

Kari Löytökorpi

ERITYISRYHMIEN ASUMISPALVELUJEN GENEERINEN
HANKINTAMALLI -
case -tapauksena asumispalvelut Satakunnassa

Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma
Ylempi AMK
2011

ERITYISRYHMIEN ASUMISPALVELUJEN GENEERINEN HANKINTAMALLI

Löytökorpi, Kari
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala
Joulukuu 2011
Ohjaaja: Sirkka, Andrew
Sivumäärä: 67
Liitteitä: 2

Asiasanat: Kehitysvammaiset, päihde- ja mielenterveyskuntoutajat, erityisryhmät, asumispalvelut, hankinta.

Opinnäytetyön aiheena oli asumispalvelujen geneerinen hankintamalli, case-tapauksena erityisryhmien asumispalvelut Satakunnassa. Erityisryhmien asumispalvelulla tarkoitetaan tuettua asumista ja sen yhteyteen liitettäviä palveluita. Erityisryhmien asumispalveluiden geneerinen hankintamalli- opinnäyteprojekti liittyy ALVA- kehitysvammaisten, mielenterveyskuntoutujien ja muiden erityisryhmien asumispalveluiden laadunhallinnan kehittämishankkeeseen.

ALVA- hanke on kehitysvammaisten, mielenterveyskuntoutujien ja muiden erityisryhmien asumispalveluiden laadunhallinnan kehittämishanke. Opinnäytetyössä on mallinnettu asumispalvelujen hankintaprosessiin tapaa, joka huomioi asiakkaan aseman nykyistä käytäntöä paremmin. Työssä tuodaan esiin seikkoja, joiden tulisi lähtökohtaisesti ohjata erityisryhmien asumispalvelujen hankintaa. Nämä seikat on saatu esiin kirjallisuudesta sekä ALVA- hankkeen workshop-työskentelyn.

Asiakaskeskeisyys ja asiakkaiden valinnan mahdollisuuksien lisääminen on nousmassa keskiöön julkisten hyvinvointi-palvelujen järjestämisessä ja johtamisessa. Taustalla on yleiseurooppalaisia kehityssuuntia. EU:n palvelu- ja potilasliikkuvuus-direktiivit, joiden määräyksiä on otettu huomioon mm. toukokuussa 2010 voimaantulleessa terveydenhuoltolaissa. Asumisen sekä palveluiden tulisi perustua ihmiskäsitäytkselle, jossa nähdään yksilön omat kyvyt ja valinnanmahdollisuudet. Asiakaskeskeisyyteen siirtyminen on pitkä muutosprosessi ja se vaatii toimintatapojen ja – mallien uudelleen arviointia ja muutosta. Opinnäytetyön tuotos geneerinen hankintamalli on koonnut malliksi asiakkaan asemaa huomioivia hyviä käytäntöjä.

THE GENERIC PROCUREMENT MODEL FOR HOUSING SERVICES FOR SPECIAL GROUPS - CASE SATAKUNTA

Löytökorpi, Kari
Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Welfare Technology.
December 2011
Supervisor: Sirkka, Andrew
Number of pages: 67
Appendices: 2

Keywords: learning disabilities, mental health rehabilitees, housing services, procurement process

Housing services mean assisted or supported living and services connected to that. The generic procurement model of housing services for Special Groups thesis is a project related to the development of quality management project ALVA that deals with housing services for people with learning disabilities, mental health rehabilitees, and other special groups.

This thesis offers a procurement model for housing services taking into account the client's position in more comprehensive way compared to the current practices. The study highlights the factors which should be used as a starting point in creating an elliptical shape for the procurement management in relation to the housing services for special groups.

Customer orientation and increasing the customers' options are emerging to the center of the organization and management of public welfare services. The background of this shift lies in pan-European trends including, for example EU directives on services and patient mobility, which have been taken into account in the Finnish health care law enacted in May 2010. Housing and other services should be based on the concept of humanity in which the individual's own abilities and options are valued. Transition to a more customer-oriented approach is a long process, and it requires re-evaluation of current practices and models. A generic procurement model, introduced in this thesis is combined from best practices regarding with the client's status during the procurement process.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	PROJEKTIN TARKOITUS	7
3	ERITYISRYHMIEN ASUMISPALVELUJA OHJAAVAT SÄÄDÖKSET	11
4	PROJEKTIN VIITEKEHYS	15
4.1	Asumispalvelujen kehittäminen.....	15
4.2	Päihde ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen nykytila ja kehittämistarpeet.....	16
4.2.1	Ympäri vuorokautisen mielenterveys- ja päihdehuollon valvontaohjelma...	17
4.2.2	Asumismuotojen määrittely	20
4.3	Kehitysvammaisten asumispalvelujen nykytila ja kehittämistarpeet	21
4.3.1	Asumismuotojen määrittely	22
4.3.2	Täysivaltainen kansalaisuus ja itsemääräämisoikeus	25
4.4	Julkisen sektorin hankintaa ohjaavat tekijät	26
4.4.1	Kuntien palvelustrategia ja sen lähtökohdat.....	27
4.4.2	Palvelustrategiatyön lähtökohdat	28
4.4.3	Palvelujen hankintamenettelyt	29
4.4.3.1	Tilaaaja – tuottaja –malli.....	30
	<i>Asiakkaan oikeudet ja velvollisuudet</i>	40
	<i>Asiakkaan oikeus saada selvitys toimenpide- vaihtoehtoista</i>	40
4.4.3.9	Kotikuntalaki (L 201/1994, 1095/2010)	41
5	PROJEKTIN TOTEUTUS	42
5.1	Vaihe 1: ALVA- hankkeen toimijoiden kontakointi ja kartoitus	42
5.2	Vaihe 2: Kumppanuuden luominen	43
5.3	Vaihe 3: Tuotokset ja raportointi	45
6	PROJEKTIN TUOTOS	46
6.1	Hyvistä käytännöistä rakentuu malli.....	47
7	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	54
	<i>Palveluiden uudistamis- ja kehittämistarve</i>	55
	LÄHTEET	59
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Erityisryhmien asumispalvelulla tarkoitetaan tuettua asumista ja sen yhteyteen liitettäviä palveluita, joilla tuetaan kuntoutujan toimintakyvyn lisääntymistä, itsenäistä selviytymistä ja parannetaan elämänlaatua. (Fröjd & Ahonen 2009, 10.) Tässä opinnäytetyössä käytetään termiä erityisryhmien asumispalvelut kun tarkoitetaan kehitysvammaisten, mielenterveys- ja päihdekuntoutujien ja sekä muiden erityisryhmien kuten vaikeasti vammautuneiden asumispalveluita. Erityisryhmien asumispalvelut on hankala niputtaa yhteen, sillä lainsäädäntö on pirstaleinen ja ymmärtää vain yhtä vamma ryhmää kerrallaan. Olen yrittänyt parhaani mukaan koota palveluja saman nimikkeen alle mutta lukija voi ajoittain em. vaikeudesta johtuen jäädä miettimään asiaa. Yhtä kaikki; koko opinnäytteen ajan kysymys on näiden ryhmien asumispalvelusta.

Asiakkaat ovat usein moniongelmaisia, esimerkkinä vaikkapa kehitysvammaainen henkilö, jolla on mielenterveys- että päihdeongelma. Näissä tilanteissa, sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö joutuu soveltamaan ja tulkitsemaan lakeja, jotka ovat erittäin vaikeaselkoisia. Asumispalvelujen tilannetta ei helpota palvelumalli, joka esimerkiksi Porissa on käytössä. Kehitysvammaiset ja vaikeasti vammautuneet saavat asumisen palvelut yhdestä yksiköstä, päihde - ja mielenterveyskuntoutujat toisesta yksiköstä ja kun asumispalvelujen kenttää vielä halutaan hämmentää, niin ikääntyneiden asumispalvelut ovat kolmannen yksikön alla. Ikääntynyt päihde - ja mielenterveyskuntoutuja on myös väliinputoaja, koska kohderyhmälle ei ns. geriatrista paikkaa useinkaan ole tarjolla. Asiakkaan asianomistajuus vaihtelee ja helposti asiakkaalla tai hänen omaisillaan on olo, että heitä pompotellaan paikasta toiseen ilman että kukaan ottaa asianomistajuuden.

YK:n yleissopimuksen artikla 19 tunnustaa vammaisten ihmisten yhtäläiset oikeudet elää yhteisössä ja tehdä samanlaisia valintoja kuin muutkin ihmiset (STM 2007, 14). Valtioiden tulee varmistaa, että vammaiset henkilöt voivat valita asuinpaikkansa ja –muotonsa, ja sen, kenen kanssa he asuvat. Oikeus omaan kotiin ja asuntoon tulee säilyä, vaikka palvelujen tuottaja vaihtuisi. Tämän haasteen äärelle joutuvat usein erityisryhmien asumispalvelujen käyttäjät, mutta myös, palveluntuottajat. Asumis-

palvelujen kilpailutukset ovat tuottaneet, palveluntuottajien ohella, myös kunnille paljon ongelmia. Psykiatrisen laitoshoidon purkamisen jälkeen kunnissa on ollut valtava kysyntä mielenterveyskuntoutujien asumis-, hoito- ja kuntoutuspalveluille. Kunnat eivät yksin ole kyenneet tuottamaan palveluja tälle kasvavalle asiakaskunnalle. Palveluja ostetaankin yleisesti kolmannen sektorin ja yksityissektorin toimijoilta. Suomessa kaiken palveluasumisen tuotannosta vastaavat noin 40 % osuudella kunnat ja samansuuruisella osuudella kolmannen sektorin toimijat. Yksityinen palvelutuotanto on kasvamassa. Myös kolmannen sektorin palvelutoimintoja on viime aikoina yhtiötetty (Fröjd & Ahonen 2009, 10). Pääomasijoittajien omistuksessa olevat yritykset ovat tulleet Suomen markkinoille hoivapalveluja tuottamaan.

ALVA- hanke on kehitysvammaisten, mielenterveyskuntoutujien ja muiden erityisryhmien asumispalveluiden laadunhallinnan kehittämishanke. Edustettuna hanke-työskentelyssä ovat olleet kuntien edustajat, yksityiset palveluntuottajat, kolmannen sektorin toimijat sekä kokemusasiantuntijat. Kokemusasiantuntijalla tarkoitetaan tässä ihmistä, jolla on omakohtaista kokemusta erityisryhmien asumispalvelujen käytämisestä. Kokemusasiantuntijalla voi itsellään olla kehitysvamma tai päihde- tai mielenterveystausta.

Opinnäyte myös kuvaa ALVA- hankkeen yhteistoiminnallisen prosessin, kertoo sen tuloksista sekä herättää ajatuksia asumispalvelun tulevaisuudesta. Asumispalveluiden hankinnassa on mahdollista käyttää useita erilaisia tapoja. Jotta hankinnassa voidaan onnistua, pitää tietää mitä halutaan ostaa ja miten. Tämä opinnäyte pyrkii vastaamaan hankinnan haasteisiin. Ennen kaikkea; pitää olla tahto nostaa asiakas tasavertaiseksi toimijaksi.

2 PROJEKTIN TARKOITUS

Hyvinvointialan yritystoiminnan kehittämisohjelma (HYKE- hanke) Satakunnassa pohjautuu satakuntalaisten hyvinvointialan yritysten kehittämistarpeisiin. ALVA-hanke on kehitysvammaisten, mielenterveyskuntoutujien ja muiden erityisryhmien asumispalveluiden laadunhallinnan kehittämishanke. Opinnäytetyössä käytetään tästä kokonaisuudesta selvyuden ja pitkän nimen vuoksi lyhennettä ALVA- hanke. Hyvinvointialan yritystoiminnan kehittämisohjelmasta käytetään lyhennettä HYKE. ALVA- hanke liittyy hallinnollisesti HYKE- hankkeeseen, ollen sen osahanke.

HYKE - hankkeen toteutuksesta ovat vastanneet Prizztech Oy (hankkeen koordinoija), Satakunnan Ammattikorkeakoulu, Turun Kauppakorkeakoulun Porin yksikkö ja Sataedu. Hankkeen osarahoittajia ovat Satakunnan ELY -keskus, Porin Seudun Kehittämiskeskus Oy POSEK, Pohjois-Satakunnan Kehittämiskeskus Oy PSKK ja Rauman Seutu (aik. Rauman seudun Kehitys Oy RSK.) ALVA- osahankkeessa toteuttajana on Prizztech Oy:n lisäksi Satakunnan Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä.

Erityisryhmien asumispalveluiden geneerinen hankintamalli- opinnäyteprojekti liittyy ALVA- hankkeen tuotoksiin. Opinnäytetyössä mallinnetaan asumispalveluihin sopivaa toimintatapaa, joka huomioi asiakkaan aseman nykyistä paremmin. Työssä tuodaan esiin seikkoja, joiden tulisi tänä päivänä ohjata erityisryhmien asumispalvelun hankintaa. Projektia ohjaavina kysymyksiä ovat: 1) Mitkä ovat ne tekijät, jotka määrittävät *asiakaslähtöisyyden ja joustavuuden* asumispalveluissa? 2) Miten hankintamalli parantaa asumispalvelujen laatua? 3) Miten tuotettu geneerinen hankintamalli kehittää erityisryhmien asumispalveluja?

Erityisryhmien asumispalveluiden tuottamista varten on olemassa useita erilaisia suosituksia ja ohjeistuksia. ALVA -hankkeessa on vuoden 2011 aikana tehty yhteistoiminnallista määrittelyä satakuntalaista erityisryhmien asumispalveluiden laatuksiteristää varten. Yhteisellä kumppanuusmallilla, jossa edustettuna työskentelyssä ovat olleet kuntien edustajat, yksityiset palveluntuottajat, kolmannen sektorin toimijat sekä kokemusasiantuntijat, on luotu yhteistä toimintatapaa sekä toimivaa pitkäjänteistä kumppanuutta.

Näistä tarve nousee

Manninen (2008) pohti tutkiessaan kehitysvammaisten asumispalvelun kilpailutusta sitä, miten asiakaslähtöisyys ja laatu toteutuvat kilpailuttamisprosessissa. Aidossa asiakaslähtöisyydessä on sisäistetty näkemys, että palveluntuottaja on olemassa juuri asiakkaita varten ja asiakkaita kuunnellaan herkällä korvalla. (Outinen ym. 1999, 12.) Näin ajatellen sekä kehitysvammaisten asumispalveluiden laadunarvioinnissa että kilpailuttamisessa tulisi asiakkaan roolin olla hyvin keskeinen.

Myös Salo (2010) pohtii ITHACA- raportissaan markkinaehtoisen hyvinvoinnin tuottamisen mallia. Palvelutuotteiden loppukäyttäjinä palveluiden käyttäjät muuttuvat pelinappuloiksi tilaaja-tuottajasopimusten edellyttämässä kilpailuttamistilanteissa. Palveluiden käyttäjät ovat kauppatavaraa palvelumarkkinoilla eikä heidän äänellään kuluttajina, saati kansalaisina, ole (nyky-) todellisuudessa mitään sijaa (Salo 2010, 71.) Salo vertaili raportissaan (2010) kokemusasiantuntijoiden kanssa 6 yksikköä. Raportissaan he toteavat että, inhimillistä kohtelua, laadukasta psykiatrista hoitoa ja vaikuttavaa kuntoutumisen ammatillista tukemista ei voida erottaa toisistaan. Laadukkaissa mielenterveys- ja päihdepalveluissa inhimillinen kohtelu, kuntoutumisen tukeminen ja palveluiden käyttäjien sosiaalinen osallistuminen muodostavat yhden kokonaisuuden.

Demokratiaperustaiseksi nimeämässään hyvinvoinnin tuottamisen mallissa Salo toteaa palveluiden käyttäjien muodostavan tasavertaisen neuvottelija- ja sopijaosapuolen palveluiden tilaajien, kunnan ja valtion, edustajien kanssa. He määrittelevät yhdessä dialogisesti kansalaislähtöisen hyvinvoinnin tuottamisen periaatteet ja pelisäännöt, joita palveluiden tuottajien tulee noudattaa hyvinvoinnin tuottamisen sekataloudessa. (Salo 2010, 71.)

Asumisen sekä palveluiden tulisi perustua ihmiskäsitykselle, jossa nähdään ihmisen omat kyvyt ja valinnanmahdollisuudet. Tämä edellyttää, ettei tehdä asioita eikä valintoja heidän puolestaan, vaan otetaan huomioon heidän omat ominaisuutensa ja tarpeensa. Vaikeimmin vammaisten henkilöiden kohdalla oman valinnan tekeminen saattaa olla jopa mahdotonta rajoittuneen ajattelu- tai toimintakyvyn vuoksi. Tällöin

palveluiden järjestäjien tulisi erityisesti työskennellä niin, että se tukisi vammaisten vaikutus- ja valinnanmahdollisuuksien vahvistumista.

Tampereen kaupungin suunnittelupäällikkö Maritta Närhi pohti seminaariesityksensä päihde- ja mielenterveyspäivillä (10/2011) päihde- ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen olevan monelta osin murroksessa. Päihde- ja mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja, niiden rakentamista ja palvelujen tuottamista, ohjataan tällä hetkellä useiden eri tahojen toimesta. Voimassa olevia säädöksiä ovat mielenterveyskuntoutujien asumispalveluita koskevat kehittämissuosituksset (STM 2007), Päihdepalvelujen laatusuosituksset (STM 2002), Asumisen rahoitus – ja kehittämiskeskus (ARA) sekä linjauksia mm. palveluasumisen opas (2011), Ympäristöministeriön ja Kuntaliiton kannanotot, aluehallintovirastojen ohjeet, Valvira - Mielenterveys- ja päihdehuollon ympärivuorokautisia asumispalveluja sekä päihdehuollon laitoshoidtoa koskeva valtakunnallinen valvontaohjelma – joka ilmestyy vuoden 2011 aikana.

Ohjeet ovat osittain ristiriitaisia ja käsitteistö epäselvää. Kuntien normiohjaus on muuttunut eri tahojen osalta tiukaksi, joka asettaa kunnat palvelujen järjestämisen osalta nykytalousilanteessa vaikeaan tilanteeseen. Palvelujen valvonta luo myös kunnille haasteita. Toisaalta taas hankintalaki (Laki julkisista hankinnoista 2007/348, valtioneuvoston asetus julkisista hankinnoista 2007/614) on tuonut uusia haasteita asumispalveluiden tuottamiseen. Markkinoilla on kilpailutilanne, joka on tuonut uusia palveluntuottajia päihde- ja mielenterveyspalveluihin. Perinteisesti järjestöjen tuottamien palvelujen rinnalle on tullut yritystoimintaa ja asumispalvelujen monipuolistuminen on uudistanut palvelutoimintaa. Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma (Ympäristöministeriö 2008) on luonut uusia palvelukokonaisuuksia ja uusia tapoja tuottaa palveluita ja myös uusi hyvinvointitekнологia luo uusia mahdollisuuksia järjestää palveluita. Kuntien tiukka taloudellinen tilanne kuitenkin ohjaa palvelurakennetta. Asumispalvelut korvaavat perinteistä päihdehuollon laitoshoidosta ja mielenterveyspalveluissa siirrytään yhä enemmän kotiin. (Närhi 2011.)

Sosiaali- ja terveysministeriön kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (STM 2009) kolmannen ehdotuksen mukaan ”*kokemusasiantuntijat ja vertaistoimijat otetaan mukaan mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin*”.

Kehitysvamma- alan neuvottelukunnan kannanotossa (2011) todetaan ihmisen perus- ja ihmisoikeuksien olevan perustavanlaatuisia luovuttamattomia oikeuksia, joita ei voi loukata. Nykyinen hankintalain soveltamiskäytäntö polkee erityisesti vammaisten ja muiden erityisen heikossa asemassa olevien ihmisten perus- ja ihmisoikeuksia. Palveluiden kilpailuttaminen johtaa tilanteisiin ja toimintakäytäntöihin, joissa palvelut tuotetaan niin alhaisin resurssein, että niitä ei ole mahdollista toteuttaa asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. Samaisessa kannanotossaan neuvottelukunta katsoo täysin perustein kehitysvammaisten henkilöiden palveluasumisen kuuluvan nk. SGEI - palvelujen eli julkisen palvelun veloitteen piiriin ja siten se tulee irrottaa hankintalain piiristä. Toisena mahdollisuutena neuvottelukunta näkee hankintalain perusteellisen muutoksen. Hankintalain suhdetta perustuslakiin ja sosiaalihuollon erityislakeihin ei ole hankintalakia säädettäessä riittävästi tutkittu.

Sosiaalipalveluja hankittaessa on aina kysymys Suomen kansalaisen tarvitsemasta avusta ja tuesta, jota yhteiskunta on järjestämässä jonkin sosiaali- tai vammaislain perusteella. Nämä erityislait ovat nyt käytännössä alisteisia hankintalain perusteella tehtäville hankinnoille. Erityisryhmien palveluissa ja niiden järjestämisessä on erityisesti kyse perustuslaillisista oikeuksista. Palveluiden käyttäjien osallisuus ja itsemääräämisoikeus itseään koskevien palveluiden suunnittelussa ja palveluihin liittyvissä valinnoissa ei toteudu perustuslain mukaisesti hankintalakia sovellettaessa. YK:n vammaisten ihmisten oikeuksia koskevan yleissopimuksen ja sen mukaisesti vammaisella henkilöllä on oikeus valita asuinpaikkansa sijainti ja asuinkaverit. Nykyinen hankintalain muodostama kilpailutuskäytäntö estää kuitenkin suurelta osin näiden oikeuksien toteutumisen. Hankintalailta ja sen soveltamiselta ei saa mitätöidä sosiaali- ja terveyspolitiikkaa kuten nyt on käytäntönä. Hankintalaki ja sen soveltamisessa omaksuttu tulkinta ovat johtaneet erittäin järjestelmä- ja palveluntuottajalähtöiseen toimintamalliin. Tämä toimintamalli mahdollistaa aggressiivisen kilpailun markkinoista. (Kehitysvamma-alan asumisen neuvottelukunta 2011.)

Hankintalaki ei sisällä oikeussuojakeinoja hankinnan perustella käyttäjiksi tuleville ihmisryhmille. Kunnan hankkiessa palveluita yksityiseltä palvelujen tuottajalta, sen on varmistettava, että hankittavat palvelut vastaavat sitä tasoa, jota edellytetään vastaavalta kunnalliselta toiminnalta (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta

ja toteuttamisesta 4§.) Kehitysvammaiset henkilöt ja heidän läheisensä eivät voi haakea muutosta hankintalain perusteella. Kunnallisvalitus on mahdollinen mutta riittämätön keino hankintapäätöksen jälkeen hankintapäätökseen vaikuttamiseksi. Se kohdistuu prosessiin, ei ihmisten oikeuksien valvontaan. (Kehitysvamma-alan asumisen neuvottelukunta 2011.)

Vuoden 2010 Sosiaalibarometrin tuloksissa painotetaan, että kuntasektorin sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat ovat turhautuneita valtakunnallisen ohjauksen epävarmuuteen ja suunnattomuuteen. Selvityksen tietojen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden koetaan useammin monimutkaistuneen kuin selkiytyneen Paras - hankkeen myötä. Eniten kielteistä kehitystä arvioidaan tapahtuneen palvelurakenteiden selkeydessä, palveluprosessien johtamisessa sekä asiakkaiden kuulemisessa. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2011, 68.)

