

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaalialan koulutusohjelma / Sosiaalinen kuntoutus

Maija Tuomala

PALVELUSUUNNITELMAN PROSESSIKUVAUS KOTKAN KAUPUNGIN
VAMMAISPALVELUSSA

Opinnäytetyö 2009

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaalialan koulutusohjelma/sosiaalinen kuntoutus

MAIJA TUOMALA

Palvelusuunnitelman prosessikuvaus Kotkan kaupungin
vammaispalvelussa

Opinnäytetyö

48 sivua + 3 liitesivua

Työn ohjaaja

Lehtori Virve Remes

Toimeksiantaja

Kotkan kaupunki ja Kaakkois-Suomen vammaistyön
kehittämissyksikkö

Joulukuu 2009

Avainsanat

palvelusuunnitelma, sosiaalityö, toimintakyky, vammai-
suus

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata palvelusuunnitelman prosessi Kotkan kaupungin vammaispalvelussa sosiaalityöntekijän näkökulmasta sekä nostaa työn avulla palvelutarpeen arvioinnin merkitystä entistä enemmän esille. Prosessikuvaus on tehty sosiaalityöntekijöiden haastattelujen pohjalta. Haastateltavana olivat kaksi sosiaalityöntekijää, jotka tekivät samaa työtä. Prosessikuvaus on koottu kuuden asiakastapauksen pohjalta. Haastattelumateriaali on analysoitu sisällönanalyysimenetelmää käyttäen.

Palvelusuunnitelman prosessikuvaus on jaettu kolmeen vaiheeseen: asiakkaaseen / asiaan tutustumisen vaihe, työskentelyn vaihe ja prosessin päätösvaihe. Prosessikuvauksesta nousee sosiaalityöntekijöiden haastattelujen perusteella asioita ja kohtia, joihin on kiinnitettävä huomiota, jotta prosessi etenee sujuvasti. Uudistunut vammaispalvelulaki edellyttää päätöksen tekoa kolmen kuukauden kuluttua siitä, kun asia on tullut vireille. Samalla myös palvelusuunnitelma tulee olla tehtynä. Tällaiset aikarajat vaativat prosessin vaiheiden tarkastelua.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Social Care

TUOMALA, MAIJA

A Description of a Service Plan Process within Services
for the Disabled in the City of Kotka

Bachelor's Thesis

48 pages + 3 pages of appendices

Supervisor

Virve Remes, Senior Lecturer

Commissioned by

The City of Kotka and the Development Unit for Welfare
Work with the Disabled in Southeast Finland

December 2009

Keywords

service plan, social welfare work, functional capability,
disability

The aim of this study was to describe the process of a service plan within Kotka city services for the disabled from the viewpoint of a social worker as well as emphasize the meaning of evaluation in service needs. The description of the process has taken place on the basis of interviewing social workers. Two social workers who did the same job were interviewed. The process description has been collected from six client cases, and the material for the interviews has been interpreted by content analysis.

The description of the service plan process has been divided into the following three stages: familiarization with the client and /his/her case; the working stage; and the conclusion stage of the process. On the basis of the social workers' interviews, the description of the process displays things that must be taken into account so that the process run smoothly. The reformed act relating to services for the disabled requires that a decision must be made within three months after a case has been taken up. At the same time a service plan must also be drawn up. Time limits like these require observation on different stages of the process.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	7
2	VAMMAISUUS	7
2.1	Lääketieteellinen malli	8
2.2	Sosiaalinen malli	9
2.3	Oikeudellinen näkökulma	10
2.4	Vaikeavammaisuus	10
2.4.1	Vaikeavammaisuus kuljetuspalveluissa	11
2.4.2	Vaikeavammaisuus tulkkipalveluissa	11
2.4.3	Vaikeavammaisuus päivätoiminnassa	11
2.4.4	Vaikeavammaisuus henkilökohtaisessa avussa	11
2.4.5	Vaikeavammaisuus palveluasumisessa	12
2.4.6	Vaikeavammaisuus asunnon muutostöissä sekä asuntoon kuuluvissa välineissä ja laitteissa	12
2.5	Yhteenveto vammaisuuden määritelmästä	12
3	VAMMAISPALVELUT	12
3.1	Vammaispalvelujen palvelut ja tukimuodot	13
3.2	Vammaispalvelujen lainsäädäntö 1.9.2009 alkaen	16
3.3	Vammaispalvelulain keskeisimmät uudistukset	17
3.3.1	Asiakkaan yksilöllisen avuntarpeen huomioiminen	17
3.3.2	Palvelutarpeen selvittäminen	17
3.3.3	Palvelusuunnitelman tekeminen	17
3.3.4	Asian viivytyksetön käsittely	18
4	VAMMAISPALVELUT KOTKAN KAUPUNGISSA	18
5	VAMMAISPALVELUN SOSIAALITYÖ	20
5.1	Sosiaalityö	20
5.2	Vammaispalvelun sosiaalityön erityisyys	21

