kuitenkin haittoihin – onhan yksilökohtainen palveluohjaus juuri tapa lieventää palvelujärjestelmän hajanaisuuden aiheuttamia haittoja. Se on käytännön työmenetelmä, jonka avulla voidaan yhteensovittaa eri toimijoiden palveluita, vähentää monituottajamalliin sisältyviä koordinoitongelmia ja aktivoida vapaaehtoisia auttajia (Anttonen & Sipilä 1992, 452). Taitavasti käytettynä se voi muuttaa palvelujärjestelmän toimintatapaa niin että järjestelmä vastaa paremmin ideaalista tarkoitustaan: tehdä asiakkaan elämä paremmaksi.

Hyvinvointipluralismin ongelmista on paljon kokemuksia esimerkiksi Yhdysvalloista, Hollannista ja Saksasta. Otamme esiin keskeisimmät:

1) Järjestelmän kokonaiskustannusten kasvu.

- Kun rahoittajia on monta, ei ole hyviä keinoja hillitä kustannusten kasvua. Varsinkin maksukykyisten kuluttajien palveluiden kysyntä johtaa todennäköisimmin palvelujen tarjonnan kasvuun kuin julkispalvelumallissa. Toisin kuin jäljempänä seuraavia, tätä tuskin on syytä pitää ongelmana.

2) Hallinnon suhteellinen laajeneminen.

- Kun toimivia yksiköitä on paljon, hallintotehtävät lisääntyvät ja yksiköiden koordinatio vaatii enemmän resursseja.

3) Yli-investoinnit.

- Kun toiminta jakaantuu moniin itsenäisiin yksiköihin, niiden on vaikea hyödyntää suurtuotannon investointietuja esimerkiksi terveyspalveluissa.

4) Palvelutuottajien ja –rahoittajien yhteisen intressin heikkeneminen.

- julkissektorin tavoitteet voitaneen sovittaa helpommin yhten kuin yritysten ja järjestöjen tavoitteet.

5) Palvelutuottajien vastuiden kaventuminen.

- Julkisen sektorin laaja yhteiskunnallinen vastuu vaihtuu suppeampaan yritysten ja järjestöjen vastuuseen.

6) Ei-kompetenttien asiakkaiden uhanalainen asema.

- Palveluista riippuvaisten asiakkaiden on vaikea toimia odotusten mukaisesti kuluttajina tai osallistujina suhteessa yrityksiin tai järjestöihin.

7) Asiakkaiden syrjintä.

- Jos palvelutuottajan rahoitus perustuu asiakastapausten hinnoitteluun, kannattaa tuottajien aina pyrkiä kerman kuorintaan ja jättää keskimääräistä kalliimmat tapaukset muiden hoidettavaksi.

8) Työvoiman tason lasku.

- Yritysten ja järjestöjen tehokkuus liittyy osaksi niiden tapaan käyttää vähemmän ammattitaitoista, halpaa työvoimaa.

3. GRIFFITHSIN OHJELMA

Vuonna 1988 Englannissa julkaistu Griffithsin raportti on yksi tunnetuimpia yrityksiä, jossa on esitetty ratkaisuja sosiaali- ja terveyspalvelujen koordinoimien ongelmiin. Thatcherin hallitus asetti ”Sainsburyn” toimitusjohtajan, Sir Roy Griffithsin rakentamaan ohjelmaa, jolla avohuoltoa parannettaisiin ilman lisäkustannuksia. Griffiths oli hankkinut kannuksensa supermarket-ketjun johtamisessa ja hallituksen käyttämänsä asiantuntijana terveydenhuollon rationalisoinnin suunnittelussa. Käytämme tässä lähteenä John Baldockin (1991) referaattia raportista.

Monien yllätykseksi Griffiths ei ehdottanut 28-sivuisessa raportissaan säästöjä palvelujärjestelmään, vaan hän katsoi, että sen käytössä olevat resurssit ovat niukkoja suhteessa tehtävien laajuuteen. Toinen yllätys oli, että hän ei esittänyt laajaa palvelujen yksityistämishjelmaa, vaan aivan muuta eli palveluvastuun keskittämistä julkiselle sektorille. Griffithsin mielestä hoivajärjestelmän suurin heikkous oli vastuiden täsmentämisessä:

- mikään organisaatio ei ollut lopulta vastuussa avohoidosta,
- kukaan henkilö ei ollut vastuussa pitkäaikaisasiakkaiden palvelujen käytön seurannasta.

Griffithsin mielestä tärkeintä oli sitoa vastuu organisaatioihin ja ihmisiin. keskeiseksi vastuuorganisaatioksi hän nimesi kunnallisen sosiaalipalvelutoimiston (social services department). Sen ei kuitenkaan tule olla vastuussa palvelujen tuottamisesta, vaan hoivan järjestämisestä. Toimiston tulee tunnistaa ihmisten palvelutarpeet ja löytää asiakkaiksi ne, jotka tarvitsevat palveluja eniten sekä varmistaa, että muut hallintokunnat todella tuottavat niiltä edellytetyt palvelut. Lisäksi sen on kehitettävä informaalia ja vapaaehtoista hoivaa ja edistettävä yksityisten palvelujen käyttöä. Kuntien on myös palkattava ”care managereita” valvomaan palvelujen järjestämistä henkilöille, jotka tarvitsevat niitä paljon.

Griffithsin ohjelma on ilmeisessä ristiriidassa monien aiempien aloitteiden kanssa, joissa on luotettu informaaliin yhteistyöhön ja joustavaan vastuunjakoon. Mutta Griffiths näki tilanteen toisin:

”Mikään ei olisi radikaalimpaa julkisella sektorilla kuin määrittää vastuut, vaatia suorituksia ja tulostavastuuta sekä näyttöä siitä, että toimiin on ryhdytty; vielä radikaalimpaa olisi yhdistää politiikkaan riittävät resurssit ja hyväksytyt aikataulut.”

