

Opinnäytetyö

YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2010

Tarja Huilla

ASUMISPALVELUA KUNTOUTUSKESKUKSESSA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

10.5.2010 | 55

Ohjaaja Raija Nurminen

Tarja Huilla

ASUMISPALVELUA KUNTOUTUSKESKUKSESSA

Kehittämiprojekti toteutettiin tuotteistamisprosessina Maskun neurologisessa kuntoutuskeskuksessa. Tavoitteena oli luoda uusi palvelutuote: lyhytaikaista asumispalvelua soveltuville asiakasryhmille. Asumispalvelun käyttäjinä olisivat vammaiset ja/tai ikääntyneet aikuiset ja rahoittajina kuntien tai kuntayhtymien sosiaali- ja/tai terveydenhuolto.

Aiheeseen liittyvää taustatietoa varten selvitettiin asiaa koskevaa lainsäädäntöä ja ohjeistuksia sekä tuetun asumisen eri muotoja. Taustatiedon lisäksi selvitettiin mahdollisten käyttäjien eli asiakkaiden mielipiteitä kirjallisena asiakaskyselynä postitse. Kuntatoimijoiden mielipiteitä kartoittava Webropol-kysely lähetettiin sähköpostina. Molempien kyselyiden vastaajat valittiin Varsinais-Suomen kuntien alueelta. Aineistoja analysoitiin ja verrattiin toisiinsa. Vastaavaa asumispalvelua toteuttavan tahon asiantuntijalle tehtiin haastattelu.

Asiakaskyselyyn vastasi 73 eli 51%. Asumispalvelu kuntoutuskeskuksessa olisi erittäin toivottua, mutta toisaalta lähes puolet arvioi huonoksi mahdollisuuden saada maksusitoumus. Vastaajilla on selkeä mielipide palveluista, joita he pitävät asumispalvelujaksolla tärkeinä. Asiakkaista lähes puolella on liian vähän tietoa palveluista. Kuntakyselyyn vastasi 29 eli 46,8%. Kuntatoimijoilla on selkeä näkemys palvelujen tarpeista, tärkeydestä ja omista resursseistaan. Lähes puolet ovat kiinnostuneita uudesta palvelusta. Tärkeimmät palvelut molempien vastaajaryhmien mielestä ovat toimintakyvyn arviointi, hoitotyö ja ateriat. Myös liikuntakyvyn arviointi, apuvälinearviointi, lääkehoito ja ulkoilu koetaan tärkeiksi. Suurin ero mielipiteissä on majoituksen kohdalla: asiakkaat pitävät yhden hengen huonetta tärkeämpänä kuin kuntatoimijat. Tutkimushaastattelun keskeisin tulos oli se, että asumispalveluun tulevan henkilön hoidon tarve on voitava arvioida palvelupaketin hinnan perusteeksi. Myös asiakkaan kyky osallistua asumispalveluun tulee arvioida. Tämä edellyttää toimintakykymittareiden tuntemusta ja käyttöä.

Asumispalvelutuote muodostuu täysihoidosta ja kuntouttavasta hoitotyöstä, joita täydennetään liikuntaryhmillä, luennoilla ja vapaa-ajan ohjelmilla. Asukkaalla on mahdollisuus täydentää palvelua erilaisin tuottein. Markkinointi suunnataan kuntiin, mutta uudesta palvelusta kannattaa tiedottaa myös suoraan asiakkaille. Toimintaa johdetaan tulosvastuullisesti ja toiminnan tulee olla itsensä kannattavaa.

ASIASANAT:

kuntoutuskeskus, asumispalvelu, asiakaslähtöisyys, vammaispalvelu, palvelutuote, tuotteistus, liiketalous, kannattavuus

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree Programme in Social Services and Health Care

Master of Health Care

10.5.2010 | 55

Tutor Raija Nurminen

Tarja Huilla

SHORT-TERM RESIDENCY IN THE REHABILITATION CENTER

This development project was carried out at Masku Neurological Rehabilitation Center as a productization process. The goal was to create a new service product: short-term residential services. The service users are disabled and/or older adults, and is financed by municipalities of social and/or health care.

Related background information was collected by checking the relevant legislation and orders. Also the different models of residential services were cleared. Clients' opinions were examined with a survey by mail. Municipality Operators opinions were asked by Webropol survey sent via e-mail. For both surveys respondents were selected in Southwest Finland region. The material was analyzed and compared with each other. One survey interview was taken in the specialist center with residential services.

The client survey was answered by 51% (143/73). Residential services would be highly desirable, but almost half of them doubted the opportunity to get the payment. Respondents valued the most important services. Almost half reported having too little information about the services. Municipality of 29 (46,8%) answered the questionnaire. They have a clear vision of service needs, and the limits of their own resources. Nearly half are interested in the new service. The main services of the two respondent groups are considered to be the functional assessment, rehabilitative nursing care and meals. The physical capacity assessment, medication and recreation are mentioned also important. The major difference is the need of accommodation: clients mentioned single rooms more important. The result of the interview was that there is a need to assess the client's functional ability to value the service package price. The client should also be able to participate the daily program. This requires an understanding and use of functional ability assessments.

The service package consists of full-service accommodation, rehabilitative nursing care, complemented by sports groups, lectures, and recreational activities. Clients have the opportunity to buy a range of services with their own expense. Marketing must be targeted at municipalities, but the new service should also be advertised directly to clients. Operations are managed responsibly and service should be profitable.

KEYWORDS:

rehabilitation center, short-term residential services, handicap services, client-centered, service product, productization, business economics, profitability

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	4
2 TIETOPERUSTA	5
2.1 Kohdeorganisaatio	5
2.2 Taustatietoa	7
2.3 Tiedonhaku	8
2.4 Tuotteistaminen	18
3 TOTEUTUS	20
4 TUOTTEISTAMISPROSESSI	21
4.1 Projektorganisaatio ja kohderyhmät	21
4.2 Asiakaskysely	22
4.2.1 Tulokset	23
4.3 Kuntakysely	29
4.3.1 Tulokset	30
4.4 Kyselyiden vertailua	35
4.5 Haastattelu	36
4.6 Toimintakyvyn määrittely asumispalvelua varten	38
4.7 Kuntouttava hoitotyö asumispalvelussa	41
4.8 Yhteenveto tietojen keräyksestä	42
5 ASUMISPALVELUTUOTE	42
5.1 Palvelukuvaus	43
5.1.1 Ohjelmapohja	45
5.1.2 Markkinointisuunnitelman laatiminen	45
5.2.3 Liiketaloudellisen kannattavuuden arviointi	46
6 PROJEKTIN ARVIOINTIA JA KEHITTÄMISEHDOTUKSIA	47
6.1 Projektin arviointia	47
6.2 Palveluseteli asumispalveluun	50
6.3 Asumispalveluiden laatukriteerit	51
6.4 Reflektio	52
LÄHTEET	53

KUVAT

Kuva 1. Maskun neurologinen kuntoutuskeskus	6
---------------------------------------------	---

KUVIOT

Kuvio 1. Kehittämiprojektin vaiheet	20
Kuvio 2. Palvelupaketti	44

TAULUKOT

Taulukko 1. Palvelun tarpeen syyt asiakaskyselyssä	24
Taulukko 2 Palveluiden tärkeys asiakaskyselyssä	25
Taulukko 3. Lyhytaikaishoidon järjestäminen	31
Taulukko 4. Palveluiden tärkeys kuntakyselyssä	33

LIITTEET

Liite 1. Asiakaskysely	1
Liite 2. Kuntakysely	4
Liite 3. Ohjelmapohja	7

1 Johdanto

Tämän sosiaali- ja terveysalan johtamisen ja kehittämisen opintoihin liittyvän opinnäytetyöni aiheen antoi hallintopäällikkö Eija Luoto, ja aiheen lisäperustelu löytyi myös Suomen MS-liitto ry:n vuoden 2009 vuosisuunnitelmasta. Suunnitelmavuoden tärkeänä tavoitteena oli Maskun neurologisen kuntoutuskeskuksen uusien palvelulinjojen kehittäminen. Tehokkaan ja taloudellisen toiminnan varmistamiseksi kuntoutuskeskuksen on jatkossa pyrittävä monipuolistamaan palvelumuotojaan ja kasvattamaan uusien asiakasryhmien osuutta.

Asumispalvelun aloittaminen kuntoutuskeskuksessa edellyttää monipuolista taustaselvitystä ja suunnittelua, joita tässä työssä kuvataan. Uuden palvelutuotteen varsinaisen käyttäjäryhmän muodostavat aikuiset, jotka tarvitsevat lyhytaikaista asumispalvelua. Palvelutarve nousee esiin muuttuneessa elämäntilanteessa, jossa toimintakyky alenee sairauden, vamman tai ikääntyminen vuoksi. Asumispalvelun markkinoinnin suunniteltu kohdealue on Varsinais-Suomi, joten taustaselvitys päätettiin kohdentaa tälle alueelle.

Asiakkaan ja palveluntuottajan yhteistoimintaa voidaan pitää keskeisenä edellytyksenä asiakaspalvelulähtöisen toiminnan muodostumiselle. Asiakkaille tulee tarjota ratkaisuja, jotka tuottavat heille merkittävää lisäarvoa. Tuotekehitystä tulisi tehdä verkostossa, jossa osapuolet täydentävät toisiaan. (Lindroos ja Lohivesi 2004, 64.) Kunnat ovat täydentäneet omia palvelujaan yksityisillä, mutta yksityiset palveluntuottajat voivat erikoistua sellaisiin palveluihin, joita kunnat eivät itse tuota (Sutela 2003, 84). Tässä on keskeinen perustelu asumispalvelun tarjoamiselle kuntien suuntaan. Järjestön näkökulmasta uusien palvelukonseptien kehittäminen ja palvelutoiminta kytkeytyy myös niiden perustehtävään jäsenistönsä edunvalvojina. Usein järjestöillä on lisäksi palveluntarpeen tunnistajina hyvä asiantuntemus jäsenistönsä suhteen.

Palvelutuotteen kehittämisprojekti etenee tuotteistamisprosessin vaiheiden mukaan. Työssä kuvataan valmistelutyötä, taustaselvityksiä ja kohderyhmille tuotekehittelyä varten tehtyjä kyselyitä ja niiden tuloksia. Uusi palvelutuote muodostetaan näissä hankittuun tietoon perustuen. Prosessin tuloksena saadaan määritettyä paitsi palvelutuote, myös täsmennettyä se, ketkä osallistuvat palvelun tuottamiseen, tarvittavat palveluvaiheet ja toimintatilat (Lehtinen & Niinimäki 2005, 41). Tavoitteena on myös palvelun sisäisen ja ulkoisen markkinoinnin, seurannan ja arvioinnin suunnittelu. (Jämsä & Manninen 2000, 85; Kivistö 2003,168–169.)

2 Tietoperusta

2.1 Kohdeorganisaatio

Maskun neurologinen kuntoutuskeskus on Suomen MS-liitto ry:n toimintayksikkö. Muut toimintayksiköt ovat Palvelutalo Merenpisara Helsingissä, Palvelutalo Pihapihlaja Seinäjoella ja Palvelutalo Satakieli Lappeenrannassa sekä Aksoni Avokuntoutus, jolla on useita toimipisteitä. MS-liiton keskeiset toimialueet ovat järjestötoiminta, kuntoutustoiminta ja asumispalvelutoiminta. Liiton toimintayksiköt toimivat yhteistyössä toisiaan tukien. Liiton toimintaa johdetaan tehokkaasti ja taloudellisesti johdonmukaisen suunnittelun ja seurannan avulla. Johtamisessa korostetaan henkilökohtaista vastuuta palvelujen laadusta ja kustannustehokkuudesta. Toimintayksiköitä johdetaan tulosvastuullisesti, ja toimintayksiköiden toiminnan tulee olla itsensä kannattavaa. Voitolliseen tulokseen ei kuitenkaan pyritä toiminnan sisällön tai laadun kustannuksella. Taloudellinen tulos käytetään toiminnan kehittämiseen.

Liittokokous määrittelee liittovaltuuston esityksestä liiton vision, arvot ja strategian sekä hyväksyy niihin pohjautuvan kolmevuotissuunnitelman. Liittovaltuusto hyväksyy vuosittain liittohallituksen esityksestä seuraavan vuoden toiminnan painopistealueita ja talouden suuntaviivoja koskevan

vuosisuunnitelman. Vuoden 2009 vuosisuunnitelman mukaan palveluiden kehittämisen kohteena oli suunnitelmavuoden aikana Maskun neurologinen kuntoutuskeskus. (Suomen MS-liitto 2009.)

Maskun neurologinen kuntoutuskeskus tuottaa korkeatasoisia työ- ja toimintakykyisyyttä ylläpitäviä ja parantavia lääkinällisen kuntoutuksen palveluja neurologisille erityisryhmille. Kuntoutuskeskuksen asiantuntemus MS-taudin kuntoutuksessa tunnustetaan maailmanlaajuisesti. Keskeisiä kuntoutujaryhmiä ovat myös ataksia, aikuiset CP-vammaiset, myastenia gravis, syringomyelia, ALS, Parkinsonin tauti ja muut neurologiset sairaudet. Kuntoutusta järjestetään myös aivovamman saaneille ja aivohalvauspotilaille. Henkilökunta on sitoutunut jatkuvaan ammatilliseen kasvuun, jolle luodaan edellytykset säännöllisellä koulutuksella ja työnohjauksella. Työn laadusta on osoituksena laatusertifikaatti: kuntoutuskeskuksen laatujärjestelmä täyttää ISO 9001:2003 vaatimukset. Laatujärjestelmä antaa edellytykset hyvälle palvelulle ja toiminnan jatkuvalla parantamiselle. (Maskun neurologinen kuntoutuskeskus, 2009)



Kuva 1. Maskun neurologinen kuntoutuskeskus

2.2 Taustatietoa

Tehokkaan ja taloudellisen toiminnan varmistamiseksi kuntoutuskeskuksen on pyrittävä monipuolistamaan palvelumuotojaan ja kasvattamaan uusien asiakasryhmien osuutta. Tähän löytyy perusteluita myös tutkimuksista: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulussa on tutkittu kuntoutuslaitosten tulevaisuuden toimintavaihtoehtoja. Tutkimustuloksissa todetaan, että kuntoutustoiminnan ylläpitämiseksi olisi tarpeen keskittyä eri tautien erityisongelmien hoitoon ja kuntoutukseen, tai toisaalta keskittyä ikääntyneiden pitkäaikaishoitoon (Hakulinen & Savela 2001, 24.) Edellinen on jo huomioitu Maskussa, ja tämän kehittämisprojektin idea koskee toista vaihtoehtoa. Ehdotetuista toimintamuodoista kiinnostavimmalta tuntuu vaihtoehto, jossa ikääntynyt henkilö asuu omassa kodissaan, mutta tulee määrääjoin toimintakykyä ylläpitävään kuntoutukseen, jossa arvioidaan myös hoidon tarvetta (Hakulinen ym. 2001, 34.) Tutkimuksessa tuli esille myös toinen mielenkiintoinen tulos: kuntoutuslaitosten tulevaisuuden toimintaa voisi kohentaa itse maksavien ikääntyvien asiakkaiden ´virkistyskuntoutus´, joka kannattaa hyvänä ideana huomioida vastaisuudessa (Hakulinen ym. 2001, 27).

Kehittämisprojektissa on pyritty huomioimaan uuden toiminnan integrointi kuntoutuskeskuksen muuhun toimintaan. Yhteistyössä tulee suunnitella mm. toiminnan organisointia, palveluista perittäviä hintoja, kehittää toimintaan liittyviä sidosryhmäsuhteita, huolehtia olemassa olevan henkilöstön kouluttamisesta ja perehdyttämisestä toimintaa varten sekä toimintaan tarvittavien toimitilojen tarkoituksenmukaisista muutoksista, varusteista ja käytöstä. (Suomen MS-liitto 2009.) Kauppa- ja teollisuusministeriön selvityksen mukaan palvelun toimitusvarmuus on tärkeä laadullinen kilpailutekijä (Lith 2006, 16). Tältä osin kuntoutuskeskuksen toiminta on todettu muiden sidosryhmien auditoinneissa erittäin hyväksi, eikä liene epäilystä siitä, etteikö uusi palvelumuoto tarkan suunnittelun myötä täyttäisi laatuvaatimuksia.

Palvelun tuottamiseen osallistuva henkilökunta on nuorekasta, motivoitunutta ja tunnollista. Toimintatapoja on totuttu tarkistamaan ja muuttamaan säännöllisesti. Tältä pohjalta uuden, huolellisesti perustellun toimintamuodon

aloittaminen ei liene ylivoimainen tehtävä, joskin se vaatii keskeisten henkilöiden toimintaan sitouttamista. Olennainen asia on hahmotella henkilökunnalle uuden palvelutoiminnan edut, mm. taloudellista tilannetta vakauttavat vaikutukset.

Raatikaisen mukaan (2008, 61) idea tuotekehittelyprojektiin lähtee asiakkaan tarpeiden pohjalta, ja tutkimustietoa hyödyntäen arvioidaan myös markkinoinnin lähtökohtia. Esitutkimus luo ja määrittää tulevan tuotteen ominaisuudet, hyödyntää markkinointiselvitykset, selvittää tuotantomahdollisuudet ja tekee kannattavuus selvitykset. Valmistelutyönä selvitettiin asiaa koskevaa lainsäädäntöä ja olemassa olevia valtakunnallisia ja kansainvälisiä asumispalvelujärjestelmiä.

Valmistelutyön taustaksi esitettiin seuraavat keskeiset kysymykset:

- Mitä asumispalvelulta lainsäädännössä edellytetään?
- Miten asumispalveluita on järjestetty muissa vastaavissa yksiköissä?
- Millaisia asumispalveluita asiakkaat tarvitsevat tai toivovat?
- Millaisia asumispalveluita julkinen sektori tai muu rahoittaja tarvitsee tai toivoo?
- Millaisia asumispalvelutuotteita voidaan laitosolosuhteissa tarjota?
- Millaisia resursseja toiminnan käynnistäminen vaatii?