6	PALVELUSUUNNITELMA	22
6.1	Palvelusuunnitelma käsitteenä	22
6.2	Palvelusuunnitelman tekemisen hyvät periaatteet	23
6.3	Palvelusuunnitelman sisältö	24
6.4	Palvelusuunnitelma ja lainsäädäntö	25
6.5	Palvelusuunnitelman tavoite	25
6.6	Palvelusuunnitelman tekemisen hyödyt	26
6.6.1	Palvelusuunnitelman hyödyt asiakkaan näkökulmasta	26
6.6.2	Palvelusuunnitelman hyödyt työntekijän näkökulmasta	27
6.6.3	Palvelusuunnitelman hyödyt kunnan näkökulmasta	27
7	TOIMINTAKYKY	28
7.1	Toimintakyvyn osa-alueet ja ulottuvuudet	28
7.1.1	Fyysinen toimintakyky	29
7.1.2	Psyykinen toimintakyky	30
7.1.3	Sosiaalinen toimintakyky	30
7.2	Toimintakyvyn arviointi	30
7.2.1	Fyysisen toimintakyvyn arviointi	31
7.2.2	Psyykkisen toimintakyvyn arviointi	31
7.2.3	Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi	32
8	TUTKIMUSKYSYMYKSET	32
9	TUTKIMUS	33
9.1	Tutkimuksen tavoitteet	33
9.2	Tutkimusstrategia	34
9.3	Tutkimusmenetelmät	35
10	PROSESSIKUVAUS PALVELUSUUNNITELMAN TEKEMISESTÄ KOTKAN KAUPUNGIN VAMMAISPALVELUSSA	37
10.1	Asiakkaaseen / asiaan tutustumisen vaihe	38
10.2	Työskentelyn vaihe	39
10.3	Prosessin päätösvaihe	41
11	JOHTOPÄÄTÖKSET PROSESSISTA	42

12 POHDINTA	44
LÄHTEET	46
LIITTEET	

Liite 1. Prosessikuvaus palvelusuunnitelman tekemisestä

Liite 2. Palvelusuunnitelma

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön aihe on noussut oman kiinnostukseni lisäksi työelämän tarpeista. Kaakkois-Suomen vammaistyön kehittämissyksikkö keräsi vuoden 2008 keväällä tekemillään kuntakierroksilla kehittämistarpeita kunnista. Yhdeksi osa-alueeksi nousi palvelusuunnitelma. Myös Kotkan kaupungin vammaispalvelu toivoi selkeyttä palvelusuunnitelman tekemiseen. Palvelusuunnitelma-lomakkeen kehittämistä on suunniteltu jo jonkin aikaa, mutta lomakkeen kehittämisen lisäksi on tarkoituksenmukaista tarkastella palvelusuunnitelman tekemistä kokonaisvaltaisesti prosessina.