Järjestelmä ei toimi ilman terveyden- ja sosiaalihuollon tiivistä yhteistyötä. Griffiths asetti yleislääkärin keskeiseksi henkilöksi palvelutarpeiden tunnistamisessa. Lääkäreiden työsopimuksissa tulee edellyttää, että he ilmoittavat sosiaalipalvelutoimistoille avohoidon tarpeessa olevista henkilöistä. Toimistojen vuorostaan on raportoitava yleislääkäreille näitä henkilöitä koskevista toimenpiteistä. Tämä on hyvä esimerkki siitä, miten ohjelmassa ei etsitä laajoja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöprojekteja vaan selvää vastuunjakoa. Terveydenhuollon on pysyteltävä erossa hoivan tuottamisesta ja sosiaalipalveluresursseja on vastaavasti lisättävä.

Griffithsin arvion mukaan laitoshoidon suositaan väärillä kannustimilla eli rahoittamalla sitä kevyemmin perusteina kuin avohoidon. Siksi laitoshoidon kustannuksia korvaavat sosiaalivakuutuslaitokset tulee antaa sosiaalipalvelutoimistojen käyttöön, jotta nämä voivat käyttää rahat yhtä hyvin kotihoidon kuin laitoshoidon kustannuksiin.

Huomattava osa ohjelmasta on Isossa-Britanniassa toteutettu 1990-luvulla. Asiakkailta on oikeus palvelutarpeiden arviointiin, sosiaalipalvelutoimistot arvioivat palvelutarpeet ja kotihoitoa voidaan tukea yhtäläisin ehdoin kuin laitoshoidon.

4. YKSILÖKOHTAISEN PALVELUOHJAUKSEN TAVOITTEET JA LÄHTÖKOHDAT

Yksilökohtainen palveluohjaus on ratkaisumalli, jolla on tarkoitus lievittää palvelujärjestelmän kaikkein keskeisimpiä ongelmia – juuri niitä samoja joihin Griffithskin etsi korjausta. Suomalaiselta kokemuspohjalta voisi rakentaa seuraavan seitsemän kohdan listan:

- 1) Palvelut ja etuudet ovat joustamattomia eivätkä vastaa yksittäisten henkilöiden tarpeita.
- 2) Palveluja ei kohdenneta eniten tarvitseville, kun taas vähemmän tarvitsevat voivat saada niitä suhteellisesti enemmän.
- 3) Palvelutarpeiden muutoksia ei seurata, vaikka tarve loppuisi tai kasvaisi.
- 4) Palvelutuottajat eivät tiedä toistensa toiminnasta, eivät pysty valitsemaan edullisimpia palveluratkaisuja eivätkä sovita palveluja järkevästi yhteen yksittäisen henkilön näkökulmasta.
- 5) Rahoittaja ei käytä niukkoja resursseja harkitusti eikä ole edes selvillä vaihtoehtojen kustannuksista.
- 6) Vastuita on vaikea määrittää, sillä kukaan nimenomainen henkilö ei ole vastuussa kenenkään asiakkaan palvelukokonaisuudesta.
- 7) Palvelut eivät tue riittävästi kotona asumista ja informaaleja hoivaajia.

Yksilökohtaisen palveluohjauksen olennaiset piirteet voidaan kiteyttää yksilöllisyyteen ja vastuullisuuteen ja sen perustehtävät ovat koordinointi, asianajo ja neuvonta (Steinberg & Carter 1983; ref. Koskinen 1993, 68).

Yksilökohtaista palveluohjausta voi soveltaa käytäntöön hyvin monin eri tavoin. Käytännön soveltamistavasta riippumatta yksilökohtaisen palveluohjauksen ideaa toteutetaan koko palvelujärjestelmän toiminnassa. Hallinnon vastuulla ovat yhteisön asiakkaiden erilaisten tarpeiden kartoittaminen ja yhteistyöverkostojen luominen palveluita tuottavien toimijoiden välille.

Käytännön tasolla palveluohjaus sisältää asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaisen arvioinnin ja eri toimijoiden tuottamien palveluiden yhteensovittamisen asiakkaan tarpeita vastaaviksi. (O'Connor 1988, 100.)

Yksilökohtaisen palveluohjauksen juuret ovat yksilökohtaisen sosiaalityön menetelmässä. Caseworkisa työn lähtökohtina olivat yksilöllisyys ja ihmisen omat voimavarat (Hollender 1952; Lokshin 1955; ref. Koskinen 1993, 30). Sen avulla pyrittiin lisäämään ihmisten ongelmanratkaisukykyä ja voimavaroja sekä ottamaan heidän tarpeensa huomion ja etsimään ratkaisut ongelmiin. Yksilökohtainen sosiaalityö perustui asiakas-työntekijä –suhteen käyttämiseen (esim. Sherman 1990; ref. Koskinen 1993, 22 – 23), mutta tärkeää oli myös kartoittaa asiakkaan sosiaalisten verkostojen voimavarat ja heikkoudet.

Yksilökohtaista palveluohjausta voi sanoa casework –menetelmän kehittyneemmäksi muodoksi (O'Connor 1988, 97). Se sisältää kieltämättä monia caseworkin piirteitä, mutta samalla se on kuitenkin jotain muutakin. Yksilökohtaisen palveluohjauksen tavoitteena on myös asiakaslähtöisten palveluiden kehittäminen ja erilaisten toimintaryhmien mobilisointi, jolloin palveluohjaus tulee hyvin lähelle yhdyskuntatyön tavoitteita. Palveluohjaajat voivat siten toimia asiakkaitensa asianajajina ja konsultteina (Lowy 1979, 374 – 395; ref. Koskinen 1993, 54 – 55). Erilaisten asianajoon ja neuvontaan liittyvien tehtävien avulla voidaan tukea ja rohkaista asiakasta osallistumaan itseän koskeviin päätöksiin (Hugman 1991, 139; ks. myös Lawson 1993, 78).