2.3 Tiedonhaku

Kehittämisprojektin aihealue osoittautui sisällöltään harvinaiseksi, sillä projektin idean mukaista kuntoutuskeskuksessa tapahtuvaa arvioivaa ja kuntouttavaa asumispalvelua ei Suomessa – tai muuallakaan - ole juuri toteutettu, vaan kuntoutuskeskukset ovat pitäytyneet lähinnä yksilöllisen ja ryhmämuotoisen laituskuntoutuksen toteuttamisessa, tai järjestäneet hoivapalvelua. Tietoa

nykytoiminnoista haettiin asiasanalla *kuntoutuskeskus*. Kirjallisuuskatsaukseen valittiin asiasanoiksi vaikeavammaisten ja vanhusten asumispalveluihin ja asiaa koskevaan lainsäädäntöön liittyviä ilmaisuja, kuten *asumiskokeilu*, *asumispalvelu*, *palveluasuminen*, *palvelutalo*, *sosiaalihuoltolaki*, *vammaispalvelu*, *vammaispalvelulaki*. Tiedonhaku laajennettiin kansainväliseksi asiasanoilla *‘disabled and housing’*, *‘housing for the elderly’*, *‘service home’* ja *‘service home and disability’*. Yksityisen palvelun resurssien ja toteutustapojen selvittelyä varten asiasanoiksi valittiin *asiakaslähtöisyys*, *kolmas sektori*, *palvelutuotanto*, *tuotteistus*. Projektin loppupuolella tiedonhakuun lisättiin *liiketalous*, *kannattavuus* ja *evaluointi*.

Määritelmiä ja suosituksia

Stakes ja Kuntaliitto ovat määritelleet kuntoutuspalveluluokituksessa (1997) aihealueen termejä.

Asumiskokeilu on kokeilu, jossa selvitetään kuntoutujan edellytykset itsenäiseen asumiseen ja siihen tarvittavien toimenpiteiden tarve. Kokeilu voidaan toteuttaa sairaalan tai kuntoutuslaitoksen yhteydessä olevissa, asumiskokeiluun varatuissa tiloissa, palvelutaloissa, ryhmäkodissa tai itsenäisessä asumisessa.

Asumisvalmennus on yksilöllisesti tai ryhmässä tapahtuvaa valmennusta itsenäiseen asumiseen. Valmennus koskee selviytymistä kotona. (Stakes & Suomen Kuntaliitto 1997, 17–24.) Asumiskokeilu painottuu siis arviointiin, valmennus varsinaiseen harjoitteluun. Tämä erottelu on tausta-ajatteluna tarpeen, kun pohditaan kehittämishankkeen kohteena olevaa uutta toimintaa.

Palveluasuminen tarkoittaa vammaispalvelulain mukaan kunnan järjestämää asumista sellaisille vaikeavammaisille henkilöille, jotka vammansa tai sairautensa vuoksi tarvitsevat säännöllisesti tai jatkuvasti toisen ihmisen apua päivittäisissä toiminnoissa, mutta jotka eivät ole jatkuvan laitoshoidon tarpeessa. Palveluasuminen voi toteutua palvelutalossa, ryhmäasumisena tai omassa omistus- tai vuokra-asunnossa. Olennaista on, että asuntoon saadaan

juuri kyseiselle vammaiselle ihmiselle tarkoituksenmukaiset palvelut. (Vammaispalvelulaki 2008/981.)

Lyhytaikaisesta asumisesta hoitoyksikössä käytetään erilaisia nimityksiä. Mm. Raision kaupungin ikäihmisten palvelusivuilla määritellään, että intervalli- eli lyhytaikaishoito on laitoshoidon, joka on tarkoitettu tukemaan asiakkaan kotona selviytymistä, ja sitä käytetään mm. omaishoitajien lakisääteisten vapaapäivien järjestämiseen ja väliaikaisena hoitona, kun mietitään sopivaa palvelumuotoa asiakkaalle, joka ei enää selviydy kotona (Raision kaupunki 2009). Vastaavaa palvelua vaikuttaisi olevan hoivapalvelu, jota on saatavilla joissakin kuntoutuskeskuksissa (Kuntoutumiskeskus Apila 2009).

Palveluasumisen, asumiskokeilun tai -valmennuksen järjestämistä koskevaa lainsäädäntöä on selvitetty aihealueen lakiteksteistä sekä sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuista. Vammaispalveluasetuksen 10§ ja 11§:ssä (Asetus 1987) tarkennetaan, että palveluasumiseen kuuluvat asunto sekä asumiseen liittyvät palvelut, jotka ovat välttämättömiä asukkaalle jokapäiväiselle suoriutumiseksi. Palveluita voivat olla esimerkiksi avustaminen asumiseen liittyvissä toiminnoissa kuten liikkumisessa, pukeutumisessa, henkilökohtaisessa hygieniassa, ruokataloudessa ja asunnon siivouksessa, tai niitä palveluita, joita tarvitaan asukkaalle terveyden, kuntoutuksen ja viihtyvyyden edistämiseksi. Kunnilla ja kaupungeilla on lakien mukaisia asumispalvelun ja muun hoidon järjestämisvelvollisuuksia, jotka niiden on pyrittävä taloudellisesti hoitamaan. (Vammaispalvelulaki 2008/981.)

Toimintaa ohjaamassa on myös vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuositus, joka on tarkoitettu lähinnä kuntien viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden päätöksenteon tueksi, eikä se ole kuntia sitova normi. Siinä on kuvattu suositeltavaa käytäntöä ja tavoitteena on auttaa kuntia kehittämään vammaisten ihmisten palveluita. Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuosituksen tavoitteena on luoda edellytykset yhdenvertaisuuden toteutumiseksi, parantaa vammaisten ihmisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia yhteiskunnassa sekä tukea kuntia vammaisten

ihmisten asumisen ja asumispalveluiden kehittämisessä. Suositus on tarkoitettu ensisijaisesti kuntien johdon, johtavien viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden käyttöön. Sen tarkoituksena on antaa välineitä, näkemyksiä ja suuntaviivoja päätöksenteon tueksi. Sen toivotaan tukevan myös palveluita toteuttavan henkilöstön toimintaa. Suositus soveltuu hyvin järjestöjen edunvalvontaan. Suosituksen perustana on perustuslain mukainen tasa-arvo ja yhdenvertaisuus. Lähtökohtana suosituksessa on asiakaslähtöisyys sekä asumisen monimuotoisuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2003, 4.)

Tähän kehittämisprojektiin soveltuvina laatusuosituksen kohtina voidaan esittää seuraavat:

1. Vammaisten ihmisten asumisen tarpeet on huomioitava kuntasuunnitelmassa, jolloin kunnan päätöksenteossa, suunnittelussa ja toiminnassa otetaan huomioon vammaisten ihmisten tarpeet. Päätöksenteon tukena käytetään kunnassa laadittua vammaispoliittista ohjelmaa ja/tai palvelutarvekartoituksia.
2. Yksilöllisillä palveluilla pyritään yhdenvertaisuuteen. Toimintakyvyltään erilaisten kuntalaisten asumista toteutetaan yksilöllisesti ja käyttäjän tarpeiden mukaisesti. Palveluiden suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin apuna käytetään kirjallista palvelusuunnitelmaa. Asumispalveluissa huomioidaan, että henkilöstön määrä ja osaaminen vastaavat asiakkaan tarpeita. (Sosiaali- ja terveysministeriö ym. 2003, 4.)

Stakes on sittemmin tehnyt arvioinnin laatusuositusten vaikutuksista kunnissa ja järjestöissä (Kotiranta 2008). Tässä kehittämisprojektissa voidaan ottaa huomioon arvioinnissa esille tulleet epäkohdat laatuksiteereinä järjestettävälle uudelle palvelulle. Aiheeseen palataan luvussa 7.

Kunnat ja kolmas sektori

Kolmannesta sektorista puhutaan silloin, kun järjestöjen palveluista haetaan vaihtoehtoja julkiselle hyvinvointipalvelujen tuottamiselle (Laamanen ym. 2002,

23). Monilla järjestöillä on yleishyödyllisiin päämääriin sovitettua liiketoimintaa, josta syntyvät tulot ohjataan järjestön toimintaan. Yritystoiminnalla halutaan edistää järjestön asettamia sosiaalisia tavoitteita. Julkisten ostopalvelujen lisäksi projektimuotoinen yhteistyö on lisääntynyt kuntien ja kolmannen sektorin välillä. Järjestön näkökulmasta uusien palvelukonseptien kehittäminen ja palvelutoiminta kytkeytyy myös niiden perustehtävään jäsenistönsä edunvalvojina. Usein järjestöillä on lisäksi palveluntarpeen tunnistajina hyvä asiantuntemus jäsenistönsä suhteen. (Laamanen ym. 2002, 25-26.) Suomen MS-liitto ry ja Maskun neurologinen kuntoutuskeskus ovat edellä kuvatulla tavalla olleet asiantuntijoina mukana lukuisissa kehittämisprojekteissa.

Salmen (2006, 109) mukaan kolmannen sektorin, eli järjestöjen ja yhdistysten sekä yksityisten yritysten, merkitys on viime vuosien aikana olennaisesti kasvanut julkisyhteisöjen tuottamien asumispalvelujen rinnalla. Jos palvelun kohderyhmä on pieni tai erityisosaamista vaativa tai jos siihen liittyvä yritystoiminta ei ole kysynnän satunnaisuuden tai vähäisyyden takia mahdollista, korostuu järjestöjen osuus. Kunnat ovat myös enenevässä määrin siirtymässä ostopalveluihin asumispalvelujen järjestämisessä, mikä luo haasteita yksityisille palveluntuottajille. (Salmi 2006, 112–113.)

Euroopan Unionin palveludirektiivin mukaan kuntien hoitama sosiaaliturva on direktiivin soveltamisalan ulkopuolella niin kauan kuin kunnat itse antavat palvelut. Palveludirektiivi tulee kuvaan mukaan heti, kun kunta antaa palvelut ulkopuoliselle toimijalle, yritykselle, järjestölle tai yrittäjälle. Näissä tapauksissa myös kansallinen kilpailulainsäädäntö edellyttää kilpailuttamista. Direktiivi laajentaa kilpailuttamisen EU:n laajuiseksi. (Kari 2005.)

Asumispalvelun muotoja

Asumispalvelua eri muodoissaan on kuvattu useissa eri lähteissä. Taustaselvityksen tarkoituksena on kartoittaa palveluja sisällöllisesti sekä toimijan että käyttäjän näkökulmista, jolloin alkaa hahmottua kuntoutuskeskukseen soveltuvan asumispalvelun muoto. Palvelujen

markkinointiin liittyviä sisällön kuvauksia löytyy esimerkiksi palveluntuottajien Internet-sivuilta ja esitteistä.

Suomen MS-liitto ry:n omia palvelutaloja on kolme: Merenpisara Helsingissä, Pihapihlaja Seinäjoella ja Satakieli Lappeenrannassa. Pihapihlaja tarjoaa mahdollisuuden lyhyt- tai pitkäaikaiseen asumiseen sekä asumisvalmennukseen. Yhteistyössä asiakkaan ja hänen kotikuntansa kanssa laaditaan yksilöllinen palvelukokonaisuus, joka parhaiten vastaa asiakkaan tarpeisiin. Pihapihlajassa toteutettava asumisvalmennus sisältää peruspalvelujen lisäksi kartoituksen asiakkaan valmiuksista selviytyä jokapäiväiseen elämään liittyvistä tehtävistä. Asumisvalmennus on tarkoitettu henkilöille, joilla on tapahtunut tilapäinen, pysyvä tai etenevä muutos toimintakyvyssä ja nykyinen asumismuoto ei enää ole turvallinen eikä tue henkilön mahdollisimman itsenäistä toimimista. Asumisvalmennusta voidaan hyödyntää myös niiden henkilöiden kohdalla, jotka tarvitsevat henkilökohtaista ohjausta selviytyäkseen aikaisempaa itsenäisemmin arjen toiminnoista ja täten mahdollistaa tulevaisuudessa itsenäinen asuminen. Asumisvalmennuksen tavoitteena on omatoimisuuden ja itseluottamuksen lisääminen ja sosiaalisessa kanssakäymisessä tarvittavien taitojen kehittäminen. Asumisvalmennuksen aikana arvioidaan yhdessä asiakkaan ja palvelusuunnitelman tekemiseen osallistuvien tahojen kanssa sopiva asumismuoto palveluineen sekä arvioidaan asiakkaan apuvälinetarvetta. Valmennettaville annetaan tietoa asumista helpottavista palveluista ja tukimuodoista. Asumisvalmennusjakson pituus on yksilöllinen. Asumisvalmennuksen toteutumisesta vastaa eri osajista muodostuva työryhmä. Asumisvalmennukseen voi hakeutua sosiaalitoimen, vakuutusyhtiön, sairaanhoitopiirin tai terveyskeskuksen maksusitoumuksella. Lyhytaikaisessa asumisessa asiakas voi tarpeen mukaan asua päivän tai useamman viikon viihtyisässä asunnossa esim. hoitajan loman aikana. Asukas maksaa itse ruokansa ja muut henkilökohtaiset kulunsa, mutta vuokrasuhteesta ei ole kysymys. (Suomen MS-liitto ry 2009.)

Reumaliitto ry:n kuntoutumiskeskus Apila tarjoaa kuntouttavan hoidon jaksoja, kuten ikäihmisten intervallihoidoa ja omaishoidon lomitusta (Reumaliitto ry

2010.) Apilan hoivapalvelut osoittautuivat alustavassa arvioinnissa muodoltaan sellaisiksi, että niiden tarkempi kartoitus tehtiin taustatutkimuksen osana, hoitotyön esimiehen haastatteluna (Vilkkä 2005, 101), jonka tulokset esitellään luvussa 4.6.

Kunnonpaikka Siilinjärvellä tarjoaa palvelua tilapäistä hoitoa tarvitseville henkilöille, jotka haluavat valita kodinomaisen ympäristön hoitopaikakseen esim. omaishoitajan vapaapäivien ajaksi. Hoitoa on tarjolla myös henkilöille, jotka tarvitsevat säännöllisen intervallihoitopaikan kotihoidon tueksi. (Kylpylähotelli Kunnonpaikka 2009.) Punkaharjun Kruunupuistossa on Finlandia-koti, jossa järjestetään pitkäaikaista laitoshoidon tai jaksottaista laitoshoidon, joka tukee kotona asumista. Tehostettu palveluasuminen voi tulla kyseeseen silloin kun henkilö tarvitsee jatkuvasti apua selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoista. (Kruunupuisto 2009.) Vastaavaa toimintaa on myös Mikkelin Kyyhkylässä (Kyyhkylän kuntoutuskeskus 2009).

Invalidiliiton Validia-palvelutaloissa on mahdollisuus asumiskokeiluun, joka eroaa sisällöllisesti edellä kuvatuista. Asumiskokeilu on moni- ja vaikeavammaiselle asiakkaalle tarkoitettu tavoitteellinen asumisjakso. Jakson aikana kartoitetaan asiakkaan palvelutarve ja hänelle soveltuvat asumisvaihtoehdot sekä asumisen tukitoimien, apuvälineiden ja asunnonmuutostöiden tarve. Asumiskokeilu toimii itsenäisen asumisen arviointi- ja harjoittelujaksona, silloin kun kotona selviytyminen on epävarmaa. Asumiskokeilujakso on tarpeen vammautumisen jälkeen, vaikean sairauden edetessä sekä kotoa tai laitoksesta pois muutettaessa. Asiakkaina ovat myös itsenäistymässä olevat vaikeavammaiset nuoret. Jakson aikana asiakas asuu hänelle varatussa asunnossa palvelutalossa. Asumiskokeilun lähtökohtana on asiakaslähtöinen työskentely, jonka aikana tavoitteet määritellään yhdessä asiakkaan kanssa. Yleisenä tavoitteena on tukea asiakkaan elämän hallintaa ja täysivaltaistumista. Asumiskokeilua toteuttaa moniammatillinen työryhmä, johon voi kuulua sairaanhoitaja, toimintaterapeutti, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä sekä avustajia. Jakson aikana tehdään yhteistyötä asiakkaan omaisten,

kotikunnan sosiaali- ja terveydenhuollon sekä vakuutusyhtiön edustajien kanssa järjestämällä tavoite- ja palvelusuunnitelmanneuvotteluja. (Invalidiliitto ry 2009.)

Asumispalvelun eräs muoto on intervallihoito, jollaisesta Maskun neurologinen kuntoutuskeskus teki keväällä 2009 ensimmäistä kertaa sopimuksen Raision sosiaali- ja terveystoimen kanssa. Intervallijakso sisältää perushoivan, majoituksen, täysihoidon ja osallistumisoikeuden yleiseen vapaa-ajantoimintaan. Jakso ei sisältänyt arviointeja tai kuntoutusta. Tällainen intervallijakso on ollut hyvä tilaisuus kokeilla ja arvioida rajapintoja kuntoutustoiminnan ja perinteisen intervallihoidon välillä. Jos toiminta vakiintuu, toimintaohjeet intervallihoitoon laaditaan. (Henkilökuntakokous 27.1.2009)

Taloudellisia näkökohtia

Kuntoutuskeskus on toimijana ns. kolmannen sektorin eli yksityisen palvelutarjonnan edustaja terveydenhuollon alalla. Kauppa- ja teollisuusministeriön vuonna 2006 Lithillä teettämän selvityksen mukaan yksityisen toiminnan osuus erityisesti sosiaalipalvelujen tuottajana on kasvanut, erityisesti majoituksen sisältävissä sosiaalipalveluissa. Terveyspalveluiden osto ei ole lisääntynyt vastaavalla tavalla (Lith 2006, 14–15). Kuitenkin terveydenhuollon toimialalla nimenomaan kuntoutuslaitosten kohdalla yksityisten toimijoiden osuus on suuri (Lith 2006, 28).