Laitospaikkoja on tarkoitus vähentää valtakunnallisesti. Niemelän ja Brandtin (2007) selvityksen mukaan Suomessa on arviolta n. 600 kehitysvammaista asunnon tarvitsijaa/ vuosi. Määrällisen asumispalvelutarpeen lisäksi tulisi kiinnittää huomiota palveluiden tasalaatuisuuteen, jotta taataan nykyisten ja tulevien asiakkaiden yhdenvertaiset sekä tasa-arvoiset olosuhteet asumispalveluissa. Lähivuosina myös psykiatrisia sairaalapaikkoja on suunniteltu vähennettäväksi huomattavasti. Tällä tulee olemaan vaikutuksia sekä avohuollon palvelujen järjestämiseen että asumisen järjestämiseen. Iso kysymys on myös jo olemassa olevat, peruskorjaamista vaativat asumisyksiköt tilahaasteineen sekä tavallisissa asunnoissa asuvat mielenterveyskuntoutujat, jotka tarvitsevat apua ja tukea arkielämän sujumiseen ja tarvitsevat ratkaisuja asumisen ongelmiin. (Niemelä & Brandt 2007, 50.)

3 ERITYISRYHMIEN ASUMISPALVELUJA OHJAAVAT SÄÄDÖKSET

Erityisryhmien asumispalvelulla tarkoitetaan tuettua asumista ja palveluita jotka yhdessä asumisen kanssa tukevat toimintakyvyn lisääntymistä, itsenäistä selviytymistä ja parannetaan elämänlaatua (Fröjd & Ahonen 2009). Erityisryhmien asumispalvelu-

ja säätäviä lakeja ja asetuksia on koottu seuraavassa. Lainsäädännön pirstaleisuuden ja kohderyhmän laajuuden vuoksi ei ole tarkoituksenmukaista tai mahdollistakaan luetella mitkä lainkohdat mistäkin laista vaikuttavat milloin ja miten erityisryhmien asumispalveluihin. Myöhemmin työssä on viitattu useisiin lainkohtiin.

Valtiontalouden tuloksellisuusyksikön tarkastuskertomuksessa todetaan (2009) haasteita, jotka osaltaan vaikuttavat myös asumispalveluiden kehittämiseen. Mielenterveyspalveluja ohjaava mielenterveyslaki on hyvä esimerkki Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän hallinnollisesta, organisatorisesta ja palvelumuotojen pirstaleisuudesta. Pirstaleisuutta kuvaa hyvin se, että mielenterveyspalveluja koskevien pykälien tulkitseminen edellyttää rinnakkaisluentaa muun muassa kansanterveyslain, sosiaalihuoltolain ja -asetuksen, erikoissairaanhoidon lain ja lain vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista kanssa. Mielenterveyslaki onkin enemmän erilaisten säädösten summa kuin yksi erillinen laki. Pirstaleituneisuutta kuvaa hyvin myös se, että asiakkaasta voidaan käyttää termiä sairas tai muuta mielenterveyshäiriötä potevasta henkilöstä erilaisia käsitteitä lähinnä sen mukaan, missä kontekstissa palveluihin liittyvistä kysymyksistä puhuttiin. Terveystaloudessa henkilö oli potilas, sosiaalihuollon sosiaalityön piirissä asiakas ja sosiaalihuollon asumispalvelujen piirissä kuntoutuja. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2009, 118.)

Taulukko 1: Asumispalvelujen vallitsevaan muutokseen vaikuttavat sopimukset ja asetukset

<i>YK:n vammaisten ihmisten oikeuksien yleissopimus</i>
<i>Euroopan neuvoston vammaispoliittinen ohjelma</i>
<i>EU:n yhdenvertaisuusdirektiivit ja ohjelma</i>
<i>Eu:n vihreä kirja.</i>
<i>Eu:n potilasliikkuvuusdirektiivi</i>
<i>Hallituksen vammaispoliittinen selonteko</i>
<i>Valtioneuvoston periaatepäätös ohjelmasta kehitysvammaisten asumisen ja siihen liittyvien palvelujen järjestämiseksi</i>
<i>Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuositus (STM)</i>
<i>Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. (STM)</i>
<i>Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (STM)</i>
<i>Suomen vammaispoliittinen ohjelma VAMPO 2010-2015 (STM)</i>
<i>Päihdepalvelujen laatusuositukset (STM)</i>
<i>Asumisen rahoitus – ja kehittämiskeskus (ARA)</i>

Taulukko 2: Asumispalveluja säätelevät lait

<i>Mielenterveyslaki (1116/1990)</i>
<i>Sosiaalihuoltolaki (710/1982) ja -asetus (607/1983)</i>
<i>Laki kehitysvammaisten erityishuollosta on (519/1977)</i>
<i>Erikoissairaanhoidonlaki (1062/1989)</i>
<i>Henkilötietolaki (523/1999)</i>
<i>Holhustoimilaki (442/1999)</i>
<i>Laki kehitysvammaisten erityishuollosta (519/1977)</i>
<i>Laki kuntouttavasta työtoiminnasta (189/2001)</i>
<i>Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785)</i>
<i>Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (3.4. 1987/380)</i>
<i>Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000)</i>
<i>Laki yksityisistä sosiaalipalveluista (2011)</i>
<i>Laki yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990)</i>
<i>Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä</i>
<i>Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista (272/2005) ja sitä täydentävä asetus (608/2005)</i>
<i>Laki (559/1994) ja asetus (564/1994) terveydenhuollon ammattihenkilöistä</i>
<i>Laki (734/1992) ja asetus (912/1992) sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista</i>
<i>Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta (733/1992)</i>
<i>Laki (603/1996) ja asetukset (1208/1996, 1268/2005, 1041/2005) yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta</i>
<i>Pelastustoimilaki (561/1999) ja valtioneuvoston asetus pelastustoimesta (787/2003)</i>
<i>Päihdehuoltolaki (1986/41)</i>
<i>Työturvallisuuslaki (23.8.2002/738)</i>
<i>Työterveyshuoltolaki (21.12.2001/1383)</i>
<i>Terveydenhuoltolaki (1326/2010)</i>
<i>Terveydensuojelulaki (19.8.1994/763)</i>
<i>Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä</i>
<i>Lääkevahinkovakuutus</i>
<i>Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 24.7.2009/569</i>
<i>Suomen perustuslaki (1999/731)</i>
<i>Valtioneuvoston asetus yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta (1208/1996)</i>
<i>Vammaispalvelulaki (380/1987) ja -asetus (759/1987) ja muutokset 1.9.2009 alkaen</i>

4 PROJEKTIN VIITEKEHYS

4.1 Asumispalvelujen kehittäminen

Erityisryhmien asumispalvelut ovat viimeiset vuodet olleet epävarmuuden ja turbulenssin tilassa. Tilanne on sekava. Laitoshoidon purkaminen, kuntakentän sekava tilanne, hankintalain edellyttämät kilpailutukset sekä ulkomaisten pääomasijoittajien voimakas mukaantulo markkinoille ovat jättäneet jälkensä toimijoiden yhteistyöhön ja kehittämiseen. Jokaisesta on tullut kilpailija toinen toiselle ja kiristyvässä markkinatilanteessa katse on enemmänkin suuntautunut omaan napaan kuin yhteiseen kehittämiseen. Yhteistä tahtotilaa ei ole ollut.

Asumispalveluiden turbulenssin lisäksi palvelujärjestelmää on 1990-luvulta lähtien muokattu sosiaali- ja terveystalouteen "ujuttautuneen" New Public Management (NPM) -ajattelutavan mukaan. Se on tuonut julkiseen hallintoon uusliberalistisia käytäntöjä, ja sen myötä julkisen vallan rooli sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisessä on muuttunut vähäisemmäksi tai markkinaorientoituneemmaksi (Lähdesmäki 2003,15). Uutta ajattelutapaa on sovellettu asteittain myös mielenterveyspalveluihin. Se on nähty keinona, jolla voidaan purkaa laitosvaltaisuutta, kehittää avomielenterveyspalveluja ja ratkaista palveluiden saatavuus-, laatu- ja kustannusongelmia. Uudenlainen ajattelutapa on näkynyt sosiaali- ja terveyspalveluiden uudelleenorganisointina ja johtamiseen panostamisena, tilaajatuottajamalliin siirtymisenä, kilpailuttamisena, kumppanuuden (yhteistyön) korostamisena sekä verkostoitumisena ja tietotekniikan yleistymisenä.

Laitoshoidon purkamisessa on riskejä, joista merkittävin on palveluasumisratkaisujen uuslaitostuminen. Tämä voi tarkoittaa pahimmillaan sitä, että pienestä ja toimivasta laitoshuollon yksiköstä siirretään asiakkaita suureen laitosmaisesti toimivaan avo- huollon yksikköön. Riskinä nähdään myös niin sanotut sekayksiköt, joissa erityyppi-

siä asiakkaita sijoitetaan samoihin yksiköihin. Inhimillisestä näkökulmasta ympäristön muutokset voivat olla joissakin tapauksissa raskaita ja omaehtoiseen asumiseen voi liittyä yksinäisyyttä. Pienten yksiköiden riskikohtina nähdään toiminnan haavoittuvuus ja erityisosaamisen ongelmat. Laadun varmistamiseksi tarvitaan asunnoille ja asumiseen liitettäville palveluille toimivat laadun ja valvonnan kriteerit. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2011,85.)

Mielenterveyslain viidennessä pykälässä käsitellään mielenterveyspalveluiden yhteensovittamista. Siinä lääkinnälliseen tai sosiaalisen kuntoutukseen liittyvä tuki- ja palveluasumisen järjestäminen määritellään sosiaalitoimen tehtäväksi (Kettunen 2011,17). Kirjaimellisesti tulkiten pykälässä ei ole kuitenkaan yksinomaan kysymys kahdella eri hallinnonalalla järjestettävien palveluiden toisiaan tukevasta toiminnasta vaan myös siitä, että tuki- ja palveluasuminen määritellään yhdeksi kuntoutumiskeinoksi. Tällöin myös tuki- ja palveluasumisella on tavoitteena potilaan kuntouttaminen. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2009,43.)

Valtakunnalliset suositukset palvelujen laadun kehittämiseksi kohdistuvat viiteen aiheeseen: 1. Palvelut järjestetään suunnitelmallisesti eri toimijoiden yhteistyönä 2. Asumispalveluihin liitetään kuntouttavat palvelut 3. Laadukkaalla asumisella edistetään kuntoutusta 4. Henkilöstön määrä ja osaaminen määräytyvät kuntoutujien tarpeiden mukaan 5. Palvelujen arviointia ja valvontaa kehitetään. (STM 2009.)

4.2 Päihde ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen nykytila ja kehittämistarpeet

Mielenterveyskuntoutujan tuki- ja palveluasumisen järjestäminen pohjautuu mielenterveyslain viidenteen pykälään, jonka mukaan mielisairautta tai muuta mielenterveyshäiriötä potevalle henkilölle on järjestettävä mahdollisuus hänen tarvitsemaansa lääkinnälliseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvään tuki- ja palveluasumiseen. Tarkemmin asumispalvelujen järjestämisvelvollisuudesta säädetään sosiaalihuoltoa koskevassa lainsäädännössä. Myös suuri osa päihdepalveluista kuuluu sosiaalihuollon piiriin. Käytännössä kuitenkin myös terveydenhuollon toimijat järjestävät asumispalveluja mielenterveyskuntoutujille. Koska toimijoita on monta, kirjallisen kuntoutussuunnitelman laadinta on tärkeää. Myös lainsäädäntö (*laki potilaan asemasta ja oikeuksista*

17.8.1992/785 ja laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) sekä sosiaali- että terveystoimen puolella edellyttää asiakaskohtaisen suunnitelman laadintaa. (Fröjd & Ahonen 2009, 8.)

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2007 mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskevan kehittämissuosituksen. Suosituksen kantava ajatus on, että mielenterveyskuntoutajat ovat tavallisia kansalaisia, jotka asuvat kotonaan. Mielenterveysongelman akuutin hoidon ja mahdollisesti tuetun asumisen jälkeen ihminen palaa kotiinsa ja saa silti kuntoutumistaan edistäviä palveluja. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (STM 2007) linjaa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 neljä pääkohtaa 1. asiakkaan asemaa vahvistetaan, 2. panostetaan ehkäisyyn, 3. palvelut toteutetaan toimivana kokonaisuutena sekä 4. ohjauskeinoja kehitetään.

Näiden linjausten mukaan asumispalveluun vaikutetaan seuraavilla tavoilla. Koke-
musasiantuntijat ja vertaistoimijat otetaan mukaan mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Kuntien roolia koordinoivana toimijana korostetaan siten että julkiset, kolmannen sektorin ja yksityissektorin mielenterveys- ja päihdepalvelut saatetaan toimivaksi palvelukokonaisuudeksi. Laitospaikkojen vähentämiseen pyritään lisäämällä mielenterveys- ja päihdetyön päivystyksellisiä, liikkuvia ja konsultaatiopalveluja lisäämällä. Pirstaleinen lainsäädäntö pyritään saattamaan ajan tasalle päivittämällä mielenterveyslaki, päihdehuoltolaki ja raittiustyölaki sekä tulevaisuudessa myös selvitetään mahdollisuus yhdistää mielenterveys- ja päihdehuoltolait.

4.2.1 Ympäri vuorokautisen mielenterveys- ja päihdehuollon valvontaohjelma

Valvira on sosiaali – ja terveysalan valtakunnallinen lupa- ja valvontavirasto. Valviran tehtävänä on parantaa ohjauksen ja valvonnan keinoin elinympäristön terveysris-
kien hallintaa sekä oikeusturvan toteutumista ja palvelujen laatua sosiaali- ja terveydenhuollossa. Ympäri vuorokautisen mielenterveys- ja päihdehuollon valvontaohjelma on ennakoivan valvonnan sekä lupa- ja valvontakäytäntöjen yhdenmukaistamisen keskeinen väline. Edellä viitattuihin Valtiontalouden tarkastuskeskuksen tulokselli-

suuskertomuksen (2009, 2011) esiin nostamiin ongelmiin vastataan Valviran valmistelemilla valvontaohjelmilla. Yhdessä aluehallintovirastojen kanssa valmisteltu ohjelma toteutetaan kaikille keskeisille palvelualueille. Ensi vaiheessa painoalueina ovat Kaste (STM 2008) -ohjelman mukaisesti olleet ympärivuorokautiset palvelut eli ne, joissa asiakkailta on hoidon tarvetta ja henkilökuntaa saatavilla ympäri vuorokauden. (Ahonen 2011.)

Päihde- ja mielenterveyspäivillä lokakuussa(2011) Tampereella Valviran ylitarkastaja Hanna Ahonen julkaisi ennakkotietoa valvontaohjelman sisällöstä. Valvontaohjelmassa määritellään hyväksyttävän toiminnan vähimmäistaso. Määrittely perustuu lainsäädäntöön ja laatusuosituksiin sekä valvonnassa ja muussa hallinnossa saatuun kokemukseen. Lähtökohtana ovat aina toiminnan piirissä olevien asiakkaiden tarpeet, joiden suhteen palvelun laatua tulee tarkastella. Täysin ehdottomia, kaikki palvelut kattavia ohjeita ei voida antaa. Valvonta kattaa yhdenmukaisesti sekä julkiset (kunnalliset) että yksityiset (järjestöt, säätiöt, yritykset) palvelut. Ohjelmassa korostetaan palvelujen integraatioperiaatetta: erityisryhmien asumiskeskittymiä ei hyväksytä.

Asiakkaiden palvelujen saatavuus varmistetaan ja valvontaohjelman mukana yksiköille tulee käyttöön otettavaksi omavalvontaohjelma, jota ei vielä marraskuussa 2011 ole julkaistu. Valvontaohjelma asettaa vaatimuksia kunnille kuin myös palveluntuottajille. Omavalvonta ohjelmasta säädetään uudessa laissa yksityisistä sosiaalipalveluista. ”Yksityisten sosiaalipalvelujen tuottajan on laadittava toiminnan asianmukaisuuden varmistamiseksi omavalvontasuunnitelma, joka kattaa kaikki palvelujen tuottajan sosiaalipalvelut ja 5 §:n 2 momentissa tarkoitetut palvelukokonaisuudet. Palvelujen tuottajan on pidettävä omavalvontasuunnitelma julkisesti nähtävänä ja seurattava sen toteutumista. Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto voi antaa määräyksiä omavalvontasuunnitelman sisällöstä, laatimisesta ja seurannasta.” (Laki yksityisistä sosiaalipalveluista 2011/922.)

Henkilöstöä säätelevät kriteerit

Yksikköä johtavan vastuuhenkilön tulee olla päätoiminen ja kokoaikaisesti palkattu työntekijä. Pienissä yksiköissä voi osallistua hoitotyöhön enintään puolella kokoaikaisesta työajasta. Vastuuhenkilö ei saa olla työvuorolistoilla ja pienissä lähekkäis-

sä yksiköissä on mahdollista käyttää yhteistä vastuuhenkilöä. Kelpoisuudeltaan vastuuhenkilöllä on oltava soveltuva korkeakoulututkinto ja alan tuntemusta (3v.). Johdamistaitoa on todennettava riittävästi. Kaikilla hoitotyöhön osallistuvilla on oltava sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillinen koulutus (amk, lähihoitaja, päihdehuollon ammattitutkinto). Vapaaehtoiset ja kouluttamattomat toimivat tukena ja erityispalvelujen (esim. kuntoutus ja sosiaalityö) saanti on turvattava. Henkilöstön määrä ja rakenne on mitoittettava niin, että jokaisessa työvuorossa on riittävästi henkilökuntaa asiakkaiden tarpeiden mukaisen palvelun järjestämiseen. Määrä ja rakenne siis vaihtelee toiminnan tarkoituksen ja asiakkaiden tarpeiden mukaan. Mielenterveyden osalta kolmanneksella henkilöstöstä tulee olla korkeakoulu- tai opistoasteen koulutus, muilla toisen asteen, mitoitus 0,4 – 0,8 (STM 2007), päihdepuolen osalta vastaava on :0,3 – 1,5 (STM 2002).

Tilaa säätelevät kriteerit

Itsenäinen asumisen painopiste on asunnoissa. Yhteisöllisyyttä korostavan asumisen osalta yhteisten tilojen merkitystä korostetaan. Yksityisyys tarkoittaa, että erillinen asunto tulee Aran suositusten mukaisesti olla 35-40m² (ARA 2011.) Jokaisella oma huone vähintään 20m² sisältäen wc- ja ruoanvalmistustilat (Ara 25m², suositus 2002 15m²) Ryhmäasumisessa 35-40m²/asiakas, jokaisessa asunnossa oma wc. Pariskunnille yhteinen huone/asunto, vähintään 40m², enintään 10%: lle asiakkaista Enintään 15 – 20 asuntoa samassa talossa (ARA 2011).

Turvallisuus

Palveluntuottaja tulee arvioida riskit ja varautua niiden torjuntaan. Tapaturmat ja vahingot kirjataan ja analysoidaan, muutokset kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelmiin. Kameravalvontaa suoritetaan vain erityistapauksissa miten henkilötietolaki, rekisteriseloste, tiedottaminen kohteille sallivat tapahtuvan. (Ahonen 2011.)

Asiakkaan asema ja oikeudet

Palvelutarve on arvioitava. Toimintakyvyn arviointia ja seurantaa tulee kehittää. Asiakasmaksut kohtuullistetaan ja asuminen sekä kuntouttavat palvelut kootaan kokonaisuudeksi. Omaehtoisuutta ja itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa. (Ahonen 2011.)

Terveyden ja sairaanhoito

Palveluntuottajan on järjestettävä terveydentilan seuranta. Terveydenhuollon palvelujen järjestäminen, myös laboratorioseurantojen osalta kuuluu palveluntuottajan velvollisuuksiin. Lääkehoitosuunnitelmaa (STM 2005:32) vaativat terveydenhuollon toimenpiteet suoritetaan vain terveydenhuollon yksiköissä. (Ahonen 2011.)

4.2.2 Asumismuotojen määrittely

Tuettu asuminen

Kuntoutujan tuen tarpeet: Tuetussa asumisessa kuntoutuja tarvitsee tukea ja ohjausta kyetäkseen asumaan itsenäisesti kotonaan tai tukiasunnossa. Asuminen: Kuntoutuja asuu lähtökohtaisesti omassa kodissaan (vuokra-, omistus tai muussa vastaavassa asunnossa). Jos kuntoutujalla ei ole käytössään hänen tarpeitaan vastaavaa asuntoa, häntä avustetaan hankkimaan sellainen. Tarvittaessa hänelle järjestetään tukiasunto, josta siirrytään itsenäisempään asumiseen sitten, kun kuntoutuminen on edistynyt niin, että itsenäisempi asuminen on mahdollista. Tukiasunnossa asuminen on luonteeltaan tilapäistä. Tukiasunnossa asumiseen liittyy intensiivinen kuntoutus, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa toimimaan normaalielämässä mahdollisimman itsenäisesti sekä luoda yhteys tulevan asuinalueen paikallisiin palveluihin. (Valtion tarkastusvirasto 2009, 45.)

Palveluasuminen

Palveluasumisessa kuntoutuja tarvitsee intensiivistä ja pitkäjänteistä kuntoutusta mielenterveysongelmansa vuoksi sekä omatoimisuuden ja asumisen tiivistä harjoittelua. Palveluasuminen on usein yhteisöllistä asumista ryhmäasunnossa ja kuntoutusmetodista riippuen myös tavallista palveluasumista itsenäisessä asunnossa. Henkilöstöä on paikalla päivisin ja puhelinpäivystys toimi ympärivuorokautisesti. Toiminnan painopisteenä on monipuolinen kuntoutus ja asiakkaan toimintakyvyn ja sosiaalisten suhteiden vahvistaminen. Kuntoutujalla on mahdollisuus osallistua päivätoimintaan. Lääkäripalvelut ja muut terveydenhoidon palvelut järjestetään tarvittaessa. (Valtion tarkastusvirasto 2009, 45.)

Tehostettu palveluasuminen

Tehostetussa palveluasumisessa vaikeasti toimintarajoitteinen kuntoutuja tarvitsee jatkuvasti hoivaa ja huolenpitoa sekä ympärivuorokautista tukea. Tehostettu palveluasuminen on yhteisöllistä asumista ryhmäasunnossa. Henkilöstöä on paikalla ympäri vuorokauden. Kuntoutujaa tuetaan vastuulliseen ja toisia huomioivaan elämiseen lähiyhteisössä ja laajemmin yhteiskunnassa. Lääkäripalvelut ja muut terveydenhoidon palvelut järjestetään tarvittaessa sekä varmistetaan asiakkaalle kuuluvien etuuksien saanti. (Valtion tarkastusvirasto 2009, 45.)

4.3 Kehitysvammaisten asumispalvelujen nykytila ja kehittämistarpeet

Kehitysvammaisella henkilöllä on vamma ymmärtämis- ja käsityskyvyn alueella, ja sen myötä puutteita kahdella tai useammalla seuraavista alueista: kommunikaatio, omatoimisuus, kodinhoito, sosiaaliset taidot, yhteisössä liikkuminen, terveys ja turvallisuus, kirjalliset taidot, vapaa-aika ja työ. (Teikari & Björkman 2006, 27.)

YK hyväksyi vuonna 2006 vammaisten oikeuksia koskevan yleissopimuksen, jonka toteuttamiseen Suomi on sitoutunut sopimuksen allekirjoituksella. Sopimus velvoittaa jäsenvaltiot varmistamaan, että vammaiset henkilöt voivat valita asuinpaikkansa, asuinmuotonsa ja asuinkumppaninsa aivan kuten muutkin ihmiset. Sopimuksen artikla 19 tunnustaa vammaisten ihmisten yhtäläisen oikeuden elää yhteisössä ja tehdä samanlaisia valintoja kuin muutkin ihmiset. Vammaisia henkilöitä ei saa pakottaa tai velvoittaa mihinkään erityisiin asumisjärjestelyihin. Toinen suomalaisen vammaispolitiikkaan vaikuttava taho on Euroopan neuvosto (EN), jonka vammaispoliittinen ohjelma perustuu itsenäisen elämän periaatteille sekä edellyttää valtioilta integroitumisen esteiden poistamista. Ohjelma painottaa vammaisten henkilöiden yhtäläisiä oikeuksia tehdä valintoja omassa elämässään, mm. oikeutta valita oma asuinpaikkansa. (Kehitysvamma-alan asumisen neuvottelukunta 2010.)