5. PALVELUOHJAUS VIISIVAIHEISENA PROSESSINA

Yksilökohtaisessa palveluohjauksessa ei sinänsä ole mitään yllättävää, sen viisivaiheinen ohjelma seuraa kauan sitten kehitettyä rationaalisen suunnittelun periaatteita. Seuraavassa käymme läpi viisiosaisen prosessin yksityiskohtaisemmin perustaen tekstin erityisesti Bleddyn Daviesin esityksiin (Davies & Challis 1986; Davies ym. 1990; Davies 1992). Davies on johtanut toistakymmentä vuotta Canterburyssa sijaitsevaa tutkimuslaitosta (PSSRU), jonka tehtävänä on yksilökohtaisen palveluohjauksen tutkiminen ja kehittäminen.

1) Asiakkaiden valikointi

Ensimmäinen vaihe on valikoinnin monitasoinen ongelma. Ensinnäkin on pohdittava, ketkä ylipäänsä voivat kuulua palvelujen piiriin (Davies 1992, 14 – 15). Suomessa ja Pohjoismaissa se ei ole samanlainen ongelma kuin useimmissa muissa maissa, jossa sosiaalipalvelut on tarkoitettu vain vähävaraisille. Kuitenkin Suomessakin lainsäädäntö ja paikalliset ohjeet rajaavat ainakin ylimalkaisesti asiakkaiden valikointia.

Yksilökohtaisessa palveluohjauksessa palvelut pyritään kohdentamaan niille, jotka tarvitsevat niitä eniten. Toiminnan tehokkuuden ja taloudellisuuden kannalta palvelujen kohdentaminen ja informaalin hoivan tukeminen ovat erityisen tärkeitä (Dant & Gearing 1990, 343 – 344). Palveluiden oikea kohdentaminen edellyttää, että eniten palveluja tarvitsevat on saatava palvelujen piiriin, Bleddyn Daviesin (1992, 30 – 32, 128) käsittein pyritään pitämään yllä horisontaalista ja vertikaalista tehokkuutta. Horisontaalinen tehokkuus on sitä, että mahdollisimman moni palveluja tarvitseva on niiden piirissä. Kun pyritään horisontaaliseen tehokkuuteen erilaisten riskiryhmien tunnistaminen on erityisen tärkeää (Howe 1994, 13). Vertikaalinen tehokkuus, johon perinteisesti on kiinnitetty paljon vähemmän huomiota, on sitä, että palvelujen piirissä on mahdollisimman vähän niitä, jotka eivät niitä tarvitse.

Käsitteellisesti horisontaalinen ja vertikaalinen tehokkuus ovat selkeitä, mutta niiden soveltaminen käytännössä ei ole helppoa. Tapaukset ovat niin monessa suhteessa erilaisia. Kuka oikeastaan on eniten tarvitseva ja missä suhteessa? Henkilö, joka on pysyvästi vuodepotilaana, mutta pystyy puhelimitse hoitamaan asiansa ja on sopinut omaistensa ja naapuriensa kanssa hoidosta? Vai toinen, joka yleensä selviytyy kotonaan, mutta potee ajoittain muistinmenetystä? Joka tapauksessa on kehitetty tekniikoita ja mittareita, joilla todellisen elämän monimutkaisuutta yritetään yksinkertaistaa päätöksentekoa varten. Arkielämästä selviytymistä kuvaavia mittareita onkin ilmeisesti jossain määrin pakko käyttää tarpeiden kuvaamiseen, jos asiakkaita on paljon. Toisaalta lomakkeet ja mittarit ovat usein omiaan vaikeuttamaan sosiaalisen tilanteen sisäisen logiikan ja ratkaisuvaihtoehtojen hahmottamista.

Valikoitumisen ongelma liittyy myös ammattikäytäntöihin ja moniammatillisten tiimien työskentelytapoihin. Eri ammattikunnilla saattaa olla asiakkaasta ja hänen tarpeistaan toisistaan poikkeavia näkemyksiä, jotka voivat osaltaan vaikuttaa asiakkaaksi valikoitumiseen (Hugman 1991, 114 – 116).

Valikointia on pohdittava myös itse palveluohjausprosessin aloittamisen yhteydessä. Missä tapauksessa ylipäänsä kannattaa aloittaa palveluohjaus? Yksinkertaisissa tilanteissa sitä ei tarvita, vaan siinä voidaan todeta tilanne ja jatkaa entisiä palveluja. Yksilökohtainen palveluohjaus ei myöskään ole tarpeen, jos potilas on ilman muuta siirrettävä pysyväan laitoshoidon. Siitä ei ole hyötyä sellaisissa tilanteissa, joissa vaihtoehtoja ei ole olemassa.

2) Asiakkaan palvelutarpeiden arviointi

Yksilökohtainen palveluohjaus on paikallaan, kun edessä on pitkäaikainen ja monimutkainen palvelutarve, jota voidaan tyydyttää eri tavoin. Silloin on syytä ryhtyä huolelliseen arviointiin ja yksilökohtaisen palvelupaketin kokoamiseen (Davies 1992, 15 – 16). Silloin on myös pohdittava, riittääkö yksi palveluohjaaja vai tarvitaanko tehtävään moniammatillista tiimiä.

Kansainväliset tutkimukset puhuvat kummankin menettelytavan puolesta. Tiimityöskentely tarjoaa asiakkaille heidän ongelmien ratkaisemiseksi useiden eri ammattikuntien taidot ja tiedot, mutta se saattaa vaikeuttaa pääsyä palvelujen piiriin ja pirstaloida asiakkaan asioiden hoitamista.