Stakes on tilastoinut yksityisen palvelutuotannon rahoitusta ja rahavirtoja. Kunnat ja kuntayhtymät ovat v. 2004 eniten ostaneet yksityisiä sosiaalipalveluita, arvonlisäveropalautuksen jälkeen 976,1 miljoonalla eurolla. Suurimpana menoeränä ovat vanhusten ja vammaisten palvelut, 387,7 miljoonaa euroa. Luku ei sisällä kotipalvelua, jota kohdennetaan myös lapsille ja lapsiperheille. Kasvu vuodesta 1995 on ollut 50 %. Terveydenhuollon yksityisiä palveluita kunnat ja kuntayhtymät ostivat 211,3 miljoonalla eurolla. Tilastoista ei selviä erikseen esim. kuntoutukseen tai asumispalveluihin käytetty osuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö/Stakes 2007, 93–98.)

Rahoituksen järjestymistä mietittäessä on otettava huomioon, että kuntoutuskeskuksessa tapahtuva asumispalvelu olisikin ehkä terveyspalvelujen ja sosiaalipalvelujen välimaastossa. Yksityisten palvelujen käytön ensivaiheessa kunnat ovat täydentäneet omia palvelujaan yksityisillä, mutta tulevaisuudessa yksityiset palveluntuottajat voivat erikoistua sellaisiin palveluihin, joita kunnat eivät itse tuota (Sutela 2003, 84). Tässä on keskeinen perustelu asumispalvelun tarjoamiselle kuntien suuntaan.

Kunta voi tuottaa palveluita joko itse tai ostaa niitä ulkopuolisilta. Hankittaessa asumispalveluja ostopalveluina kunnan ja palvelun tuottajan välinen ostopalvelusopimus, asiakkaalle tehty palvelupäätös ja asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelma muodostavat kokonaisuuden. Ostopalvelusopimuksessa kunta ja palvelun myyjä sopivat ostettavista palveluista, niiden sisällöstä ja määrästä sekä hinnoista. Kunta voi ostaa palveluja myös asiakaskohtaisen maksusitoumuksen perusteella. Tällöin maksusitoumuksella sovitaan ainoastaan kyseisen asiakkaan saamista palveluista ja niiden kustannuksista myyjän ja kunnan kesken. Yksityisiltä ostettavien palveluiden tason on vastattava kunnallisen toiminnan tasoa. Palveluita ostettaessa on muistettava asiakkaiden toiveet ja palvelun inhimilliset lähtökohdat kokonaistaloudellisen ajattelun ohella. Asiakasneuvottelut ja palvelujen käyttäjien tarpeiden tiedostaminen antavat hyvän pohjan ostosopimusneuvotteluille. Palveluiden tuottajien on pystyttävä kuvaamaan tarjoamansa palvelut riittävän yksityiskohtaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2003.)

Yhä tärkeämmäksi viime aikojen taloudellisten muutosten takia näyttää muodostuvan palvelupaketin hinta. Noin 80 prosenttia hoidon kustannuksista muodostuu henkilöstömenoista (Laine ym. 2007), joten olennainen osa kehittämissuunnitelmaa oli pohtia palvelun tuottamiseen tarvittavan henkilöstön rakennetta: erilaisen palkkatason takia perushoitotyö on vuorotyölisineenkin terapiatyötä edullisempaa.

Projektin onnistumisen kannalta on tärkeää selvittää, miten uusi palvelu saadaan kuntoutuskeskuksen kannalta taloudellisesti kannattavaksi ja kestäväksi toiminnaksi. Kustannuslaskennan valmiudet ovat

kuntoutuskeskuksessa hyvät, sillä vuotuisten Kansaneläkelaitoksen tarjouskilpailujen yhteydessä tarjotut palvelut on määritelty ja hinnoiteltu tarkasti. Yleistä näkemystä asumispalvelujen hintatasosta päätettiin myös selvittää kunnilta kyselyn yhteydessä. Markkinoinnin keinoin uutta palvelua tarjotaan sidosryhmille, ja lopullinen hinta ja siten myös sisältö muotoutunevat tarjousneuvottelujen perusteella. Taloudellisen laskennan osalta kehittämissuunnitelmassa hyödynnetään järjestön talousosastoa.

Asiakslähtöisyys

Asiakslähtöisyys on sosiaali- ja terveydenhuollossa toiminnan keskeisiä periaatteita, jonka osina Kivistön (2003, 171) mukaan ovat: yksilöllisiin tarpeisiin vastaaminen, itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, valinnanvapauden lisääminen, tasavertaisten palvelujen saatavuuden varmistaminen, avoin tiedottaminen asiakkaan oikeuksista ja velvollisuuksista sekä tiedottaminen menettelytavoista mahdollisten virheiden ja ongelmien ilmaantuessa. Asiakslähtöisyys muodostuu Päivärinnan ja Maaniitun (2002) mukaan hyvästä kohtaamisesta sekä näyttöön, tietoon ja kokemukseen perustuvasta hoidosta ja palvelusta. Lisäksi tarvitaan asiakkaan tilan perusteellinen tuntemus ja henkilöstön hyvä asiantuntemus ja osaaminen. Erikoistuneiden ja asiakaskohtaisten palveluiden kehittäminen yksityisenä yritystoimintana on sosiaali- ja terveysalalla merkittävää. Ominaista näille palveluille on inhimillisen panoksen korostuminen ja sosiaalisuus. (Jämsä ym. 2000, 75.) Myös Maskun neurologisen kuntoutuskeskuksen laatupolitiikassa korostetaan näitä seikkoja: ”Toimintaamme ohjaavia keskeisiä arvoja ovat asiakslähtöisyys, yksilöllisyys ja asiakkaan oikeuksien kunnioittaminen. Laadimme yhdessä kuntoutujan kanssa hänen tavoitteidensa mukaisen kuntoutumissuunnitelman. Sen toteutumisesta ja tavoitteiden saavuttamisen arvioinnista vastaamme yhdessä kuntoutujan kanssa.” (Maskun neurologinen kuntoutuskeskus 2010.)

Myös asiakkaan ja palvelun tuottajan yhteistoimintaa voidaan pitää keskeisenä edellytyksenä asiakaspalvelulähtöisen toiminnan muodostumiselle. Asiakkaille

tulee tarjota ratkaisuja, jotka tuottavat heille merkittävää lisäarvoa. Tuotekehitystä tulisi tehdä verkostossa, jossa osapuolet täydentävät toisiaan. (Lindroos & Lohivesi 2004, 64.) Kuntoutuskeskuksen strateginen toimintatapa on asiakaspalvelulähtöistä: asiakkaiden tarpeet pyritään tuntemaan hyvin, yhteistyö on tärkeimpien asiakkaiden kanssa tiivistä ja asiakasuskollisuus on korkealla tasolla. (Lindroos ym. 2004, 116.)

Sosiaali- ja terveysalalla asiakaskunta on moniulotteista: palvelun tuottajan näkökulmasta myös tässä kehitysprojektissa termi asiakas voi kuvata sekä palvelun ostajaorganisaatiota (esim. kunta tai kuntayhtymä) että sen käyttäjää, asumisjaksolle tulevaa henkilöä. Tähän perustuen kehitysprojektissa päädyttiin kartoittamaan molempien kohdeasiakkaiden mielipiteitä kahdella kyselyllä, joista lisää luvussa 4.

2.4 Tuotteistaminen

Raatikaisen (2008, 64) mukaan tuotteistaminen on tuotekehittelyä, jossa tehdään ”räätälöitynä” tietty palvelu: usein puhutaan tuotepaketista. Käsitettä tuotteistaminen voidaan käyttää, kun palveluista kehitetään selkeitä palvelukokonaisuuksia tai –prosesseja, kuten tässä kehittämissuorituksessa. Tuotteistamisen avulla saadaan realistinen kuva siitä, mistä osista tuote muodostuu, oikeasta hinta-laatusuhteesta ja siten myös markkinointikelpoisuudesta. ”Tuotteistuksen tuloksena tuote tai palvelu saa nimen ja erilaisia asiakas- ja tuotantolähtöisiä kuvauksia.” (Raatikainen 2008, 64.)

Kivistö (2003,107) toteaa: ” Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelu on paketoitu ja tuotteistettu silloin, kun se sellaisenaan voidaan tarjota asiakkaalle ja julkinen/yksityinen palveluntuottaja on määritellyt palvelun sisällön ja laatukriteerit.” Tuotteistamisprosessissa on välttämätöntä selvittää eri sektoreilla olevien asiakkaiden tarpeet. Olennaista on löytää eri ryhmien yhteiset tarpeet ja

mielipiteet tuotteen suunnittelun perustaksi. (Jämsä & Manninen 2000, 20-21; Kivistö 2003, 170-171).

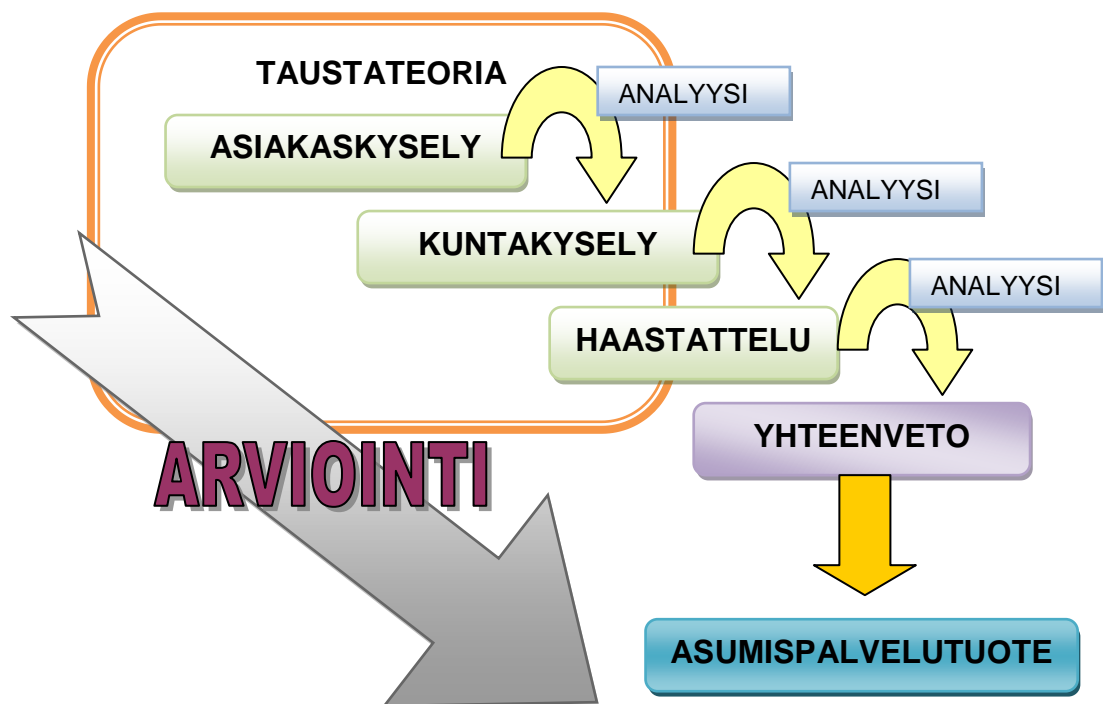
Lehtinen ja Niinimäki (2005, 31) esittävät, että tuotteistamisessa pyritään muokkaamaan palvelua siten, että asiakashyödyt maksimoituvat ja asiantuntija-yrityksen tulostavoitteet saavutetaan mahdollisimman hyvin. Tuotteistaminen perustuu yrityksessä määriteltyihin strategioihin ja sekä asiakas- että markkinointinäkökulma on huomioitava jo tuotesuunnitteluprosessin aikana.

Työssä käytetystä lähestymistavasta voidaan puhua myös liiketaloudellisella termillä tuotekehitystoiminta, jota Lehtinen ym. (2005, 61) kuvaa vaiheittaisena jatkumona. Tuotekehittely alkoi ideasta, joka tässä kehittämisprojektissa nousi palvelutarjonnan vaihtoehtojen etsinnän tarpeesta. Esitutkimuksen keinoin pyritään luomaan ja määrittämään tulevan tuotteen ominaisuuksia, selvittämään markkinointimahdollisuuksia ja alustavasti arvioimaan kannattavuutta. Luonnosteluvaiheessa valitaan tuotteelle niitä ominaisuuksia, jotka esitutkimuksen perusteella nousevat tärkeiksi. Tuotetta voidaan myös testata. Suunnitteluvaiheessa laaditaan markkinointisuunnitelma ja tehdään tuotantosuunnitelma. Viimeistely sisältää tässä tapauksessa kuntoutuskeskuksen laatukäsikirjan (2009) mukaisesti tuotteen kuvausta palvelulinjana, ohjelmapohjan ja työohjeiden laadintaa. Markkinoinnin ja myynnin käynnistäminen tapahtuu kaiken ollessa valmista. Toiminnan käynnistyttyä kerätään asiakaspalautetta ja voidaan myös kehittää tuotetta edelleen. (Lehtinen ym. 2005, 61.)

Kehittämisprojekti etenee tuotteistamisprosessin vaiheiden mukaan. Edellä on kuvattu valmistelutyötä ja taustaselvityksiä sekä onnistumisen edellytysten arviointia. Seuraavissa luvuissa kuvataan kohderyhmille tuotekehittelyä varten tehtyjä kyselyitä ja niiden tuloksia. Uusi palvelutuote muodostetaan näissä hankittuun tietoon perustuen. Prosessin tuloksena saadaan määritettyä paitsi palvelutuote, myös täsmennettyä se, ketkä osallistuvat palvelun tuottamiseen, tarvittavat palveluvaiheet ja toimintatilat (Lehtinen ym. 2005, 41). Tavoitteena on myös palvelun sisäisen ja ulkoisen markkinoinnin, seurannan ja arvioinnin suunnittelu. (Jämsä ym. 2000, 85; Kivistö 2003, 168–169.)

3 Toteutus

Tämä tuotteistamisprosessi toteutettiin työelämälähtöisenä kehittämisprojektina Maskun neurologisen kuntoutuskeskuksen toimivan johdon aloitteesta. Lähestymistapana projektissa on tuotteistaminen, jossa tarkoituksena on luoda uusi palvelutuote: kuntouttava, lyhytaikainen asumispalvelu soveltuvilla asiakasryhmille. Toiminta toteutettaisiin kuntoutuskeskuksen tiloissa ja henkilökunnan toimesta, rahoittajina kuntien tai kuntayhtymien sosiaali- ja/tai terveydenhuolto. Kehittämisprojektin vaiheet ovat edellä kuvatun taustateorian selvittelyn jälkeen asiakaskysely, kuntakysely, asiaa selventävä haastattelu ja näiden analyysit ja yhteenveto. Projektin ajan tehdään jatkuvaa arviointia. Vaiheet on esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1. Kehittämisprojektin vaiheet

4 Tuotteistamisprosessi

Tuotteistamisprosessin perustaksi toteutettiin kolme eri tiedonkeräyskokonaisuutta:

- Kirjallinen asiakaskysely postitse vuonna 2008 Maskussa kuntoutujina olleille Varsinais-Suomen alueella asuville
- Webropol®-kysely sosiaali- ja terveystoimien edustajille Varsinais-Suomen kunnissa
- Hoivapalvelua koskeva haastattelu Kuntoutumiskeskus Apilan hoitoyksikön osastonhoitajalle

4.1 Projektiorganisaatio ja kohderyhmät

Projektissa työskentelivät projektipäällikkö Tarja Huilla, mentorina hallintopäällikkö Eija Luoto ja tuutoriopettajana yliopettaja Raija Nurminen. Taustatukena toimivat Suomen MS-liiton toimitusjohtaja Helena Ylikylä-Leiva, kuntoutuskeskuksen johtaja Juhani Ruutiainen ja ylilääkäri Tiina Leistevo. Projektin etenemistä arvioitiin kuukausittain järjestettävässä kokouksessa projektipäällikön, mentorin ja sovitusti muiden asianosaisten kanssa. Projektiryhmä vastasi jatkuvasta arvioinnista, jossa määrävälein kokouksissa pohdittiin projektin etenemistä, tarkistettiin aikataulua ja tuotteistusprosessin vaiheita.

Kohderyhmät

Uuden asumispalvelun markkinoinnin alustavasti suunniteltu kohdealue on Varsinais-Suomi, joten esiselvitystä tehtiin tällä alueella. Palvelutuotteen varsinainen asiakasryhmä on aikuiset, jotka tarvitsevat sairaudesta, vammasta tai ikääntymisestä johtuvan toimintakyvyn aleneman takia lyhytaikaista asumispalvelua muuttuneessa elämäntilanteessa. Kohderyhmä tarkentui

kehittämisprojektin aikana taustaselvitysten perusteella. Toisena asiakasryhmänä ovat Varsinais-Suomen kunnat ja kuntayhtymät, jotka voivat ratkaista kuntalaistensa palveluasumistarpeita antamalla heille maksusitoumuksen kuntoutuskeskuksen asumispalveluun.