Kehitysvammaisten laitoshoidon vähentäminen ja aikuisten kehitysvammaisten henkilöiden lapsuudencodeista muuttamisenmahdollistaminen edellyttävät monia toimenpiteitä asuntojen rakentamisessa ja yksilöllistä asumista tukevien palvelujen ke-

hittämisessä. Tavoitteena on yksilöllisen asumisen tukeminen tavallisessa asuinym-
päristössä. (Kehitysvamma-alan asumisen neuvottelukunta 2010.)

Suomalaisessa oikeusperiaatteessa vammaispolitiikan lähtökohdan muodostaa vam-
maisten henkilöiden ihmisoikeuksien ja syrjimättömyyden toteuttaminen. Suomessa
ihmisoikeudet on kirjattu perustuslakiin (Suomen perustuslaki 1999/731), joka takaa
kaikille kansalaisille samat perusoikeudet ja yhdenvertaisuuden. Näiden oikeuksien
takaaminen on viime kädessä valtion tehtävä. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2011,
4.)

4.3.1 Asumismuotojen määrittely

Palveluasuminen sijoittuu asumismuotona avopalveluin tuetun kotona asumisen ja
pysyvän laitoshoidon välille. Palveluasuminen onkin tarkoitettu sellaisille henkilöil-
le, jotka tarvitsevat puutteellisen toimintakykynsä vuoksi jatkuvaa päivittäistä apua.
Palveluasumiseen kuuluvat asunto ja ne asumiseen liittyvät palvelut, jotka ovat vält-
tämättömiä asukkaan jokapäiväisen suoriutumisen kannalta. Palveluita voivat olla
esimerkiksi avustaminen asumisen toiminnoissa, kuten liikkumisessa, pukeutumisessa,
henkilökohtaisessa hygieniassa, ruuanlaitossa ja asunnon siivouksessa. Myös
asukkaan terveyden, kuntoutuksen ja viihtyvyyden turvaamiseksi tarvittavat palvelut
tuotetaan osana palveluasumista. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2011, 15.)

Vammaisten palveluasumisen käsitteet eroavat jossain määrin muista sosiaalihuollon
asumisen käsitteistä. Palvelut on perinteisesti jaoteltu kolmeen luokkaan: *tuettuun,*
ohjattuun ja autettuun asumiseen. *Laitoshoidolla* tarkoitetaan puolestaan hoidon, yl-
läpidon ja kuntouttavan toiminnan järjestämistä jatkuvaa hoitoa antavassa yksikössä.

Tuettu asuminen

Tuetussa asumisessa henkilö asuu omassa asunnossa normaalissa ympäristössä ja saa
apua pulmatilanteissa tukihenkilöltä. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2011, 15.)

Ohjattu asuminen

Ohjatussa asumisessa henkilö selviää muuten itsenäisesti, mutta tarvitsee apua lähinnä aamuisin ja iltaisin. Ohjattuun asumiseen ei sisälly yövalvontaa. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2011, 15.)

Autettu asuminen

Autetussa asumisessa henkilö tarvitsee ympärivuorokautisesti läsnä olevaa henkilökuntaa. Tällä palvelumuodolla voidaan korvata laitoshoidon. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2011, 15.)

Muutostarpeisiin pyritään vastaamaan uudistuksilla kehitysvammahuollossa. Näitä muutostarpeita ovat mm: Kehitysvammaisten henkilöiden asumiskäsitteessä erotetaan kolme elementtiä: asumisratkaisu, asunto ja asumiseen tarvittavat palvelut. Asumisen järjestäminen suunnitellaan huolellisesti ja tuen tarpeet selvitetään pitkäjänteisesti. Eri suunnitelmat kokoava palvelusuunnittelu muodostaa pohjan kuntien tekemille tarvearvioinneille. Suomen laitosjärjestelmä puretaan pääosiltaan. Laitospaikkoja on vuonna 2017 noin 150–180. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2011,48.)

Kahden viimeisen vuosikymmenen hallitusohjelmissa on viitattu yleisellä tasolla vammaisten aseman ja palvelujen kehittämiseen, mutta konkreettisia vammaisten asumispalveluiden tavoitteita on lausuttu ainoastaan pääministeri Ahon hallituksen (Valtioneuvosto 1991) ohjelmassa ja pääministeri Vanhasen I hallituksen (Valtioneuvosto 2003) ohjelmassa. Molemmissa hallitusohjelmissa korostetaan vammaisten kotona asumisen tukemista. Toisaalta kaikissa viime vuosikymmenien hallitusohjelmissa viitataan ainakin välillisesti vammaispolitiikan kehittämiseen sekä vammaisten aseman parantamiseen ja integroimiseen yhteiskuntaan asumisen, opiskelun ja työntöön avulla. Myös kunnallisen itsehallinnon asemaa on korostettu kaikissa hallitusohjelmista em. tarkastelujaksolla. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2011, 45.)

Laitospainotteisesta asumisesta luopumista on painotettu sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteissa jo 1990-luvun lopulta saakka. Ministeriön ohjaus laitoshoidon purkuun on kuitenkin ollut kevyttä ja samalla taloudellinen tuki muutoksen toteuttamiselle niukkaa. Vuonna 2009 ympäristöministeriön johdolla valmistellun kehitysvammaisten asumisohjelman ja sitä seuranneen valtioneuvoston (2010) periaatepää-

töksen myötä laitoshoidon purkamiselle on annettu aiempaa selkeämpi suunta ja huomattava taloudellinen tuki. Uusilla toimilla on pyritty vaikuttamaan erityisesti asuntojen rakentamiseen. Laitosrakenteen purkamisen pitkään jatkunut kevyt ohjaus ja nyt nopean muutoksen ajaminen sisältävät riskikohtia, jotka pitää tiedostaa. Riskit liittyvät toimijoiden sitouttamiseen, kustannusten hallintaan, palveluiden laatuun ja valvontaan sekä muodostuvien rakenteiden toimivuuteen. Informaatio-ohjauksen puutteeksi havaittiin myös se, että Paras - hankkeen ohjaustavoitteet eivät ole tuke- neet erityisen hyvin vammaispalveluiden kehittämislinjauksia. Tarkastuksessa ha- vaittiin, että kunnat ja erityishuoltopiirit eivät näe yhteyttä laitoshoidon purkutavoit- teen sekä mukaisen erityishuoltopiirien ja sairaanhoitopiirien yhdistämisen välillä. Laajan väestöpohjan palvelujen kehittämisen tilannekuva onkin tällä hetkellä epäsel- vä, ja asiaa ei ole selvennetty myöskään puitelain viimeisimmässä uudistuksessa. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2011, 8.)

Valtioneuvosto on 21.1.2010 tehnyt seuraavan periaatepäätöksen ohjelmaksi kehi- tysvammaisten asumisen ja siihen liittyvien palvelujen järjestämiseksi vuosina 2010–2015 ja päättänyt ohjelman toimenpiteiden toteuttamisesta. Ohjelman tavoit- teena on tuottaa pitkäaikaisesta laitoshoidosta muuttaville kehitysvammaisille noin 1 500 asuntoa ja lapsuudenkodista muuttaville aikuisille kehitysvammaisille noin 2 100 asuntoa. Tavoitteena on tuottaa ohjelmakaudella yhteensä 3 600 kehitysvammaisille henkilöille tarkoitettua asuntoa, josta vuosittain noin 600 asuntoa. Hallitusohjelma (Katainen 2011) jatkaa vammaispoliittisen ohjelman (VAMPO 2010- 2015) toi- menpanoa. Erityisinä kohteina ohjelmassa ovat säädös muutosten valmistelu ja voi- maansaattaminen YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevan yleissopimuk- sen ratifioimiseksi.

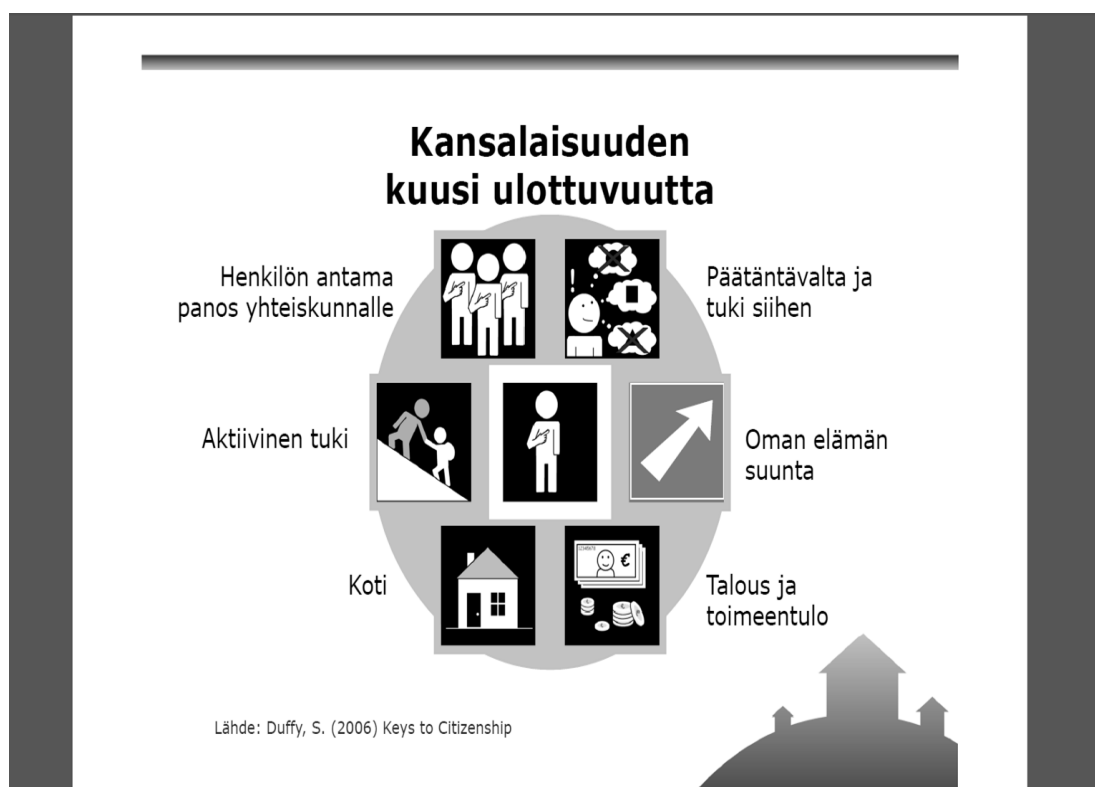
Ohjelma jatkaa meneillään olevaa kehitysvammahuollon rakennemuutosta ja kehitet- tään palveluja, jotka mahdollistavat myös vaikeimmin vammaisten henkilöiden asu- misen lähiyhteisössä. Kehitysvammalaitosten osuutta pitkäaikaisena asumisympäris- tönä vähennetään edelleen kohdistamalla nämä erittäin vaativaa hoivaa ja hoitoa tar- vitseville kehitysvammaisille. (Valtioneuvosto 2011.)

Vammaispoliittinen ajattelutapa on kehittynyt viime vuosina. Lähtökohtana ovat pe- rus- ja ihmisoikeudet ja yhteiskunnan kehittäminen valtavirtaistamisperiaatteen mu-

kaisesti. Maailmanlaajuisesti vammaisten henkilöiden oikeuksia edistää Yhdistyneiden kansakuntien yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista. (STM 2010.)

4.3.2 Täysivaltainen kansalaisuus ja itsemääräämisoikeus

Duffyn (2006) mukaan täysivaltainen kansalaisuus sisältää kuusi ulottuvuutta. Koti ja toimeentulo ovat kaiken pohjana. Aktiivisella tuella pyritään löytämään omalle elämälle suunta, jonka seurauksena kyetään päättämään asioista ja antamaan oma panos yhteiskunnalle.



Kuva 1: Täysivaltainen kansalaisuus (Duffy 2006)

Itsemääräämisoikeus koskee kaikkia vammaisia ihmisiä, myös asumispalveluryhmissä ja laitoksissa asuvia. Oman tahdon ja autonomian kunnioittamisen ohella esteettömät elinympäristöt, liikenne- ja liikkumisjärjestelyt, luotettavat tieto- ja viestintämahdollisuudet sekä osallisuutta tukevat palvelut, välineet, laitteet ja tukitoimet luovat ulkoiset edellytykset yhteiskunnalliselle toiminnalle ja kansalaisvaikuttamiselle. Niistä yksi on mielenterveysongelmaisten ja psyykkisesti vajaakuntoisten sosiaalisen

osallisuuden edistäminen sekä heidän perusoikeuksiensa ja ihmisarvonsa suojeleminen (Euroopan yhteisöjen komissio 2005). EU-maissa vihreä kirja otettiin myönteisesti vastaan, ja se johti Euroopan mielenterveysitoumuksen solmimiseen vuonna 2008 (Mäkinen & Wahlbeck 2008, 2009).

4.4 Julkisen sektorin hankintaa ohjaavat tekijät

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä odotetaan kuntien tulevaisuudessa vahvistuvan edelleen muissa kuin suoranaisesti palvelujen tuottamiseen liittyvissä tehtävissä. Kunnan tehtävänä nähdään olevan aiempaa selkeämmin palvelujen järjestäminen sekä palvelujärjestelmän koordinointi ja kumppanuuden rakentaminen julkisen sektorin ja 3. sektorin välille. Kunta valvoo ja ohjaa sitä, että palvelun tuotanto kehittyy vastaamaan palvelukysyntää. Kunnan rooliksi tulee asiantuntijana toimiminen ja konsultointi, jossa kunta kartoittaa asiakkaiden palvelutarpeet ja välittää ne palveluntuottajille. (Volk & Laukkanen 2007, 2010.)

Kunnissa on tehty runsaasti erilaisia suunnitelmia, joiden tarkoituksena on vastata tiettyihin ongelmiin (esimerkiksi mielenterveys- ja päihdesuunnitelma) tai edistää kunnan asukkaiden hyvinvointia (kunnan hyvinvointipoliittiset strategiat) ja joiden osana laaditaan omat suunnitelmansa eri ryhmille esimerkiksi mielenterveystyölle (mielenterveystyön kokonaissuunnitelma) tai vanhusväestölle (vanhuspoliittinen strategia). Suunnitelmien pitäisi olla välineitä, joilla tavoitteisiin päästään, mutta monesti nämä ovat nippu palvelujärjestelmää kuvaavia ja runsaasti erilaisia tavoitteita esitteleviä papereita. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2009, Raunio 2008.)

Julkisten palveluiden uudistaminen, New Public Management (NPM) liitetään uusioikeistolaiseen valtioajatteluun, jonka juuret ovat Isossa-Britanniassa ja Yhdysvalloissa 1980-luvun alkupuolella käynnistetyissä hallintoreformeissa (Lähdesmäki 2003, 48). NPM- oppi kritisoi julkisen sektorin tehottomuutta, laatua, asiakasnäkökulman huomiotta jättämistä ja byrokratiaa. Julkista hallintoa pitäisi opin mukaan tarkastella taloudellisuuden, tehokkuuden ja vaikuttavuuden kautta. Yksityisen sektorin toimintamalleja tulisi siirtää voimakkaasti julkiselle sektorille. Jotta julkisen sektorin toimintaa voitaisiin tehostaa, edellyttää tämä menojen supistamista ja yleisesti

julkisen sektorin koon pienentämistä. (Lähdesmäki 2003, Forma & Kuivalainen 2007.)

Palveluiden uudistamista ohjaa, tuottavuuden tavoittelun rinnalla, käyttäjien muuttuvat tarpeet. Palvelut on pystyttävä mukauttamaan entistä paremmin kuluttajien tarpeiden mukaisiksi. 'Yksi palvelu sopii kaikille' - ajattelu ei enää vastaa kansalaisten odotuksia palveluista. Muutoksen aikaan saamisessa tarvitaan, rakenteellisten muutosten ohella, ajattelu- ja toimintatapojen muutoksia. Tämä ajattelutapa perustuu ajatukseen palvelun toistettavuudesta eikä huomioi kuntalaisten yksilöllisiä ja moninaisia tarpeita. Muutos edellyttää toimintakulttuuria, joka kannustaa kokeilemaan ja hakemaan uusia palveluiden tuottamistapoja. Yhteistä näille tuottamistavoille on se, että ne rakentuvat seuraavien periaatteiden varaan: 1. yksityisen ja julkisen sektorin tiiviimpi kumppanuus palveluiden tuottamisessa, 2. julkisten hankintojen uudenlainen käyttäminen innovaatioiden edistämiseksi, 3. palveluiden käyttäjien rooli vahvistuu palveluiden suunnittelussa ja ohjaamisessa. (TEM 2011.)

Näiden periaatteiden sisäistäminen mahdollistaa uusien palveluiden ja toimintatapojen synnyttämisen valjastamalla julkisen sektorin, markkinoiden ja kansalaisten osaaminen ja resurssit yhteiseen kehitystyöhön. Toimiva kumppanuus edellyttää toimijoiden välistä luottamusta ja osapuolten mahdollisuutta hyötyä yhteistyöstä sekä sitoutumista pitkäjänteiseen yhteistyöhön ja sen kehittämiseen. Julkisten palveluiden ulkoistamisen seurauksena osa julkisen sektorin palveluista ja toiminnoista tuotetaan julkisten organisaatioiden ulkopuolella: markkinoilla järjestöissä ja yrityksissä. Siksi niiden tuottamisen kustannukset syntyvät osittain julkisten organisaatioiden ulkopuolella. Jotta julkinen sektori pystyy kehittämään palveluidensa laatua ja tuottavuutta, on sen pystyttävä kontrolloimaan näitä ulkopuolisia kustannuksia. Se edellyttää läheisempää kumppanuutta markkinatoimijoiden kanssa. (TEM 2011.)

4.4.1 Kuntien palvelustrategia ja sen lähtökohdat

Palvelustrategian laatimisessa ensimmäisenä vaiheena on palvelutarpeiden kehittämisen arviointi. Palvelutarpeiden muutoksiin vaikuttavat mm seuraavat tekijät asukasluku, väestön ikärakenne, väestön koulutus rakenne, elinkeinoelämän rakenne, yh-

dyskuntarakenne, kuntalaisten elinolot. Kunnan järjestämävastuulla olevia palveluita kunnat voivat tuottaa kuntakonserninsa sisällä omissa organisaatioissaan, yhteistyössä naapurikuntien kanssa esimerkiksi kuntayhtymissä taikka hankkia palveluita ulkopuolisilta toimijoilta, kuten yksityisiltä yrityksiltä, kolmannen sektorin järjestöiltä. (Kuntaliiton verkkosivut.)

”Sosiaaliviraston palvelustrategia poikkeaa tavanomaisesta strategiasuunnitelmasta, koska se keskittyy palvelujen tuotantotapoja koskeviin strategisiin valintoihin ja linjauksiin. Se ei sisällä yksilöityjä strategisia tavoitteita eikä toiminnan laajuutta tai määrärahoja koskevia pitkän aikavälin tavoitteita. Palvelustrategia määrittää suunnan palvelujen tuottamisen ja viraston ohjauksen kehittämiseksi. Konkreettiset tavoitteet tullaan hyväksymään vuosittain viraston talousarvion valmistelun yhteydessä. Näin saavutetaan asiakkaiden ja viraston kokonaisuutta palveleva joustavuus ja nopea reagointi toimintaympäristön muutoksiin. Arvoverkon jäsenyys ja palvelustrategian laadinta on edennyt vuorovaikutteisena prosessina, joka on jo tuottanut uusia ratkaisuja ja innovaatioita mm. palvelutuotannon kehittämiseen ja arvoverkon ohjaukseen sekä virasto- että vastuualuetasolla.” (Helsingin kaupungin verkkosivut 2011.)

4.4.2 Palvelustrategiatyön lähtökohdat

Nykyisen palvelutarpeen ja siihen vaikuttavien muutostekijöiden perusteella kunnassa on tehtävä selvitys palvelutarpeiden määrällisestä ja laadullisesta kehityksestä eri toimialoilla vähintään 10 vuoden tähtäyksellä. Huomioon on otettava myös kehitys naapurikunnissa.

”Viraston oman palvelutuotannon osuus oli vuonna 2007 n. 72 %. Sektoreiden ja palvelumuotojen tilanne vaihtelee huomattavasti: suurimmillaan oman toiminnan osuus on päiväkotihoidossa (n. 95 %) ja pienimillään vammaispalveluissa (40 %). Oman palvelutuotannon suhteellinen osuus on hitaasti pienentynyt valtakunnallista kehitystä noudattaen samalla kun yksittäisten maksusitoumusostojen määrä on kasvanut ja yksikköhinnat ovat nousseet. Oman palvelutuotannon määrä ja suunnittaminen on keskeisin palvelustrateginen kysymys. Liiketoiminnan perusmuotoihin verrattaessa kyseessä on omistuspohjaisesti organisoitunut toiminta, joka on sosiaaliviraston itsensä hierarkkisesti kontrolloimaa. Ohjausmahdollisuudet ovat erinomaiset, riippumattomuustaso on korkea, omaehtoinen kehittäminen on mahdollista ja vastuukysymykset ovat aukottomia.” (Helsingin kaupungin verkkosivut 2011.)

Oman toiminnan jatkuvan kehittämisen lisäksi kunnan tulee jatkuvasti aktiivisesti selvittää ja arvioida vaihtoehtoisten tuotantotapojen hyödyntämismahdollisuuksia.

On tärkeätä, että tuotantotapoja arvioidaan ainakin aina, kun kunnassa ollaan käynnistämässä uusia palveluja tai entisiä lisätään taikka supistetaan. Tavoitteena on jatkuvan vuorovaikutuksen luominen ja ylläpitäminen palvelutuotantoa harjoittavien toimijoiden kanssa. Vaihtoehtoisten toimintatapojen käsittelyllä ja arvioinnilla sekä niiden hyödyntämisellä voidaan merkittävästi lisätä myös palvelujen käyttäjien mahdollisuuksia osallistua palvelun suunnitteluun ja tuottamiseen. (Kuntaliiton verkkosivut 2011.)

4.4.3 Palvelujen hankintamenettelyt

Hankinnan sisältö, luonne ja laatu ratkaisevat, millaista kilpailuttamismenettelyä hankintayksikön on tarkoituksenmukaisinta käyttää hankinnan tekemisessä. Menettelyjen käytössä on myös eroja riippuen siitä, onko kysymyksessä EU-kynnysarvon ylittävä vai alittava hankinta. Hankinnassa on käytettävä ensisijaisesti avointa tai rajoitettua menettelyä, mutta käytettävissä on hankintalaissa (Laki julkisista hankinnoista 30.3.2007/348, valtioneuvoston asetus julkisista hankinnoista 24.5.2007/614) säädetyissä tilanteissa myös neuvottelumenettely, kilpailullinen neuvottelumenettely tai suunnittelukilpailu. (Kuntaliiton verkkosivut 2011.)

”Sopimustuottajat muodostavat palveluvolyymiltään sosiaaliviraston ulkoisen arvo-verkon merkittävimmän osan. Aktiivisella kilpailuttamisella luodaan sopimustuottajien markkinoita. Sopimustuottajat ovat Helsingin sosiaalivirastolle erittäin tärkeitä kumppaneita, sillä ne tuottavat markkinaolosuhteissa kaupungin järjestämistä vastuulle kuuluvia sosiaalipalveluita. Siksi sopimustuottajien ja viraston yhteistyön tulee olla kiinteää. Tällä taataan yhteinen arvopohja, luottamus ja palvelutuotannon jatkuvuus. Samalla sopimustuottajat saavat oman toimintansa kehittämisen kannalta tärkeää tietoa sosiaaliviraston strategioista ja suunnitelmista.” (Helsingin kaupungin verkkosivut 2011.)