Työntekijöille tiimityöskentely antaa tukea, mutta ongelmia saattaa tulla toisten tiimien suhteen ja tiimistä voi muodostua myös elitistinen (Stalker 1994, 108). Asiakkaat ovat pääsääntöisesti olleet tyytyväisiä toimiessaan vain yhden palveluohjaajan kanssa. Asiakkaan ja työntekijän välille on voinut kehittyä case workin tapaan asiakasta tukeva työntekijä-asiakas-yhteistyösuhde, mutta toimiminen palveluohjaajana saattaa myös merkitä vain jatkuvaa kamppailua resurssien vähäisyyden ja byrokratian lisääntymisen parissa, jolloin muunlaiseen työskentelyyn asiakkaan kanssa ei jää paljonkaan mahdollisuuksia. (Mt. 110 – 114.)

Yksilölliset palvelupyynnöt ja –tarpeet ovat hyvin vaihtelevia ja sellaisia on oltava myös arviointiprosessien. Joskus arviointi voi olla pitkä ja työläs prosessi jossa tehdään useita kotikäyntejä, haastatteluja, kokeiluja ja seurataan tilannetta kauan ennen kuin arviointi kannattaa lopettaa. Hoivan tarpeen arvioitsija saattaa joutua selvittämään ihmisen elämäntilanteen hyvin perusteellisesti ja moniulotteisesti. Mihin hän pystyy, mitkä ovat hänen vahvat puolensa, mikä on verkosto missä hän toimii, haluaako joku hoitaa häntä, mitä siitä voi seurata? Lisäksi on hankittava tietoa mahdollisesti käyttökelpoisista palveluista. Millaista palvelua on tarjolla, miten se sopii juuri tälle henkilölle, voiko palveluun luottaa, miten sen laatua voi seurata, mitä se maksaa, millaisia muutoksia voi olla tulossa? Voisiko löytyä joku aivan erityinen auttaja, juuri tälle asiakkaalle, joka

kuuluu tällaiseen yhteisöön? Arviointiin voi tietysti käyttää loputtomasti aikaa, mutta arviointi on myös kustannus, joka on pidettävä kurissa.

3) Palveluiden suunnittelu ja järjestäminen

Seuraavassa vaiheessa on koottava palaset yhteen, tehtävä hoivasuunnitelma ja järjestettävä palvelut (Davies 1992, 16 – 17). On määriteltävä käyttöön tulevat palvelut, niiden seuranta, käyttäjien oikeudet ja velvollisuudet, tuen järjestäminen vapaaehtoisille ja informaaleille hoivaajille, palveluohjaajan tuleva rooli ja tehtävät. On selvittettävä palvelujen hinnat, ehkä pyydettyä uusia tarjouksia, kartoitettava asiakkaan saavutettavissa olevat etuudet ja hankittava tarvittavat rahoittajien päätökset. Näitä monimutkaisia asioita on selvennettävä asiakkaalle niin, että hän osaa ja voi tehdä valintoja. Tavoitteena on tietysti myös se, ettei hoiva olisi eri tuottajien harjoittamaa sirpaleista epäyhteistyötä, jossa asiakas odottaa vuoron perään palveluja useilta eri yksiköiltä. Palvelujen tulisi kokonaisuudessaan pitää yllä käyttäjän toimintakykyä ja hänen normaalia elämäänsä muuntamatta häntä kohteeksi, jolla katsotaan olevan aikaa ottaa palveluja vastaan silloin, kun tuottajat ehtivät niitä jakamaan.

Palveluiden järjestäminen edellyttää, että palveluohjaaja rakentaa laajan informaatiojärjestelmän ja tuntee palvelutarjonnan. Palveluohjaajalla tulisi olla käytössään myös oma budjetti, jolla hän voi suoraan ja joustavasti ostaa kohtuullisen määrän palveluja. Hän voi toimia erityisesti pienten palvelujen ostajana taitavammin kuin varsinainen taloushallinnon koneisto toimisi. Kun tarjonnan mukaan organisoidussa palvelujärjestelmässä sosiaalishallinnon tehtävänä on jakaa palveluja valmiista tuotantokoneistosta, palveluohjauksessa keskeisessä asemassa on raha, jolla palveluohjaaja ostaa palveluja tarpeen mukaan.

Palvelujen järjestämisen vaiheeseen liittyvät Daviesin käsitteet panosten tehokkuus ”input mix efficiency” ja tuotosten tuloksellisuus ”outcome mix efficiency” (Davies 1992, 36 – 39). Tehokkuudella hän tarkoittaa sitä, että ei käytetä tarpeettoman kalliita keinoja riittävän tuloksen saavuttamiseksi. Esimerkiksi hoivaamiseen halukkaille omaisille on taattava, että he varmasti saavat tarvitsemansa tuen. Tuloksellisuus taas on sitä, että hoiva annetaan tavalla joka vastaa hoivattavan ja hänen omaistensa tarpeita, arvostuksia ja toiveita.

4 – 5) Palvelutavoitteiden seuranta ja hoivajärjestelyn korjaaminen.

Yksilökohtainen palveluohjaus –ajattelu korostaa erityisesti vastuun jatkuvuutta hoivan järjestämisen jälkeen. Jatkuvuus tekee palveluohjauksesta prosessin, jossa sama henkilö on vastuussa palveluohjauksesta ja asiakkaan palvelupaketista koko palveluprosessin ajan (Stalker 1994, 113). Seurannasta vastaava palveluohjaaja antaa tukea, valvoo suunnitelman onnistumista, tarpeiden muutosta, antaa palautetta palvelutyöntekijöille ja heidän toimintayksiköilleen, tarkkailee kustannusten kehitystä, panee alulle muutoksia suunnitelmaan tai uudelleenarvioinnin, jos asetelma on muuttunut huomattavasti. (Davies 1992, 17 – 18.)

Palveluohjaustyö päättyy, kun hoivan tarve loppuu tai asiakas siirtyy pitkäaikaishoidon piiriin, jolloin vastuu seurannasta siirtyy hoitolaitokselle.