Vammaispalvelulaki uudistui 1.9.2009, ja se toi omat haasteensa palvelusuunnitelmalta ja sen tekemiselle. Lakiuudistus edellyttää lainsoveltajilta, toisin sanoen työntekijöiltä, ajattelutavan muutosta (Ahola & Konttinen 2009, 6). Työntekijöiden tulee entistä voimakkaammin ottaa huomioon asiakkaan toiveet ja tarpeet. Jotta toiveiden ja tarpeiden huomioiminen toteutuu aidosti, on kunnan vammaisille suuntaamia palveluita kehitettävä joustavammiksi.

Opinnäytetyössä tutkin Kotkan kaupungin vammaispalvelun sosiaalityöntekijän tekemää palvelusuunnitelmaa prosessina. Prosessin kuvasin prosessikuvauksena, jotta prosessia on helpompi hahmottaa. Olennaisesti palvelusuunnitelmaprosessiin liittyy palvelutarpeen selvittäminen ja arvioiminen sekä toimintakyvyn arvioiminen, siksi olen nostanut nämä seikat myös opinnäytetyössä selkeästi esille.

Aiempiä tutkimuksia palvelusuunnitelmaprosessista vammaispalveluissa en löytänyt. Vammaispalveluissa prosesseja on tutkittu lähinnä erilaisten palveluiden päätöksentekoprosessien kautta. Muun muassa Kainuun maakunta -kuntayhtymä on kuvannut prosessikuvauksilla erilaisten vammaispalvelulain mukaisten palveluiden päätöksentekoprosesseja. Näillä päätöksentekoprosesseilla saadaan tietyllä tavalla yksityiskohtaisempaa tietoa juuri tietyn palvelun päätöksentekoprosessista. Näissä prosesseissa palvelusuunnitelma on kuitenkin vain yhtenä osa-alueena. Tässä työssä on tutkittu asioita juuri palvelusuunnitelman näkökulmasta.

2 VAMMAISUUS

Vammaisuuden määrittäminen yksiselitteisesti on mahdotonta, koska käytetty määritelmä riippuu asian lähestymistavasta. Vammaisuutta voidaan lähestyä muun muassa

erilaisten mallien avulla. Mallit voivat nousta lääketieteellisestä, sosiaalisesta tai oikeudellisesta näkökulmasta. Käytännössä eri näkökulmat eivät esiinny puhtaina, vaan ne sekoittuvat jonkin verran toisiinsa. Jos vammaisuutta tarkasteltaisiin vain yhdestä näkökulmasta, olisi määrittely hyvin suppeaa. Haluan työssäni ymmärtää vammaisuuden laaja-alaisesti ja monipuolisesti ja siitä syystä tuon työssäni esille kaikki kolme näkökulmaa: lääketieteellinen, sosiaalinen ja oikeudellinen.

2.1 Lääketieteellinen malli

Maailman Terveysjärjestön WHO:n luoma vammaisuuden määrittelyn malli ICDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) 1980 on todennäköisesti tunnetuin vammaisuuden määrittelyn malli. Voidaan sanoa, että se on luonut pohjan nykyiselle vammaistyölle. (Malm, Matero, Repo & Talvela 2004, 9.) Mallissa sairauden seuraukset voidaan jakaa kolmeen eri tasoon: vaurio, toimintavajavuus ja sosiaalinen haitta tai vajaakuntoisuus (Somerkivi 2000, 36).

Tämä malli lähtee siitä, että sairaus, onnettomuus tai tapaturma voi aiheuttaa vaurion. Vaurio ilmenee yksilön fyysisessä tai psyykkisessä rakenteessa tai elintoiminnoissa puutoksena tai poikkeavuutena. Tällainen vaurio voi olla esimerkiksi silmän vaurio. Toisella tasolla tämä vauriosta johtuva puutos tai poikkeavuus aiheuttaa toimintavajavuuden. Toimintavajavuudet esiintyvät kokonaistoimintojen tasolla, esimerkiksi kommunikoinnissa tai liikkumisessa. Silmän vaurio voi aiheuttaa toimintavajavuutena esimerkiksi vaikeuksia liikkumisessa. Varsinaisesta vammaisuudesta voidaan puhua vasta kolmannella tasolla, kun vammainen kohtaa ei-vammaisten ehdoilla rakennetun yhteiskunnan vaatimukset. Vammaisen ja yhteiskunnan vaatimusten kohtaamisessa tulee esille se, mitä seurauksia syntyneestä vauriosta ihmiselle todellisuudessa on, toisin sanoen esiin nousee sosiaalinen haitta. Esimerkiksi näkövammainen voi menettää sosiaalisia suhteita tai jopa työpaikkansa silmänsä vaurion vuoksi. (Somerkivi 2000, 36.)