Palvelustrategian laatimista varten on selvitettävä eri palvelutuotantotapoihin käytettävät taloudelliset resurssit, henkilöstön määrä ja koulutustaso, henkilöstön ikärakenne, työvoiman saatavuus eri aloilla ja palvelutuotannon yksikkökustannukset eri tapauksissa. Samoin on varmistettava siitä, että tieto- ja tietoliikennejärjestelmillä voidaan tukea palvelustrategian luomista ja toteuttamista. Kunnan järjestämien palvelujen nykytuotannon rahoitus ei välttämättä tulevaisuudessa riitä palvelutuotannon kaikkiin tarpeisiin. Rahoituksen käydessä riittämättömäksi eri toimialoilla tulevat

harkittavaksi: oman palvelutuotannon tehokkuuden lisääminen, palveluiden laadun tarkistaminen, palveluiden karsiminen, palveluiden maksurahoitusosuuden lisääminen lainsäädännön sallimissa puitteissa ja vaihtoehtoisten tuotantotapojen selvittäminen ja hyödyntäminen palvelutuotannossa. (Kuntaliiton verkkosivut 2011.)

Palvelustrategia on pidettävä ajan tasalla tekemällä siihen tarvittavat tarkistukset, kun esimerkiksi lainsäädännössä, yleisessä talouskehityksessä tai kuntataloudessa taikka esimerkiksi työpaikkakehityksessä tapahtuu sellaisia muutoksia, joilla on vaikutusta kunnan vastuulla olevien palveluiden järjestämiseen. Palvelustrategiaa on perusteltua tarkistaa myös kokonaisuutena säännöllisin väliajoin, esimerkiksi aina valtuustokauden alussa. Laadittua palvelustrategiaa tulee kehittää sen palautteen perusteella, jonka kunta saa asiakkailta eli palveluiden käyttäjiltä. Kunnan palvelustrategia voidaan tehdä niin, että siihen sisällytetään vain oman kunnan ja kuntakonsernin toiminta. Useissa tapauksissa on kuitenkin perusteltua, että palvelustrategia laaditaan yhteistyössä useamman kunnan kesken. Yksittäisenkin kunnan palvelustrategian laatimisessa on otettava huomioon myös, miten naapurikunnissa varaudutaan vastaavien palveluiden järjestämiseen. (Kuntaliiton verkkosivut 2011.)

4.4.3.1 Tilaaaja – tuottaja –malli

Terveysthuollon tilaaja-tuottaja-malleissa neljä keskeistä toimintoa ja toimijaa ovat 1) toimeksiantajat, jotka määrittelevät toiminnan tavoitteet, valitsevat palvelutyypit ja osoittavat niihin tarvittavat resurssit, 2) tilaajat, jotka arvioivat, kilpailuttavat, tekevät tilaukset ja valvovat niiden noudattamista, 3) tuottajat, jotka tuottavat tilaajan tekemän tilauksen perusteella tarvittavia palveluita ja 4) palveluiden loppukäyttäjät eli potilaat, asiakkaat, omaiset, työnantajat ja muut terveydenhuollon edunsaajat. Viides malliin vaikuttava toimijaryhmä ovat toiminnan säätelijät, kuten esimerkiksi valtio. Toimijoiden väliset suhteet perustuvat erilaisiin, julkisella sektorilla pääsääntöisesti legitiimeihin valtasuhteisiin, autonomisten toimijoiden välisiin vapaaseen vaihdantaan perustuviin asiakassuhteisiin sekä tiedon epäsuhtaan vallitessa toimeksianto- eli päämies- agenttisuhteisiin. (Konttinen 2005.)

Keskeisiä arvoja tuottavia elementtejä eli arvoajureita tilaaja-tuottaja-mallissa ovat

toimeksiantajan ja tilaajan väliseen suhteeseen liittyvien taloudellisten tekijöiden läpinäkyvyys, tilaajan ja tuottajan välisiin sopimuksiin sisältyvä mahdollisuus kehittää toiminnan ohjattavuutta, tuottajien hallinnolliseen irrottamiseen tilaajista ja toimeksiantajista sisältyvä mahdollisuus lisätä tuotannon autonomiaa sekä autonomisten tuottajien sekä myös erikoistuneiden tilaajaorganisaatioiden välinen markkinakilpailu. (Konttinen 2005.)

Tilaaja-tuottajamallissa on kyse pitkäjänteisestä, monimutkaisesta ja vastuullisesta erilaisten prosessien hallinnasta. Jos ja kun terveystalouden järjestämisvastuu säilyy julkisella sektorilla, ei kyllin voi korostaa sen yhteiskunnallista hyvinvointivastuuta ja sitä vaikuttavuutta, jota myös hyvin toteutettu tilaajatuottajamalli saattaisi tukea. (Konttinen 2005.)

Esimerkiksi Jyväskylässä, tilaaja-tuottaja-mallia pidetään lähinnä teknisenä apuvälineenä tarkoituksenmukaisen toimintajärjestelmän rakentamiseksi. Samalla korostetaan kuntien välisen yhteistyön tarpeellisuutta ja välttämättömyyttä rakentaa alueellista palvelutuotantoa. Jyväskylässä tilaaja-tuottajamallin todetaan olevan vain yksi välivaihe markkinoiden kehittyessä. Seuraava askel on kunnallisen palvelutuotannon liikelaitostaminen. Turussa taas korostetaan asukkaille tarjottavien palvelujen laatua. Siellä toimintaa muotoillaan uudelleen toimialakohtaisesti hyödyntäen erilaisia organisatorisia ratkaisuja, kuten palvelutuotannon liikelaitostamista, sisäisiä tuotantoyksiköitä ja erilaisia sopimuskäytäntöjä. Tampereella taas tavoitellaan laajaa, koko kaupungin organisaation kattavaa uudistusta. Sektorihallinnosta luovutaan ja siirrytään asukaslähtöiseen elinkaariajatteluun perustuvaan prosessimalliin. Tilaaja-tuottajamalli uudistaa käytännössä ennen kaikkea johtamista. Käytännössä tarvitaan paljon toiminnan suunnittelua, oppimista uudenlaiseen yhteistyöhön sekä myös valvontaa. Malli haastaa ennen kaikkea toiminnan arviointiin: toimintaa on arvioitava ennen sen aloittamista, sen aikana ja myös jälkikäteen. Tätä varten tarvitaan mittareita. (Rajala & Tammi 2006.)

4.4.3.2 Palveluseteli

Palvelusetelillä edistetään sosiaali- ja terveystalveluiden käyttäjien valinnanvapautta ja mahdollisuuksia hankkia tarvitsemiaan palveluita myös yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Palvelusetelillä voi hankkia sellaisia sosiaali- ja terveystalveluja, jotka kunnan tai kuntayhtymän kuuluu järjestää asukkailleen. Palvelusetelillä hankittava palvelu on vaihtoehto kunnan tai kuntayhtymän tuottamalle palvelulle. Kunta tai kuntayhtymä päättää, ottaako se palvelusetelin käyttöön ja mihin palveluihin se antaa setelin. (Sosiaali- ja terveystalvelministeriön www-sivut 2011.)

Palveluseteli on tarkoitettu kaikille sosiaali- ja terveystalveluja tarvitseville. Setelin saaminen edellyttää, että kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon edustaja arvioi henkilön palvelun tarpeen. Palveluseteli voi olla kaikille käyttäjille samansuuruinen tai tulosisonnainen eli sen arvo riippuu asiakkaan tuloista. Jos palvelu maksaa vähemmän kuin asiakkaan saaman palvelusetelin arvo on, kunta maksaa palvelusetelillä palvelujen tuottajan ja asiakkaan sopiman hinnan.

Kunta pitää luetteloa hyväksymistään palvelujen tuottajista. Tiedot tuottajista, palveluista ja niiden hinnoista tulee olla julkisesti saatavilla internetissä ja muulla soveltuvalla tavalla. Kunta hyväksyy terveyden- ja sosiaalihuollon palvelujen tuottajat, joiden palvelujen ostamiseen palveluseteliä voidaan käyttää. Yksityisen palvelujen tuottajan palveluiden on oltava vähintään vastaavien kunnallisten palvelujen tasoisia. Kunta voi asettaa palveluille lisäksi vaatimuksia, jotka liittyvät asiakkaiden tarpeisiin, palvelujen määrään, laatuun tai kunnan olosuhteisiin. Asiakkaalla ja potilaalla on palvelusetelillä ostetuissa palveluissa samat oikeudet kuin muissakin sosiaali- ja terveystalveluissa. Palvelusetelillä hankittujen yksityisten sosiaalipalveluiden asiakasta ja terveystalveluiden potilasta koskee myös kuluttajansuojalainsäädäntö. (Sosiaali- ja terveystalvelministeriön verkkosivut 2011.)

4.4.3.3 Palvelusetelin myöntäminen ja hakeminen - case Kallio

Kallion kuntayhtymä on ottanut käyttöön kehitysvammaisten asumispalveluiden osana palvelusetelin. Asiakas, omainen tai edunvalvoja valitsee Kallion hyväksymän palveluntuottajan. Vammaisten ja erityisryhmien palvelujohtaja tekee päätöksen setelin myöntämisestä palveluntuottaja perii asiakkaalta ylläpitomaksun ja vuokran ja laskuttaa palvelusetelin arvon Kalliolta. Asiakas valittaa virhe- ja viivästymistilanteissa palveluntuottajalle, riitatapauksissa voi ilmaista tyytymättömyytensä kuluttajansuojalain mukaisin menettelyin ja tarvittaessa on yhteydessä Kallion palveluohjaajaan. Palvelusetelin käyttö on asiakkaalle vapaaehtoista ja halutessaan asiakas voi valita kuntayhtymän palvelun. Asiakkaalla ei ole ehdotonta oikeutta saada palveluseteliä; kuntayhtymä voi vaihtoehtoisesti järjestää palvelun omana toimintana tai ostopalveluna. Kehitysvammaisen erityishuolto on asiakkaalle maksutonta. Palvelusetelin arvolle on asetettu hintakatto (=palveluntuottajan saama enimmäishinta ja hyväksymisen ehto), jota enempää palveluntuottaja ei voi hoivasta periä. (Kallion peruspalvelukuntayhtymän www-sivut 2011.)

Taulukko 3: *Palvelusetelin porrastus*

autettu asuminen (1)	87 euroa / vrk,
autettu asuminen (2)	69 euroa / vrk
ohjattu asuminen	28,8 euroa / vrk
lomapaikka	95 euroa / vrk

Palvelusetelin käytössä on huomioitavaa myös se, että asiakasta suojaa kuluttajansuojalaki.

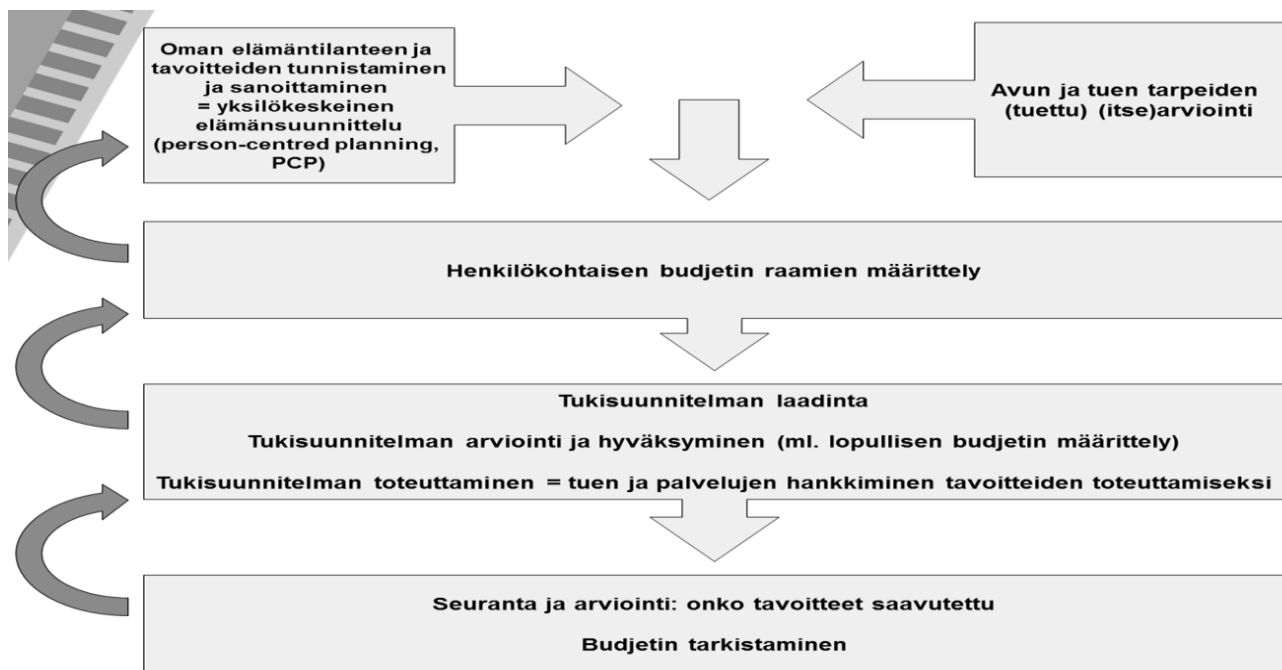
4.4.3.4 Henkilökohtainen budjetointi

Asiakas- ja käyttäjänäkökulmasta 'henkilökohtainen budjetointi' voi tarjota kokonaisvaltaisen tavan tukea henkilöä ja perhettä, joka tarvitsee erilaista tukea tavanomaiseen elämäänsä. Henkilökohtainen budjetointi on huomattava parannus ajattelu- ja toimintatavassa esimerkiksi yksittäisistä ja erillisistä palveluista / tarpeista lähtevään palvelusetelikäytäntöön nähden. Henkilökohtainen budjetointi osana asiakas-

keskeistä palveluohjausta soveltuu lähtökohtaisesti hyvin monimutkaisten elämäntilanteiden ja erityistarpeiden huomioon ottamiseen. (Vammaispalvelujen käsikirja 2011.)

Suomen kaltaisessa maassa toimivat palvelumarkkinat ja monituottajuus toteutuu suurissa kunnissa, jos sielläkään. Toiminta on suurelta osin kuntavetoista, toki henkilökohtaiset budjetit on määriteltävässä myös kunnallisten hyvinvointi-palvelujen piirissä. Nykyinen tapa järjestää ja tuottaa palveluja on monella tavalla sidoksissa kotipaikkaan ja kotikuntaan. Asiakkaan valinnan mahdollisuuksien korostaminen haastaa nykyistä kunnallista palvelutoimintaa uudistumaan ja myös ylittämään kuntarajat. Asiakkaat nykyisin joka tapauksessa ylittävät kuntarajat. Tämän mahdollistaa myös uusi kotikuntalaki, josta myöhemmin luvussa 5.2.9 lisää. Suomen lainsäädäntö ei tarjoa kovin hyvää perustaa henkilökohtaisen budjetoinnin soveltamiselle. Nopeasti edettäessä on lähdettävä palvelusetelisäädöksistä. (Vammaispalvelujen käsikirja 2011.)

Palveluohjaus ja palvelutarpeen arviointi on jatkuva prosessi, jossa vaatimukset työntekijöiden osaamiselle ovat suuret. Myös toimeksiantajana/ työnantajana toiminen on vaativa tehtävä, johon tulee olla saatavilla tukea. Kysymys ei ole pelkästään palveluista, vaan elämästä, johon myös palvelut kuuluvat. Kokonaisuusvaltaisuus on henkilökohtaisen budjetoinnin vahvuus (Vammaispalvelujen käsikirja 2011).



Kuva 2: Yksilökeskeinen elämän suunnittelu (Tiedän mitä tahdon- projektin www-sivut)

Henkilökohtainen budjetointi on yksi keino edistää vammaisen henkilön edellytyksiä elää ja toimia muiden kanssa yhdenvertaisena yhteiskunnan jäsenenä. Henkilökohtainen budjetointi auttaa henkilöä muodostamaan omia yksilöllisiä tarpeitaan vastaavan tuki- ja palvelukokonaisuuden. (Tiedän mitä tahdon- projektin verkkosivut.)

Järjestetyt palvelut – palveluseteli – henkilökohtainen budjetointi

	Päätös kokonaiskustannuksista	Päätös palveluista	Päätös palveluntuottajista
Järjestetyt palvelut	Järjestäjä päättää	Järjestäjä päättää	Järjestäjä päättää
Palveluseteli	Järjestäjä päättää	Järjestäjä päättää	Palvelun käyttäjä päättää kunnan hyväksymien palveluntuottajien joukosta
Henkilökohtainen budjetointi	Järjestäjä päättää	Palvelun käyttäjä päättää järjestäjän hyväksymissä kehyksissä	Palvelun käyttäjä päättää

Kuva 3: Palvelujen hankkimistavan vertailu. (Tiedän mitä tahdon- projektin verkkosivut.)

4.4.3.5 Henkilökohtainen budjetti Hollannissa

Asiakkaat voivat hankkia palvelut sieltä mistä itse haluavat ja silloin kun heidän omaan aikatauluunsa parhaiten sopii. He voivat myös valinnallaan vaikuttaa hoidon ja palveluiden sisältöön. Palveluita voi hankkia paitsi ulkopuolisilta palveluntuottajilta myös omalta perheeltä, omaisilta tai ystäviltä. Asiakkaan valta ja oman elämän hallinta ovat olleet keskeinen periaate henkilökohtaisen budjetin järjestelmää. Hollannissa henkilökohtaisen budjetin järjestelmää hallinnoidaan kahden eri lain avulla, jotka määrittelevät millä perusteilla henkilön on mahdollista hakea henkilökohtaista budjettia terveys- ja sosiaalipalveluista. Kaikille pakollisen terveysvakuutuksen lisäksi kansalaiset kuuluvat lakisääteisesti pitkäaikaissairaanhoidon sekä erityisen kalliit hoitokustannukset kattavan terveysvakuutuksen piiriin (Exceptional Medical Expenses Act, AWBZ). Sosiaalipalveluiden osalta henkilökohtainen budjetti toteutuu sosiaalihuoltolain (Wmo eli Social Support Act) mukaisesti ja se toteutetaan kunnallisesti. Asiakas voi hakea henkilökohtaista budjettia kotipalveluihin (lähinnä siivouspalveluun), liikkumisen apuvälineiden (esimerkiksi pyörätuolin tai sähkömopon) hankintaan sekä kodin muuntamiseen omia tarpeita vastaavaksi. (Sitra 2010.)

Lainsäädäntö perustuu siihen, että yksilöllä tulee olla henkilökohtainen vastuu omasta hyvinvoinnistaan ja vapaus valita tarvitsemansa ja haluamansa hoito. Sekä AWBZ:n että Wmo:n alaiselle toiminnalle on myönnetty melko suuri vapaus luoda omaa politiikkaa ja omia toimintatapoja, jotta henkilökohtaisen budjetin toteuttaminen on paikallisesti mahdollista. (Sitra 2010.)

4.4.3.6 Valinnanvapaus Ruotsissa

Osa Ruotsin maakunnista otti 1990-luvulla käyttöönsä tilaaja-tuottajamallin. Poliittisten päättäjien etäännyttämisellä palvelujen tuotannosta uskottiin yksinkertaistettavan päätöksentekoa ja kilpailun uskottiin parantavan toiminnan taloudellisuutta. Mallin toimimattomuuden, lähinnä tilaajien puutteellinen osto-osaaminen, pohjalta osa maakunnista siirtyi puhumaan ja toimimaan kilpailuttamisen sijasta puhua yhteis-

työstä. Tilaajat ja tuottajat ryhtyivät määrittelemään yksittäisten toimenpiteiden sijasta laajempia kokonaisuuksia. (Karlsson 2010.)

Ruotsissa astui vuonna 2007 voimaan laki julkisesta kilpailuttamisesta (Lagen om offentlig upphandling LOU). Lakia käytetään mm. vanhustenhuollon, vammaishuollon sekä terveyst- ja sairaanhoitoaloilla. Laki valinnanvapaudesta (Lagen om valfrihet LOV) astui voimaan 2009. Laki antaa vapaaehtoisen vaihtoehdon kunnille ja maakäräjille jotka haluavat kilpailuttaa palvelujen tuottajia ja antaa asiakkaalle mahdollisuuden valita hyväksytyjen tuottajien joukosta.

Laki mahdollistaa moninaisuuden lisäämisen sekä lisää uusien yrittäjien määrää että toimintamuotojen erikoistumista. Sen tarkoitus on nimensä mukaisesti lisätä valinnanvapautta asiakkaalle. (Karlsson 2010.)

Kuntien ilmoitukset ja toimintaa koskevat ehdot määritellään siten että korvaustaso on sama kaikille järjestelmään osallistuville, sekä yksityisille että kunnan omille yksiköille. Kaikista vaihtoehdoista on velvollisuus informoida. Myös ”Ei-valittu” vaihtoehto, joka voi olla myös yksityinen. Informatio tuen tuottajista ja vertailu materiaali löytyy vertailupalvelusta, www.stockholm.se (”Jämför service”). kaikkien valinnanvapaus- reformiin kuuluvien tuottajien on täytettävä vaatimukset ja oltava mahdollisia suositella. Raportointi tilaajan ja tuottajan välillä tapahtuu elektronisesti tuottajalle, jonka tuottaja hyväksyy ja raportoi. (Karlsson 2010.)

4.4.3.7 Asiakkaan asema asumispalveluiden hankinnassa

Uusi terveydenhuoltolaki astui Suomessa voimaan 1.5.2010. Laista nousee esiin muutamia hyvin oleellisia avainsanoja ja suuntauksia suomalaiseen sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuuteen. Näitä ovat laadunhallinta, saavutettavuus, yhdenvertaisuus, asiakkaan valinnanvapaus sekä moni- ammatillinen yhteistyö (terveydenhuoltolaki. (L1326/2010.)

Toimintayksikön johtamisessa on oltava moni- ammatillista asiantuntemusta, joka tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyö-

tä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä. Terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa on otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Kunnat järjestävät perusterveydenhuollon palvelut alueellaan. Terveydenhuoltolaissa tarkoitettuun mielenterveystyöhön kuuluu: 1) terveydenhuollon palveluihin sisältyvä mielenterveystyötä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki. 2) yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen äkillisissä järkyttävissä tilanteissa 3) mielenterveyspalvelut, joilla tarkoitetaan mielenterveydenhäiriöiden tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta. Terveydenhuollossa tehtävä mielenterveystyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden kunnassa tehtävän sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Terveydenhuoltolaissa tarkoitettuun päihdetyöhön kuuluu:

1) terveydenhuollon palveluihin sisältyvä ohjaus ja neuvonta, joka koskee päihde- ja tupakkatuotteen käyttöä suojaavia ja sitä vaarantavia tekijöitä sekä päihde- ja tupakkatuotteen käyttöön liittyviä terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä; sekä 2) päihde- ja tupakkatuotteen aiheuttamien sairauksien tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalvelut. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Terveydenhuollossa tehtävä päihdetyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden muun kunnassa tehtävän päihdetyön ja mielenterveystyön kanssa. Potilaalla on mahdollisuus valita häntä terveydenhuollon yksikössä hoitava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö toimintayksikön toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa. Potilaan jatkohoito on toteutettava siten, että hänet ohjataan häntä aiemmin hoitaneen lääkärin tai hammaslääkärin hoitoon, aina kun se hoidon asianmukaisen järjestämisen kannalta on mahdollista. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Kunnan perusterveydenhuollolla on kokonaisvastuu potilaasta. Potilaalle laaditaan hoitosuunnitelma hänen omassa terveyskeskuksessaan. Terveydenhuollon palvelujen

järjestäjällä on velvoite toimia yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen järjestäjän kanssa asiakkaan tilanteen niin edellyttäessä. (Terveydenhuoltolaki1326/2010.)