6. YKSILÖKOHTAISEN PALVELUOHJAUKSEN ARVIOINTIA

Yksilökohtainen palveluohjaus on ollut useissa kokeiluissa menestys, sillä sen käyttöönoton avulla on voitu osoittaa, että hoivajärjestelmässä on ollut paljon parantamisen varaa. Asiakkaat on saatu

entistä halvemmalla tyytyväisemmiksi ja selviytyvämmiksi. Palveluohjaus esitetäänkin usein ratkaisuna kaikkiin palvelujärjestelmän ongelmiin patenttina, joka sovittaa yhteen kustannuksiin, laatuun, itsemääräämiseen, joustavuuteen ja koordinaatioon liittyvät ongelmat.

Ehkä on kuitenkin liioiteltua esittää palveluohjausta ratkaisuna. Pikemminkin on kysymys siitä, että kompromisseja on kaiken aikaa löydettävä, muttaärkevintä on tehdä ne kompromissit eri näkökulmien välillä yksilöllisesti sovitettuna juuri tälle henkilölle, juuri tässä tilantessa. On kuitenkin selvää, että yksilöllisen palveluohjauksen kokonaisvaltainen idea piilottaa näkyvistä lukuisia kiistoja, ne tulevat joka tapauksessa esiin ennemmin tai myöhemmin.

Millaisia tähänastiset kokemukset ovat? Yleisesti ottaen seurantatutkimukset esittävät yksilökohtaisen palveluohjauksen menestyksenä (ks. esimerkiksi Davies & Challis 1986, Davies ym. 1990; Davies 1992). Psykiatrisen avohoidon palveluohjausta tutkinut amerikkalainen Ram A. Cnaan (1994) on kuitenkin kerännyt kirjallisuudesta myös kriittisiä arvioita. Cnaan haluaa ennen kaikkea sanoa, että yksilökohtaisen palveluohjauksen malleja on paljon eikä niiden täsmällisiä seurauksia ole kylliksi arvioitu. Mallista kiinnostuneiden on todellakin syytä soveltaa mallia eikä yksioikoisesti omaksua sitä valmiina jostakin. Cnaan nostaa esiin 18 kysymystä, joista tärkeimmät sisältyvät seuraaviin yhdeksään huomautukseen:

- 1) Palveluohjaus on vain palvelujen järjestämistä eikä se sinänsä tee asiakkaita toisenlaisiksi.
- 2) On syytä pohtia tarkoin, millä kriteerillä asiakkaat valitaan ja millainen palveluohjaaja kenellekin sopii.
- 3) Palveluohjaajat eivät välttämättä selviydy yksin, vaan tarvitsevat tiimin tukea.
- 4) Ylikuormitetut palveluohjaajat unohtavat passiiviset asiakkaat eivätkä työskentele omaisten kanssa.
- 5) Liika paperityö voi vaikeuttaa yhteydenpitoa asiakkaisiin.
- 6) Työntekijöiden vaihtuvuus ja asiakkaiden laitoshoidojaksot katkaisevat helposti kontaktin.
- 7) Palveluohjaajien heikko koulutus ja asema ovat epäsuhteessa tehtävän vaativuuden kanssa. Se vaikeuttaa yhteistyötä toisten ammattikuntien kanssa samoin kuin käyttäjän edun ajamista rahoittajaan päin sekä lisää työntekijöiden vaihtuvuutta.
- 8) Palveluohjauksesta saattaa tulla ylimääräinen porras ja portti byrokraatiaan.
- 9) Tehokkaampi palveluhallinto ei välttämättä vähennä palvelujen kokonaiskustannuksia, sillä avopalvelujen käyttö kasvaa vaikka laitospalvelujen käyttö supistuisikin.

Useisiin edellä mainittuihin kriittisiin kohtiin liittyy kysymys: Kuka voi toimia palveluohjaajana? Millainen koulutus hänellä on? Amerikkalaiset kokemukset viittaavat vahvasti siihen, että suuri osa ongelmista on seurausta siitä, kun on yritetty käyttää edullisinta mahdollista työvoimaa palveluohjaajana. Koulutettu skandinaavinen sosiaalityöntekijä selviytyy monista toimenkuvaan liittyvistä ongelmista paremmin kuin amerikkalainen puoliammattilainen. Itse asiassa palveluohjaajan toimenkuva on hyvin samanlainen kuin palveluja järjestävän sosiaalityöntekijän klassinen toimenkuva. Silloin voidaan myös ajatella Cnaanin toivomalla tavalla palveluohjaajan roolin yhdistämistä sosiaalityöntekijän antamaan tukeen.

Mitä yksikköä palveluohjaaja edustaa? Jos hän on rahoittajan edustaja tai huomattavan tuotantoyksikön edustaja eli kunnan viranhaltija, niin mikä takaa, että palveluohjaaja kuulee kunnolla asiakasta. Eikö asiakkaan tulisi itse voida valita palveluohjaajansa, mielellään esimerkiksi jostain järjestöstä? Kuka valvoo asiakkaan oikeuksia prosessissa, vai muuttuvatko nekin neuvottelukysymyksiksi? Jos palveluohjaaja on rahoittajan edustaja ja hän pyrkii todella minimoimaan kustannuksia, niin miten hän tasapainoilee palvelujen käyttäjän ja hänen omaistensa välillä? Miten hän voi estää, jotta hän ei käyttäisi omaisia kohtuuttomasti hoivaajina? Johtaako

halvimman ratkaisun etsiminen siihen, että palkatut hoivaajat ovatkin puolipalkattuja ja tekevät työnsä ilman työttömyys- ja eläketurvaa?