Vaurion, toimintavajavuuden ja sosiaalisen haitan väliset suhteet eivät ole suoraviivaisia tässä mallissa. Vaurion vakavuuden perusteella ei voida suoraan ennustaa sosiaalisen haitan suuruutta. Sosiaalisen haitan asteeseen vaikuttaa vaurion ja toimintavajavuuden lisäksi ympäröivät olosuhteet, joissa ihminen elää ja toimii. Sosiaalinen haitta vaihtelee sen mukaan, millaisessa ympäristössä ja yhteiskunnassa vammainen elää. (Somerkivi 2000, 37.)

Vaikka tätä WHO:n mallia on käytetty pitkään, se on muodostanut pohjan nykyiselle vammaistyölle, on sitä arvosteltu kapea-alaisuudesta ja liian lääketieteellisestä näkökulmasta. Mallista on sanottu, että siinä ei pyritä riittävästi muuttamaan ympäristön vaikutuksia. Haitan syynä pidetään pääasiassa yksilön ominaisuuksia. (Malm ym. 2004, 10.)

Vuonna 2001 Maailman Terveysjärjestö WHO julkisti uudenlaisen toimintakykyä ja vammaisuutta koskevan luokituksen ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Tämä luokitus pohjautuu kansainväliseen tautiluokitukseen ICH 10. ICF-mallissa huomio kohdistetaan sekä yksilöön, että hänen ympäristöönsä. Mallissa tarkastellaan yksilötekijöiden ja ympäristötekijöiden ominaispiirteitä. Tarkastelun avulla rakennetaan käsitys siitä, kuinka hyvin ihminen suoriutuu erilaisista toiminnoista. Yksilötekijöihin kuuluu ikä, sukupuoli, koulutus, sosiaalinen tausta, elämäkokemukset, luonne ja psyykkiset voimavarat. Ympäristötekijöillä puolestaan tarkoitetaan fyysisen elinympäristön ja palvelujärjestelmän lisäksi sosiaalista ympäristöä ja asennemaailmaa. (Malm ym. 2004, 11.)

Mallissa toimintamahdollisuuksien arvioinnin apuna käytetään käsitteitä suorituskky ja kapasiteetti. Suorituskky kertoo sen, mitä yksilö pystyy tekemään nykyisessä toimintaympäristössään. Kapasiteetti kertoo taas sen, mihin yksilö kykenisi ympäristössä, jossa toimintaa rajoittavat tekijät on poistettu. Ihmisen suorituskvyn ja kapasiteetin vertailu nostaa esille asioita, joita voitaisiin yksilön elinympäristössä parantaa ja näin lisätä yksilön toimintamahdollisuuksia. (Malm ym. 2004, 11.)

Tämä WHO:n ICF malli ei sinänsä määrittele vammaisuutta, mutta se pyrkii luokittelemaan sitä. Malli lähestyy vammaisuutta lääketieteellisestä näkökulmasta, mutta se painottaa myös sosiaalista näkökulmaa kiinnittämällä entistä enemmän huomiota myös ihmisen ympäristöön.