4.2 Asiakaskysely

Asiakaskyselyn tavoitteena oli selvittää lyhytaikaisen asumispalvelun mahdollisten käyttäjien odotuksia ja mielipiteitä asumisjakson toteuttamiseen ja palveluihin liittyen. Valmistu kyselylomaketta ei lähdemateriaaleista löytynyt, joten se laadittiin projektityöryhmän kokemukseen perustuen sekä lähdemateriaalin ohjeistusten perusteella. Kyselylomake (liite 1) pyrittiin laatimaan mahdollisimman yksiselitteiseksi, sillä tutkimustuloksiin tulee tuloksia vääristäviä virheitä, mikäli vastaaja ajattelee kysymyksen eri tavalla kuin tutkija on tarkoittanut. Myös lomakkeen rakenteeseen kiinnitettiin huomiota: pituus, selkeys, ulkoasu, looginen eteneminen ja vastausohjeet tarkistettiin projektiryhmässä huolella. Valmiit, strukturoidut vastausvaihtoehdot ja numeeriset arviointitaulukot helpottivat vastaamista. (Valli 2001, 100; Salanterä & Suominen 2001, 32.) Toisaalta lomakkeessa tehtiin avoimia kysymyksiä, joilla toivottiin saatavan esille vaikeammin mitattavia ilmiöitä, kuten subjektiivisia odotuksia ja arveluja, yksilöllisiä pohdintojakin. Tällainen määrällisen ja laadullisen menetelmän yhdistäminen antaa runsaammin vaihtoehtoja. (Lewis 2003, 41-42; Salanterä ym. 2001, 44.)

Lomake oli täysin samanlainen kaikille vastaajille, mikä lisää kyselyn luotettavuutta, verrattuna esimerkiksi haastatteluun. Epäselvyyksien ja kysymysten varalta saatekirjeessä annettiin tutkijan yhteystiedot. Postitse lähetettävän kyselyn heikoksi puoleksi tiedettiin myös etukäteen riski siitä, että vastausprosentti jää alhaiseksi. (Valli 2001, 100-101; Salanterä ym. 2001, 30)

Vastaajiksi valittiin kuntoutuskeskuksen asiakastietokannasta kaikki vuonna 2008 yksilöllisellä kuntoutusjaksolla olleet Varsinais-Suomen kuntien asukkaat.

Kohderyhmä rajattiin koskemaan lähikuntia, koska oletettavaa on, ettei lyhytaikaiseen asumiseen lähetetä asiakkaita kovin kaukaa. Kyselylomake lähetettiin postitse toukokuussa 2009. Postikyselyyn päädyttiin sen nopeuden ja vaivattomuuden takia (Salanterä ym. 2001, 33).

Tutkimukseen vastanneiden anonymiteetti turvattiin järjestämällä vastausten palautus nimettömällä palautuskuorella. Tunnistenumeroa käytettiin mahdollisen uusintapostituksen varalta, mutta tutkijalla ei ollut tietoa, kenen yksittäisen vastaajan lomakkeesta oli kyse. Vastauslomakkeet säilytettiin vain tutkijan ulottuvilla. Taustatiedoissa kysytyt asiat eivät mahdollista tunnistamista ja kyselyn tulokset raportoidaan siten, ettei yksittäisiä henkilöitä voida tunnistaa. (Salanterä ym. 2001, 48-49.)

4.2.1 Tulokset

Kyselylomakkeita lähetettiin 143, ja niistä palautui määräaikaan mennessä 73, vastausprosentti oli 51. Uusintakyselyä ei siten katsottu aiheelliseksi tehdä. Vastauksia saapui seuraavista kunnista: Aura, Eura, Eurajoki, Kaarina, Kalanti, Kemiönsaari, Kustavi, Lieto, Länsi-Turunmaa, Marttila, Mynämäki, Naantali, Perniö, Pöytyä, Raisio, Rauma, Säkyä, Taivassalo, Turku, Uusikaupunki ja Vehmaa. Kyselyn tulokset kirjattiin Excel-taulukkoon matriisiksi, josta taulukkolaskennalla laskettiin tilastollisia tunnuslukuja. Avoimiin kysymyksiin kirjoitetut vastaukset ryhmiteltiin sisällön keskeisen teeman mukaan (Lewis 2003, 45).

Taustatiedot

Vastaajien keski-ikä oli 54,7 vuotta ja heistä oli naisia 47, miehiä 26. Yksin asuvia oli 30%, kahdestaan kumppanin kanssa asuvia 45% ja perheessä asuvia 25%. Jotakin liikkumisen apuvälinettä käyttivät lähes kaikki, 71 vastaajaa, vain kahdella ei sellaista ollut käytössä.

Osa vastaajista ilmoitti jo asuvansa palvelutalossa, eivätkä siksi arvionsa mukaan tule tarvitsemaan lyhytaikaista asumispalvelua. Vastaajia valittaessa ei voitu ao. vastaajia jättää pois, koska nimi- tai osoitetiedoista ei asumismuotoa voitu päätellä. Nämä vastaajat olivat kuitenkin muita useammin lähettäneet tyhjähkön lomakkeen.

Palvelun tarpeen syyt

Lyhytaikaisen asumispalvelun tarpeen mahdollisia syitä kysyttiin esittämällä vaihtoehtoja, joista vastaaja saattoi halutessaan valita useampia kuin yhden. Tulokset esitettynä prosentteina suuruusjärjestyksessä taulukossa 1.

Taulukko 1. Palvelun tarpeen syyt.

Palvelun tarve	%
tilanteeni arviointia varten toimintakykyni muututtua nykyisestä	63
toipilaana sairaalajakson jälkeen ennen kotiutumista	52
asuintaloni putki- tai muun remontin ajan	47
omaishoitajani ollessa estyneenä avustamiseeni	44
asunnonmuutostöiden ajan	34
henkilökohtaisen avustajani ollessa estyneenä avustamiseeni	26
odottaessani palvelutalopaikkaa	21
kunnes löytyy sopiva liikuntaesteetön asunto	16
muu, mikä	11

Muu tilanne, joita kuvattiin oli ”mikä tahansa tilanne, jossa en pystyisi asumaan kotonani omatoimisesti”, ”sähkökatkoksen aikana”, ”kun sänky tai nosturi on korjauksessa”

Palveluiden tärkeys

Palveluiden tärkeyttä vastaajalle kysyttiin asteikolla 1= ei lainkaan tärkeä, 2= hieman tärkeä, 3= melko tärkeä, 4= tärkeä, 5= erittäin tärkeä. Vastaaja merkitsi

kuhunkin kohtaan mielipiteensä. Annetut vaihtoehdot olivat aakkosjärjestyksessä, joten niiden järjestys ei johdatellut vastaajaa.

Matriisista laskettiin kunkin kohdan vastausten kappalemäärät, jotka suoraan kuvaavat ao. palvelun tärkeyttä (Heikkilä 2005, 179). Tulokset on koottu taulukkoon 2. Taulukkoa on selvennetty väreillä: sinisellä on korostettu tärkeimpinä pidettyjä palveluita, keltaisella on merkitty eniten merkintöjä saaneet kohdat. Nollavastaukset on korostettu vaaleanpunaisella.

Taulukko 2. Palveluiden tärkeys asiakaskyselyssä.

Vastaajien määrä: 73

	5	4	3	2	1	Yhteensä
apuvälinearviointi	32	15	12	10	3	72
asiointiapu	22	23	14	8	5	72
ateriat	45	10	9	4	3	71
hoitajan apu päivittäisissä toimissa	34	11	13	12	3	73
kädentaitotoiminta	9	13	23	14	12	71
liikuntakyvyn arviointi ja harjoittelu	26	27	13	2	4	72
liikuntaryhmät	10	20	20	14	7	71
lääkehoidon järjestäminen	30	13	10	10	9	72
lääkärintarkastus	26	20	11	7	9	72
psykkisen tilanteen arviointi	9	17	21	13	12	72
pyykkipalvelu	28	13	16	9	5	71
retket ja tapahtumat	7	6	24	25	9	71
ryhmäkeskustelut	7	10	28	7	10	72
sauna	12	8	11	11	31	73
siivous	25	24	14	6	3	72
sosiaalisen tilanteen arviointi	16	17	16	12	11	72
toimintakyvyn arviointi ja harjoittelu	29	25	13	6	0	72
uinti	13	14	10	12	24	73
ulkoilu	24	20	17	12	0	73
vapaa-ajan ohjelma talossa	12	18	18	16	9	73
yhden hengen huone	40	8	8	9	8	73

Vastaukset antavat hyvän perustan palvelutuotteen sisällön muodostamiselle. Lähes kaikkia palveluita pidettiin vähintään melko tärkeinä. Toiminta- ja liikuntakyvyn arviointeja pidetään tärkeinä, samoin ulkoilua. Asumispalveluasiakkaat haluavat yhden hengen huoneen, mikä käytännössä mahdollisesti rajaa yhtä aikaa asumispalvelussa olevien määrää, koska kuntoutuskeskuksessa on vähemmän yhden hengen huoneita. Toisaalta yhdessä lomakkeessa oli kommentti, että puoliso haluaisi asumaan samaan paikkaan pitkän avioliiton takia, mikä seikka on otettava suunnittelussa huomioon.

Mahdollisuudet palveluun

Vastaajat saivat avoimessa kysymyksessä arvioida oman kotikuntansa mahdollisuuksia myöntää maksusitoumus lyhytaikaiseen asumispalveluun. Vastausten sisältöjen perusteella löytyi 3 luokkaa, joissa mahdollisuuksia arvioitiin seuraavasti:

- hyvät tai melko hyvät 20 = 27,4%
- epävarmat tai huonot 33 = 45,2%
- tyhjä vastaus/ei tietoa 20 = 27,4%

Näyttää siltä, että vastaajat eivät kovinkaan paljon luota maksusitoumuksen saamiseen kotikunnaltaan, sillä huonot tai epävarmat mahdollisuudet ovat vastaajien yleisin mielipide. Myös tietämättömyyttä asiasta esiintyy huomattavasti. Vastausanalyysissä näkyi lisäksi selvä yhteys kotikunnan ja vastausluokan välillä, mitä seikkaa arvioidaan tarkemmin markkinoinnin suunnittelussa, luvussa 5.1. 2.

Kotikuntien asumispalvelutarjonta

Vastaajat saivat vapaasti kirjoittaa, missä he arvioivat kuntansa järjestävän lyhytaikaista asumispalvelua. Osa vastauksista oli tyhjiä, mutta toisissa oli lueteltu useita mahdollisia vaihtoehtoja, jotka kaikki otettiin ryhmittelyssä mukaan. Mainintoja oli seuraavasti:

• palvelutalo	36
• tyhjä vastaus/ei tietoa	28
• vanhainkoti	12
• terveyskeskuksen vuodeosasto	10
• intervallipaikka (yleisesti)	3

Osa vastaajista nimesi tarkkaan läheisen palvelutalon ja osa mainitsi jo sellaisessa lyhytaikaisesti asumassa tai päivätoiminnassa olleensakin. Näyttää siis siltä, että asukkaiden mielestä osa kunnista on jo järjestänyt vaikeavammaisille toimivia asumis- yms. palveluita, mikä tulee ottaa huomioon palvelutuotetta markkinoitaessa. Merkittävää kuitenkin on, että terveyskeskuksen tai vanhainkodin osuus lyhytaikaisena asumispaikkana on suurehko. Kotikunnan palveluihin liittyviin kysymyksiin vastattiin, ettei niistä tiedetä ja osa vastauksista oli tyhjiä.

Vastaajien kommentit

Omia kommentteja oli useassa lomakkeessa. Mielenpitoet on seuraavassa esitetty alkuperäisessä muodossaan ja ryhmitelty sisällöllisesti samantyyppisiin luokkiin.

Usea vastaaja (n=14) ilmoittaa kannattavansa projektin ideaa ja perustelee asiaa omasta näkökulmastaan tai yhteiskunnallisesta tilanteesta käsin:

- idea on loistava. Olisi varsin helpottavaa tietää, että olisi kunnollinen paikka, jossa selviytyisi myös ongelmatilanteiden aikana.

- asumispalveluja tulisi lisätä, sillä nykypäivänä on kaikilla vaara loppuun palaa, jopa vammaisilla ja siinä samassa heidän apujoukoillaan. Pitäisi olla oikeus jopa viettää jonkinasteinen loma arkirutiineista että jaksaisi taas kodin sisäisiä asioista käsitellä ja viedä eteenpäin.
- onneksi pärjään vielä kotona, mutta esim. Maskun kuntoutuskeskus olisi mieluinen paikka nuoremmalle ihmiselle ennen vanhainkotiä.
- mielestäni itselle olisi esim. Masku paras paikka, kunnon tieto-taito MS-taudista, mikä taas on vähäisempää kotikunnassa.
- asumispalvelu pysyvänä tai lyhytkestoisena on hyvin tärkeä palvelumuoto. Sen toteuttaminen esim. terveyskeskuksessa tai samassa laitoksessa vanhusten kanssa tuntuu jo valmiiksi ahdistavalta ajatukselta. Asumispalvelu kuntoutuskeskuksessa tuntuu hyvältä ja toimivalta vaihtoehdolta.
- tarvetta lisäpanostukseen on: suuret ikäluokat palvelujen tarpeessa. Toimintaan tulee panostaa lisää ja lopettaa ainainen säästäminen ja juustohöylääminen.

Tietoa kaivataan

Osa vastaajista (n=7) tuo esille ongelmat tiedon saannissa tai hallinnassa:

- en ole saanut opastusta
- on hyvin huonosti järjestetty eikä ainakaan tiedotettu

Toiveita palvelun sisältöön

Vastaajilla on näkemys (n=7) myös hyvän palvelun sisällöstä:

- enemmän ohjattua toimintaa
- omanlaisessa vertaisryhmässä olisi mukavampaa
- asumispalveluissa tulee asiakasta käsitellä yksilöllisenä ihmisenä
- asumispalvelupaikan olisi hyvä olla lähellä taajamaa, ei ”korvessa”

Tyytymättömyyttä palveluun

Joillakin on (n=4) takanaan huono kokemus palvelutalosta, ja ratkaisuehdotuksiakin:

- ollessani palvelutalossa kaipasin enemmän apua ja nopeammin eli enemmän henkilökuntaa tarvittaisiin
- teollinen ruoka, asukkaiden keski-ikä 80 vuotta
- ainoa kokemus palvelutalossa ei ollut hyvä

Asiakaskyselyn vastaajilla on asiantuntevia mielipiteitä omasta tilanteestaan ja myös kunnan tilanteesta. Selvää kiinnostusta uuteen palvelutuotteeseen löytyy, mikä rohkaisee sen kehittämiseen. Monilla on myös tiedon tarvetta, joka tulee ottaa huomioon markkinointivaiheessa.

4.3 Kuntakysely

Kuntakyselyn antama tieto on kehittämisprojektissa erittäin tarpeellista siksi, että kuntien näkemys omasta palvelutuotannostaan, sen tulevaisuuden näkymistä ja toisaalta suunnitellun asumispalvelun merkityksestä ja sisällöstä luo jatkossa perustan mahdollisten maksusitoumusten myöntämiselle. Kyselyn ajatuksena oli toimia myös PR-merkityksessä: sillä pyrittiin luomaan positiivinen mielikuva kuntoutuskeskuksesta mahdollisena toimijana myös asumispalvelujen tuottajana.

Varsinais-Suomen 28 kuntaan lähetettiin syyskuussa 2009 sähköpostitse nimettömänä täytettävä Webropol®-kysely, jonka otsikkona oli ”Lyhytaikaishoidon mahdollisuudet”. Kooste kysymyksistä on liitteenä 2. Kyselyn runkona käytettiin asiakaskyselylomaketta (liite 1), johon lisättiin kunnan palvelutuotantoa koskevia vaihtoehto- ja avoimia kysymyksiä. Vastaajiksi valittiin kuntien verkkosivuilta virkanimikkeen perusteella sosiaali- ja terveystoimen johtotehtävissä toimivia edustajia, joita löytyi yhteensä 62. Vastausten oikeellisuuden lisäämiseksi kyselyn saatekirjeessä pyydettiin

siirtämään vastauslinkki kunnassa jollekin toiselle, ellei viestin ensimmäisenä saanut henkilö ole mielestään soveltuva henkilö vastaajaksi. Saatekirje pyrittiin laatimaan siten, että se motivoi vastaanottajaa vastaamaan. Kyselyn jälkeen lähetettiin erillinen yhteystietolomake Webropol®-linkkinä. Lomakkeella oli mahdollisuus antaa yhteystiedot, joiden avulla voi lähettää vastaajalle markkinointimateriaalia tai esitteitä tai vain tutkimustietoa.