Saumaton sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö on elintärkeää ja tavoitteena on raja-aitojen madaltaminen ja poistaminen. Terveydenhuollon palvelujen järjestäjällä on velvoite toimia yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen järjestäjän kanssa, jos asiakkaan tilanne edellyttää sitä. (Terveydenhuoltolaki1326/2010.)

Hoidon järjestämisen- ja kustannusvastuu on edelleen lähettäjällä. Lähetettäessä potilas toiselle paikkakunnalle hoitokotiin, hänen kanssaan tulee sopia kokonaisuuteen liittyvät terveydenhuollon palvelut. Tällöin jos potilas hyväksyy lähettämisen toiselle paikkakunnalle hoitokotiin, hän hyväksyy samalla siihen kokonaisuuteen sovitun terveydenhuollon (Terveydenhuoltolaki1326/2010). Myöhemmin seuraavassa luvussa on kuvattu uutta kotikuntalakia samaan aiheeseen liittyen.

Potilasliikkuvuuden direktiivi

Potilasliikkuvuusdirektiivin mukaan EU-kansalaiselle on korvattava hänen toisessa jäsenmaassa saamansa suunnitellun hoidon kustannukset, jos samantyyppinen hoito ja kulut korvattaisiin myös hänen omassa maassaan. Viranomaiset voivat vaatia, että potilas pyytää ennakkolupaa sellaiseen hoitoon, johon kuuluu yöpymisiä sairaalassa tai erikoistason terveydenhoitoa. Ennakkolupaa ei tarvitse antaa, jos kyseessä oleva terveydenhoito voidaan tarjota oman jäsenvaltion alueella asianomaisen henkilön nykyisen terveydentilan ja sairauden todennäköisen kehityksen kannalta lääketieteellisesti hyväksyttävässä määräajassa. (Euroopan Komissio 2011.)

Potilasliikkuvuus ei suoranaisesti ole sidonnaista asumispalvelujen järjestämiseen. On kuitenkin yleisesti huomattavaa että minkälaisen signaalin direktiivi antaa. Se viestii eurooppalaiselta tasolta että potilas on asiakas. Se korostaa asiakkaan roolia ja valinnan mahdollisuutta. Tämä on myös tulevaisuuden sosiaali- ja terveystaloukselle tyypillistä, siten myös erityisryhmien asumispalveluille merkityksellinen asia. Asukas on asiakas.

Komission direktiiviehdotuksen oikeusperustana on perustamissopimuksen 95 artik-

la, jonka perusteella voidaan sovittaa yhteen jäsenvaltioiden lainsäädäntöä liikkuvuuden esteiden poistamiseksi ja sisämarkkinoiden toteuttamista ja toimintaa koskevien edellytysten parantamiseksi. Direktiiviehdotuksen toteutuessa voidaan katsoa terveyspalveluista tulevan myös säädösten osa EU:n sisämarkkinoita. Tämä voi edellyttää kansallisten järjestelmien mukauttamista, vaikka direktiiviehdotus edelleen lähtee siitä, että terveyspalvelujärjestelmät ovat jäsenvaltioiden päätösvaltaan kuuluvia. (Valtioneuvosto 2008.)

4.4.3.8 Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta (L 812/2000)

Asiakkaan oikeudet ja velvollisuudet

Asiakkaalla on oikeus laadultaan hyvään sosiaalihuoltoon ja hyvään kohteluun. Asiakkaalla on oikeus saada sosiaalihuollon toteuttajalta laadultaan hyvää sosiaalihuoltoa ja hyvää kohtelua ilman syrjintää. Asiakasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on otettava huomioon asiakkaan toivomukset, mielipide, etu ja yksilölliset tarpeet sekä hänen äidinkieltensä ja kulttuuritaustansa.

Asiakkaan oikeus saada selvitys toimenpide- vaihtoehtoista

Sosiaalihuollon henkilöstön on selvitettävä asiakkaalle hänen oikeutensa ja velvollisuutensa sekä erilaiset vaihtoehdot ja niiden vaikutukset samoin kuin muut seikat, joilla on merkitystä hänen asiassaan. Selvitys on annettava siten, että asiakas riittävästi ymmärtää sen sisällön ja merkityksen. Jos sosiaalihuollon henkilöstö ei hallitse asiakkaan käyttämää kieltä taikka asiakas ei aisti- tai puhevian tai muun syyn vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta ja tulkin hankkimisesta. Jos on kysymys asiasta, joka voi tulla vireille viranomaisen aloitteesta, on tulkitsemisesta ja kääntämisestä huolehdittava siten kuin hallintomenettelylain (598/1982) 22 §:ssä säädetään

Itsemääräämisoikeus ja osallistuminen

Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide ja muutoinkin kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan. Asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Sama koskee hänen sosiaalihuoltoonsa liittyviä muita toimenpiteitä. Asiakasta koskeva asia on käsiteltävä ja ratkaistava siten, että ensisijaisesti otetaan huomioon asiakkaan etu. Asiakkaan kuulemisesta ennen häntä koskevan päätöksen tekemistä säädetään hallintomenettelylaissa. Asiakkaan tahdosta riippumattomista toimenpiteistä sekä asiakkaan hoitoon tai huoltoon liittyvistä pakotteista ja rajoituksista sekä niitä koskevasta päätöksentekomenettelystä sosiaalihuollossa on voimassa, mitä niistä erikseen säädetään.

4.4.3.9 Kotikuntalaki (L 201/1994, 1095/2010)

Kotikuntalain (201/1994, 1095/2010) muutoksen (1.1.2011) myötä pitkäaikaisen laitoshoidon, asumispalvelujen tai perhehoidon tarpeessa oleva henkilö voi jatkossa valita uudeksi kotikunnakseen sen kunnan, jonka alueella olevassa toimintayksikössä tai asunnossa hän tosiasiaassa asuu. Valintaoikeuden käyttäminen edellyttää sitä, että hoidon tai asumisen arvioidaan kestävän tai se on kestänyt yli vuoden.

Sosiaalihuoltolain muutoksen myötä henkilö voi pyytää palvelutarpeen arviointia ja palvelujen järjestämistä myös muualta kuin kotikunnastaan. Näin henkilö voi hakeutua nykyisestä kotikunnastaan toisen kunnan asukkaaksi ja sen palvelujen piiriin. Lakimuutokset aiheuttavat kustannusten jakamista kuntien välillä. Palvelujen järjestämisvastuu siirtyy muuttopäivästä lukien uudelle kunnalle, mutta vastuu henkilön hoito- ja hoivapalvelujen kustannuksista säilyy hänen aiemmalla kotikunnallaan. (STM 2010.)

5 PROJEKTIN TOTEUTUS

Kuten aiemmin luvussa 2 on todettu, ALVA- hanke on kehitysvammaisten, mielen-terveyskuntoutujien ja muiden erityisryhmien asumispalveluiden laadunhallinnan kehittämishanke. Hankkeessa on vuoden 2011 aikana järjestetty erilaisia toimintoja kohderyhmälle. Yhteisellä kumppanuusmallilla, jossa edustettuna työskentelyssä ovat olleet kuntien edustajat, yksityiset palveluntuottajat, kolmannen sektorin toimijat sekä kokemusasiantuntijat, on luotu yhteistä toimintatapaa sekä kumppanuutta.

Kirjoittajan osuus ALVA- projektissa on ollut toimia toisena hanketyöntekijänä. Työparina on toiminut Riikka Törnroos, Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymästä. Lisäksi ALVA- hankkeen apuna on toiminut HYKE- hankkeen projektiryhmä. HYKE - hankkeen projektipäällikkönä on toiminut Marika Lähde Prizztech Oy:stä.

Jotta voidaan kuvata miten Erityisryhmien asumispalvelujen geneerisen hankintamallin opinnäyteprojektin eteneminen, on kuvattava koko ALVA – hankkeen prosessi. Geneerinen hankintamalli on syntynyt ALVA- hankkeen yhtenä tuotoksena.

5.1 Vaihe 1: ALVA- hankkeen toimijoiden kontaktointi ja kartoitus

ALVA - hankkeen käynnistysvaiheessa kontaktoitiin alan toimijoita julkiselta, yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta. Lisäksi palveluntuottajien kontaktoinnin yhteydessä kartoitettiin asumisyksiköiden laadunhallinnan nykytilaa. Näin saatiin informaatiota satakuntalaisen erityisryhmien asumispalvelun nykytilasta ja kehittämisen kohteista.

Kartoituksen tuloksena ja osoituksena saatiin vastauksia, jotka osoittivat että laadunhallinnan taso alan toimijoissa ei ole yhtenäistä. Sertifioitu laatujärjestelmä oli käytössä yhteensä 5 yksikössä. Osa toimijoista kertoi kartoituksessa yhteistyön kuntien kanssa toimivan hyvin kun taas toiset viestittivät että siinä on suuriakin ongelmia. Varsinkin kuntaliitosten voitiin todeta aiheuttaneen ongelmia yhteistyöhön palvelun

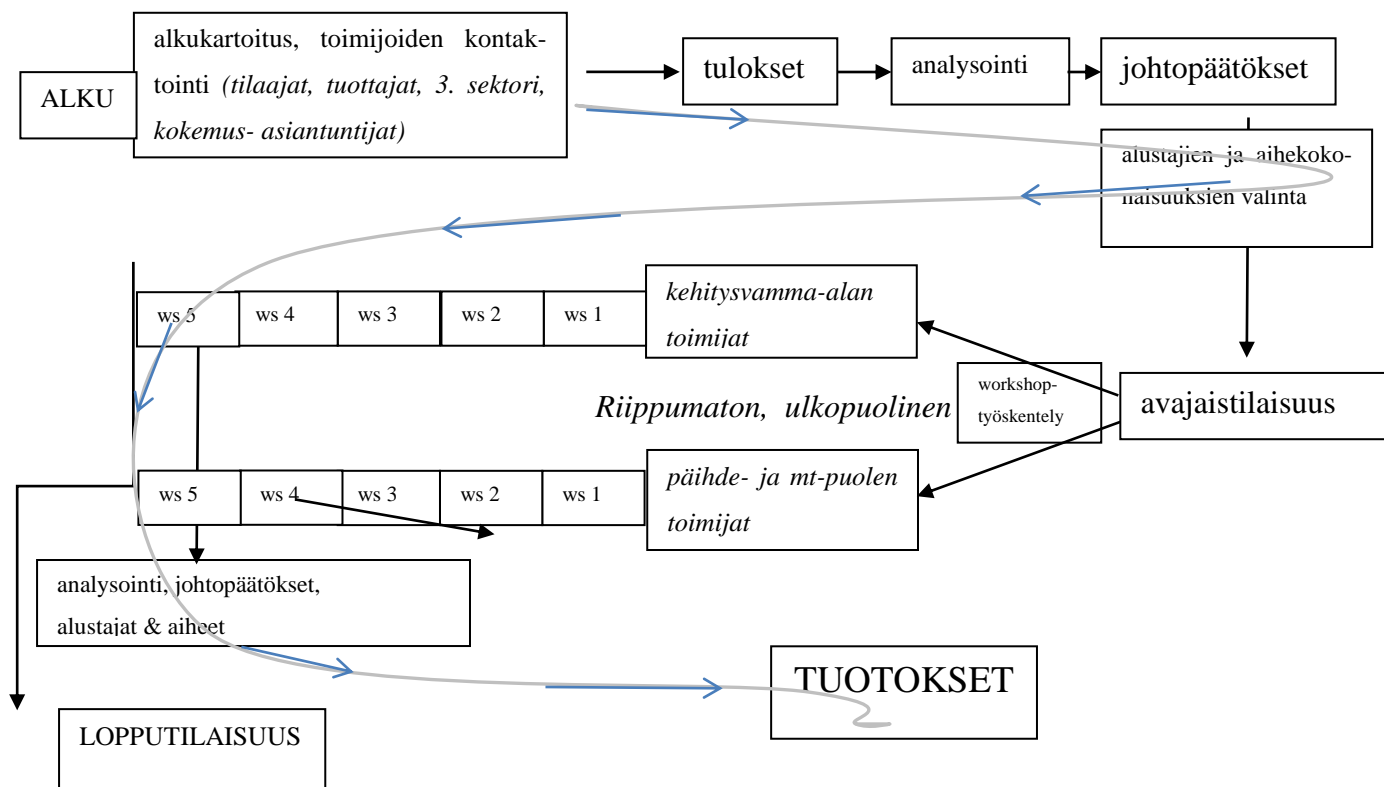
tuottajien kanssa. Osalle kunnista tuntui kartoituksen perusteella riittävän se että he ostavat palvelun. Tuottajat kertovat markkinoivansa aktiivisesti palvelujaan kuntiin.

Asiakasta koskevassa asioissa kuntien kanssa tehdään yhteistyötä esim. palvelusuunnitelmia tehtäessä. Joissain kunnissa työ- ja päivätoimintaa on järjestetty kunnan toimesta. Hankkeen aikana tuotettavan laatukriteeristön käyttöönottoa toivottiin nimenomaan palvelujen tasalaatuistamisen vuoksi. Kehitysvamma-alalle toivottiin asenneheräämistä sekä herättelyä mm. moniongelmaisen (esim. kehitysvammaisen, jolla mielenterveyden ongelmaa) asiakkaan hoitomahdollisuuksiin.

Palvelun tuottajat toivoivat kartoituksen perusteella enemmän yritysten välistä yhteistyötä ja verkostoitumista. Myös kuntien kanssa toivotaan yhteistyötä enemmän, alkuvaiheessa jo samaan pöytään pääseminen todettiin olevan alku yhteistyölle. Kuntien myös toivottiin yhtenäistävän laskutuskäytäntöjään. Aluevalvontaviraston toivottiin näkyvän enemmän ja heiltä odotettiin hankkeen käynnistyessä puheenvuoroa.

5.2 Vaihe 2: Kumppanuuden luominen

Kumppanuuteen ja toimittajayhteistyöhön perustuvat toimintatavat korostavat yhdessä tekemisen merkitystä ja eri toimijoiden osaamisten ja resurssien yhdistämistä. Innovaationäkökulmasta julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyö julkisten palveluiden tuottamisessa ei ole ideologinen kysymys. Kumppanuus ja toimittajayhteistyö tarjoavat mahdollisuuksia innovaatioiden synnyttämiseen. Kumppanuudella ja toimittajayhteistyöllä voidaan varmistaa, että palvelut tavoittavat vähäosaiset, suurimmassa tarpeessa olevat ja usein marginalisoituneet asiakasryhmät. Palvelut saattaa olla helpompi saada perille asiakkaalle tutun ja luotettavaksi koetun kumppaniverkoston kautta. (TEM 2011.)



Kuva 4: ALVA- prosessi

Tapahtumat, alustajat ja työskentely

Alva- kumppanuusprosessi käynnistettiin tilaisuudella, jossa sekä kehitysvamma-alan että pähde- ja mielenterveysalan toimijat kokoontuivat yhteiseen aloitustilaisuuteen. Tilaisuudessa kuultiin mm. Satakunnan sairaanhoitopiirin laatu päällikön Jouko Alisen näkemystä laadusta, Tampereen kaupungin asumispalvelujen hankintapäällikön Maritta Närhen kertomana Tampereen mallista tuottaa palveluja. Porin perusturvan psykososiaalisten palvelujen päällikön Matti Järvinen kertoi asumispalvelujen tilanteesta Porissa, nimenomaan pähde- ja mielenterveyspuolella. Prosessi jatkui sitten että ryhmät jakautuivat aloittain workshop-työskentelyyn. Näitä tilaisuuksia oli molemmilla kevään 2011 aikana 3 kappaletta. Alustuksia saatiin mm. Elinkeinoelämän keskusliiton Aino Närkiltä sekä Promana Oy:n Veli Puttoselta, jonka sisältö alusti hankintalain kohtiin sekä toimintakyvyn arvioimiseen kohderyhmissä. Ryhmätoilla selviteltiin porukalla mm. laadukkaaseen asumispalveluun vaikuttavia tekijöitä sekä kuntouttavan työtteen määrittelyä ja käytäntöjen yhtenäistämistä toimijoissa.

Kesän jälkeen työskentelyä jatkettiin siten että, kevään prosessin pohjalta, hanke-työntekijöiden toimesta valmisteltu laatukriteeristö(LIITE2) laitettiin toimijoille sähköisesti kommenttikierrokselle elokuussa. Syyskuussa kokoonnuttiin toimijoiden kesken työstämään kriteeristöä. Seuraavan workshopin sisältö oli vahvasti asiantuntijapainotteinen kun Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrisen säätiön toiminnanjohtaja Markku Salo yhdessä kokemusasiantuntija Tom Stenmanin kanssa työstimät edelleen kuntoutuksellisuuden merkitystä asumispalveluissa. Kehitysvamma-alalla itsemääräämisoikeus nousi ryhmätöissä pinnalle.

Kumppanuusprosessin päätöstilaisuudessa molemmat ryhmät koottiin jälleen yhteen. Alustuksia saatiin mm. henkilökohtaisesta budjetoinnista, tietokoneavusteisesta jalkautuvasta palvelusta asumispalveluiden tukena sekä kokemusasiantuntijan mietteitä ihmisoikeuksista, itsemääräämisoikeudesta ja kokemuksista siirtymisessä asumispalvelusta itsenäiseen asumiseen. Tilaisuudessa esiteltiin hankkeen tuotoksia mm. pakko-suojatoimenpide-ohjelma, riskienhallintamalli sekä jo aiemmin mainittu laatukriteeristö.

Vaikka hankkeen yhteisistä tilaisuuksista päätöstilaisuus oli viimeinen, kumppanuusprosessin voidaan katsoa vielä jatkuneen tämän jälkeen. Aluehallintoviraston toimesta alueen toimijoille järjestetään yhteinen koulutuspäivä, jonka voidaan katsoa olevan osa myös ALVA- prosessia.

5.3 Vaihe 3: Tuotokset ja raportointi

HYKE- hanke ja ALVA-hanke loppuvat vuoden 2011 lopussa. ALVA- hankkeen kumppanuuden pohjalta on saatu aikaiseksi projektisuunnitelman mukaisia tuotoksia. 1. *Toimijoiden kartoitus*, 2. *Riskienhallintamalli* 3. *Pakko - ja suojatoimenpideohjelma*. 4. *Asiakkaan aseman huomioiva geneerinen hankintamalli* eli tämä opinnäytetyö. Tuotokset ovat hyödynnettävissä myös esimerkiksi ikääntyneiden asumispalveluissa. ALVA- hankkeen välilliseksi tuotoksiksi voidaan laskea myös *ITE- laadunhallintakyselyn raportit* sekä *ALVA- hankkeen prosessikuvaus ja sen mallintaminen*.

6 PROJEKTIN TUOTOS

Wikipedian mukaan geneerinen tarkoittaa yleistä, yleisluontoista. Geneerisen hankintamallin luomis- projekti käynnistyi elokuussa 2011 ja se päättyi joulukuussa 2011.

Kuten aiemmin projektin johdannosta ja viitekehuksesta ilmenee on kohderyhmän asumispalveluita vaikea niputtaa ohjaavien säädösten vuoksi saman otsakkeen alle. Tiedetystä problematiikasta huolimatta opinnäyteprojektia lähdettiin toteuttamaan annetussa muodossa ALVA- hankkeen projektisuunnitelman mukaisesti.

Geneerinen malli asumispalveluiden hankkimista varten on rakennettu ideaalitalanetta tavoitellen. Sen kantava ajatus on, että malli palvelee julkista sektoria siten että asiakkaan asema otetaan huomioon hankinnan eri vaiheissa. Kaikki tuotoksen hyvät käytännöt edistävät palvelun loppukäyttäjän asemaa ja hankinnan joustavuutta. Malli vetoaa palvelujärjestelmän rakenteisiin ja etsii niihin hyviä käytäntöjä. Palvelujärjestelmän uudelleenrakentaminen kunnissa on haastavaa mutta lainsäädännön päivittäminen on vieläkin raskaampi tie.

Malli on koottu teoriapohjaan tukeutuen ja siihen on liitetty hyviä käytössä olevia käytäntöjä eri puolilta Suomea. Edellisessä kappaleessa kuvatut ongelmat estävät täydellisen mallintamisen. Siksi nyt luotu malli on luonteeltaan hyviä käytäntöjä yhdistelevä ehdotelma siitä, mitkä asiat korostuvat asiakkaan aseman huomioimisessa sekä joustavuudessa palvelujen hankinnassa. Mallin ruuduissa olevat nimikkeet (kuten palvelustrategia, kokemusasiantuntija, palveluohjaus jne.) viittaavat hyviin käytäntöihin. On mahdollista että jossain päin Suomea voi olla käytössä vieläkin parempia palvelujärjestelmän käytäntöjä, koska toiminnot ovat koko ajan muutoksessa. Idea mallissa on, että hyödyntämällä näitä käytäntöjä, yhdistelemällä niitä tarpeisiin soveltuen, on asiakas mukana hankintaprosessissa ja hankinta joustaa asiakkaan tarpeille nykyistä kilpailutusmallia paremmin.

Sosiaali- ja terveysministeriön kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (STM 2009) kolmannen ehdotuksen mukaan ”*kokemusasiantuntijat ja vertaistoimijat otetaan mukaan mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin.*” Salo mainitsee tällaisen demokratiapohjaisen hyvinvoinnin tuottamisen

mallin sisältävän palveluiden käyttäjien muodostavan tasavertaisen neuvottelija- ja sopijaosapuolen palveluiden tilaajien, kunnan ja valtion, edustajien kanssa. He määrittelevät yhdessä dialogisesti kansalaislähtöisen hyvinvoinnin tuottamisen periaatteet ja pelisäännöt, joita palveluiden tuottajien tulee noudattaa hyvinvoinnin tuottamisen sekataloudessa (Salo 2010,71). Tässä opinnäyteprojektissa luodun geneerisen mallin voidaan katsoa täyttävän Salon kuvaamat tunnusmerkit.

Julkisen vallan luovuttamaton tehtävä sosiaali- ja terveys - toimialalla on perustuslakiin kirjattu yhdenvertaisuuden takaaminen. Se myös tunnistaa monitoimijaisen (julkiset – yksityiset – järjestöt) järjestelmän hyödyntämisessä mahdollisuudet varmistaa taloudellisesti ja sosiaalisesti kestävä kehitys ja luotavissa olevan uuden hyvinvointipalvelujen "win-win -ekosysteemin" sekä "win-win -kumppanuuksien ekosysteemi". Sosiaali- ja terveydenhuollon sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävä kehitys ei ole mahdollista ilman kokonaan uusia tapoja hyödyntää tietoa ja osaamista. Sosiaali- ja terveysalalla on aina luotu innovaatioita. (Teperi, 2010.)

6.1 Hyvistä käytännöistä rakentuu malli

Hyvä käytäntö I : *vertaisarviointi ja kokemusasiantuntijuus*

Asiakkaan asemaa vahvistetaan vertaisarvioinnin ja kokemusasiantuntijoiden voimin. ITHACA- arvioinnin loppuraportissa Salo(2010) nostaa esiin vertaisarvioinnin työkalun, johon kuuluu yhteensä 30 osiota. Kunta voi käyttää koulutettuja kokemusarvioijia tai kouluttaa sellaisia itse. Sosiaali- ja terveysministeriön kansallisen mielen-terveys- ja päihdesuunnitelman (Mieli 2009) siis edellyttää kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden mukaan ottamista mielen-terveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin.