2.2 Sosiaalinen malli

Melko puhtaasti sosiaalisesta näkökulmasta vammaisuutta lähestyy sosiaalinen malli. Sosiaalisen mallin mukaan sopeutuminen on yhteiskunnan ongelma, ei vammaisten yksilöiden. Mallin mukaan syy ja ratkaisu vammaisuuteen löytyvät ympäristöstä. Mal-

li määrittää vammaisuuden sosiaalisesti tuotetuksi tilaksi. Vammaisten ongelmien ratkaisemiseksi esitetään mallin mukaan poliittisia toimenpiteitä, joilla pystytään muokkaamaan ympäristöä ja yhteiskuntaa. Esimerkiksi erilaisissa vammaispoliittisissa ohjelmissa lähtökohtana on sosiaalinen malli. (Malm ym. 2004, 11–12.)

Sosiaalista mallia on arvosteltu erityisesti kuntoutumisen näkökulmasta. Sosiaalisesta mallista puuttuu lähestulkoon kokonaan yksilö. Mallissa ei anneta arvoa yksilön omille ominaisuuksille ja toiminnalle. Kun taas kuntoutuksessa painotetaan yksilön omaa panosta ja hänen tekemiään valintoja. (Malm ym. 2004, 12.) Karioidusti voidaan sanoa, että sosiaalinen malli antaa vammaiselle luvan olla tekemättä mitään ongelmien ratkaisemiseksi. Mallissa vammaisen odottaisi muutoksia ainoastaan ympäristöltä ja yhteiskunnalta.

2.3 Oikeudellinen näkökulma

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (VPL) määrittelee vammaisen henkilön 2. §:ssä seuraavasti: ”Vammaisella henkilöllä tarkoitetaan tässä laissa henkilöä, jolla vamman tai sairauden johdosta on pitkäaikaisesti erityisiä vaikeuksia suoriutua tavanomaisista elämän toiminnoista.”

Vammaispalvelulaki ei sulje mitään vammaryhmää lain soveltamisen ulkopuolelle. Laki ei myöskään ota kantaa vammaisen henkilön ikään, yhtä hyvin lain mukaan vammaisen voi olla alaikäinen lapsi kuin vanhuskin. Kun vammaisen henkilö määritellään lain mukaan, on huomiota kiinnitettävä erityisesti seuraaviin käsitteisiin: pitkäaikaisuus, erityiset suoriutumisasikeudet ja tavanomaiset elämän toiminnot. Kaikki nämä kolme kohtaa tulee toteutua, jotta yksilö on lain tarkoittama vammaisen henkilö. (Räty 2002, 23–44.)

2.4 Vaikeavammaisuus

Jos vammaisuuden määrittely on haastavaa, niin sitä on myös vaikeavammaisuuden määrittely. Palveluiden myöntämisen näkökulmasta on hyvin oleellista, onko henkilö vammaisen vai vaikeavammaisen. Jos henkilö määritellään vaikeavammaiseksi, on hän oikeutettu tiettyihin vammaispalvelulain mukaisiin palveluihin. Vammaispalvelulain kahdeksannessa ja yhdeksännessä pykälässä mainitaan ne palvelut ja tukitoimet,

jotka ovat erityisen järjestämisvelvollisuuden alaisia. Erityisen järjestämisvelvollisuuden alaisia palveluita ja tukitoimia ovat kuljetuspalvelut, tulkkipalvelut, päivätoiminta, henkilökohtainen apu, palveluasuminen ja asunnon muutostyöt ja asuntoon kuuluvat välineet ja laitteet. (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 8. § & 9. §.) Näihin palveluihin asiakkailla on subjektiivinen oikeus. Tällöin kunnan on järjestettävä nämä palvelut määrärahoista riippumatta. Jokaisessa palvelussa vaikeavammaisuus määritellään kuitenkin hieman eri tavoin. (Malm ym. 2004, 368–373.)

2.4.1 Vaikeavammaisuus kuljetuspalveluissa

Vaikeavammaisena pidetään henkilöä, jolla on erityisiä vaikeuksia liikkumisessa ja joka ei vammansa tai sairautensa vuoksi voi käyttää julkisia joukkoliikennevälineitä ilman kohtuuttoman suuria vaikeuksia (Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 1987/759 5. §).