Joan Ormen ja Bryan Glastonburyn (1993, 25 – 63) mukaan brittiläiset käsitykset palveluohjauksesta ovat kentällä työskentelevien keskuudessa hyvin vaihtelevia. Kielteisimmät kommentit koskevat palvelujen laatua. Yksilökohtainen palveluohjaus koetaan ensisijaiseksi taloushallinnon toiminnaksi, jossa ammattitaidolla tuotetut kunnolliset palvelut vaihdetaan yksinkertaisesti halvimpiin mahdollisiin palveluihin sekä tehdään loppu sosiaalityöstä ja erityisesti hyvinvointivaltiosta (ks. myös Walker 1991, 10). Toinen tyypillinen kritiikki on, ettei menetelmässä ole mitään uutta: se on sitä, mikä on aina kuulunut hyvän sosiaalityön käytäntöön.

Orme ja Glastonbury (1993, 68 – 72) eivät kuitenkaan itse yhdy kaikkeen kritiikkiin. He korostavat ettei vanha järjestelmä ole kovin hyvin puolusteltavissa eikä yksilökohtainen palveluohjaus ole yksisuuntaista budjettikeskeistä taloudenpitoa, vaan prosessi, joka voi myös vaikuttaa budjetteihin tuodessaan esiin tarpeita ja aktivoimalla asiakkaita. Yksilökohtainen palveluohjaus ei tee sosiaalityöntekijää tarpeettomaksi. Se siirtää kyllä painopistettä kahdenkeskisestä asiakastyöstä verkostotyöhön ja hallinnolliseen työhön, mutta samalla se yhdistelee vanhoja ongelmanratkaisustrategioita korostaessaan arvioinnin merkitystä ja monipuolisen paikallisen palvelukapasiteetin laajamittaista hyväksikäyttöä. Hallintotehtävät laajenevat, mutta samalla työntekijät saavat kaipaamaansa joustavuutta ja autonomiaa suhteessa sosiaalitoimen hallintoon.

Palveluohjaus olisi mahdollista yhdistää nykyisten sosiaalipalvelujen ammattilaisten tehtäviin ilman, että järjestelmä loisi uuden portin ja byrokraattisen tason. Yksilökohtainen palveluohjaus on tärkeä keino päätöksenteon viemisessä niin lähelle käyttäjää kuin mahdollista kuitenkaan jättämättä palvelujen hankintaa yksin hänen vastuulleen. Onnistuminen edellyttää työntekijöiltä uutta henkilökohtaista vastuunottoa. Työnantajalta se vaatii asiakasmäärien pitämistä kohtuullisena, luottamusta ammattilaisiin sekä riittävien tukipalvelujen turvaamista palveluohjaajille. Palveluohjaus ei sinänsä muuta palvelujärjestelmää, mutta se varmasti vauhdittaa sen kehittymistä käyttäjien toivomaan suuntaan.

7. LÄÄKÄRI PALVELUOHJAAJANA JA ITSENÄISEN BUDJETIN HALTIJANA

Yksi brittiläisen palvelureformin innovaatiosta on soveltaa yksilökohtaisen palveluohjauksen ideaa terveydenhuoltoon. Omalääkärinä on tehty palveluohjaaja, kuitenkin hiukan eri periaatteella kuin sosiaalipalveluissa. Lääkärin autonomia on suurempi: hän tuottaa itse yleislääkärinä peruspalvelut, mutta lisäksi hänellä on budjetti, jolla hän voi ostaa tavanomaisia sairaalapalveluja. Budjetista jäävä mahdollinen säästö on osin lääkärin itsensä käytettävissä. Lääkäri siis yhtä aikaa ohjaa, ostaa ja tuottaa palveluita sekä toimii yrittäjänä.

Omalääkäri ei toimi alueellisen väestövastuun periaatteella, vaan jos hän haluaa hallita osuutta julkisen vallan budjetista, hänen on saatava tietty määrä ihmisiä kirjoittautumaan potilaikseen. Potilas hyötyy järjestelystä siinä suhteessa, että lääkärin oma budjetti auttaa häntä ohittamaan jonoja, kun hän tarvitsee sairaalapalveluja. Jotta lääkäri ei valikoisi potilaikseen ainoastaan nuoria ja terveitä, hän saa suuremman korvauksen iäkkäistä potilaista. Malli korostaa lääkärin asemaa itsenäisenä yrittäjänä, jonka on kilpailtava potilaistaan.

Tästä kuten kaikista muistakin Britannian konservatiivien toteuttamista palvelureformeista on monenlaisia mielipiteitä. Vastustajat korostavat, että lääkärin budjettivastuu ei millään lailla takaa sitä, että järjestelmä toimisi entistä paremmin potilaan tarpeiden mukaan. Lääkärillä on joka tapauksessa vahva asiantuntijatietoon ja auktoriteettiasemaan perustuva yliote potilaaseen. Sitä paitsi niin kauan kuin oikeus omaan budjettiin ei ole sallittu kaikille lääkäreille, järjestelmä luo merkittävän eriarvoisuuden sekä lääkäreiden että potilaiden keskuuteen.

Kannattajat puolestaan katsovat, että järjestelmä rikkoo positiivisella tavalla terveydenhuollon tarjontakeskeisyyttä ja sairaaloiden ylivaltaa palvelujärjestelmässä. Budjettinsa turvin omalääkäri voi ja hänen kannattaa supistaa sairaaloiden käyttöä sellaisissa tapauksissa, joissa sairaalahoito ei ole välttämätöntä. Tämä on huomattava askel avohoidon suuntaan, vaikka vastustajat voivat epäillä hoidon tason vaarantuvan. Kaikki potilaat eivät suinkaan ole innostuneita siitä, että heitä siirretään terveyspalvelujen piiristä sosiaalipalvelujen käyttäjiksi. Usein se merkitsee sitä, että palveluista on itse maksettava entistä suurempi osuus.