4.3.1 Tulokset

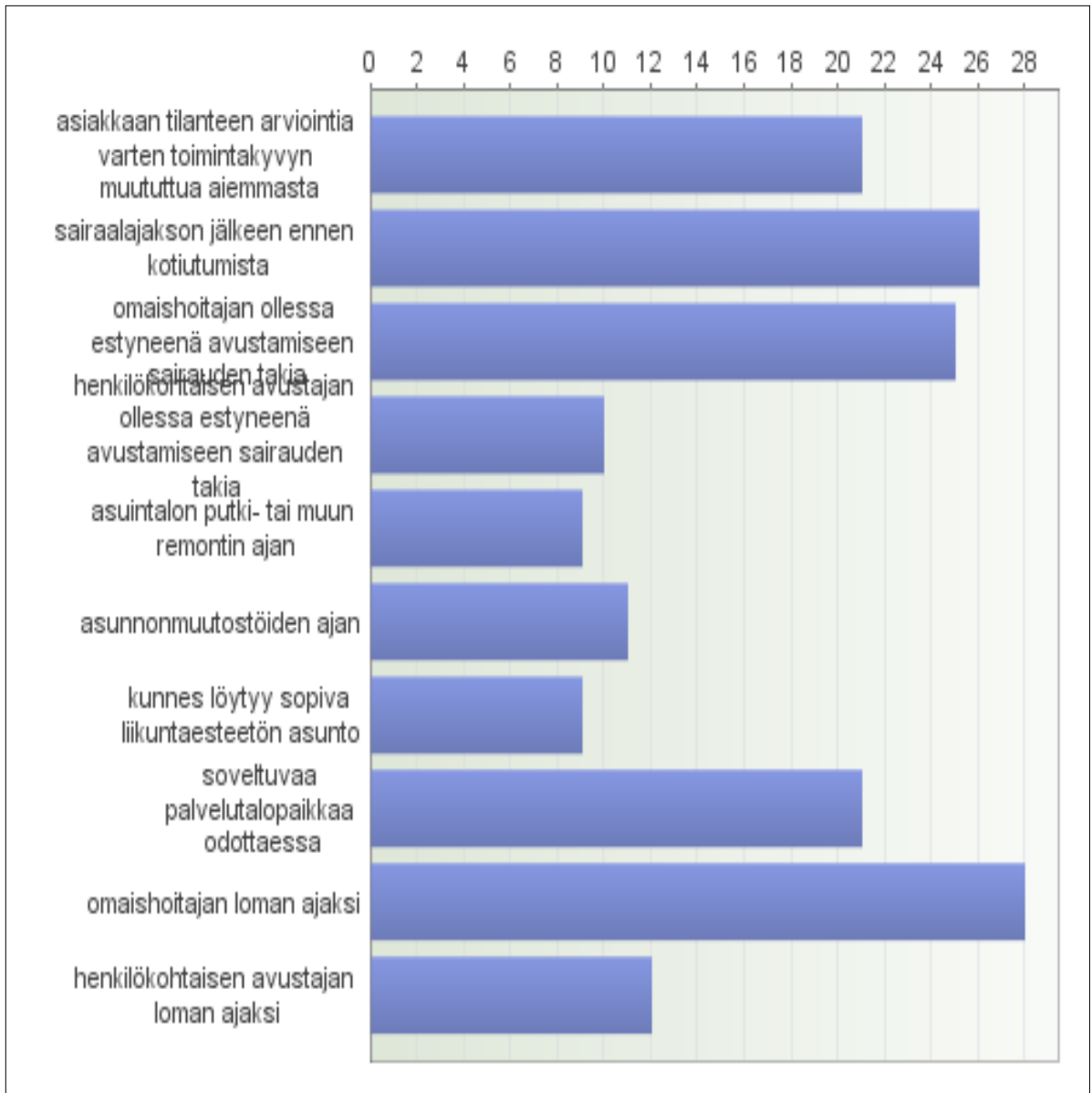
Kuntiin ja kuntayhtymiin lähetettiin 62 kyselyä, joihin vastasi 29 henkilöä, vastausprosentti oli 46,8. Vastaamattomista kyselyistä (33) oli avattu 12. Vastaajista työskenteli sosiaalitoimessa 66,7% ja terveystoimessa 33,3%.

Lyhytaikaista asumispalvelua järjesti 92,6% kunnista. Sijoituspaikkoina kyselyssä mainituista vaihtoehtoista olivat useimmiten terveyskeskuksen vuodeosasto tai vanhainkoti, molemmissa 76%. Muissa paikoissa asumispalvelua järjestettiin selvästi vähemmän. Eri kunnissa mainittiin olevan vaihtelevasti lyhytaikaiseen asumiseen käytettävissä olevia paikkoja. Selvästi eniten niitä mainittiin löytyvän vanhuksille, kehitysvammaisille ja mielenterveyskuntoutujille.

Lyhytaikaishoidon tarve ja sisältö

Kunnat vastasivat pyrkivänsä järjestämään lyhytaikaishoitopaikan ainakin taulukon 3 mukaisissa tilanteissa. Vaaka-akselilla on vastaajien määrä.

Taulukko 3. Lyhytaikaishoidon järjestäminen.



Vastaajat kommentoivat avoimessa kysymyksessä asiantuntevasti palvelutilanteiden haasteita:

- asumispalvelun tulisi olla nopeasti saatavilla
- omaishoidettavan tai kotihoidon palvelujen varassa olevan vanhuksen säännöllisten intervallien tavoitteena on toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen ja raskaammalle palveluportaalte siirtymisen myöhentäminen

- äkillinen muutos hoitavan omaisen tilanteessa johtaa kiireelliseen paikan tarpeeseen
- toistaiseksi henkilökohtaisten avustajien loman tai sairauden ajaksi hoito on saatu muulla tavalla järjestettyä, mutta hoito on myös mahdollista järjestää tarvittaessa lyhytaikaishoitona
- paikka tarpeen myös elämän kriisitilanteissa mm. perhekriisit, tulipalo, onnettomuustilanteet ym.
- ikääntyvät päihdeasiakkaat ovat kasvava ryhmä: tavoitteellinen kuntouttava ja säännöllinen lyhytaikaishoito tarpeen

Hyvään lyhytaikaishoitopalveluun liittyviä asioita mainitaan runsaasti eri teemoin. Tärkeimpänä pidetään omaishoitajan tukemista lyhytaikaishoidon lisäksi neuvoin ja ohjein. Vastaajien mielestä tärkeää on myös lyhytaikaishoidon tavoitteellisuus ja yksilöllisyys:

- tarpeen arviointi on tehtävä yksilöllisesti
- toistuvat lyhytaikaishoidot: asetetaan selkeä hoidollinen/kuntoutustavoite ja arvioidaan sen toteutumista sekä määritellään millä keinoin tavoite saavutetaan
- nuorille ja keski-ikäisille myös paikkoja ja erilaisia vaihtoehtoja
- vanhusväestöä ajatellen tärkeimmiksi asioiksi nousevat hyvä perushoito, turvallinen ympäristö, täsmällinen lääkehoito ja vanhuksen kannustaminen ja rohkaisu osallistumaan voimavarojensa mukaan arkipäivän toimintoihin
- myös erikoistarpeisiin kiinnitettävä huomiota, esimerkiksi mainittu puheterapia

Palveluiden tärkeys

Vastaajat saivat arvioida palvelujen tärkeyttä asteikolla 5 = erittäin tärkeä, 4 = tärkeä, 3 = melko tärkeä, 2 = hieman tärkeä, 1 = ei lainkaan tärkeä, asiakaskyselyssä käytetyn luettelon mukaan. Tulos on esitetty taulukossa 4. Taulukkoa on selvennetty väreillä: sinisellä on korostettu tärkeimpinä pidettyjä palveluita, keltaisella on merkitty eniten merkintöjä saaneet kohdat.

Taulukko 4. Palveluiden tärkeys kuntakyselyssä.

Vastaajien määrä: 29

	5	4	3	2	1	Yhteensä
apuvälinearviointi	10	7	4	5	3	29
asiointiapu	2	7	10	4	5	28
ateriat	17	3	4	1	2	27
hoitajan apu päivittäisissä toimissa	17	4	6	0	1	28
kädentaitotoiminta	2	6	13	4	3	28
liikuntakyvyn arviointi ja harjoittelu	17	5	5	0	1	28
liikuntaryhmät	6	11	6	3	2	28
lääkehoidon järjestäminen	17	3	2	3	3	28
lääkärintarkastus	4	7	8	5	4	28
psykkisen tilanteen arviointi	7	12	6	2	2	29
pyykkipalvelu	5	5	10	3	5	28
retket ja tapahtumat	0	5	10	8	4	27
ryhmäkeskustelut	2	10	11	3	2	28
sauna	4	6	11	3	4	28
siivous	5	6	11	2	4	28
sosiaalisen tilanteen arviointi	7	11	6	2	2	28
toimintakyvyn arviointi ja harjoittelu	14	9	4	1	1	29
uinti	0	2	5	12	9	28
ulkoilu	6	10	9	1	2	28
vapaa-ajan ohjelma talossa	2	10	10	4	2	28
yhden hengen huone	2	6	12	7	1	28

Tuloksen perusteella voidaan todeta, että kuntatoimijat arvostavat eniten perushoitotyötä lääkehoitoineen, liikunta- ja toimintakyvyn arviointia ja harjoittelua sekä aterioita. Myös muut ehdotetut palvelun osiot saavat vähintään kohtalaisesti kannatusta.

Resurssit

Vastaajien realistinen käsitys kuntien palvelutilanteesta tulee esille kommentteissa, joissa todetaan, että kunnan resurssit on huomioitava. Yksityinen palvelutarjonta tulee valita kunnan kriteerien mukaisesti ja

yksityiseltä ostettaessa arviointi/palautte on tarpeen lyhytaikaishoitoon lähettäneelle taholle jakson päätyttyä.

Viitteellinen hoitopäivän hinta yksityisessä lyhytaikaishoidossa vuonna 2010 määriteltiin kunnissa laajalle vaihteluvälille: 30-140 euroa. Puolella vastaajista ei ollut käsitystä ajankohtaisesta hintatasosta tai eivät sitä halunneet lähteä kyselyssä ”summamutikassa” arvioimaan. Hinnan muodostumista määriteltiin palveluun sisältyvien asioiden mukaan. Hinnan määrittämisessä hyödynnetään myös monissa kunnissa hoitoisuusluokituksia, jotka kuvaavat tarvittavan henkilöavun määrää. Useimmiten mainittuina tuli esille toimintakykymittarit RAVA® ja FIM™. Hoitoisuusluokittelun tärkeys palvelun järjestämisessä on ilmeistä ja tätä kuvataankin tarkemmin luvussa 4.7.

Suunnitelmia lisätä yksityisten hoitoalan palveluntuottajien käyttöä lyhytaikaisissa asumispalveluissa tulevina vuosina kysyttiin avoimessa kysymyksessä. 20 vastaajasta 6 ilmoitti, ettei käyttöä lisätä, 5 oli tilanteesta epävarma ja 9 arvioi käytön varmasti lisääntyvän. Perusteluina lisäysmahdollisuuksille esitettiin lisääntyvää palvelutarvetta väestön ikääntyessä, erityisryhmien tarpeita, kunnallisen palvelutuotannon rajallisuutta ja kuntaliitoksen mukanaan tuomaa muutosta. Vastaavaa asiaa tarkennettiin Maskun neurologisen kuntoutuskeskuksen kohdalla, jonka tuottamasta lyhytaikaisen asumisen palvelusta oli 41,4% erittäin tai melko kiinnostuneita; 44,8% ei osannut sanoa ja 13,8% ei ollut kiinnostunut.

Kunnilla ei ole käytössään laatumittareita yksityisten hoitopalvelujen järjestäjille. Vain kolme vastaajaa mainitsi kukin yhden arviointiin käyttämänsä asian: valtakunnalliset ohjeistukset, säännölliset kehityskeskustelut ja yleinen arvio hyvästä hoidosta.

Mielipiteitä

Vastaajat olivat kirjanneet avoimeen kysymykseen runsaasti mielenkiintoisia kommentteja, jossa toivottiin mm. tutustumiskäyntejä kuntoutuskeskukseen ja

toiminnan esittelyjä lyhytaikaista asumispalvelua odotellessa. Asiakkaan oman kotikunnan vammaispalvelusta vastaavia pitäisi kutsua kuntoutumisjaksoille verkostotyöhön. Päätöksiä tekevä viranhaltija on kiinnostunut, mutta luonnollisesti tarvitaan periaatteellinen linjaratkaisu sekä hallinnollinen päätös asiaan. Toivotaan ostopalvelua pitkäaikaispotilaille, esimerkiksi nuorelle MS-potilaalle, joka tarvitsee hoitoa ympäri vuorokauden. Erityisen kiinnostuneita ollaan Maskun neurologisen kuntoutuskeskuksen palveluista niille asiakasryhmille, joiden vamman, sairauden ja oireiston asiantuntijoita keskuksessa työskentelee. Myös kyseisen asiakasryhmän pitkäaikaisen palveluasumisen tai laitoshoidon ostamisesta ollaan kiinnostuneita. Masku on kohtuullisen matkan päässä, joten se voisi olla paikka, josta vaikeavammaiselle voidaan ostaa lyhytaikaishoitoa, ehkä muutama viikko vuodessa. Myös tehostetun palveluasumisen palvelua voidaan tarvita. Vastaajien näkemyksen mukaan tarpeeseen vaikuttavat varmasti tulevaisuudessa erilaiset yhteistoiminta-alueet, Kelan toiminnassa mahdollisesti tapahtuvat muutokset ja tietysti kuntalaisten yksityisten tarpeiden muuttumiset.

Yhteystietotarve

Yhteystietolomakkeen palautti vain kolme vastaajaa, joista kaksi pyysi markkinointiin ja tutkimukseen liittyvää materiaalia, yksi vain tutkimusmateriaalia sen valmistuttua.

4.4 Kyselyiden vertailua

Kahden eri kyselyn osittain samansisältöisillä kysymyksillä haettiin palvelun käyttäjien ja maksajien tärkeitä ja yhteisiä näkökulmia. Kuten edellä on todettu, olennaista oli löytää eri ryhmien yhteiset tarpeet ja mielipiteet tuotteen suunnittelun perustaksi. (Jämsä ym. 2000, 20-21; Kivistö 2003, 170-171). Asumis- ja asumispalvelun maksajien näkemyksiä vertaamalla

saadaan yhteiset, käyttökelpoiset kriteerit asumispalvelun keskeiseen sisältöön ja puitteisiin.

Tärkeimmät palvelut molempien vastaajaryhmien mielestä ovat toimintakyvyn arviointi ja ateriat. Myös hoitajan apu, liikuntakyvyn arviointi, ulkoilu, apuvälinearviointi ja lääkehoito koetaan tärkeiksi. Suurin ero mielipiteissä on majoituksen kohdalla: asiakkaat pitävät yhden hengen huonetta tärkeämpänä kuin kuntatoimijat. Kuntatoimijoiden vastauksissa näyttäisivät nousevan tärkeiksi ne palvelut, joita asumispalveluun tavallisesti sisältyykin. Saattaa myös olla, että kuntatoimijoiden vastaamista on ohjannut kustannusajattelu, koska esimerkiksi hintavaa lääkärintarkastusta on pidetty vastauksissa vähemmän tärkeänä. Tulosten perusteella on joka tapauksessa helpompi muodostaa palvelupaketti toiveiden suuntaiseksi.

4.5 Haastattelu

Taustatiedon hankintavaiheessa tuli esille, että Reumaliitto ry:n kuntoutumiskeskus Apilassa järjestetään lyhytaikaista asumispalvelua hoivapalveluna, jonka muoto vaikutti kiinnostavalta tähän kehittämisprojektiin liittyen. Asiaa selvitettiin hoitotyön esimiehen Teija Järvisen haastattelussa (26.1.2010).

Hoivajakso toteutetaan asiakkaan ja maksajatahon toiveet huomioiden. Yleensä jakso sovitaan etukäteen, mutta kiireellisiäkin jaksoja pyritään toteuttamaan. Asiakkaalle lähetetään ennakkokysely terveydentilasta ja avuntarpeesta. Hoivajaksolle voi saapua oman aikataulun mukaan. Asiakkaalle lähetetään ohjeet mukaan otettavista vaatteista ja muista tarvikkeista, kuten omat apuvälineet ja lääkkeet sekä hygienia- ja tarvikkeet.

Hoivajakso sisältää majoituksen, täysihoidon ja riittävän perushoidon ja huolenpidon lisäksi esimerkiksi ulkoilua, palvelusaunan kerran viikossa, tarvittaessa tutustumista apuvälineisiin. Lisäksi asiakkaalla on mahdollisuus

osallistua voimiensa mukaan Apilan vapaa-ajan ohjelmiin. Omaisten kanssa järjestetään tarvittaessa keskusteluhetki, jossa arvioidaan jakson kulkua.

Majoitus tapahtuu yhden tai kahden hengen huoneissa, joista osa on varustettu pyörätuolin käyttäjälle sopiviksi. Majoitus suunnitellaan yksilöllisesti asiakkaan tarpeita vastaavaksi.

Asiakkaalla on mahdollisuus ostaa erikseen fysioterapiahoidoista niitä, jotka ovat mahdollisia ilman lääkärin lähetettä. Myös jalkojenhoitajan, toimintaterapeutin, ravitsemusterapeutin, sosiaalityöntekijän tai psykologin palveluita voi ostaa. Ajanvaraukset näihin voi tehdä jo ennen hoivajaksoa. Asiakas saa postitse ohjeita ja tietoa hoivajakson toteutuksesta.

Kuntouttavan hoitotyön osastolla Apilassa on kokenut ja ammattitaitoinen henkilökunta vuorokauden ympäri, yövuorossa on yksi henkilö. Kuntouttavan hoitotyön toimintaperiaatteena on Apilassa kuntoutumisen ja voimaantumisen tukeminen kaikissa toiminnoissa. Hoivajakson onnistumisen ja turvallisuuden varmistamiseksi jaksolle ei voida ottaa vaikeasti muistihäiriöisiä asiakkaita, joilla on esimerkiksi levottomuutta tai eksymisen riski. Myöskään vuodepotilaita, jatkuvaa seurantaa vaativia tai öisin kahden hengen apua tarvitsevia ei voida ottaa hoivajaksolle.

Hoivajakson hinnoittelu tapahtuu asiakkaan hoitoisuuden perusteella kolmiportaisen luokittelun mukaan. Hintaan vaikuttaa myös majoituksen yksilöllisyys. Asiakas sijoitetaan pääsääntöisesti kahden hengen huoneeseen, ellei ole palvelun ostajan päätöstä yhden hengen huoneesta. Hinnoittelun perusteena on lisäksi vuosittain määritelty toimintapäivähinta, mikä mahdollistaa joustavuuden saapumis- ja lähtemisaikojen suhteen.

Hintaluokassa 1 asiakas tarvitsee päivittäisissä toimissaan vain vähäistä apua ja tukea, esimerkiksi ruokailee ja liikkuu itsenäisesti, mutta tarvitsee tukea lääkkehoidon toteuttamisessa ja hiukan apua pukemisessa ja riisuutumisessa tai hänellä on lieviä muistivaikeuksia.

Hintaluokassa 2 asiakas tarvitsee apua useimmissa päivittäisissä toimissaan, kuten hygienian hoidossa, ruokailussa, pukeutumisessa ja riisuutumisessa sekä liikkumisessaan. Muistivaikeudet voivat olla kohtalaisia, mutta avun tarve ei ole jatkuvaa.