Arviointityökalu sisältää osioita mm. itsenäisestä elämästä, yhteydenpidosta, yksityisyyden suojasta, pakkokeinoista, kuntoutuksesta sekä lääkäri- ja hoitopalveluluiden saatavuudesta. (Salo 2010, 25.)

Hyvä käytäntö II: *sopimusohjaus, Case – Oulu*

Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen sopimusohjausmallissa keskeinen ohjauksväline on tilaajan ja tuottajan välinen sopimus. Sopimusohjaus kytkeytyy kaupungin strategiseen suunnittelujärjestelmään, ja siinä erityisesti tilaajalla palvelujen järjestämissuunnitelmaan sekä hankintasuunnitelmaan ja tuottajalla tuotantostrategiaan. Sosiaali- ja terveystoimen tilaajan ja tuottajan välinen ”pääsopimus” on puitesopimustyyppinen sopimus, jota tarkistetaan tarvittaessa. Puitesopimuksessa on määriteltävä tilaajan ja tuottajan vastuut ja velvollisuudet. Tavoitteiden toteutumista seurataan mittarein. Sopimuksessa on tilaajan ja tuottajan tehtäväjaossa asiakas- ja palveluohjaus sekä viranomaispäätöksenteko määriteltiin tuottajan tehtäväksi. Tilaaja vastaa viranomaistoiminnasta, mutta on delegoinut sitä edelleen tuotannon viranhaltijoille. Sosiaali- ja terveyslautakunta on delegoinut lähes kaiken asiakaskohtaisen päätösvalan, mukaan lukien päätösvalan yksityisten palveluiden käyttämiseen, palvelutuotannon ko. viranhaltijoille. Tilaajan tehtävänä on määrittää palveluiden kohdentamisen kriteerit. Tuottaja arvioi yksilökohtaisen palvelutarpeen ja laatii asiakkaalle palvelusuunnitelman. Tuottaja ohjaa asiakkaan oman tuotannon palveluihin, ostopalveluihin ja myös palvelusetelin käyttäjäksi, jos palveluseteli on kyseisessä palvelussa otettu käyttöön. Toimintamalliin päädyttiin lähinnä siksi, että tilaajaorganisaatio haluttiin pitää mahdollisimman ohuena. Tilaajan nykyisillä henkilöstöresursseilla ei ole ollut mahdollista hoitaa keskitetysti asiakas- ja palveluohjausta sekä viranomaistoimintaa. (Alatalo 2011.)

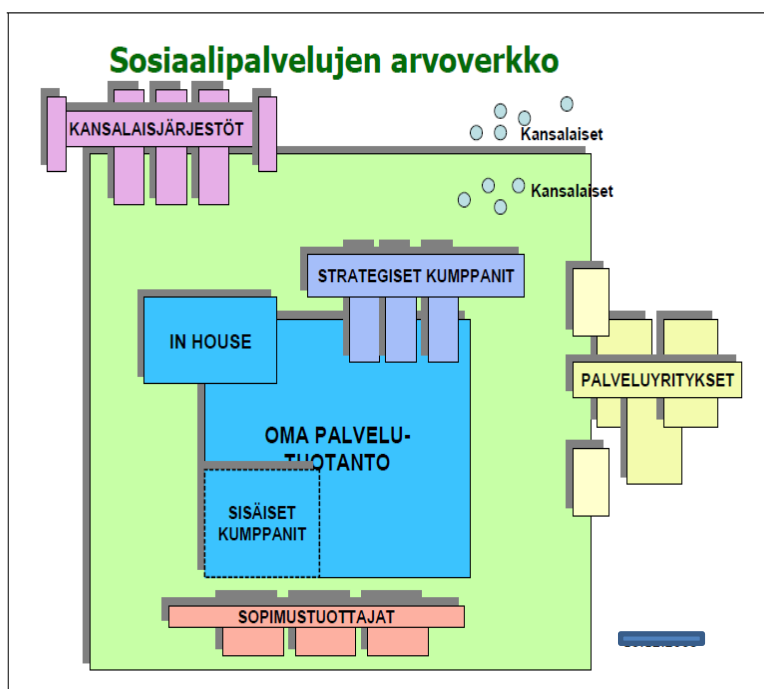
Hyväkäytäntö III: *palveluohjaus*

Palveluohjaus on toimintaa Stakesin (nykyisin Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos) terminologiaa, jonka tarkoituksena on tukea erityisen palvelun tarpeessa olevan asiakkaan selviytymistä, koota keskitetysti yhteen tiedot asiakkaalle kuuluvista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista ja muusta sosiaaliturvasta sekä neuvoa ja ohjata asiakasta palvelujen käytössä. Asiakkaan kannalta olisi järkevää, että palveluohjaus voitaisiin keskittää samoille henkilöille. Tällöin asiakkaan on helpompaa osallistua palvelujensa suunnitteluun, ja palvelukokonaisuus hahmottuu paremmin sekä toimijoille että asiakkaalle. Asiakkaan ”palvelutarjotin” kattaa yleensä useita eri palveluita eri

palvelualueilta, jolloin asiakkaan palvelujen koordinointi tulee tärkeämmäksi. Onnistunut palveluohjaus on erittäin tärkeää sekä asiakkaan että kunnan näkökulmasta. Tavoitteena on että asiakkailla on palveluohjaaja, joka koordinoi asiakkaiden palvelukokonaisuutta ns. palvelutarjottimen avulla. Englanninkielinen termi tästä on Case – Management. Palveluohjauksella tarkoitetaan palveluiden ja resurssien ohjaamista ja kohdentamista palveluketjun eri vaiheissa siten, että asiakkaalle on tarjolla vaikuttavat ja kustannustehokkaat palvelut oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. Care - management nähdään asiakkaan ohjauksena itse tuotantoprosessissa. (Alatalo 2010, 24.)

Hyvä käytäntö IV: *Helsingin palvelustrategian arvoverkkomalli*

Kuntien palvelustrategiatyö on erittäin tärkeä osa hankintamallia. Siinä luodaan pohjat päätöksille, joihin voidaan tukeutua. Se myös selkeyttää toimijoiden roolia ja helpottaa päätöksentekoa. Asiakkaan etu on että systeemi ja toimijoiden rooli ovat läpinäkyviä kaikille.



Kuva 5: Sosiaalipalvelujen arvoverkko

Lisätietoa arvoverkon määrittelystä löytyy Helsingin palvelustrategiasta (Helsingin kaupungin verkkosivut).

Hyvä käytäntö V: asiakaspalautejärjestelmä ja laadunhallinta

Asiakaslähtöinen toiminta edellyttää organisaatioilta eli palveluiden tuottajilta asiakkaiden tarpeiden näkökulmasta lähtevää palvelukykyisyyttä. Organisaatioiden asiakaspalautejärjestelmiin tulee kiinnittää huomiota, jotta asiakkaiden palautteet ja odotukset saadaan selville (Aaltonen 2006, 84). Tämä tarkoittaa esimerkiksi kehitysvammaisten henkilöiden palvelujen kohdalla säännöllisiä palautekyselyjä sekä heille itselleen että heidän omaisilleen. Mikäli asiakkaat eivät kykene palautekyselyihin esimerkiksi vaikeavammaisuutensa perusteella vastaamaan, tulisi heidän kokemuksiaan kuitenkin yrittää saada selville käyttäen apuna esimerkiksi havainnointia tai AAC- menetelmiä eli puhetta tukevia ja korvaavia kommunikaatiomenetelmiä, kuten kuvia, viittomia, esineitä jne. Lisäksi vaikeavammaisen henkilö voi käyttää apunaan puhevammaisten tulkkia. Huomioitava on kuitenkin se, ettei asiakaspalautetta saa jättää keräämättä sillä oletuksella että henkilökunta tai muut toimijat olettavat tietävänsä mitä asiakas ajattelee. Laissa sosiaalihuollon asemasta määritellään asiakkaan oikeudeksi saada sosiaalihuollon toteuttajalta laadultaan hyvää sosiaalihuoltoa ja hyvää kohtelua ilman syrjintää. Asiakasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Säännöllisesti tapahtuvan havainnoinnin avulla pystytään ainakin osittain saamaan selville asiakkaan kokemuksia palvelusta. Palvelun vaikuttavuutta voidaan myös mitata erilaisien toimintakykyjä mittaavien arviointien avulla. (Manninen 2008.)

Erityisryhmien asumispalveluiden järjestämisen, tuottamisen ja kilpailuttamisen kohdalla laaduttomuuskustannuksia syntyy aivan samalla periaatteella kuin yrityksissäkin. Laaduttomuuden takia menetettyjen eurojen takia kärsii laaduttomuudesta myös palvelun keskiössä oleva asiakas. Laaduttomuutta voi aiheutua sekä kunnan että palveluntuottajan kohdalla esimerkiksi valinpitämättömyydestä, tietämättömyydestä, osaamattomuudesta, väärin asioiden tekemisestä sekä tärkeiden asioiden tekemättä jättämisestä. Laadukkaan asumispalvelun toteutumisen ehtona on, että kaikki palvelussa osallisena olevat myös tiedostavat nämä palvelun laaduttomuudesta syntyneet kustannukset. (Manninen 2008, 79.)

Asiakaslähtöinen, asiakkaan kannalta hyvänlaatuinen palvelu ei myöskään sulje pois taloudellista osaamista eikä talousmekanismien tuntemista. Kustannustehokkuus, palvelujen tuotteistaminen ja palvelun laatutekijät liittyvät selkeästi toisiinsa. (Manninen 2008, 80.) Laadunhallinnan keskiössä tulee nähdä yksittäinen palvelunkäyttäjä, asiakas.

Hyvä käytäntö VI: Kainuun ja Tampereen asumispalvelua koordinoivat yksiköt

Kainuussa Aikuisten mielenterveyspalvelut -yksikkö vastaa Kainuun maakuntakuntayhtymän mielenterveyskuntoutujien asumispalvelusijoituksista. Asumispalvelusijoitus tehdään asumispalveluhakemuksen perusteella ja sen käsittelee aikuisten mielenterveyspalveluiden johtoryhmä. Hakemuksessa kysytään potilaan ja omaisen toiveita sijoituksesta, tuen tarve, tapauskohtaisen työryhmän näkemys potilaan tämänhetkisestä tilanteesta jne. Potilas sijoitetaan asumispalveluihin tuen määrän ja laadun mukaisesti. Näin pyritään tekemään turvallinen sijoitus asiakkaan toiveita mukaillen. (Kettunen 2008, Wahlbeck ym.2009.)

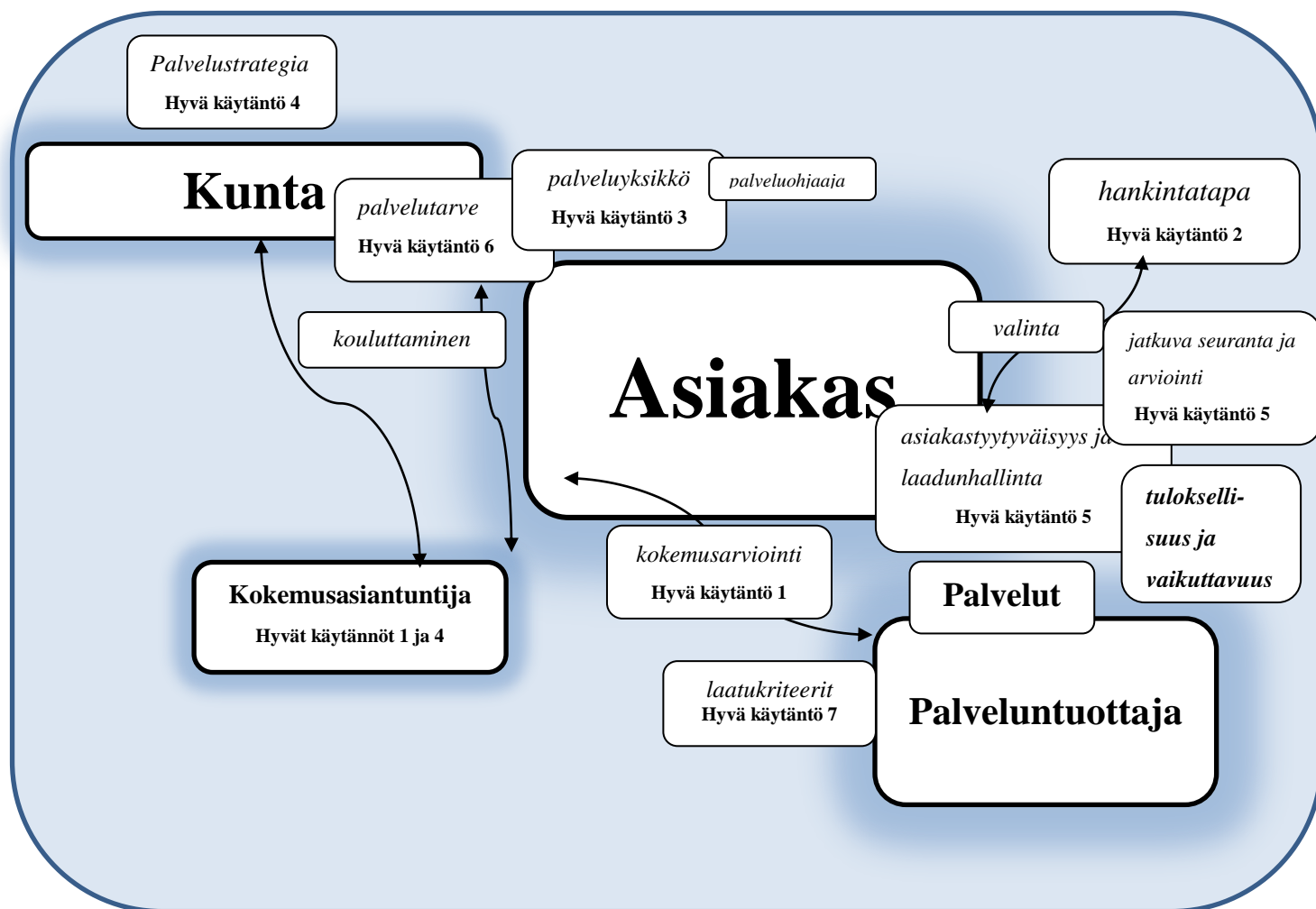
Tampereella asumispalveluasiat on keskitetty yhteen yksikköön, jossa koordinointi tapahtuu nopeasti. Asumis-, työ- ja päivätoimintapalvelut hankitaan ostopalveluina. Tilaajaprosessista vastaa asiakasohjausyksikkö Loisto, joka on määritellyt hyvin asumispalveluihin keskeisesti liittyvät teemojen huomioimisen palveluja tilattaessa sekä valvottaessa. Sekä tilattaessa että valvottaessa käytetään sosiaali- ja terveystieteiden julkaisemia mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen kehittämissuosituksia. Tilaaja viime kädessä päättää asumispalvelun valinnassa, mutta prosessissa kuullaan sekä asiakasta, omaisia että hoitavaa organisaatiota. Portaittaisuus eli siirtyminen asteittain yhä itsenäisempään asumiseen pyritään turvaamaan realistisen kuntoutussuunnitelman ja määräaikaisten asumissopimusten avulla. Asumispalvelujen valvonnan asiakasohjausyksikkö toteuttaa valvontakäyntien, asiakas- ja omaispaikallisten, tuottajilta puolivuositain edellytettyjen henkilöstö- ja viikkoohjelmaraporttien sekä vähintään kerran vuodessa päivitettävien asiakkaiden kuntoutussuunnitelmien avulla. Ilman riittäviä tuetun asumisen paikkoja itsenäiseen asumiseen tähtäävä portaittainen kuntoutus ei voi onnistua ja se on myös tilaajan näkökulmasta epätaloudellista. (Kettunen 2008, Wahlbeck ym.2009.)

Hyvä käytäntö VII: Kumppanuusprosessi ja laatukriteeristön luominen - case ALVA Satakunnassa

Tilaajan edustajat, palvelujen tuottajat (yritykset, 3. sektori) yhdessä kokemusasiantuntijoiden kanssa työskentelevät yhteistoiminnallisesti toisilta oppien. Prosessia johtaa kehittämisorganisaatio (tässä tapauksessa Prizztech Oy ja partnerinaan Satakunnan Sairaanhoidopiiri). Osapuolet työstävät prosessin aikana kartoituksessa tunnistettuja ongelmia ja haasteita pyrkien yhteiseen näkemykseen ja lopputulokseen. Lopullisen yhteenvedon ja johtopäätökset tekee kehittäjä- organisaatio (-t).

Workshop-työskentelyä voidaan alustaa erilaisten ajankohtaisten asiantuntijoiden voimin. Työskentelyn aihiot nousevat esiin toimijoiden kartoitusvaiheessa, joista kehittämisorganisaation vastuulla on luoda toimiva prosessi, joka johtaa lopputulokseen. Workshopien määrä voi vaihdella prosessin tarpeiden mukaan. ALVA- hankkeen tapauksessa kertoja oli yhteensä 7 tammi- marraskuun välisenä aikana. Toiminnan tuloksena syntyi mm. laatukriteeristö, joka on ristiriidaton valtakunnallisten suositusten kanssa. Työskentelyssä mukana on ollut palvelunkäyttäjiä, näin on varmistettu asiakkaan osallisuus toiminnassa. Luvussa 6 on kuvattu ALVA- kumppanuusmalli.

Erityisryhmien asumispalvelujen geneerinen hankintamalli



Kuva 6: Geneerinen hankintamalli

Hankintamallissa on kuvin edustettuina kaikki toimijat. Asiakas on keskiössä. Kunta, joka vastaa asiakkaan saamista palvelusta lakien velvoittamalla tavalla on omansa sekä palveluntuottaja, joka voi olla yksityinen, kunnallinen tai 3. sektorin yksikkö on omansa. Malliin on merkitty hankintaprosessin oletetuille kohdille edellisessä luvussa esiteltyjä hyviä käytäntöjä. Malli sisältää muutamia avainsanoja (jatkuva seuranta ja arviointi, tuloksellisuus ja vaikuttavuus), jotka tulee tilannekohtaisesti määrittellä ja mittaroida.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Kuten projektin johdannosta ja viitekehuksesta ilmenee, on kohderyhmän asumispalveluita vaikea niputtaa ohjaavien säädösten vuoksi saman otsakkeen alle. Tästä tiedetystä problematiikasta huolimatta opinnäyteprojektia lähdettiin toteuttamaan annetussa muodossa ALVA- hankkeen projektisuunnitelman mukaisesti.

Prosessin edetessä yllä kuvattu problematiikka tuli entistä paremmin selväksi: Mallin luominen on mahdotonta. Liikkuvia osia on liikaa, ja koska lainsäädännön pohjalta palvelut ja kilpailutus voidaan järjestää asioita tulkiten, niin asiakkaan asema pysyy melko heikkona. Tämä opinnäyte voi osaltaan vaikuttaa siihen, että julkisen sektorin toimijat saavat lisätietoa siitä, miten hankinnan vaiheet vaikuttavat asiakkaan asemaan. En kuitenkaan lähtisi tekemään vastaavaa työtä uudestaan malli mielessäni, vaan pitäytyisin selkeämmin hyvissä käytännöissä, joiden avulla palvelujärjestelmään pystytään vaikuttamaan. Nostettujen hyvien käytäntöjen lisäksi palvelujärjestelmä kaipaa arviointia, mittareita ja seurantaa. Seurattavia asioita ovat ainakin: Asiakkaan yksilöllisen tarpeen huomioon ottaminen palveluja ja tukitoimia järjestettäessä, palvelutarpeen selvittäminen määräajassa, yksilöllisen palvelusuunnitelman laatimisvelvoite, viivytyksetön päätöksenteko, sekä näiden asioiden toteutuminen. Lainsäädännön uudistamisen ja palvelujen järjestämistapojen suuntia ja vaihtoehtoja voisivat vammaisten henkilöjen kohdalla olla tuetun päätöksenteon kehittäminen ja yksilökeskeisen palvelusuunnittelun käyttöönotto. (Huhta 2011.)

Kehitysvamma- ala ja päihde- ja mielenterveysala ovat paljolti erilaisia kohderyhmiä. Jos asumispalvelujen järjestämisessä Suomessa päästään sellaiseen tilanteeseen että on olemassa asumispalvelun sijaan, asuminen + palvelut tai asuminen ja palvelut, paranee asiakkaan asema automaattisesti. Tätä ei lainsäädäntö tue tällä hetkellä, eikä oikein löydy määritelmää sillekään mitä palvelut voisivat olla ja mitä eivät.

Tämän opinnäytetyön lisäksi Alva- hankkeessa luodut tuotokset toimivat hyvänä apuna sekä palveluntuottajille että julkisen sektorin toimijoille siinä vaiheessa kun luvussa 4.2.1 esitelty Valviran valvontaohjelma julkaistaan kokonaisuudessaan ja otetaan käyttöön.

HYKE- hankkeen kaikkien toimintojen osalta on suoritettu arviointia mm. palautetta keräämällä. Hankkeesta suoritetaan myös ulkopuolinen arviointitutkimus, jonka osana arvioidaan myös ALVA- osahanke. ALVA- osahanketta ei itsenäisenä kokonaisuutena arvioida. Suullinen palaute on kuitenkin ollut myönteistä ja tarve tämän suuntaiselle kehittämiselle on ollut olemassa.

Palveluiden uudistamis- ja kehittämistarve

Laitoshoidon purkamisessa on riskejä, joista merkittävin on palveluasumisratkaisujen uuslaitostuminen (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2011,85). Asumisyksiköiden suhteen uuslaitostumisen mahdollisuutta ennustavat Salon ja Kallisen (2007) mukaan neljänlaiset tekijät. Näitä ovat kulttuuriset tekijät: henkilökunnan vähäisyys ja liiallinen henkilökuntamäärä. Taloudelliset tekijät: yksikön ylläpidon kannalta on taloudellisesti hyödyllistä tai haitatonta pitää kiinni nykyisestä ja hyvin koulutusta asiakaskunnasta. Organisatoriset tekijät: palveluiden käyttäjien itsemääräämisoikeuden rajoittaminen ja päätäntävällän ehkäiseminen muodostavat alituisen kannusteen laitostumiselle ja välinpitämättömyydelle. Lisäksi yhteiskunnalliset tekijät vaikuttavat.

Asiakaskeskeisyys ja asiakkaiden valinnan mahdollisuuksien lisääminen on nousmassa keskiöön myös julkisten hyvinvointipalvelujen järjestämisessä ja johtamisessa. Taustalla on myös yleiseurooppalaisia kehityssuuntia, esimerkiksi EU:n palveludirektiivi, jonka määräyksiä on otettu huomioon mm. toukokuussa 2010 voimaantulleessa terveydenhuoltolaissa. Asiakaskeskeisyyteen siirtyminen on pitkä muutosprosessi ja se vaatii toimintatapojen ja – mallien uudelleen arviointia ja muutosta.

Yksittäisen julkisen palveluorganisaation tuottavuuden mittaaminen on osoittautunut hankalaksi. Psykososiaaliset ongelmat muodostavat kentän jossa tuottavuuden mittaaminen on osoittautunut niin hankalaksi että siihen ei ole toistaiseksi löydetty /kehitetty toimivaa mittaria. Valtion tarkastusviraston tuloksellisuuskertomus (2009) nostaa esiin kuntoutuksen ja sen toteutumattomuuden, ajatuksen ns. stepeistä, joissa asiakas siirtyy palvelutasolta toiselle. Kertomus vierittää syytä ehkä aiheellisesti palveluntuottajille, joilla ei ole ollut riittävää intressiä luopua maksavasta asiakkaasta.

Toisaalta ongelma on kuitenkin myös tilaajan. Tuottavuuden käsite ei osu samaan pirtaan vakavasti moniongelmaisten ihmisten asumispalveluiden kanssa.