2.4.2 Vaikeavammaisuus tulkkipalveluissa

Vaikeavammaisena pidetään vaikeasti kuulovammaista, kuulo- ja näkövammaista tai puhevammaista henkilöä (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 1987/380 8. a §).

2.4.3 Vaikeavammaisuus päivätoiminnassa

Vaikeavammaisena pidetään työkyvyttöntä henkilöä, jolla vamman tai sairauden aiheuttaman erittäin vaikean toimintarajoitteen vuoksi ei ole edellytyksiä osallistua sosiaalihuoltolaissa mainittuun työtoimintaan ja jonka toimeentulo perustuu pääosin sairauden tai työkyvyttömyyden perusteella myönnettyihin etuuksiin. (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 1987/380 8. b §)

2.4.4 Vaikeavammaisuus henkilökohtaisessa avussa

Henkilökohtaisesta avusta päätettäessä vaikeavammaisena pidetään henkilöä, joka tarvitsee pitkäaikaisen tai etenevän vamman tai sairauden johdosta välttämättä ja toistuvasti toisen henkilön apua suoriutuakseen päivittäisistä toiminnoista. (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 1987/380 8. c §)

2.4.5 Vaikeavammaisuus palveluasumisessa

Vaikeavammaisena pidetään henkilöä, joka vammansa tai sairautensa vuoksi tarvitsee toisen henkilön apua päivittäisissä toiminnoissa suoriutumisessa jatkuvaluontoisesti, vuorokauden eri aikoina tai muutoin erityisen runsaasti ja joka ei ole jatkuvan laitoshuollon tarpeessa (Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 1987/759 11. §).

2.4.6 Vaikeavammaisuus asunnon muutostöissä sekä asuntoon kuuluvissa välineissä ja laitteissa

Vaikeavammaisena pidetään sellaista henkilöä, jolla liikkuminen tai muu omatoiminen suoriutuminen vakituksessa asunnossa tuottaa vamman tai sairauden vuoksi erityisiä vaikeuksia (Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 1987/759 13. §).

2.5 Yhteenveto vammaisuuden määritelmästä

Kaikesta edellä mainitusta voidaan yhteenvetona johtaa seuraavanlainen määritelmä: ”Vammainen ihminen on henkilö, jolla on pitkäaikaisia tai pysyviä toimintarajoitteita ja vaikeuksia suoriutua tavanomaisista elämän toiminnoista omassa elinympäristössään” (Malm ym. 2004, 9). Tässä määritelmässä näkyy lainsäädännöllinen, sosiaalinen ja WHO:n työstämien mallien näkökulma.

3 VAMMAISPALVELUT

Vammaispalvelu on osa kunnallista sosiaalipalvelua, jossa sosiaalityön menetelmin pyritään ehkäisemään ja poistamaan vammaisuudesta aiheutuvia esteitä ja haittoja. Täten vammaispalvelun tavoitteena on edistää vammaisen henkilön edellytyksiä elää ja toimia muiden kanssa yhdenvertaisena yhteiskunnan jäsenenä. (Pakkala, 6.)

Vammaispalveluihin ovat oikeutettuja ne, jotka täyttävät vammaispalvelulaissa olevan vammaisen henkilön määritelmän. Lisäksi erityisen järjestämisvelvollisuuden alaisissa palveluissa määritellään palveluun oikeutettu henkilö erikseen. Kun sosiaalityöntekijä arvioi, onko asiakas vammainen tai vaikeavammainen, arvioi hän samalla asiakkaan palvelutarvetta. Palvelutarvetta arvioitaessa huomiota tulisi kiinnittää erityisesti yksi-

öllisiin tarpeisiin, suoriutumiseen päivittäisissä toiminnoissa sekä elämäntilanteeseen, että elinympäristöön. (Pakkala, 6.)