Hintaluokassa 3 asiakas tarvitsee runsaasti apua lähes kaikissa päivittäisissä toimissaan. Muistivaikeudet voivat olla kohtalaisia ja vaikeuttavat talossa liikkumista. Majoitus edellyttää pyörätuolin käyttäjälle mitoitettua yhden hengen huonetta.

4.6 Toimintakyvyn määrittely asumispalvelua varten

Käsite toimintakyky kuvaa ihmisen kykyä selviytyä itsenäisesti päivittäisistä toiminnoistaan fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti. Laadukas hoito ja palvelu voi perustua ainoastaan huolellisesti tehtyyn kokonaistilanteen arviointiin. Arviointiin osallistuvat - ainakin ideaalitapauksessa – asiakkaan ja hänen läheistensä ohella hoito- ja sosiaalityön sekä lääketieteellisen työn ammattilaiset, jotka tuovat oman asiantuntemuksensa oikea-aikaisten ja tarpeiden mukaisten palvelujen turvaamiseksi. (Heinonen, Latvateikari, Mäkinen, Soininen ja Viljanen 2008.)

Asumispalvelun laadukasta järjestämistä varten on siten tärkeää, että asiakkaaksi tulevan henkilön toimintakykyä arvioidaan ja hoidon tarve eli hoitoisuus voidaan määrittää mahdollisimman luotettavasti. Sitä tehdään usein toimintakykymittareilla, joilla kuvataan myös asiakkaan avun tarvetta.

Jaakko Valvanne on artikkelissaan esitellyt muutamia keskeisiä mittareita (2007), joita kehitettäessä on tavoiteltu menetelmää, joka luotettavasti kuvaisi yksilön toimintakyvyn fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena, toimintakyvyn asteen avun tarpeen ja hoitoisuuden. Näihin vaateisiin vastaavaa yksinkertaista, päivittäiseen käyttöön helposti soveltuvaa mittaria ei kuitenkaan ole saatu aikaiseksi. Tämän takia joudutaan käyttämään tilanteesta riippuen eri arviointimenetelmiä tai tyytymään karkeisiin mittareihin. Käytännön kannalta

ongelmallista on se, ettei minkään mittausmenetelmän käyttö ole vakiintunut yleiseen käyttöön, joten yhtäkään mittareista ei siksi tule käyttää palvelujen antamisen tai epäämisen perusteena. (Valvanne 2007.)

Samaa mieltä ovat Laine ym. (2007): mittarit antavat kohtuullisen yhdenmukaisen kuvan asiakkaiden fyysisestä toimintakyvystä. Asiakkaan palveluntarpeen arviointiin, hoitopaikan valintaan ja henkilöstövoimavarojen jakamiseen tarvitaan kuitenkin myös muita mittareita, koska fyysinen toimintakyky ei selitä tarpeeksi hoitoaikojen vaihtelua eikä avun tarvetta.

RAVA®-mittari

Suomen kunnissa on laajalti käytössä Turussa kehitetty RAVA-mittari, joka on saanut nimensä turkulaisten kehittäjälääkäreiden Tapio Rajalan ja Eero Vaissin mukaan. Mittarin avulla voidaan vertailla asiakkaiden toimintakykyä ja avun tarvetta eli hoitoisuutta eri palvelumuodoissa. RAVA-mittari on helppokäyttöinen ja soveltuu siksi kotihoitoon, asumispalvelujen suunnitteluun ja pitkäaikaiseen laitoshoitoon. RAVA-arvio perustuu 12 toiminnon arviointiin: näkö, kuulo, puhe, liike, virtsa, uloste, syöminen, lääke, pukeutuminen, peseytyminen, muisti ja käytös. Tietokoneohjelma laskee RAVA-indeksin, joka määrittää asiakkaiden toimintakyvyn tason. Ohjelma tekee arvioista tietokannan ja järjestelmään kuuluu raportointipalveluja. Järjestelmän avulla voidaan tehostaa yksittäisten vanhusten hoitoon ohjausta sekä kunnan vanhuspalvelujen suunnittelua. (Valvanne 2007.)

RAVA-indeksin arvo vaihtelee välillä 1.29 ja 4.02. Mitä suuremman arvon asiakas saa, sitä suurempi on hänen avun tarpeensa. RAVA-indeksin arvoa 1.5 pidetään joissakin kunnissa kotihoidon alarajana ja 3.0 laitoshoidon alarajana, kun arvioidaan yksittäisen vanhuksen tarkoituksenmukaista hoitopaikkaa. (Laine ym. 2007.)

Laineen ym. (2007) tutkimuksen mukaan:

RAVA-indeksin luokitus ja viitteellinen suositus asumismuodosta:

- | | |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 1.29–1.49 | Itsenäisesti kotona tai omaisen avulla kotona/ kotihoito vain poikkeustapauksessa |
| 1.50–1.99 | Kotihoito/ tehostettu palveluasuminen erityistilanteissa |
| 2.00–2.49 | Tehostettu kotihoito/ tehostettu palveluasuminen |
| 2.50–2.99 | Tehostettu palveluasuminen/ vanhainkoti/ tehostettu kotihoito |
| 3.00–3.49 | Vanhainkotihoito/ terveyskeskussairaalan pitkäaikaishoito/ tehostettu kotihoito |
| 3.50–4.02 | Terveyskeskussairaalan pitkäaikaishoito/ vanhainkoti/ tehostettu kotihoito |

FIM™-järjestelmä

FIM™-järjestelmä on kansainvälinen, myös Suomen oloihin sovellettu aikuisten kuntoutuksen laadunhallintamenetelmä, joka on käytössä sairaaloissa, kuntoutuslaitoksissa, palvelutaloissa ja kotihoidon yksiköissä. FIM™-järjestelmään kuuluu luotettava toimintakykymittari sekä monipuolinen informaatiojärjestelmä. Mittarin yhdenmukaisen käytön takaa käyttäjien koulutus ja pätevyitysmiskoe. (Hagerlund 2009.)

Toimintakykymittari koostuu 18 keskeisimmästä päivittäisestä toiminnasta, joiden suorittamista arvioidaan kuntoutuksen aikana ja sen jälkeen. Toiminta pisteytetään välillä 7 (täysin itsenäinen) ja 1 (täysin epäitsenäinen). Maksimipistemäärä on 126, joka merkitsee toiminnallista itsenäisyyttä, minimipistemäärä on 18, mikä tarkoittaa täydellistä avun tarvetta. Toiminnot jaetaan kahteen ryhmään: 13 motoriseen ja 5 kognitiiviseen. (Mackintosh 2009.)

Mittaustulokset kertovat pienistäkin muutoksista kuntoutujan omatoimisuudessa ja avun tarpeessa, mm. pukeutumisessa, peseytymisessä, liikkumisessa sekä muistamiseen, ymmärtämiseen ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen liittyvissä asioissa. Tulosten käyttö mahdollistaa täsmällisen kuntoutussuunnitelman

laatimisen ja sen toteutumisen arvioinnin. Kuntoutujan edistymistä voi seurata selkeiden kuvioden ja numeroiden avulla. (Hagerlund 2009)

FIM™-järjestelmä on ollut Maskun neurologisessa kuntoutuskeskuksessa käytössä vuodesta 1998 alkaen. Kaikki vakituiset hoitajat kouluttautuvat mittarin käyttöön ja suorittavat vuotuiset osaamispäivitykset. Jokainen asiakas pisteytetään mittarin mukaan. Mittari voi osoittaa hoitotyön tarpeet eri osa-alueilla, yhdenmukaistaa havainnointia ja parantaa kirjaamista. Lisäksi mittaria voidaan käyttää suoran hoitotyön tarpeen arvioinnissa. Mittari ohjaa ajattelua kuntouttavaan hoitotyöhön (Dahlberg A. 2004). Mittaria tultaneen käyttämään myös asumispalveluasiakkaiden kohdalla sekä mahdollisena valintakriteerinä että kuntouttavan hoitotyön vaikuttavuuden mittarina.

RAVA-indeksin ja FIM- pisteiden vertailu

Yhteistyön mahdollistamiseksi palveluntuottajan ja kuntatoimijoiden välillä asiakkaiden hoitoisuus- ja siten myös hintaluokituksen laatimisessa on välttämätöntä osata verrata RAVA:n ja FIM:n tuloksia. Kun kuntoutuskeskus palveluntuottajana ilmoittaa kunnille voivansa ottaa asumispalveluun vain asiakkaita, joiden FIM on esimerkiksi yli 30, tulee sitä vastaava RAVA-indeksi ilmoittaa samassa yhteydessä. Tämä helpottaa kuntatoimijan päätöksentekoa. Vastaavasti jos kuntatoimija tiedustelee palvelupaikkaa asiakkaalle ja esitiedoissa mainitaan RAVA-indeksi, tulee se osata suhteuttaa FIM-pisteisiin.

4.7 Kuntouttava hoitotyö asumispalvelussa

Lyhytaikaisen asumispalvelujakson tarkoitus on korvata tilapäisesti kotona asumista. Tavoitteena on siten asiakkaan kodinomaisen asuminen ja toimintakyvyn turvaaminen jakson aikana, ei niinkään kuntoutustoiminta. Tästä johtuen lyhytaikaisen asumispalvelun kohdalla painottuu hoitohenkilöstön työpanos. Kuntouttavan hoitotyön keinoin voidaan turvata kuntoutujan

toimintakykyä, ohjata ja motivoida itsehoitoon, tukea sosiaalista selviytymistä, tukea kuntoutujan läheisiä ja taata hoidon jatkuvuus. Kuntoutumista edistävä hoitotyö on kokonaisvaltaista kuntoutujan huomioimista. Hyvien tulosten saavuttamiseksi hoitajat pitävät tärkeänä huomioida kuntoutujan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn sekä hyvän perushoidon päivittäisessä hoitotyössä. (Vuoristo & Haavisto 2004, 1-2.)

4.8 Yhteenveto tietojen keräyksestä

Tuotteen perustaksi löytyivät asukkaan ja maksajan yhteiset näkemykset asumispalvelupakettiin kuuluvista tärkeistä, kohtuullisista ja riittävästä sisällöistä. Palvelun järjestämisen onnistumiseksi täytyy myös voida tehdä rajauksia asumispalveluun tulevan henkilön toimintakyvyn suhteen. Tähän pyritään käyttämään kunnille tuttua hoitoisuusluokitusta. Tästä rajaamisesta saatiin tietoa hoivapalvelua tuottavasta yksiköstä. Palvelun tuottamiseen tarvittava henkilöstörakenne määritellään paitsi asukkaan tarpeet huomioiden, myös tiedostaen asumispalvelujakson luonne lyhytaikaisena asumisena, ei kuntoutusjaksona, joiden järjestämiseen Maskussa on tähän asti totuttu.

5 Asumispalvelutuote

Kehittämisprojektissa hankitun tietoperustan ja taustaselvitysten antamaa tietoa analysoimalla täsmennettiin, mitä ollaan tekemässä ja valittiin toteuttamisen vaihtoehdot ja periaatteet (Jämsä ym. 2000, 85). Tuotteistamisprosessin mukaan määriteltynä kuntoutuskeskuksen asumispalvelutuote on standardoitu, asukkaalle tarjottava palvelupaketti. Palvelukuvaus laadittiin keskeisistä palveluista, tarvittavien resurssien määrä ja laatu huomioiden. Hinta määritellään huomioimalla toimintolaskennan pohjalta muodostunut omakustannushinta ja toiminnan turvaava kate. (Kivistö 2003, 169.)

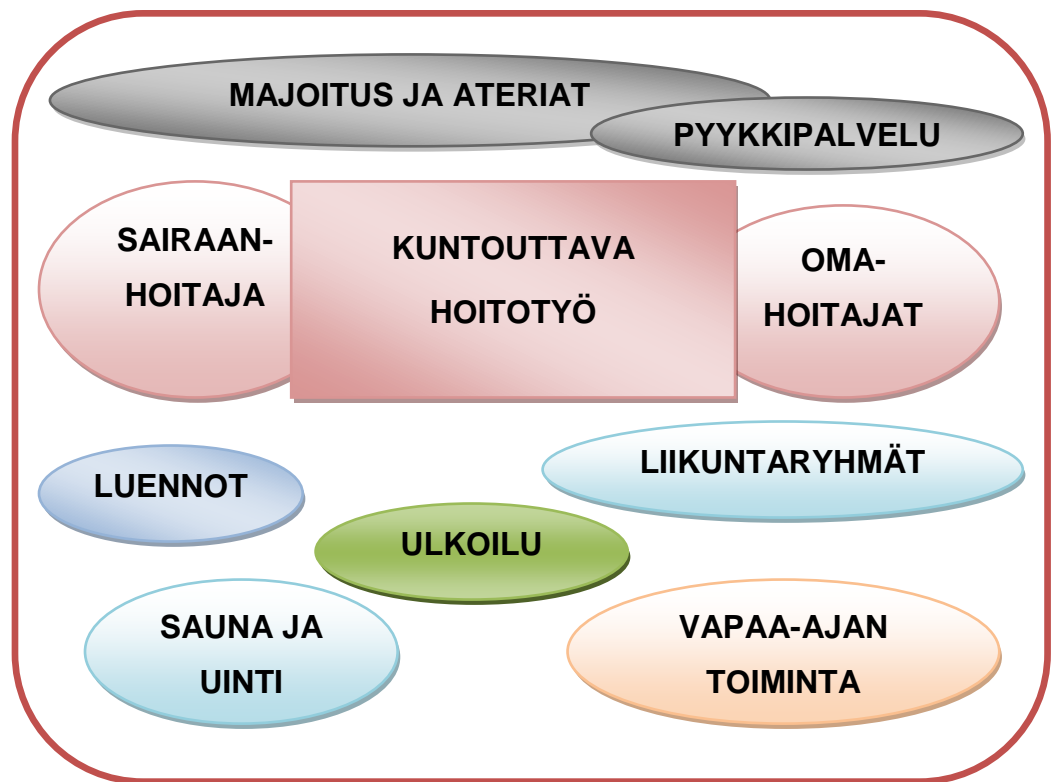
5.1 Palvelukuvaus

Kunta tai kuntayhtymä tai muu maksajataho voi antaa maksusitoumuksen lyhytaikaiseen asumispalveluun Maskun neurologiseen kuntoutuskeskukseen. Maksusitoumus oikeuttaa sovittuna ajanjaksona palvelupakettiin kuuluviin palveluihin. Palvelupaketeissa on kolme eri hintaluokkaa, joka määritetään etukäteen asukkaan tarvitseman päivittäisen hoitotarpeen mukaan. Tämä hoitoisuusluokitus tehdään RAVA-arvion tai FIM-pisteytyksen perusteella käytettävissä olevien dokumenttien, esimerkiksi taustakyselylomakkeen, mukaan. Kuntoutuskeskus voi myös evätä asumispalveluun pääsyn silloin, jos voidaan arvioida asukkaan olevan vointinsa puolesta soveltumattoman kodinomaiseen asumiseen. Toimintaympäristön ja henkilökuntarakenteen sekä palvelutarpeet huomioiden voidaan asumispalvelujaksolle ottaa henkilö, joka ei tarvitse jatkuvaa vuodelepoa (RAVA-indeksi < 3.50 ja FIM >50), vaan pystyy istumaan esimerkiksi pyörätuolissa. Lisäksi on tärkeää, että asukas on tietoinen ympäristöstään siten, että voi tuoda esille omia toiveitaan ja tarpeitaan.

Palvelupaketissa on merkittävimpana osiona kuntouttava hoitotyö. Sen lisäksi jokaiseen palvelupakettiin kuuluvat seuraavat palvelut:

- sairaanhoitajan tulohaastattelu ja hoitokokous lähtöviikolla
- omahoitajien palvelut
- majoitus 1 tai 2 hengen monipuolisesti varustellussa, esteettömässä huoneessa
- kylpytakki, liinavaatteet, huonesiivous ja pyykkipalvelu talon pesulassa
- ateriat: aamiainen, lounas ja päivällinen sekä ruokavalioon liittyvät välipalat, myös erikoisruokavaliot
- päivittäiset liikuntaryhmät fyysisen kunnon mukaan
- luentokeskustelut ja tietoiskut, mahdollisuus teema- ja pienryhmiin
- ohjattu vapaa-ajan toiminta: kädentaidot, illanvietot, elokuvat yms.
- sauna ja uinti voinnin ja toiveen mukaan
- ulkoilu voinnin mukaan

Palvelupakettiin kuuluvat palvelut on kuvattu kuviossa 2.



Kuvio 2. Palvelupaketti

Muuta huomioitavaa

Asukas tuo jaksolle mukanaan tarvitsemansa lääkkeet ja niiden reseptit, tarvitsemansa hygieniatuotteet ja muut päivittäistarvikkeet, samoin yksilölliset apuvälineensä. Asumisjaksolla käytetään omia vaatteita. Asukas voi lisäksi hankkia omalla kustannuksellaan erilaisia oheispalveluja, kuten hierontaa, jalkahoitoa, kampaamo- ja kosmetologipalveluita, retkiä, kahvion palveluita yms. kiinnostuksensa mukaan. Jakson aikana tarvittavat lääkärin tai muut terveydenhuollon palvelut asukkaan tulee kustantaa itse. Niiden varaamisessa voi omahoitaja tarvittaessa avustaa. Jakson ajan asukkaalla mahdollisesti olevat avoterapiat ovat keskeytyksissä, koska niissä käymisen järjestäminen on työlästä matkojen takia. Asukas voi kotikuntansa kanssa sopia, että hänelle

mahdollisesti myönnettyjä kuljetuspalveluita voidaan käyttää asumisjakson aikana.

Kunnan tai kuntayhtymän antamassa maksusitoumuksessa on kirjallisesti määritelty asumispalvelun sisältö ja kesto. Asukkaan ja kunnan kanssa erikseen sovitusti voidaan palvelupaketin maksusitoumukseen lisätä myös muita palveluita, jos siihen on resursseja.