Tuloksellisuus on tuottavuutta laajempi käsite. Sillä pyritään katsomaan organisaation kokonaisuonnistumista tai – menestystä. Tuloksellisuuden arviointi tarkoittaa organisaation menestyksen kuvaamista siten, että mukaan tarkasteluun otetaan tuottavuuden lisäksi myös laadun, vaikuttavuuden ja henkilöstön kehityksen kuvaajia. Tuloksellisuuden kuvauksissa laadun ohella erityisen tärkeä seurattava on vaikuttavuus. Julkisissa organisaatioissa palvelujen vaikuttavuus tarkoittaa laajimmillaan asiakas- ja yhteiskunnallisen vaikuttavuuden, palvelujen kohdentavuuden, kattavuuden ja riittävyuden muodostamaa kokonaisuutta. Kustannuksia ja vaikuttavuutta samanaikaisesti tarkastelemalla saadaan julkiselle puolelle hieman samankaltainen mittari kun yrityksissä on kannattavuus. Kustannusten suhdetta vaikuttavuuteen voidaan pitää onnistumisen viime käden mittana. (Lumijärvi 2008.)

Arvioitaessa psykososiaalisia palveluja tai vammaisten palveluja tulisi enenevässä määrin puhua kuntoutumisen ja tuottavuuden ohella tuloksellisuudesta ja vaikuttavuudesta. Varsinkin kun puhutaan yksittäisen yksikön työn laadusta. Työn tuloksellisuus asumispalveluissa kaipaa mittareita. Käyttöön sovellettavan mittarin tulisi tasapainotella eri painopisteiden välillä. Näitä painopisteitä voisivat olla talouden mittarit (erikoissairaanhoidon jaksot, lääkekustannukset, lääkärikäynnit, asiakastyytyväisyys, kliininen terveydentila ja toimintakyky). Ruotsissa terveydenhuollossa käytetään kokonaisvaltaista mittaria nimeltä Value Compass. Sopivan mittaripatteriston kehittäminen pitäisi käynnistää Suomessakin ja mallia voisi hakea Ruotsista. Tuottavuutta ja hoidon tuloksia ei synny moniongelmaisten kohdalla suorana seurauksena jostain yksittäisestä toimenpiteestä.

Tuloksellisuuden käytössä käsitteenä lähdetään usein liikkeelle siitä faktasta että pitkällä aikavälillä arvioituna tehokas ja tuottava organisaatio on väistämättä laadukas ja viihtyisä henkilöstön kokemana. Pitkässä juoksussa vain laadukkaat olosuhteet ja hyvin motivoituneet henkilöt voivat synnyttää hyvää asiakaspalvelua, kustannustietoista ja sujuvaa tuotantoa sekä saada aikaan hyvin vaikuttavia ja hyvin saatavilla olevia palveluja. Tilannetta voi kuvata eräänlaisena myönteisen kehityksen spiraalina (Lumijärvi 2008), jossa parantunut tuloksellisuus ja lisäarvo antaa jatkossa uusia

mahdollisuuksia kohentaa edelleen työelämän laatua. Himanen (mm. 2010) puhuu samasta asiasta rikastavana yhteisönä. Julkisessa keskustelussa tuottavuuden nousuun helposti yhdistetään työolojen heikentyminen. Kun tuottavuuden parantamiseen tähdätään henkilösupistuksia, voi seurauksena olla – ainakin lyhyellä aikavälillä – työsuhteeseen jäävän henkilöstön kuormittavuuden kasvua. Myöskään tuottavuus ja vaikuttavuus eivät kulje käsi kädessä.

Julkisen hallinnon peruspalveluissa ei tuottavuuden ja palvelun laadun kohottamisella ole suoraa yhteyttä kysyntään toisin kuin yrityksissä. Monessa palveluyrityksessä asiakastyytyväisyyden pitäisi olla selvästi tuottavuutta perustavanlaatuisempi menestyksen mittari, koska asiakastyytyväisyys heijastelee käyttäytymistä ja asennoitumista. Organisaation sisäinen luottamus on sitoutumisen kaltainen ilmiö. Yleensä työntekijöiden luottamus johtoon yhdistyy organisatoriseen tehokkuuteen. Sisäisen luottamuksen on katsottu lisäävän tiimien toimivuutta, innovatiivisuutta sekä yleistä tyytyväisyyttä, joiden kautta se vaikuttaa myös epäsuorasti tuloksellisuuteen. Nelson (2002) valikoi tutkimuksessaan 20 hyvin pärjäävää sosiaali- ja terveydenhuollon yksikköä. Tutkimuksessa kyselyn analysointi löysi 9 menestystekijää. Kysely osoitti että kaikki 9 menestystekijää on oltava vuorovaikutuksessa keskenään eikä mikään tekijä yksinään pysty tuottamaan laadukkaita tuloksia. Näitä tekijöitä olivat mikrosysteemin johtajuus (leadership), mikrosysteemin kulttuuri (culture), makrotason organisaation tuki mikrotasolle, potilaskeskeisyys, henkilökuntakeskeisyys, hoitotiimin keskinäiset riippuvuussuhteet, informaation kulku ja informaatioteknologia, prosessien kehittäminen, suoritteiden (työn) mallit (pattern).

Kehitysvamma- ala on viime vuosina nostanut julkisessa keskustelussa kovasti profiiliaan ja tuntuu että alalla menee nyt ”lujaa”. Tämän voidaan katsoa tarkoittavan sitä että asiakkaan asemaa parantavia ja huomioon ottavia kehittämistoimenpiteitä on runsaasti käynnissä. Kokeilevia, innovatiivisia ja luovia toimintoja valmistellaan tai tuotetaan eri puolilla Suomea. Esimerkkinä näistä vaikkapa henkilökohtaisen budjetoinnin hanke - Tiedän mitä tahdon. Päihde- ja mielenterveyspuolen toimintaa ALVA- hankkeessa työskennelleenä hanketyöntekijänä kokemukseni on että palveluiden ja palvelujärjestelmän prosessi ei ole tällä saralla vielä saavuttanut samaa vaihetta kuin kehitysvammaapuolella. Kaikkeen uuteen suhtaudutaan vielä epäillen. Itsemääräämisoikeuden määrittelemisessä kehitysvammapuolen ja päihde- ja mielen-

terveyspuolen välillä on oleellinen ero. Yleismaailmalliset ja yleiseurooppalaiset trendit vievät kuitenkin samaan suuntaan, asiakaskeskeisyyteen ja valinnanvapauteen. Tämän uuden ajattelumallin sisäistämisessä riittää tulevaisuudessa paljon sisäistettävää ja tutkittavaa.

LÄHTEET

- Ahonen, H. 2011. *Valvontaohjelman asettamat kriteerit päihde- ja mielenterveyskuntoutujien asumiselle. Esitys päihde- ja mielenterveyspäivillä.* Tampere. Verkkojulkaisu. Saatavilla: http://www.tekry.fi/web/pdf/pmp_2011/5_Ahonen_esitys.pdf, viitattu 20.11.2011
- Alatalo, H. 2011. *Palveluohjaus sosiaali- ja terveystoimessa. Palveluohjaushankkeen loppuraportti. Sitran selvityksiä 4.* Oulu. Verkkojulkaisu. Saatavilla: <http://www.sitra.fi/julkaisut/Selvityksi%C3%A4-arja/Selvityksi%C3%A4%2046.pdf>, viitattu 18.11.2011.
- Asumisen rahoittamis- ja kehittämiskeskus, ARA. 2011. *Palveluasumisen opas.* Verkkojulkaisu. Saatavilla: <http://www.ara.fi/download.asp?contentid=25003&lan=fi>, viitattu 11. 11.2011.
- Duffy, S. 2006. *Keys to Citizenship. A Guide to Getting Good Support for People with Learning Disabilities.* Paradigm Consultancy & Development Agency.
- Forsman, A., Herberts, K., Aromaa, E., Tuulari, J., & Wahlbeck, K. 2009 *Kohti pohjalaista hyvinvointia: Mielenterveyttä koskeva kyselytutkimus 2008. Menetelmäraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Avauksia 3/2009.* Helsinki.
- Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. 2009. *Suunnittelun ja seurannan raportteja 2009:1, verkkojulkaisu.* Saatavilla: http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/72f8f6804ea6929ab4edbc07c923d095/Palvelustrategia_2009.pdf?MOD=AJPERES&lmod=-1659494876, viitattu 23.11.2011.
- Huhta, J. 2011. *Henkilökohtainen budjetointi tuen ja palvelujen järjestämisessä. Esitys. Tiedän mitä tahdon! – seminaari.* Helsinki.
- Ithaca-projektin www-sivut. <http://www.ithaca-study.eu>, viitattu 11.11.2011.
- Euroopan yhteisöjen komissio. 2005. *Vihreä kirja. Väestön mielenterveyden parantaminen. KOM(2005) 484 lopullinen.* Bryssel. Verkkojulkaisu. Saatavilla: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_fi.pdf, viitattu 4.11.2010.
- Euroopan Komissio. Bryssel 28.2.2011. *Directive on cross-border healthcare adopted. Press release.* Verkkojulkaisu. Saatavilla: http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lisa/119514.pdf, viitattu 23.11.2011.
- Forma, P., Kuivalainen, S., Niemelä, M. & Saarinen, A. 2007. *Kuinka hyvinvointivaltio kesytetään? Julkisen sektorin uudistaminen ja hyvinvointipalvelujen muutos Pohjoismaissa. Turun yliopiston Sosiaalipolitiikan laitoksen julkaisuja B:32/2007.* Turku. Verkkojulkaisu. Saatavilla: <http://www.soc.utu.fi/laitokset/sosiaalipolitiikka/julkaisut/materiaalit/khk.pdf>, viitattu

3.11.2011.

Fröjd S. & Ahonen, J. 2009. Pirkanmaan mielenterveyskuntoutujien asumispalveluselvitys. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 5/2009. Tampere. Verkkojulkaisu. Saatavilla:

<http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=2056&GUID=%7B2A5C5D00-B826-4F62-A322-D3E237B379FB%7D>, viitattu 1.10.2011.

Himanen, P. 2010. Kukoistuksen käsikirjoitus. WSOY. Helsinki.

Kallion peruspalvelukuntayhtymän www-sivut. <Http://www.kalliopp.fi/>. Viitattu 8.11.2011.

Karlsson, R-L. 2010. Valinnanvapaus vanhusten ja vammaisten palveluissa Ruotsissa – Tukholman malli. Verkkojulkaisu. Saatavilla:

<http://www.slideshare.net/palveluseteli/riitta-leena-valinnanvapaus-helsinki-2010-0907>, viitattu 14.11.2011.

Kehitysvamma-alan asumisen neuvottelukunta.2011. Kannanotto hankintalain muuttamiseksi 25.1.2011. Verkkojulkaisu. Saatavilla:

http://www.kvtl.fi/media/KannanototJaLausunnot/Hankintalain_uudistaminen.pdf, viitattu 29.10.2011.

Kehitysvamma- alan asumisen neuvottelukunta. 2010. Laatusuositukset kehitysvammaisten henkilöiden asuntojen rakentamiseen vuosiksi 2010-2017. Helsinki. Verkkojulkaisu. Saatavilla:

http://kehitysvammaliitto.fi/fileadmin/tiedostot/muut/media/laatusuositukset_asuntoja_a_rakentamiseen_2010_2017.pdf, viitattu 23.11.2011.

Kettunen, R. 2010. Mielenterveyskuntoutujien asuminen 2010. Asumispalvelusäätiö ASPA julkaisuja 2/2011. Ympäristöministeriö. Helsinki. Verkkojulkaisu. Saatavilla:

http://www.aspa.fi/files/3616/MTA_Selvitysraportti_verkkoon.pdf, viitattu 24.11.

Kokko S, Heinämäki L., Tynkkynen L-K., Haverinen R., Kaskisaari M., Muuri, A., Pekurinen, M. & Tammelin, M 2009: Kunta- ja palvelurakenteen uudistuksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta. Terveiden ja Hyvinvoinnin Laitos. Raportteja 36/2009. Helsinki.

Konttinen, M. 2005: Tilaaja-tuottajamalli terveydenhuollossa - Stakesin asiantuntijoiden näkemyksiä. Stakes. Helsinki. Verkkojulkaisu. Saatavilla:

<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T10-2005.pdf>, viitattu 23.10.2011.

Kuntaliitto.2007. Sosiaali- ja terveyspalvelujen hankinta ostopalveluna. Ohjeita tarjouspyynnön ja hankintasopimuksen laatimiseksi. Suomen kuntaliitto.Helsinki. Verkkojulkaisu. Saatavilla: <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/hallinto-jarjestaminen-tuottaminen/sote-ostopalve->

[lu/Documents/Sosiaali_ja_terveyspalveluiden_hankinta_ostopalveluna\[1\].pdf](http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/hallinto-jarjestaminen-tuottaminen/sote-ostopalve-lu/Documents/Sosiaali_ja_terveyspalveluiden_hankinta_ostopalveluna[1].pdf), viitattu 15.10.2011.

Kuntaliitto. 2007. *Kunnan palvelustrategian laatiminen*. Verkkojulkaisu. Saatavilla: http://hankinnat.fi/k_perussivu.asp?path=1;55264;55275;121698;102064;106849;33900, viitattu 20.11.2011.

Kähkönen, L. 2007. *Näennäismarkkinoiden tehokkuuden rajoitteet ja mahdollisuudet paikallishallinnon palveluissa*. Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto, Tampere. Tampereen yliopistopaino. Verkkojulkaisu. Saatavilla: <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7143-8.pdf>, viitattu 3.11.2011.

Laitila, M. & Järvinen, T. 2009. *Mielenterveys- ja päihdetyön strateginen suunnitelu kunnissa*. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). Opas 6. Helsinki, Verkkojulkaisu. Saatavilla: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/45c668e3-4570-4ab8-9d6a-b4f694f320ee>, viitattu 6.10.2011.

Lillrank, P & Haukkapää- Haara, P. 2006 *Terveystenhuollon tilaaja-tuottaja-malli Kauppa- ja teollisuusministeriö*. Rahoitetut tutkimukset. 1/2006. Verkkojulkaisu. Saatavilla: [http://ktm.elinar.fi/ktm_jur/ktmjur.nsf/all/F26FF8E12B71CEA9C2257100003540CA/\\$file/ratu1elo_2006_netti.pdf](http://ktm.elinar.fi/ktm_jur/ktmjur.nsf/all/F26FF8E12B71CEA9C2257100003540CA/$file/ratu1elo_2006_netti.pdf), viitattu 11.11.2011.

Lukkarinen, S. 2007. *Julkiset hankinnat sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Talentum Media Oy. Helsinki

Lumijärvi, I. 2008. *Johtamisen merkitys tuottavuuden ja tuloksellisuuden kehittämisessä*. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja 4/2008*. Helsinki.

Lähdesmäki, K. 2003. *New Public Management. Tutkimus tehokkuusperiaatteista, julkisesta yrittäjyydestä, sekä niiden määrittelemistä valtion keskushallinnon reformeista Suomessa 1980-luvun lopulta 2000-luvun alkuun*. Akateeminen väitöskirja. Vaasan yliopisto. Verkkojulkaisu. Saatavilla: http://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_952-476-004-5.pdf, viitattu 15.10.2011

Manninen, K. 2008. *Kehitysvammaisten asumispalveluiden kilpailuttaminen-tutkimus kuntien kilpailuttamiskäytännöistä*. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos. Sosiaalityö. Kuopio. Verkkojulkaisu. Saatavilla: <http://www.kampus.uku.fi/gradut/2008/3707.pdf>, viitattu 8.11.2011.

Mäkinen, M. & Wahlbeck, K. 2009: *Mielenterveyssitoumus luotsaa mielen-terveyspolitiikkaa EU:ssa*. *Suomen Lääkärilehti (24)*: 195–197.

Mäkinen, M. & Wahlbeck, K. 2008. *EU:n mielen-terveyssitoumus korostaa ennaltaehkäisyä*. Verkkojulkaisu saatavilla <http://dialogi.stakes.fi/FI/dialogin+arkisto/2008/7/sivu/7.htm#11>, viitattu 1.11.2011.

Niemelä M. & Brandt K. 2007. *Kehitysvammaisten yksilöllinen asuminen - pitkäaikaisesta laitosasumisesta kohti yksilöllisempiä asumisratkaisuja*. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:73. Verkkojulkaisu. Saatavilla: <http://pre20090115.stm.fi/vk1202213422750/passthru.pdf>, viitattu 5.10.2011.

Nelson, E. C., Batalden, P., Huber, T., Mohr, J., Godfrey, M., Headrick, L., & Wasson, J. 2002. *Microsystems in Health Care, Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, Volume 28, Number 9, September pp. 472-493(22)*

Nordling E., Rauhala L. & Sironen A. 2009: *Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalveluja koskeva kyselytutkimus kolmen maakunnan alueella 2007- 2008. Länsi- Suomen Lääninhallitus ja Pohjanmaa-hanke.*

Närhi, M. 2011 *Kohti selkeämpää asumispalvelujärjestelmää. Esitys päihde- ja mielenterveyspäivillä 10/ 2011. Tampere. Verkkojulkaisu. Saatavilla: http://www.tekry.fi/web/pdf/pmp_2011/5_Narhi_esitys.pdf, viitattu 6.10.2011*

Outinen, M., Lempinen, K., Holma, T., Haverinen, R. 1999: *Seitsemän laatupolkua. Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen kuntaliitto, Stakes, Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus. Suomen Kuntaliitto.Helsinki.*

Partanen, A., Moring, J. , Nordling, E., & Bergman V. 2010. *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009 - 2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon. Avauksia 16/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.Helsinki.*

Rajala, T. & Tammi, J. 2006. *Tilaaaja-tuottajamalli haastaa arvioimaan kunnan palvelutuotantoa. Sosiaalitieto 13/06. Verkkojulkaisu. Saatavilla: http://www.sosiaalitieto.fi/mp/db/file_library/x/IMG/32903/file/Paras-TammijaRajala13-06.pdf, viitattu 11.11.2011.*

Raunio, K. 2008. *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä. Katsaus peruskäsitteisiin, palvelun toteuttamiseen ja palvelun käyttäjän asemaan. Tampereen yliopisto. Verkkojulkaisu. Saatavilla: <http://www.soc.utu.fi/laitokset/sosiaalipolitiikka/julkaisut/materiaalit/khk.pdf>, viitattu 5.11.2011.*

Salo, M. 2010. *Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusrarvioinnin kohteina. ITHACA- hankkeen Suomen raportti. Raportti 22/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Helsinki. Verkkojulkaisu. Saatavilla: http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/DDAAFD9B-BEA0-44F0-8AF6-E51F56371CE5/0/ITHACA_hankkeen_Suomen_Raportti_2010.pdf, viitattu 13.9.2011.*

Salo M. & Kallinen, M.: *Yhteisasumisesta yhteiskuntaan? Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden tila ja tulevaisuus. Mielenterveyden keskusliitto 2007. Helsinki.*

Salo, M. & Kallinen M: *Yksikkökeskeisyydestä kumppanuuteen. Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut Imatralla ja Joensuun seudulla. Mielenterveyden keskusliitto 2008. Helsinki.*

Stengård, E., Savolainen, M., Sipilä, M. & Nordling, E. 2009 *Ehkäisevä mielenterveysyö kunnissa. Aineistoa suunnittelun tueksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kide 6/2009. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.*

Sitra. 2010: Hollannin malli: henkilökohtainen budjetti sosiaali- ja terveyspalveluisa- Suomenkielinen tiivistelmä KPMG:n laatimasta raportista - "Description of the Dutch Personal Budget System". Sitran selvityksiä 37. Helsinki. Verkkojulkaisu. Saatavilla: <http://www.sitra.fi/julkaisut/Selvityksi%C3%A4-sarja/Selvityksi%C3%A4%2037.pdf>, viitattu 22.11.2011.

STM .2003. Yksilölliset palvelut, toimivat asunnot ja esteetön ympäristö. Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto. Helsinki. Verkkojulkaisu. Saatavilla: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3779.pdf&title=Vammaisten_asumispalveluiden_laatusuositus_fi.pdf, viitattu 15.10.2011.

STM 2007. Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Julkaisuja 2007:13. Sosiaali- ja Terveysministeriö. Helsinki. Verkkojulkaisu. Saatavilla: <http://pre20090115.stm.fi/pr1176454313087/passthru.pdf>, viitattu 28.10.2011

STM 2007. Vammaisia tulee kohdella samalla tavalla kuin muita ihmisiä, selkokieli 2007:4. Helsinki. Verkkojulkaisu. Saatavilla: <http://pre20090115.stm.fi/ka1180612770176/passthru.pdf>, viitattu 28.10.2011.

STM 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Selvityksiä 2009:3. Sosiaali- ja Terveysministeriö. Helsinki. Verkkojulkaisu. Saatavilla: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7175.pdf, viitattu 24.10.2011.

STM 2006. Euroopan neuvoston vammaispoliittinen toimintaohjelma 2006. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministerion julkaisuja 2006:18. Verkkojulkaisu. Saatavilla: <http://pre20090115.stm.fi/hl1155539165863/passthru.pdf>

STM 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6 Helsinki. Verkkojulkaisu. Saatavilla: <http://pre20090115.stm.fi/hl1212563842632/passthru.pdf>, viitattu 16.11.2011.

STM. 2010: Valtioneuvoston periaatepäätös ohjelmasta kehitysvammaisten asumisen ja siihen liittyvien palvelujen järjestämiseksi. Verkkojulkaisu. Saatavilla: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39502&name=DLFE-10827.pdf, viitattu 18.11.2011.

STM 2010. Suomen vammaispoliittinen ohjelma VAMPO 2010-2015 Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:4. Helsinki. Verkkojulkaisu. Saatavilla: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12157.pdf, viitattu 12.11.2011.

STM. 2010. Tiedote 428/2010. Verkkojulkaisu. Saatavilla: <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1548454#fi>, viitattu 20.11.2011.

STM.2011. *Palveluseteli. Verkkajulkaisu. Saatavilla:*
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/asiakasmaksut/palveluseteli, viitattu 20.11.2011..

TEM 2011: *Julkisten palveluiden uudistaminen. Verkkajulkaisu. Saatavilla*
<http://www.tem.fi/index.phtml?s=4595> , viitattu 13.11.2011.

TEM 2011: *Julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuus. Verkkajulkaisu. Ssaatavilla:*
<http://www.tem.fi/index.phtml?s=4598>, viitattu 13.11.2011.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

Teikari, M. & Björkman, M-L 2006. *Vammaisuus ja itsenäinen asuminen - Vammaisten asumisen kehittämissuunnitelman loppuraportti. ASPA- asumispalvelusäätiö Helsinki. Verkkajulkaisu: saatavilla*
http://www.aspa.fi/files/423/itsenainen_asuminen.pdf, viitattu 16.11.2011.

Teperi, J. 2010. *Palveluinnovaatiot hyvinvointipolitiikan ja elinkeinopolitiikan leikkauspisteessä. KoKo-verkosto aloitusseminaari. Verkkajulkaisu saatavilla*
www.sosiaalikehitys.com/uploads/Teperi_110310.PPT, viitattu 28.10.2011.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Mieli 2009. Kansallisten mielenterveyspäivien taustamateriaali, luennot ja posterit. 2009. Avauksia 5/2009. Helsinki. Verkkajulkaisu. Saatavilla: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8d1a1ced-6d71-4a76-b121-68d43c37a1c9>, viitattu 16.11.2011.

Väyrynen, R. & Kuronen, R.: *Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2009. Tilastoraportti 25/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Verkkajulkaisu. Saatavilla:* http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr25_10.pdf, viitattu 16.11.2011.