3.1 Vammaispalvelujen palvelut ja tukimuodot

Kunnalliset vammaispalvelut usein luokitellaan subjektiivisiin eli erityisen järjestämisvelvollisuuden alaisiin palveluihin ja tukitoimiin ja harkinnanvaraisiin palveluihin ja tukitoimiin. Erityisen järjestämisvelvollisuuden alaisia palveluita kunnan on järjestettävä, mikäli asiakas täyttää lain edellyttämät vaikeavammaisuuden kriteerit. Tällöin määrärahojen loppuminen tai muu taloudellinen tilanne ei estä asiakasta saamasta palvelua. (Malm ym. 2004, 368.) Erityisen järjestämisvelvollisuuden alaisia palveluita ja tukitoimia ovat kuljetuspalvelut ja niihin liittyvät saattajapalvelut, tulkkipalvelut, päivätoiminta, palveluasuminen, taloudelliset tukitoimenpiteet ja 1.9.2009 alkaen myös henkilökohtainen apu. Taloudellisiin tukitoimiin kuuluvat asunnon muutostyöt sekä välineet ja laitteet. Kunnan erityinen järjestämisvelvollisuus poistuu palveluasumisen, taloudellisten tukitoimien ja henkilökohtaisen avun osalta kuitenkin silloin, kun vaikeavammaisen riittävää huolenpitoa ei voida turvata avohuollon toimenpitein. (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 1987/380 8 §.)

Vammaispalveluihin kuuluvat sekä kuntien järjestämät palvelut ja tukitoimet että Kansaneläkelaitoksen etuudet. Vammaispalvelut sisältävät pääpiirteittäin seuraavalaisia palveluita ja tukimuotoja.

Apuvälineet: Vammaisen henkilö voi saada apuvälineitä sekä terveyskeskuksesta tai sairaanhoitopiiriin apuvälineyksiköstä että vammaispalveluna sosiaalihuollosta. Terveyskeskuksesta tai apuvälineyksiköstä saatavat apuvälineet ovat osa lääkinnällistä kuntoutusta. Vammaispalvelun myöntämiä apuvälineitä voi saada sosiaalisen elämän ja virkistyksen tukemiseen, mutta myös kodinkoneisiin, autoon ja muihin liikkumisvälineisiin. (Räty 2002, 138.)

Asunnon muutostyöt: Kunta korvaa vaikeavammaiselle asunnon muutostöistä ja asuntoon kuuluvien laitteiden ja välineiden hankinnasta aiheutuvat kulut. Myös lähiympäristön muutosten suunnittelu ja esteiden poistaminen korvataan. Tavallisimpia kodin muutostöitä ovat kylpyhuoneen ja keittiön muutostyöt, kynnysten poistaminen ja ovien leventäminen. (STM 2007.)

Henkilökohtainen apu: Vaikeavammaisella on oikeus saada henkilökohtaista apua opiskeluun ja työhön ja päivittäisiin toimiin sekä kotona, että sen ulkopuolella. Vammaispalvelulain uudistuksen myötä henkilökohtainen apu on erityisen järjestämisvelvollisuuden alainen tukitoimi. (STM 2008.)

Kuljetuspalvelut: Kunnan on järjestettävä vaikeavammaiselle kuljetuspalveluja työssä käymiseen, opiskeluun, asioimiseen, yhteiskunnalliseen osallistumiseen ja virkistymiseen. Opiskelu - ja työmatkojen lisäksi vaikeavammaisella on oikeus vähintään 18 yhdensuuntaista matkaan kotikuntansa tai lähikuntien alueella. (STM 2007.)

Omaishoidon tuki: Kunta voi maksaa vammaisen henkilön omaiselle omaishoidontukea, jos omainen hoitaa vammaista läheistään. Omaishoidon tukeen liittyy myös muita palveluita kuin vain rahallinen korvaus, esimerkiksi omaishoitajan vapaapäivät. (STM 2008.)

Perhehoito: Perhehoidolla tarkoitetaan ympärivuorokautista, yksityiskodissa, oman kodin ulkopuolella, annettavaa hoitoa (STM 2009). Perhehoitoa käytetään esimerkiksi vaikeasti vammaisten lasten kohdalla, kun on aiheellista tarjota vanhemmille hetki vapaata. Tai vanhemmilla on oikeus pitää omaishoitajan vapaapäiviä.