5.1.1 Ohjelmapohja

Asumispalvelujakson toteuttamista varten laadittiin kuntoutuskeskuksen laatuohjeistuksen mukainen ohjelmapohja (liite 3), jossa määritellään asumisjakson ohjelmien sisältö ja kesto sekä ohjelmiin tarvittavat henkilöt. Ohjelmapohja ohjaa ajanvarauksen henkilöstöä tekemään jaksolle saapuvan asukkaan päiväohjelman. Ohjelmapohjan avulla voidaan varmistaa, että asukas saa sovitut palvelut ja hänelle tulostettu päiväkohtainen ohjelma ohjaa menemään mukaan sovittuihin tilanteisiin.

5.1.2 Markkinointisuunnitelman laatiminen

Raatikaisen mukaan (2008, 61) edellä kuvattua tuotteen muodostamista seuraavat vaiheet on tässä kehittämissuunnitelmassa markkinointisuunnitelman laatiminen. Jämsän ym. (2000, 118-119) mukaan markkinointi jaetaan yrityksessä ulkoiseen ja sisäiseen markkinointiin. Ulkoinen markkinointi kohdistuu täsmennettyyn asiakasryhmään, tässä tapauksessa kuntiin ja kuntayhtymiin, ja markkinoinnin tavoitteena on saada ne haluamaan tuotetta ratkaisuna asumispalvelun järjestämiseksi. Asiakaskyselyssä tuli esille, että asukkaiden mielestä tietyt kunnat ovat myönteisiä palveluiden myöntämiselle, joten niihin kannattaa markkinoinnissa myös panostaa. Lienee tuloksellisempaa tarjota uutta palvelua kuntaan, jossa asiantunteva asukas arvioi ao. palvelun ”käyvän kaupaksi”. Asiakaskyselyn yhteydessä tuli myös esille, että vastaajien joukossa oli tietämättömyyttä oman kotikunnan tarjoamista asumispalvelun vaihtoehtoista. Luonnollisesti niistä tiedottaminen kuuluu kuntien vastuulle, mutta tiedon lisäämiseksi kannattaa laatia myös kuntoutuskeskuksen Internet-

savuille tiedote uudesta palvelumuodosta. Suunnitelmissa on myös aiheesta laadittu artikkeli järjestön Avain-lehteen.

Markkinointia voidaan tehdä lähettämällä uutta palvelutuotetta koskeva tiedote toimintakuvauksineen alueen kuntiin, esittelemällä uutta toimintaa kunta-alan messutapahtumissa ja kutsumalla kuntatoimijoita kuntoutuskeskukseen tutustumiskäynnille, kuten kuntakyselyssä tuli toiveena esille. Myöhemmässä vaiheessa markkinointia voidaan tehdä uudelleen aiempien toimenpiteiden onnistumisen arvioinnin perusteella (Jämsä ym. 2000, 123).

Ulkoisessa markkinoinnissa tehdään yhteistyötä MS-liiton markkinointiosaston kanssa. Tarkempaa suunnittelua varten voidaan järjestää kokous, jossa laaditaan luonnokset tarvittavista esitteistä ja Internet-sivuston tiedotteista.

Sisäinen markkinointi kohdentuu yrityksen henkilöstöön ja sen tarkoituksena on saada se sitoutumaan tuotteistamisprosessiin ja myös markkinoinnin edistämiseen. Sisäisen markkinoinnin avulla voidaan vaikuttaa henkilöstön imagoon, mielikuviin ja tuotetietoisuuteen. Onnistunut sisäinen markkinointi tuottaa tyytyväisyyttä, yrityshenkeä ja uusia innovaatioita. (Jämsä ym. 2000, 118-119)

Tämän kehittämisprojektin sisäistä markkinointia ei kuntoutuskeskuksessa ole vielä tehty, mutta kehittämisprojekti on henkilöstön tiedossa ja se odottanee kiinnostuneena lopputulosta. Henkilöstön yleinen positiivisuus vaikuttanee siihen, että vastaanotto on hyvä. Projektin yhteenveto esitetään henkilöstölle tiedotustilaisuudessa keväällä 2010.

5.2.3 Liiketaloudellisen kannattavuuden arviointi

Kuntoutuskeskuksen johtamisessa korostetaan henkilökohtaista vastuuta palvelujen laadusta ja kustannustehokkuudesta. Toimintayksikköä johdetaan tulosvastuullisesti ja toiminnan tulee olla itsensä kannattavaa. Voitolliseen tulokseen ei kuitenkaan pyritä toiminnan sisällön tai laadun kustannuksella. Taloudellinen tulos käytetään toiminnan kehittämiseen. (Suomen MS-liitto ry 2009.)

Uuteen toimintaan liittyvän liiketaloudellisen kannattavuuden jatkuva arviointi on siten välttämätöntä. Kannattavuus on lyhyesti määriteltynä myyntituottojen ja toiminnasta aiheutuvien kulujen välinen erotus. Kustannuksiin kuuluvat muuttuvat kustannukset, kuten tuotantohenkilöstön työpalkat sosiaalikuuluineen, raaka-aineet ja käyttötavarat, ja kiinteät kustannukset, kuten kiinteistökulut ja toimihenkilöiden palkat sivukuluineen. Kannattavuuteen vaikuttavat palvelutuotteen hinnan ja laadun suhde sekä kysynnän määrä. Lisäksi on otettava huomioon kilpailu asiakkaista. Asiakkaiden määrään voidaan koettaa vaikuttaa asiakashankinnalla, jolloin markkinoinnin tarve korostuu. (Opetushallitus 2010.)

Palveluiden toteutumiskustannuksia ja laatua tarkasteltaessa on syytä kiinnittää huomiota myös palvelun tuottajan henkilöstöpolitiikkaan, laadunvarmistukseen ja asiakaspalautejärjestelmiin. Asiakslähtöisyyden tulee näkyä käytännössä. Sen tosiasiallista olemassaoloa ja käytäntöjä on hyvä seurata. Myös johtamiskäytännöt ja niiden kehittäminen ovat osa laadukasta palvelutuotantoa. Taloudellinen ja toiminnallinen laatu sekä varmuus palvelutuotannossa luo turvallisuutta ja pitkäjänteisyyttä. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2003.)

Palvelutuotteen lopullisen muodon laatiminen ja varsinaisen toiminnan aloittaminen edellyttää useita työyksiköitä koskevia hallinnollisia päätöksiä sekä laadunhallinnan toimenpiteitä.

6 Projektin arviointia ja kehittämisehdotuksia

6.1 Projektin arviointia

Projektissa soveltavan tutkimuksen eri osavaiheet lomittuivat ja vaikuttivat myös toisiinsa: kyselyjen tuloksia voitiin hyödyntää seuraavia vaiheita toteutettaessa ja aineistoa voitiin työstää ajattelemalla kriittisesti omaa lähestymistapaa ja olemalla valmis vaihtamaan ajattelun suuntaa. (Silverman 2005, 70-71.)

Projektin tuotoksena saatiin tutkittua tietoa kohderyhmien näkemyksistä palvelutoiminnan suunnittelua varten. Asiakkaille suunnattavan mielipidekyselyn kohdalla kuntoutuskeskukselle tärkeä asiakaskeskeisyys korostui, mikä lisännee positiivista suhtautumista laitokseen. Oheistuotoksena kehittyi kuntiin suunnattavan kyselyn myötä verkostoitumista ja yhteistyölinkkejä kuntien viranhaltijoihin, sekä mahdollisesti kuntoutuskeskuksen positiivisen tunnettuuden lisääntymistä kuntatoimijoiden keskuudessa.

Projektin osatehtävien aikataulutaminen toteuttamiskelpoiseksi ja sujuvaksi jatkumoksi oli suuri haaste. Projektiryhmän pienen koon takia jokaisen jäsenen täysipainoinen osallistuminen koko projektin ajan oli välttämätöntä. Päävastuu projektin etenemisestä suunnitelmien ja aikataulun mukaan oli projektipäälliköllä. Projektioorganisaatio oli keveä ja joustava sekä avointa vuoropuhelua tukeva. Keskeiset päätökset teki hallintopäällikkö mentorin roolissa tai kuntoutuskeskuksen johtaja.

Projekti ideoitiin ja aloitettiin talouden taantumavaiheen kynnyksellä. Viimeaikaisten yhteiskunnallisten tapahtumien jälkeen yksityisen sektorin tuottaman uuden palvelutuotteen tarjoaminen edes ideatasolla saattaa olla ajatuksena vaikea ottaa vastaan. Tämä saattoi näkyä esimerkiksi asiakkailta saapuneiden vastausten kohtalaisena katona ja toisaalta melko alhaisena vastausprosenttina kuntiin suunnatussa verkkokyselyssä. Tällöin tuotteen lopullista kysyntää on vaikea arvioida.

Projekti oli luonteeltaan taustaselvitystä ja siihen perustuvaa tuotteistusta. Valmis tuote saatiin projektin aikana luoduksi. Eri asia sitten on, saadaanko palvelua käyntiin suunnitellulla tavalla, sillä se riippuu maksajatahoista. Jokin lähikunnista saattaa lähteä ostamaan asumispalvelua soveltuvissa tilanteissa. Palvelun integrointi kuntoutuskeskuksen muuhun toimintaan on alustavasti suunniteltu.

Tämän kehittämisprojektin loppupuolella julkaistiin sosiaali- ja terveysministeriön aiemmin asettaman työryhmän selvitys maassa toimivien kuntoutuslaitosten tilanteesta ja tulevaisuuden näkymistä. Selvityksen tuloksena

esitetään yhdeksän keskeistä kuntoutustoimintaa kehittävää ehdotusta. Niistä tämän kehittämisprojektin kannalta huomioitava on ehdotus siitä, että kuntoutuslaitokset monipuolistaisivat palveluvalikoimaansa ja tuotteistaisivat palvelunsa valtakunnallisesti yhtenäisellä tavalla sekä kehittäisivät yritystoimintaan liittyvää osaamistaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a.) Tähän haasteeseen on tällä kehittämisprojektilla jo osittain vastattu. Tosin valtakunnallisen tuotteistamisen sijasta näyttää siltä, että kuntoutuskeskuksissa toimitaan toistaiseksi omilla voimavaroilla.

Selvityksessä myös omaishoitajien kuntoutusta ehdotetaan lisättäväksi kohdentamalla Kansaneläkelaitoksen harkinnanvaraista kuntoutusmäärärahaa nykyistä enemmän omaishoitajien toimintakykyä ja jaksamista edistäviin kuntoutusjaksoihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a.) Tämä ehdotus täydentää aiemmin esitettyjä asiakkaiden toiveita.

Projektin luotettavuus

Anttilan (2007, 146) mukaan validiteettikysymys koskee tällaisessa kehittämisprojektissa arviointitietoa, sen keruuta ja tehtyjä johtopäätöksiä. Projektissa on tarkkailtava, että aineistot koskevat niitä asioita, joita oli tarkoitus arvioida. Johtopäätösten tulisi olla selkeitä ja perusteltuja siten, että ne näyttävät, mihin havaintoihin ne perustuvat. Mielestäni tämän kehittämissankkeen taustaselvitykset antavat konkreettisen ja pätevän rakenteen palvelutuotteelle: se on muodoltaan riittävän kiinnostava, kohtuuhintainen ja kohdennettu asiakaskunnan tarpeeseen.

Kyselyiden kohdalla vastaukset saattavat sisältää satunnaisvirheitä, esimerkiksi jos vastaaja on ymmärtänyt kysymyksen väärin tai kirjannut vastauksen väärään kohtaan (Anttila 2007, 146). Tällä ei kuitenkaan ole merkitystä kyselyn kokonaistuloksen kannalta, koska tulokseen on laskettu keskiarvoja tai muutoin käytetty useimmiten valittuja vaihtoehtoja. Taustaselvitysten hankinta ja tuotteistamisprosessi on kuitenkin pyritty toteuttamaan uskottavasti ja vakuuttavasti, tähän projektiin soveltuvilla menetelmillä, ja sen hyödynnettävyys

vaikuttaa hyvältä. Jälkimmäinen tarkoittaa sitä, että alkuperäinen idea on jalostunut uudeksi palvelutuotteeksi, joka on osoittautunut toimivaksi ja käyttökelpoiseksi ja siitä on yritykselle hyötyä. (Anttila 2007, 147-148.)

Kehittämiprojektissa on pyritty siihen, että toimeksiantaja, asiakkaat, kuntatoimijat ja muut yhteistyötahot olisivat tyytyväisiä tulokseen. Tätä selvitettiin kehittämishankkeen arviointitapahtumassa (Anttila 2007, 60), jossa palautettiin mieleen projektin vaiheet, arvioitiin niiden merkitystä ja tuloksia. Arviointi oli oppimistilanne ja voi myös toimia seuraavien suunnitelmien pohjana.

Riskien arviointi

Kehittämiprojektin alkuvaiheista asti on seurattu kunnallisen taloustilanteen kehittymistä. Syksyllä 2008 alkaneen talouden taantumana pitkeytyä on yhä epävarmaa, miten laajasti eri kunnat pystyvät rahoittamaan yksityiseltä palveluntuottajalta maksusitoumuksilla hankittavaa asumispalvelua. Kuntoutuskeskuksen toiminnan monipuolistamisen kannalta on kuitenkin kannattavaa tarjota uutta palvelua jo tässä vaiheessa mahdollisimman moniin kuntiin, sillä kuntoutuskeskuksessa toteutettavan asumispalvelun tarve on tullut selvityksissä hyvin esille. Suunnitellut markkinointitoimenpiteet ovat hinnaltaan kohtuullisia, joten taloudelliset riskit ovat pienet.

6.2 Palveluseteli asumispalveluun

Kunnissa on otettu käyttöön palvelusetelilain nojalla erilaisia palveluseteleitä, joilla kuntalainen voi hankkia tarvitsemansa palvelut yksityiseltä sektorilta. Asiakkaiden yhdenvertaisuus palveluiden saannissa varmistetaan sillä, että palvelusetelin arvon on lain mukaan oltava niin suuri, että asiakkaiden vastattavaksi jäävä omakustannusosuus säilyy kohtuullisena. Palveluseteli

kattaa kaikki sosiaali- ja terveystalvet. Asiakas voi valita, millaista palvelua ja keneltä hän ostaa. (Sosiaali- ja terveystalvisteriö 2009b.)

Kunnallisen palvelusetelin käyttömahdollisuus myös kuntoutuskeskuksen uusiin asumispalveluihin kannattaisi varmistaa sopimalla siitä yhteistyössä kuntien kanssa.

6.3 Asumispalveluiden laatukriteerit

Asiakas- ja kuntakyselyiden vastaajien näkemyksiä kannattaa peilata vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuositukseen, jonka mukaan vammaisten ihmisten asumisen tarpeet on huomioitava kuntasuunnitelmassa esimerkiksi siten, että toimintakyvyltään erilaisten kuntalaisten asumista toteutetaan yksilöllisesti ja käyttäjän tarpeiden mukaisesti. (Sosiaali- ja terveystalvisteriö & Suomen Kuntaliitto 2003, 4.) Laatusuosituksessa korostetaan tiedottamisen ja yksilöllisen selvittämisen merkitystä.

Asiakaskyselyssä esille tulleiden kommenttien perusteella näyttää siltä, ettei laatusuositusta ole riittävästi huomioitu joissakin kunnissa. Samaan tulokseen tuli Kotiranta (2008, 39-40) Stakesille tekemässään selvityksessä: asiakkaan tarpeita ei huomioida sen kummemmin sosiaalialan lainsäädännössä kuin lain soveltamisessakaan, ja päätöksentekoa ohjaamassa on kunnan talous, eivätkä yksilölliset tarpeet. Vaikeavammaisten asukkaiden tietoisuus palveluista on parantunut ja kysyntä suurentunut, mutta palvelutuotantoon ei ole ohjattu suurempia määrärahoja.

Tätä taustaa vasten voidaan todeta, että vammaisjärjestöjä, kuten Suomen MS-liittoa, tarvitaan tehokkaaseen edunvalvontaan. Uuden asumispalvelutuotteen markkinointiin kannattaa liittää kuntiin kohdistuvan markkinoinnin lisäksi runsaasti tiedottamista suoraan asumispalvelun käyttäjille, jotta he tietäisivät mahdollisuuksistaan saada yksilöllisesti suunniteltua asumispalvelua myös Maskun neurologisessa kuntoutuskeskuksessa.

6.4 Reflektio

Projektin suunnittelu ja toteuttaminen oli asian luonteesta ja pienestä projektiryhmästä johtuen projektipäällikön vastuulla eli sain työstää sitä eteenpäin melko itsenäisesti, toki mentorin ja ammattikorkeakoulun ohjaksissa. Tämä edellytti jatkuvaa itsereflektiota, eli henkilökohtaista otetta prosessiin, oman työskentelyn ja ajattelun tutkimista. Tämä vaatii epäilemistä, hämmästelemistä ja päätöksentekoa pitkittävää asennetta sekä uusia näkökulmia metsästävästä mieltä. (Anttila 2007, 57.) Mikään näistä ei tuottanut varsinaisesti vaikeutta, varsinkin kun projektin aikataulu oli riittävän väljä. Projektin kirjaamisen aikataulussa pitämiseen sain tukea tuutorilta ja mentorilta.

Projekti antoi hyvän mahdollisuuden kehittyä vaativaan asiantuntijuuteen.