Yksilökohtainen palveluohjaus niin sosiaalipalveluissa kuin terveydenhuollossa on selvässä ristiriidassa toisen kehityssuuntauksen kanssa, että rahat palvelujen ostoon annetaan palvelujen tarvitsijalle. Jos yksilökohtainen palveluohjaus olisi pelkkää arviointia, siihen voisi liittää oikeuden ostaa palvelut mistä haluaa. Mutta yksilökohtainen palveluohjaus on samalla budjetin hallintaa ja silloin se on eri asia. Yksilökohtaisessa palveluohjauksessa asiakkaat eivät itse toimi palvelujen ostajina, vaan heidän puolestaan sen tekevät palveluohjaajat. Yksilökohtaisen palveluohjauksen ideologia ei siis luota sataprosenttisesti kuluttajaan ja kansalaiseen. Se on ehkä järkeväkin kun on kyse hyvin riippuvaisista ihmisistä. Autonomia vaatii kyvyn kantaa vastuuta. Mutta silloinkaan asetelmaa ei pitäisi jättää yksin ainakaan rahoittajaa edustavan palveluohjaajan käsiin, vaan vahvistaa asetelmaa kansalaisen asianajajalla.

Yksi perusongelmista liittyy siihen, kun palvelujärjestelmä tulee hyvin tietoiseksi itsestään järjestelmänä. Tällöin itse järjestelmä saattaa tulla sen piirissä toimivien tajunnassa keskeiseksi – eivät ihmiset. Jos palveluohjaaja on erityisen tietoinen palvelutavoitteista, palveluista, organisaatiosta, arviointimenetelmistä, rahoituksesta, kontrollista ja panoksestaan järjestelmässä, niin miten paljon se auttaa kuuntelemaan ihmistä. Palveluammattissa toimivan työntekijän täytyy yhtäältä osata tehdä tehtävänsä teknisesti ja tiedollisesti oikein, mutta toisaalta hänen täytyy pystyä kohtaamaan juuri se ihminen, jota hän palvelee. Tietämisen ja inhimillisen ymmärtämisen ulottuvuuksien pitää yhtyä sosiaalipalveluissa eikä kumpikaan yksin riitä.

Jos lähivuosien keskustelu pyörii organisoinnin, rahoituksen ja järjestelmien rakentamisen ympärillä, auttaako se työntekijää keskittymään ja havaitsemaan ihminen asiakkaassaan? Ehkä ei, mutta emme voi myöskään mitään sille tosiasialle, että kaikki keskustelu, politiikka, tutkimus ja hallinnonuudistukset etenevät projekteina. Toiminnassa voi olla vain muutama projekti kerrallaan, muut ovat varjossa ja unohtettuina, kunne uusi tilanne nostaa toiset projektit pintaan.

8. OIKEA IHMINEN OIKEAAN PAIKKAAN, MUTTA...

Griffthsin ohjelmassa korostuu vastuu. Siinä ei määritetä vain palvelujärjestelmän vastuuorganisaatioita, vaan myös asiakkaiden vastuuhenkilöt. Juuri viimeksi mainittua tehtävää ovat tulleet täyttämään palveluohjaajat. Heidän on pidettävä huolta siitä, että tietty asiakas, joka tarvitsee

paljon palveluja, on oikeassa paikassa. Mutta samalla avautuu uusi ongelma: kenen kannalta tämän palveluja tarvitsevan ihmisen tulee olla oikeassa paikassa?

Palvelujen tuottajan, rahoittajan ja asiakkaan näkökulmasta se oikea paikka ei aina ole sama. Tuottaja haluaa myydä palveluja sopiville asiakkaille, rahoittaja etsii kokonaistaloudellisuutta ja asiakas puolestaan mahdollisimman hyvää elämää. Kenen palveluksessa on palveluohjaaja? Miten hänen tulee toimia, kun asiakas ei kykene valvomaan etujaa?

Olemassaolevat palveluohjauksen järjestelmät ovat hyvin erilaisia. Stephen Rosen (9; ks. myös Rose & Black 1985, 75) käsityksen mukaan useimmat järjestelmät toimivat palvelujen tuottajien ja rahoittajien ehdoilla, ja silloin pitää kysyä, mitä hyötyä koko järjestelmästä on. Niissä oloissa ei synny painetta kehittää palvelujärjestelmää siten, että se todella vastaa asiakkaan tarpeisiin ja muodostaa mielekkään kokonaisuuden. Ei ole mitään takeita siitä, että järjestelmä pyrkii maksimoimaan kestoasiakkaan resurssit ja luomaan hänelle edellytyksiä parempaan elämään.

Palveluohjaajan tulisi olla asiakkaan intressien tukija ja puolustaja. Mutta tämä taas on mahdollista vain silloin, jos rahoittajana on julkinen sektori ja se antaa palveluohjaajalle tähän valtuudet. Miksi se antaisi tällaisia valtuuksia? Siksi, että ihmisten toimintakyky ja itsehallinta ovat lopulta yhteiskunnan edun mukaisia, myös taloudellisesti.

Jotta järjestelmä kokonaisuudessaan olisi pätevä, tulee palveluohjaajilla olla keinot arvioida palvelujen laadun ja hinnan suhdetta toisiinsa ja ”omien” asiakkaidensa suhdetta tarjottuihin palveluihin. Palvelun käyttö ei voi enää perustua sympaattiseen luottamukseen tai vanhoihin kokemuksiin kuten aiempina vuosina. Suomessakin on jo hankittu tästä tuoreita esimerkkejä. Hyvinvointipluralismiin ei kuulu ihmisten ja organisaatioiden naiivi luottamus toisiaan kohtaan.

Joidenkin amerikkalaisten sovellutusten ongelmaksi on tullut palveluohjaajien heikko asema palveluorganisaatioiden valtapelissä. Jos palveluohjaajat ovat heikkoja, he ovat tarpeettomia. On monta syytä yhtyä Synnöve Karvisen (1992) toteamukseen, että suomalaisissa oloissa palveluohjaajan tehtävät ovat kuuluneet sosiaalityöntekijöille ja sopivat heille edelleen. Heidän toimenkuvansa vain tulisi selkeyttää ja heidän asemaansa sekä heidän käytössään olevia resursseja pitäisi tässä tarkoituksessa vahvistaa. Tällä hetkellä sosiaalityöntekijät ovat epäilemättä ammattikunta, jolla on eniten palveluohjaajilta edellytetyjä ominaisuuksia.