Wahlbeck K. & Taipale V. 2006: *Editorial. Europe's Mental Health Strategy. BMJ;333:210–211* 29

Wahlbeck, K. Ekqvist, M., Jäntti, V., Mantere, O., Nevalainen V., Saaarni, S., Stengård, E., Tuori, T. & Wiili-Peltola, E. 2009. *Tampereen mielenterveyspalveluiden arviointi. Loppuraportti. Avauksia 23/2009 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Verkkajulkaisu. Saatavilla:* www.thl.fi/thl-client/pdfs/9613b542-43ad-4ce3-9021-6b6e7f660805, viitattu 16.11.2011..

YM 2008. *Pitkäaikaisasunnottomuuden poistaminen vuoteen 2015 mennessä - Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämisohjelma. Ohjelmatyöryhmä AHKERAT-Raportti. Helsinki. Verkkajulkaisu. Saatavilla:*
www.ymparisto.fi/download.asp?contentid=79084, viitattu 20.11.2011.

YM 2011: *Palveluasumisen julkisen rahoituksen linjauksia. Ympäristöministeriön raportteja 1:2011. Helsinki. Verkkajulkaisu. Saatavilla:*
<http://www.ymparisto.fi/download.asp?contentid=124392&lan=fi>, viitattu 11.11.2011.

Valtioneuvosto. Pääministeri Jyrki Kataisen hallitusohjelma 2011. Avoin, oikeudenmukainen ja rohkea Suomi. Helsinki. Verkkojulkaisu. Saatavilla <http://www.vn.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf332889/fi.pdf>, viitattu 13.11.2011.

Valtioneuvosto 2008, Sosiaali- ja terveystieteiden valtiokunnan lausunto 16/2008, verkkojulkaisu saatavilla. Helsinki. http://www.eduskunta.fi/faktatmp/utatmp/akxtmp/stvl_16_2008_p.shtml, viitattu 10.11.2011.

Valtiontalouden tarkastusvirasto. 2011. Vammaispalvelut muuttuvassa kunta- ja palvelurakenteessa – valtion ohjaus kehitysvammaisten asumisen palveluiden järjestämisessä. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 221/2011. Helsinki. Verkkojulkaisu. Saatavilla: http://www.vtv.fi/files/2499/2212011_Vammaispalvelut_NETTI.PDF, viitattu 11.11.2011.

Valtiontalouden tarkastusvirasto 2009. Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus- Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 194/2009. Verkkojulkaisu. Saatavilla: www.vtv.fi/files/1854/1942009_Mielenterveyspalvelut_netti.pdf, viitattu 11.11.2011.

Vammaispalvelun käsikirja 2011. Verkkojulkaisu. Saatavilla: <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/vammaispalvelujen-kasikirja/tyovalineita/tyomenetelmia/henkilokohtainen-budjetointi/>, viitattu 23.11.2011.

Volk, R & Laukkanen, T. 2010. Hoivan rahoitus- kansainvälisiä käytäntöjä. Sosiaali- ja terveystieteiden valtiokunnan selvityksiä 2010:22. Helsinki.

Volk, R. & Laukkanen, T. 2007. Palvelusetelin käyttö kunnissa. Sosiaali ja terveystieteiden valtiokunnan selvityksiä 2007:38 Verkkojulkaisu. Saatavilla: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3714.pdf&title=Palvelusetelin_kaytto_kunnissa_fi.pdf, viitattu 8.11.2011.

LAIT JA ASETUKSET

Mielenterveyslaki (1116/1990)

Sosiaalihuoltolaki (710/1982) ja -asetus (607/1983)

Erikoissairaanhoidonlaki (1062/1989)

Henkilötietolaki (523/1999)

Holhustoimilaki (442/1999)

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta (519/1977)

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta on (519/1977)

Laki kuntouttavasta työtoiminnasta (189/2001)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785)

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (1987/380)

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000)

Laki yksityisistä sosiaalipalveluista (2011)

Laki yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä

Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista (272/2005) ja sitä täydentävä asetus (608/2005)

Laki (559/1994) ja asetus (564/1994) terveydenhuollon ammattihenkilöistä

Laki (734/1992) ja asetus (912/1992) sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (733/1992)

Laki (603/1996) ja asetukset (1208/1996, 1268/2005, 1041/2005) yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta

Pelastustoimilaki (561/1999) ja valtioneuvoston asetus pelastustoimesta (787/2003)

Päihdehuoltolaki (1986/41)

Työturvallisuuslaki (23.8.2002/738)

Työterveyshuoltolaki (21.12.2001/1383)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010)

Terveydensuojelulaki (19.8.1994/763)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä

Lääkevahinkovakuutus

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 24.7.2009/569

Suomen perustuslaki (1999/731)

Valtioneuvoston asetus yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta (1208/1996)

Vammaispalvelulaki (380/1987) ja -asetus (759/1987) ja muutokset 1.9.2009 alkaen

Learning cafe kysymykset:

KTS. ERILLINEN OHJE KEHITYSVAMMAISTEN IHMISTEN RYHMÄN KOHDALLA

Kahvilapiste 1: ASUKAS/ASIAKAS

Mitkä tekijät asukkaan kannalta vaikuttavat laadukkaan asumispalvelun toteutumiseen Satakunnassa?

Tärkeimmät käsiteltävät asiat

- Itsemääräämisoikeus, mitä se käytännössä on?
- Kirjallisen asiakaspalautteen kerääminen
- Asukkaan toimintakyvyn kokonaisvaltainen ylläpitäminen / parantaminen (fyysinen, psyykinen, sosiaalinen toimintakyky)

Apukysymyksiä:

Itsemääräämisoikeus

- Mitä itsemääräämisoikeus asumispalveluissa käytännössä tarkoittaa?
- Mistä asioista asiakas saa päättää / ei saa päättää itse? Miksi?
- Onko asukkaan mahdollista tehdä sellaisia päätöksiä, jotka eivät muiden ihmisten mielestä ole järkeviä, esim. saattavat olla riskejä asukkaan turvallisuudelle tai kuntoutumisen etenemiselle?

Kirjallisen asiakaspalautteen kerääminen

- Pitääkö asukkailta ja omaisilta kerätä kirjallista palautetta? Miksi?
- Miten kirjallista palautetta voi hyödyntää?

Toimintakyky

- Mitä hyötyä ja mitä uhkia on asumispalveluille asukkaan kokonaisvaltaisen toimintakyvyn parantamisesta?
- Onko toimintakyvyn parantaminen aina tavoiteltavaa vai millaisissa tilanteissa voisi riittää toimintakyvyn ylläpitäminen?
- Onko mahdollista jaotella asukkaat niihin, jotka hyötyvät toimintakykyä parantavista metodeista ja jotka eivät hyödy?

Learning cafe kysymykset:

KTS. ERILLINEN OHJE KEHITYSVAMMAISTEN IHMISTEN RYHMÄN KOHDALLA

Kahvilapiste 2: HENKILÖSTÖ

Mitkä tekijät vaikuttavat laadukkaan asumispalvelun toteutumiseen Satakunnassa henkilöstön kannalta?

Tärkeimmät käsiteltävät asiat:

- Kuntouttava työote, mitä se on?
- Yksikön toiminnan itsearviointi
- Työtyytyväisyys, työhyvinvointi
- Tavoitteellinen työ
- Kehittämisen- ja koulutussuunnitelma

Apukysymyksiä:

Kuntouttava työote

- Mitä tarkoittaa kuntouttava työote?
- Voiko laadukkaassa asumispalvelussa työote olla muutakin kuin kuntouttavaa?

Yksikön toiminnan itsearviointi

- Pitäisikö yksiköissä suorittaa säännöllistä yksikön toiminnan itsearviointia?
- Miten yksikön itsearviointi tulisi toteuttaa?
- Miten yksikön itsearvioinnista saatuja tuloksia tulisi arvioida ja hyödyntää toiminnan kehittämisessä?

Työtyytyväisyys, työhyvinvointi

- Miten henkilöstön työtyytyväisyyttä ja työhyvinvointia pitäisi seurata? Miten tuloksia pitäisi hyödyntää?

Tavoitteellinen työ/ Kehittämisen- ja koulutussuunnitelma

- Onko tarpeen, että henkilöstölle tehdään vuosittain kehittämis- ja koulutussuunnitelma?
- Pitääkö kehittämis- ja koulutussuunnitelman tukea moniammatillisuutta?
- Pitääkö yksiköissä tehdä kehittämistyötä? Miksi?
- Pitääkö työn olla tavoitteellista? Miksi?
- Millaisia tavoitteita työllä pitää olla?
- Miksi henkilöstön työnjako, vastuudet ja valtuudet pitää olla selvillä ja kirjattu?
- Mitä hyötyä säännöllisten kehityskeskustelujen käymisestä on? Pitääkö keskustelujen keskeinen sisältö kirjata ylös?
- Miksi on tärkeää, että on olemassa yhtenäinen perehdytysohjelma, jolla perhdytetään jokainen yksikköön tuleva uusi työntekijä, opiskelija jne?
- Pitäisikö eri yksiköiden välillä suorittaa vertaisarviointia?
- Mitä hyötyä / haittaa vertaisarvioinnista voisi olla?

Learning cafe kysymykset:

KTS. ERILLINEN OHJE KEHITYSVAMMAISTEN IHMISTEN RYHMÄN KOHDALLA

Kahvilapiste 3: PROSESSIT / KÄYTÄNTEET

Mitkä toimintakäytännöt/-käytännöt vaikuttavat laadukkaan asumispalvelun sujuvuuteen Satakunnassa?

Tärkeimmät käsiteltävät asiat:

- Toiminnan päämäärä (oma yksikkö / koko Satakunta)
- Tuotteistaminen
- Profiloituminen
- Hyvien käytäntöjen listaus
- Dokumentointi / tietojärjestelmä
- Sidosryhmät

Apukysymyksiä:

Toiminnan päämäärä (oma yksikkö / koko Satakunta)

- Miksi on tärkeää, että toiminnan päämäärä on selvillä ja että siitä keskustellaan säännöllisesti?
- Miten arvojen ja eettisten periaatteiden tulee ohjata toimintaa?
- Mitä hyötyä on yksikön keskeisten palveluprosessien ja työkäytäntöjen kuvaamisesta?
- Mitä hyötyä voisi olla hyvien käytäntöjen listaamisesta asumispalveluissa?

Tuotteistaminen

- Pitäisikö asumispalveluja tuotteista nykyistä enemmän? Miksi?
- Pitäisikö yksiköiden profiloitua entistä selvemmin? Miksi?

Dokumentointi / tietojärjestelmä

- Miksi kirjaamiskäytäntöjen pitää olla yhtenäisiä ja selvillä?
- Miten dokumentoinnilla tuetaan toiminnan päämäärää?
- Pitääkö dokumentointiin käyttää tietojärjestelmää? Jos pitää, niin miten varmistetaan, että tietojärjestelmä tukee toiminnan päämäärää?

Sidosryhmät

- Mitkä ovat asumispalveluiden tärkeimmät sidosryhmät?
- Pitääkö sidosryhmien tarpeet ja odotukset selvittää?
- Pitääkö sidosryhmiltä kerätä kirjallista palautetta? Miksi?
- Miten yksikön sisäistä ja ulkoista tiedottamista tulee järjestää?

+ kysymys kestävä kehitys

- Miten asumispalvelut pystyvät toiminnallaan tukemaan ympäristöystävällisyyden ja kestävä kehityksen periaatteita?

Learning cafe kysymykset:

KTS. ERILLINEN OHJE KEHITYSVAMMAISTEN IHMISTEN RYHMÄN KOHDALLA

Kahvilapiste 4: TALOUS

Miten talouden seurantajärjestelmä parhaiten palvelee laadukasta asumispalvelua Satakunnassa?

Tärkeimmät käsiteltävät asiat:

- Läpinäkyvyys
- Mitä ja mikä maksaa?
- Yhdenmukaiset mittarit

Apukysymyksiä:

Läpinäkyvyys- mitä ja mikä maksaa?

- Paljonko asumispalvelun tuottaminen maksaa?
- Ovatko kaikki kustannukset läpinäkyviä?
- Minkälainen taloudellinen vastuu yksiköillä tulisi olla? Miksi?
- Mitä hyötyä talouden kannalta on siitä, että yksiköillä on ajan tasalla oleva perusteh-
tävän ja toiminnan tavoitteet ilmaiseva toiminta-ajatus?

Yhdenmukaiset mittarit

- Pitäisikö Satakunnassa ottaa käyttöön yhdenmukaiset menettelytavat ja vertailukel-
poiset mittarit arvioitaessa palvelun ja toiminnan vaikuttavuutta?
- Pitääkö yksikön laatia säännöllisesti oma toimintasuunnitelma, josta käy ilmi toi-
minnan painoalueet ja mitattavissa olevat tulos- ja laatutavoitteet? Miksi?
- Pitääkö toiminnasta kerätä säännöllisiä tilastotietoja, joilla kuvataan asiakkaita, pal-
veluiden määrää, laatua sekä työn tuloksia? Miksi?

LIITE 2

ALVA-hankkeessa luodut laatuvaatimukset erityisryhmien asumispalveluja varten

		Laatuvaatimukset	Arviointi
Asiakas	Yleiset asiat	Jokaisella asiakkaalla on oma huone tai asunto. Huoneeseen on oma ovi, johon asiakkaalla on omat avaimet, ja ovesta on asiakkaan nimi. Asiakkaalla on omat wc- ja suihkutilat, keittomahdollisuus sekä mahdollisuus hankkia verkkoyhteys. Asiakkaalla on myös nimetty oma ohjaaja sekä varaohjaaja. Asiakkaalla on oikeus hoitaa omia asioitaan itsenäisesti. Hänellä on aina mahdollisuus saada asioidensa hoitoon tarvitsemansa tuki asumisyksiköstä. Asiakkaalla on myös mahdollisuus hakeutua opiskelemaan, työhön tai työ- / päivätoimintaan siten, että asumisyksikkö antaa em. asioihin riittävän tuen.	<ul style="list-style-type: none"> - Oma huone / asunto - Oma ovi, johon omat avaimet - Oma nimi ovesta - Omat wc- ja suihkutilat sekä keittomahdollisuus - Mahdollisuus verkkoyhteyteen - Nimetty ohjaaja ja varaohjaaja - Asiakirjat; päätös henkilökohtaisesta avusta tai tulkkipalvelusta - Kirjallinen kuvaus siitä mistä palveluista asiakas on kieltäytynyt, miten asiaa on käsitelty asiakkaan kanssa ja asiakkaan allekirjoitus
	Itsemääräämisoikeuden toteutuminen	Asiakkaan tulee olla mukana osallistua asumis- ja kuntoutumisprosessiinsa liittyvään päätöksentekoon. Asiakas hoitaa omia arjen asioitaan sen verran kuin itse pystyy ja haluaa ja saa henkilökunnalta sen verran apua, kun kokee tarvitsevansa. Asiakas voi tehdä myös sellaisia päätöksiä, joista henkilökunta on asiakkaan kanssa eri mieltä. Henkilökunta kehittää ammattitaitoaan niin, että osaa harjaannuttaa ja tukea asiakasta päättämään itse. Asiakkaalla on oikeus vastata vuosittain tyytyväisyyskyselyyn ja hänelle tarjotaan mahdollisuutta reklamoida toiminnasta, johon hän on tyytymätön.	<ul style="list-style-type: none"> - Yksikön perehdytysohjelmassa ohjeistus miten asiakkaan itsemääräämisoikeus toteutetaan yleisellä tasolla - Asiakkaan kanssa tehtävissä asiakirjoissa, sähköisessä kirjaamisessa ym. on kirjattuna asiakkaan oma tahto sekä perustelut, mikäli tahtoon ei voida suostua - Henkilökunnan koulutuspäivien ja sisällön seuranta - Asiakastyytyväisyyskyselyt 1x vuodessa - Reklamaatioiden kirjaaminen, käsittely sekä vastine
	Kuntoutumisen tukeminen	Asumisyksikön tehtävänä on tukea asiakkaan kuntoutusta. Tavoitteena on saavuttaa asiakkaalle mahdollisimman itsenäinen elämä. Asiakkaan kanssa laaditaan kuntoutussuunnitelma, joka päivitetään puolivuositain, sekä aina tarvittaessa. Lisäksi asumisyksiköllä on käytössään jokin mittaristo/työkalu, jonka avulla jokaisen asiakkaan toimintakyky arvioidaan vuosittain. Ja mikäli asiakas kuntoutuu, hänelle tarjotaan mahdollisuutta muuttaa itsenäisempään asumismuotoon. Asiakas osallistuu aktiivisesti kuntoutumista tukevaan toimintaan. Asiakas saa asumisyksiköstä riittävästi tukea, jotta toimintaan osallistuminen mahdollistuu.	<ul style="list-style-type: none"> - Kuntoutussuunnitelmat sekä niiden päivitys - Toimintakyvyn mittaristo /työkalu käytössä (Esim. Kehitysvammaliiton PSYTO tai TOIMI) - Kirjanpito itsenäisempään asumismuotoon muuttaneista asiakkaista - Toteutuneen aktiivisen toiminnan ja annetun tuen kirjaaminen
Yksikkö	Toiminnan suunnittelu	Asumisyksikön eettiset arvot ja perustehtävä on kirjattu ja ne ovat kaikkien nähtävillä esimerkiksi ilmoitustaululla. Asumisyksikkö kerää vuosittain kirjallista palautetta asiakkailta, omaisilta ja tilaajataholta ja ottaa aina vastaan myös suullista palautetta, joka kirjataan ylös. Asumisyksiköllä on suunnitelma, miten se reagoi saatuun palautteeseen. Kaikki reklamaatiot kirjataan, käsitellään ja niihin annetaan vastine. Lisäksi asumisyksikkö toimittaa tilaajalle vuosittain työyksikön itsearviointin, esimerkiksi ITE-menetelmän muodossa. Asumisyksikkö on panostanut turvallisuuteen tekemällä riskikartoituk-	<ul style="list-style-type: none"> - Kirjatut eettiset arvot ja perustehtävä näkyvillä - Asiakkailta, omaisilta ja tilaajalta vuosittain kerätty palaute ja selvitys, miten siihen reagoitu - Kirjattu suullinen palaute ja reagoitu siihen - Saapuneet reklamaatiot ja

		<p>sen ja päivittää sitä aina tarvittaessa. Asumisyksikkö on tietoinen pakko- ja suoja-toimenpiteiksi luokitelluista keinoista ja osaa toimia lain puitteissa tässäkin asiassa.</p> <p>Asiakkaat otetaan aktiivisesti mukaan asumisyksikön arjen toiminnan suunnitteluun. Suositellaan, että asiakkaiden edustus on mukana henkilökunnan rekrytoinnissa. Vähintään kaksi kertaa kuukaudessa järjestetään asiakaspalaveri, jossa esiin nousseet asiat käydään henkilökunnan kanssa läpi. Asiakaspalaverista tehdään muistio. Asiakkaiden toiveita yksikön toiminnan mahdollisesta muuttamisesta pyritään kuuntelemaan.</p> <p>Kirjaaminen asumisyksikössä suoritetaan sähköisesti. Asumisyksiköillä on ajan tasalla olevat verkkosivut ja mahdollisesti esite. Verkkosivujen tehtävänä on ensisijaisesti palvella asiakkaita.</p>	<p>niiden vastineet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asumisyksikön itsearviointi (esim. ITE) - Asumisyksikön kirjallinen riskikartoitus (jonka teossa voi hyödyntää ALVA-hankkeen yhteydessä luotua mallia) - Asiakaspalaverimuistiot <p>- Sähköinen kirjaaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verkkosivut, joista löytyy viimeisen päivityksen ajankohta - Mahdollisesti esite. Esitteessä painopäivä.
	Viestintä		
	Henkilöstö	<p>Asumisyksikön henkilöstö on moniammatillista ja henkilökunnan jäsenillä on tehtäviinsä lakisääteinen pätevyys. Henkilöstö osallistuu täydennyskoulutuksiin ja päivittää ammatitaitoaan. Asumisyksiköissä pidetään listaa henkilöstön jatkokoulutuksista ja mielellään myös erityistaidoista. Henkilökunnan kielitaidon tulee olla riittävä asiakaspalveluun.</p> <p>Asumisyksikköön tuleva uusi työntekijä saa perehdytyksen. Perehdytyksessä läpikäytävät asiat on kirjattu yksikössä ylös ja perehdytyksen saatuaan uusi työntekijä varmentaa allekirjoituksellaan, että on saanut listalla olevat asiat tietoonsa. Myös harjoittelujaksolla olevat opiskelijat tulisi ottaa esille.</p> <p>Henkilöstö käy vuosittain kehityskeskustelut ja henkilöstön työtyytyväisyyteen kiinnitetään muutenkin huomiota. Asumisyksiköissä tehdään työtyytyväisyyskyselyitä, seurataan sairauspoissaolojen määrää ja henkilöstön vaihtuvuutta. Vähintään kerran kuukaudessa pidetään henkilökuntapalaveri.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lista henkilöstön koulutusrakenteesta ja suuntautumismuutosten vaihtoehdoista - Kirjanpito toteutuneista koulutuspäivistä - Kirjanpito jatkokoulutuksista (ja erityistaidoista) - Lista perehdytettävistä asioista - Allekirjoitukset saadusta perehdytyksestä - Kehityskeskusteluraportit - Työtyytyväisyyskyselyt joka toinen vuosi - Tilasto sairauspoissaoloista - Kirjanpito henkilöstön vaihtuvuudesta - Henkilökuntapalaverien muistiot
	Tilaaaja	<p>Tilaaaja vastaa siitä, että tilaajalla ja palveluntuottajalla on kirjallinen sopimus siitä mitä tilataan ja millä ehdoilla. Tilajalla on palvelustrategia. Sitä päivitetään, se on julkinen ja kaikkien saatavilla tilaajan verkkosivuilla. Tilajalla on kirjattuna ne asumispalvelun tavoitteet, joita se palveluntuottajalta edellyttää. Nämä tavoitteet esitellään palveluntuottajalle tilaamisen yhteydessä ja niitä päivitetään tarvittaessa. Tilaaaja pyytää palveluntuottajalta allekirjoituksen tai sähköisen kuittauksen siitä, että tämä on saanut tietoonsa tavoitteet, sekä niiden päivityksen.</p> <p>Tilaaaja ylläpitää rekisteriä niistä yksiköistä, jotka tuottavat asumispalvelua tilaajalle. Rekisteri on julkinen ja kaikkien nähtävillä tilaajan verkkosivuilla. Julkinen rekisteri edistää asiakkaan valinnanvapautta. Tilaaaja valvoo laatuvaatimusten toteutumista kaikissa niissä yksiköissä, joissa sillä on asiakkaita tekemällä vuosittain seurantakäynnin. Seurantakäynnin pohjana käytetään palveluntuottajan (ITE- menetelmän) itsearviointia. Käynnillä tarkastetaan palveluntuottajilta vaaditut dokumentit. Tilaaaja lähettää käynnistä kirjallisen palautteen palveluntuottajalle ja tarvittaessa käydään palautekeskustelu. Mikäli tilaajalla on toiminnasta huomautettavaa, tai yksikkö on tilaajalle uusi, tulee seurantakäyntejä tarvittaessa toteuttaa tiheämmin.</p> <p>Tilaaaja tarjoaa asiakkaalle mahdollisuuden valmistautua muuttoon riittävästi. Asiakas tulee kuulluksi asuinpaikan valinnassa. Asiakas saa riittävästi tietoa muuttoa koskien sekä riittävän tuen ja ohjauksen muuttoon liittyen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kirjallinen sopimus - Ajantasainen, julkinen palvelustrategia verkkosivuilla - Tavoitteet kirjattuna - Allekirjoitukset sähköinen kuittaus saadusta informaatiosta - Rekisteri palveluntuottajista - Seurantakäyntien palaute
Yhteistyö	Tilaaajien välillä	Tilaaajat järjestävät koko maakunnan yhteisiä tilaaja-tuottajatapaamisia vähintään joka toinen vuosi.	

--	--	--	--