LÄHTEET

- Anttila P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina: Akatiimi Oy:
- Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 18.9.1987/759
- Dahlberg A. 2004. FIM-mittarin käyttö hoitotyössä. Luento 24.3.2004. Maskun neurologinen kuntoutuskeskus
- Hagerlund T. 2009. FIM™-järjestelmä. FCG Finnish Consulting Group Oy. Viitattu 25.2.2010. http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;145;44264;38949;37852
- Hakulinen, T. & Savela, A. 2001. Kuntoutuslaitosten tulevaisuuden toimintavaihtoehtoja: argumentoiva Delfoi-tutkimus. Joensuu: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu
- Heikkilä T. 2005. Tilastollinen tutkimus. 5-6 p. Helsinki: Edita Publishing:
- Heinonen T., Latvateikari E., Mäkinen A., Soininen H. ja Viljanen M-L. 2008. Toimintakykymittarit. Forssan seudun vanhustenhuollon kehittämishanke Määritte kotona, 2006 - 2008
- Invalidiliitto ry. Viitattu 26.1.2009. www.invalidiliitto.fi
- Jämsä K. ja Manninen E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi
- Järvinen T., hoitotyön esimies, kuntoutumiskeskus Apila. Henkilökohtainen tiedonanto 26.1.2010
- Kari, M. 2005. EU:n palveludirektiivi ja julkiset palvelut. Yhteiskuntapolitiikka 70, 2005:2, s. 221. Viitattu 27.1.2009. <http://yp.stakes.fi/NR/rdonlyres/D024BE64-8A9E-40D9-800E-24D884449360/0/052kari.pdf>
- Kivistö, A. 2003. Talousohjaus ja tuotteistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Pirkanmaan Ammattikorkeakoulu. Tampere.: Multiprint
- Kotiranta, P-L. 2008. Asumiseen laatua informaatio-ohjauksella: arviointia vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuosituksen vaikutuksista kunnissa. Raportteja / Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus no. 31. Helsinki. Viitattu 23.2.2010. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R31-2008-VERKKO.pdf>
- Kuntoutumiskeskus Apila. Viitattu 26.1.2009. www.kuntoutumiskeskusapila.fi
- Kruunupuisto, Punkaharjun kuntoutuskeskus. Viitattu 26.1.2009. www.kruunupuisto.fi
- Kylpylähotelli Kunnonpaikka. Viitattu 26.1.2009. www.kunnonpaikka.com
- Kyyhkylän kuntoutuskeskus. Viitattu 26.1.2009. www.kyyhkyla.fi
- Laamanen E., Ala-Kauhaluoma M. ja Nouko-Juvonen S. 2002. Kuntien ja kolmannen sektorin yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollossa. Acta nro 143. Helsinki: Suomen Kuntaliitto
- Laine J., Rajala T., Lahtinen Y., Noro A., Finne-Soveri H., Talvinko T. ja Valvanne J. 2007. Selittääkö fyysinen toimintakyky asiakkaan saamaa hoitoaikaa vanhusten laitoshoidossa? RAVA-indeksin ja RAI-järjestelmän hierarkkisen toimintakykymittarin vertailu. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2007: 44 153–162
- Lehtinen U. ja Niinimäki S. 2005. Tuotteistamisen ja markkinoinnin suunnittelu. WSOY: Helsinki

Lewis J. 2003. The Applications of Qualitative Research Methods. Teoksessa Qualitative Research Practice. London: SAGE Publications

Lindroos J-E. & Lohivesi K. 2004. Onnistu strategiassa. Juva: WSOY

Lith, P. 2006. Yritystoiminta ja kuntien ostopalvelut sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kauppa- ja teollisuusministeriö.

Mackintosh S. Functional Independence Measure. Australian Journal of Physiotherapy 2009 Vol. 55 – © Australian Physiotherapy Association 2009. Viitattu 25.2.2010. http://ajp.physiotherapy.asn.au/AJP/vol_55/1/AustJPhysiotherv55i1Clinimetrics.pdf

Maskun neurologisen kuntoutuskeskuksen laatupolitiikka 2010

Maskun neurologisen kuntoutuskeskuksen tilastot 2008 ja 2009

Maskun neurologinen kuntoutuskeskus. Viitattu 26.1.2009. www.kuntoutuskeskus.fi

Opetushallituksen oppimateriaalit 2010. Kannattavuus ja katetuotto. Viitattu 7.3.2010. http://www.edu.fi/oppimateriaalit/kannattavuus_katetuotto/index1.html

Päivärinta E. ja Maaniittu M. 2002. Asiakaslähtöistä vai asiakkaista lähtevää. Gerontologia 1/2002, 32-34.

Raatikainen L. 2008. Asiakas, tuote ja markkinat. Helsinki: Edita Publishing Oy

Raisio kaupunki 2009. Viitattu 21.2.2010. <http://www.raisio.fi/asp/system/empty.asp?P=1624&VID=default&SID=419591600393869&S=1&A=closeall&C=23349>

Salanterä S. ja Suominen T. (toim.) 2002. Hoitotieteellisen tutkimuksen metodologisia pohdintoja. Turun Yliopisto: Hoitotieteellisen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja A:40/2002

Salmi, V. 2006. Asumalla kuntoon? Kuntoutuskäsitteen ulottuvuuksia asumispalveluissa. Asumispalvelusäätiö ASPA. Helsinki: Edita Oy

Silfverberg, P. 2005. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Viitattu 9.4.2009. <http://www.mol.fi/esf/ennakointi/raportit/pvopas.pdf>

Silverman, D. 2005. Doing Qualitative Research. 2 p. London: SAGE Publications Ltd.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2003. Yksilölliset palvelut, toimivat asunnot ja esteetön ympäristö: vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003:4. Viitattu 28.2.2010. http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/6E3F0B3D-AFEE-413D-B4E4-3053C2F8CB25/0/AsumPalv03_fin.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö/Stakes 2007. Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a. Kuntoutuslaitosselvitys 2009. Kuntoutuslaitosten tila ja selvitysmiesten ehdotukset kuntoutuslaitostoiminnan kehittämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:61. Helsinki 2009. Viitattu 23.2.2010. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1480996#fi

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b. Tiedote 242/2009. Viitattu 21.3.2010. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1420803>

Sosiaali- ja terveysministeriö > Vastuualueet > Sosiaalihuolto > Vammaispalvelut
>Palveluasuminen, 2007. Viitattu 27.1.2009.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/sospa/shvam/palveluasuminen.htx>

Stakes ja Kuntaliitto 1997, Kuntoutuspalveluluokitus : Opas luokituksen käyttöön. 17-24. Ohjeita ja luokituksia / Stakes, ISSN 1237-5683 ; 1997:1

Suomen MS-liitto ry. Viitattu 26.1.2009. www.ms-liitto.fi

Suomen MS-liitto ry:n hallintosääntö, 1.1.2009 alkaen

Suomen MS-liitto, vuosisuunnitelma 2009. Viitattu 2.2..2009 http://www.ms-liitto.fi/files/4521/Suomi_Toimintasuunnitelma2009_hyvaksytyy.pdf.

Sutela, Marja 2003. Sosiaali- ja terveystalvelujen ulkoistaminen: oikeudelliset reunaehdot. Helsinki: Edita

Valli R. 2001. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1: metodin valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Chydenius-instituutin julkaisuja 2/2001. PS-kustannus. Jyväskylä: Gummerus

Valvanne J. 2007. Toimintakykymittarit. Terapia Fennica/verkkajulkaisu. Viitattu 24.2.2010. http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhus_potilaana

Vammaispalvelulaki 2008/981

Vilka H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi

Vuoristo R-L. ja Haavisto S. 2004. Kuntouttava hoitotyö. Opinnäytetyö. Maskun neurologinen kuntoutuskeskus.

KYSELY ASUMISPALVELUTOIMINTAAN LIITTYEN

Olen: nainen ___ mies ___ Ikäni on _____ vuotta

Kotikuntani on: _____

Asun: yksin ___ kahdestaan kumppanin kanssa ___ perheessä ___

Käytän liikkumisessa apuvälineitä:

kyllä, mitä

en käytä _____

Rastittakaa seuraavassa kysymyksessä kaikki mielestänne sopivat kohdat.

Voisin ajatella asuvani jonkin aikaa kuntoutuskeskuksessa seuraavista syistä:

___ tilanteeni arviointia varten toimintakykyni muututtua nykyisestä

___ toipilaana sairaalajakson jälkeen ennen kotiutumista

___ omaishoitajani ollessa estyneenä avustamiseeni

___ henkilökohtaisen avustajani ollessa estyneenä avustamiseeni

___ asuintaloni putki- tai muun remontin ajan

___ asunnonmuutostöiden ajan

___ kunnes löytyy sopiva liikuntaesteetön asunto

___ odottaessani palvelutalopaikkaa

___ muu tilanne, mikä _____

Lyhytaikainen asumispalvelu on erilaista kuin laitospalvelu, josta Teillä on kokemusta. Rengastakaa seuraavassa kysymyksessä mielipidettänne parhaiten kuvaava numero.

Mikä olisi Teidän mielestänne asumispalvelussa palveluiden tärkeys asteikolla: 1=ei lainkaan tärkeä 2=hieman tärkeä 3=melko tärkeä 4=tärkeä 5= erittäin tärkeä

apuvälineasiat	1	2	3	4	5
asiointiapu	1	2	3	4	5
ateriat	1	2	3	4	5
hoitajan apu päivittäisissä toimissa	1	2	3	4	5
kädentaitotoiminta	1	2	3	4	5
liikuntakyvyn arviointi ja harjoittelu	1	2	3	4	5
liikuntaryhmät	1	2	3	4	5
lääkehoidon järjestäminen	1	2	3	4	5
lääkärintarkastus	1	2	3	4	5
psykkisen tilanteen arviointi	1	2	3	4	5
pyykkipalvelu	1	2	3	4	5
retket ja tapahtumat	1	2	3	4	5
ryhmäkeskustelut	1	2	3	4	5
sauna	1	2	3	4	5
siivous	1	2	3	4	5
sosiaalisen tilanteen arviointi	1	2	3	4	5
toimintakyvyn arviointi ja harjoittelu	1	2	3	4	5
uinti	1	2	3	4	5
ulkoilu	1	2	3	4	5
vapaa-ajan ohjelma talossa	1	2	3	4	5
yhden hengen huone	1	2	3	4	5
muu, mikä _____					

Arvioikaa oman kotikuntanne mahdollisuuksia antaa maksusitoumus lyhytaikaiseen asumispalveluun:

Missä paikassa tiedätte tai arvelette lyhytaikaisen asumispalvelun kotikunnassanne tällä hetkellä järjestyvän?

Muita kommenttejanne asumispalveluun liittyen:

KIITOS OSALLISTUMISESTANNE!

POSTITATTEHAN VASTAUKSENNE OHEISESSA PALAUTUSKUORESSA VIIMEISTÄÄN 5.6.2009

LIITE 2

KUNTAKYSELY (KOOSTE WEBROPOL®-POHJASTA)

1. Olette sosiaali- tai terveysalan ammattilainen. Miltä alueelta teillä on eniten työkokemusta?
 - a) sosiaalialalta
 - b) terveysalalta
2. Järjestääkö kuntanne tai kuntayhtymänne lyhytaikaishoitoa?
 - a) kyllä
 - b) ei
 - c) en tiedä
3. Lyhytaikaishoitoa saattavat tarvita erilaiset asiakasryhmät. Merkitkää seuraavista ne, joille kuntanne tai kuntayhtymänne on järjestänyt lyhytaikaishoitoa tänä vuonna:
 - alle 65-vuotiaat vaikeavammaiset sairastumisen takia
 - alle 65-vuotiaat vaikeavammaiset asuinolosuhteiden takia
 - yli 65-vuotiaat vaikeavammaiset sairastumisen takia
 - yli 65-vuotiaat vaikeavammaiset asuinolosuhteiden takia
 - yli 65-vuotiaat sairastumisen takia
 - yli 65-vuotiaat asuinolosuhteiden takia
4. Mainitkaa muita asiakasryhmiä, joille on järjestetty lyhytaikaishoitoa?
5. Missä paikoissa lyhytaikaishoitoa kunnassanne tai kuntayhtymässänne järjestetään? Voitte valita useita vaihtoehtoja.
 - kunnallinen palvelutalo
 - kunnallinen palveluasunto
 - terveyskeskuksen vuodeosasto
 - vanhainkodin vuodeosasto
 - yksityinen palveluasunto
 - yksityinen palvelutalo

6. Mainitkaa muita paikkoja, joissa järjestätte lyhytaikaishoitoa?
7. Lyhytaikaishoitoa saatetaan tarvita useissa erilaisissa elämäntilanteissa. Valitkaa seuraavista tilanteista kaikki ne, joissa kuntanne tai kuntayhtymänne pyrkii järjestämään lyhytaikaishoitopaikan:
- asiakkaan tilanteen arviointia varten toimintakyvyn muututtua aiemmasta
 - sairaalajakson jälkeen ennen kotiutumista
 - omaishoitajan ollessa estyneenä avustamiseen sairauden takia
 - omaishoitajan loman ajaksi
 - henkilökohtaisen avustajan ollessa estyneenä avustamiseen sairauden takia
 - henkilökohtaisen avustajan loman ajaksi
 - asuintalon putki- tai muun remontin ajan
 - asunnonmuutostöiden ajan
 - kunnes löytyy sopiva liikuntaesteetön asunto
 - soveltuvaa palvelutalopaikkaa odottaessa
8. Mainitkaa muita tilanteita, joissa mielestänne lyhytaikaishoito voisi tulla kyseeseen?
9. Yksityissektorin järjestämään lyhytaikaishoitoon voidaan sopia liitettäväksi erilaisia palveluita. Arvioikaa seuraavien palveluiden kohdalle niiden tärkeys lyhytaikaishoidon aikana. Asteikossa 5=erittäin tärkeä, 1=ei lainkaan tärkeä. (Tässä kysymyksessä vaihtoehdot samat kuin edellä olevassa asiakaskyselyssä, ks. s. 11).
10. Mainitkaa muita tärkeitä hyviä lyhytaikaishoitopalveluun liittyviä asioita:
11. Mikä olisi mielestänne realistinen hoitopäivän hinta yksityisessä lyhytaikaishoidossa vuonna 2010?
12. Onko käytössänne jokin laatumittari tai -suositus yksityisten hoitopalvelujen järjestäjille? Jos, niin mikä?
13. Onko kunnallanne tai kuntayhtymällänne suunnitelmia lisätä yksityisten hoitoalan palveluntuottajien käyttöä tulevina vuosina? Jos, niin miten?

14. Jos Maskun neurologinen kuntoutuskeskus tarjoaa tulevaisuudessa kuntasektorille aikuisasiakkaiden lyhytaikaishoitopaikkoja, miten kiinnostuneita olette?

- erittäin kiinnostuneita
- melko kiinnostuneita
- en osaa sanoa
- ei kiinnostusta

15. Myös muut ajatuksenne ja mielipiteenne aiheeseen liittyen ovat tärkeitä, olkaa hyvä ja kirjoittakaa tähän:

OHJELMAPOHJA**ASUMISPALVELUJAKSO**

Tässä ohjelmapohjassa kuvataan asumispalvelujakson toteutusta. Asumispalvelujakso alkaa tulopäivänä kello 12 ja päättyy lähtöpäivänä klo 14.00. Perustellusti voidaan sopia poikkeavasta aikataulusta. Asumispalvelujakson kesto on aina yksilöllinen.

Yleistä:

- asumispalvelujaksolle tulevasta henkilöstä käytetään nimitystä asukas
- asukkaalle nimetään kaksi omahoitajaa, joista toinen on vastaanottajana tulopäivänä
- omahoitaja toimii yhteyshenkilönä mm. asukkaan ohjelmaa koskevissa asioissa
- asukkaalle varataan mahdollisuuksien mukaan yhden hengen huone, jonka varustelutaso vastaa asukkaan tarpeita, esimerkiksi apuvälineiden käytön kannalta

Ennen jakson toteutumista:

Tilaisuus	koko	Työntekijä	min	X	Erityistä
Jakson ajankohdan suunnittelu saadun maksusitoumuksen perusteella	1	kuntoutussihteeri	20	1	Verkostotyö kuntaan/kunta-yhtymään
Kutsukirjeen ja taustatietolomakkeen postitus		kuntoutussihteeri	10	1	Yhteys puhelimitse tarvittaessa

Perehdytysvaihe

Tilaisuus	koko	Ryhmän ohjaajat	min	X	Erytyistä
Tulohaastattelu ja tuloesittely, majoittuminen	1	Omahoitaja	60	1	Omaisien mukanaolo
Tuloinfo	n. 30	Hoitaja	60	1	Keskiviikkona yhdessä muiden tulijoiden kanssa
VAO info	n. 30	Vapaa-ajanohjaaja	60	1	Keskiviikkona yhdessä muiden tulijoiden kanssa
Kädentaitoesittely	n. 30	Vapaa-ajanohjaaja	60	1	Perjantaina yhdessä muiden tulijoiden kanssa

Hoitotyö ja asukkaan tapaamiset

Tulotarkastus	1	Erikoissairaanhoidtaja	30	1	Saapumispäivänä, omaisen mukanaolo
Hoitokokous	4-5	Asukas Erikoissairaanhoidtaja Omainen ja tarvittaessa kotipaikkakunnan edustaja	45	1	Viimeistään jakson viimeisellä viikolla
Kuntouttavan hoitotyön toteutus	2	Omahoitajat	tarv		Omainen mukana sopimuksen mukaan

Luennot ja tietoiskut	n. 30 TL:n mukaa n	Ks. erillinen lista luentokeskusteluista palvelin <i>K/Yleiset/kokoukset/ Luentokeskustelut</i>	60		omahoitaja ilmoittaa ajanvaraukseen mahdollisista muutoksista (esim. jos asukkaalta poistetaan jokin luento)
Harrasteluennot	n. 30	Erillinen lista harrasteluennosta palvelin <i>K/Yleiset/kokoukset/ Luentokeskustelut</i>	60		

Ryhmät:

Asukkaalle aikataulutetaan **liikunnallisen tasoluokan mukaiset liikuntaryhmät.**

Asukas voidaan tarvittaessa liittää **teemaryhmään.**

Vapaa-ajanohjaus: normaalien ohjausaikojen mukaan toteutuva **yleinen VAO-ohjelma.**