KIRJALLISUUS

Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (1992) Julkinen, yhteisöllinen ja yksityinen sosiaalipolitiikassa – Sosiaalipalvelujen toimijat ja uudenlaiset yhteensovittamisen strategiat. Teoksessa Olavi Riihinen (toim.) Sosiaalipolitiikka 2017. Porvoo: WSOY, 435 – 461.

Baldock, John (1991) The National Context of Social Innovation - England and Wales, Teoksessa Kraan, R.J. et. al. Care for the Elderly. Significant Innovations in three European Countries. Frankfurt a.M.: Campus/Westview, 45 – 69.

Cnaan, Ram A. (1994) The New American Social Work Gospel: Case Management of the Chronically Mentally III. British Journal of Social Work 24, 533 – 557.

- Dant, Tim & Gearing, Brian (1990) Keyworkers for elderly people in the community: case managers and co-ordinators. *Journal of Social Policy* 3(19), 331 – 360.
- Davies, Bleddyn & Challis, David (1986) *Matching Resources to Needs in Community Care*. Aldershot: Gower.
- Davies, Bleddyn (1992) *Care Management, Equity and Efficiency: The International Experience*. Canterbury: PSSRU.
- Davies, Bleddyn ym. (1990) *Resources, Needs and Outcomes in Community-Base Care*. Aldershot: Avebury.
- Gothóni, Raili (1991) Omais- ja loppuunpalaneita ihmisiä vai käyttämätön voimavara. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 4. Helsinki.
- Gothóni, Raili (1990) Vanhusten sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki – tutkimus kalliolaisten ja kriteeläisten vanhusten elämäntilanteesta, sosiaalisista verkostoista ja tuesta. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 2. Helsinki.
- Hollender, M. H. (1952) Individualizing the Aged. *Social Casework* 8 (33), 337 – 342.
- Howe, Anna (1994) *Changing the balance of care: a comparison of Australia and New Zealand. Meeting on caring for frail elderly people: policies for the future*. Chateau de la Muette, Paris 5th and 6th July 1994. (moniste)
- Hugman, Richard (1991) *Power in caring professions*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire and London: Macmillan.
- Hänninen, Jorma (1990) Case management: mikä nimeksi? *Sosiaaliturva* 4 (78), 156.
- Karvinen, Synnove (1992) Case management – myyvä nimi sosiaalityön viisaalle toiminnalle. *Sosiaalityöntekijä* 8, 8 – 11.
- Koskinen, Simo (1993) Sosiaalityö vanhusten parissa. Review-tutkimus gerontologisen sosiaalityön muotoutumisesta. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja B. Tutkimusraportteja ja selvityksiä 17. Rovaniemi.
- Lawson, Robyn (1993) The new technology of management in the personal social services. Teoksessa Peter Taylor-Gooby & Robyn Lawson (ed) *Markets and managers. New issues in the delivery of welfare*. Buckingham & Philadelphia: Open University Press, 69 – 84.
- Lokshim, H. (1995) Casework Counseling with the Older Client. *Social Casework* 6 (36), 257 – 263.
- Lowy, L. (1979) *Social Work with the Aging. The Challenge and Promise of the Later Years*. New York: Harper & Row.
- O'Connor, Gerald G. (1988) Case management: system and practice. *Social Casework* 2 (69), 97 – 106.

Orme, Joan & Glastonbury, Bryan (1993) Care Management: Tasks and Workloads. Basingstoke: Macmillan.

Pirhonen, Teuvo (1982) Moniongelmaiset huoltoavun saajat Orimattilan kunnassa. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntapolitiikan pro gradu –tutkielma.

Rose, Stephen M. Case management: an overview and critical assessment for health, mental health and human services. New York State University at Stony Brook. (moniste, ei julkaisuvuotta).

Rose, Stephen M. & Black, Bruce L. (1985) Advocacy and empowerment. Mental health care in the community. Boston, London and Henley: Routledge & Kegan Paul.

Satka, Mirja (1990) Case management – yhteistyön jännittävä uusi ulottuvuus. Sosiaaliturva 4 (78), 21 – 23.

Sherma, E. (1990) Casework Services. Teoksessa A. Monk (ed) Handbook of Gerontological Services. New York: Columbia University Press.

Sihvo, Tuire (1989) Arki ja apu. Sosiaalihuollon väestötiedustelun raportti I. Sosiaalihuollon julkaisuja 14/1988. Helsinki.

Sihvo, Tuire (1991) Virallinen ja epävirallinen sosiaalihuollon kannalta. Teoksessa Aila-Leena Matthies (toim.) Valtion varjossa. Katsaus epävirallisen sektorin tutkimukseen. Helsinki: Sosiaaliturvan Keskusliitto, 69 – 77.

Sipilä, Jorma (1989) Case management – laadun parantaminen sosiaalihuollossa. Sosiaaliturva 23 (78), 1147 – 1149.

Sipilä, Jorma (1983) Tuhatkätisen valtion hoitoideologiasta. Sosiaalinen aikakauskirja 1, 8 – 10.

Stalker, Kristen (1994) Implementing care management in Scotland: an overview of initial progress. Care in Place. The International Journal of Networks and Community 2 (1), 104 – 119.

Steinberg, R. M. & Carter, G. W. (1983) Case Management and Elderly. Lexington, Mass.: Lexington Books.

Walker, Alan (1991) Towards greater user involvement in the social services. Teoksessa Tom Arie (ed) Psychogeriatrics. London: Churchill Livingstone, 5 – 18.