Palveluasuminen: Vammaisten palveluasumiseen kuuluvat asunnon lisäksi asumiseen liittyvät palvelut, jotka mahdollistavat vammaisen henkilön normaalin ja itsenäisen asumisen. Palveluasuminen voidaan järjestää esimerkiksi vammaisen omassa kodissa henkilökohtaisen avustajan tai kotipalvelun avulla. Palveluasumista järjestetään myös erilaisissa palvelutaloissa ja ryhmäkodeissa. (STM 2007.)

Sopeutumisvalmennus ja kuntoutusohjaus: Sopeutumisvalmennuksella autetaan vammaista elämään täysipainoista elämää vammastaan huolimatta. Sopeutumisvalmennuksen maksaa kunta. Kuntoutusohjauksella taas ohjataan vammaista palvelujen piiriin. Kuntoutusohjausta tapahtuu pääasiassa terveydenhuollossa ja vammaisjärjestöissä. Kunnallinen sosiaalityö voidaan katsoa kuntoutusohjaukseksi silloin, kun tunnustetaan asiakkaan palvelutarpeita ja ohjataan häntä palveluihin. (STM 2007.)

Päivätoiminta: Päivätoimintaan kuuluu kodin ulkopuolella järjestettyä itsenäisessä elämässä selviytymistä tukevaa ja sosiaalista vuorovaikutusta edistävää toimintaa. Päivätoiminnan järjestää kunta. Päivätoiminta on järjestettävä siten, että vammaisella on mahdollisuus osallistua toimintaan viitenä päivänä viikossa tai tätä harvemmin. (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 1987/380, 8 b §.)

Tulkkipalvelut: Tulkkipalveluihin on oikeus vaikeasti kuulovammaisilla, kuurosokeilla ja puhevammaisilla. (STM 2006.) Kunta- ja palvelurakennemuutoksen myötä vammaispalvelulain mukaiset tulkkipalvelut siirtyvät kunnilta Kansaneläkelaitokselle 1.9.2010. Siirron jälkeen tulkkipalveluista säädetään erillisellä lailla, eikä enää vammaispalvelulailla. (STM 2009.)

Kuntoutus: Kuntoutusta järjestetään useamman eri toimijan toimesta ja eri lakien perusteella. Vammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta vastaavat terveyskeskukset ja sairaalat. Kansaneläkelaitos järjestää vaikeavammaisille lääkinnällistä kuntoutusta. Vaikeavammaisella on oikeus saada lääkinnällistä kuntoutusta joko terapiana avohoidossa tai hoitotukina kuntoutuslaitoksessa. (STM 2007.)

Kuntoutusraha: Vammaisella 16-19-vuotiaalla nuorella on oikeus kuntoutusrahaan, jos hän vammansa vuoksi tarvitsee tehostettua työkyvyn arviointia ja kuntoutusta (STM 2008). Kuntoutusrahaa maksaa Kansaneläkelaitos.

Lapsen hoitotuki: Lapsen hoitotukea maksetaan vanhemmille, jos he tai toinen heistä jää kotiin hoitamaan alle 16-vuotiasta sairasta lastaan. Lapsen hoitotuella ja alle 16-vuotiaan vammaistuella tarkoitetaan samoja asioita. Hoitotukea tai vammaistukea maksaa Kansaneläkelaitos. (STM 2008.)

Erityishoitoraha: Erityishoitoraha on vanhemmille maksettava korvaus, jota maksetaan, kun vanhemmat osallistuvat sairaan lapsen hoitoon, kuntoutukseen tai sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskurssille. Erityishoitorahaa maksaa Kansaneläkelaitos. (STM 2008.)

Vammaistuki: Vammaistuen tarkoituksena on korvata sairauden tai vamman aiheuttamia kustannuksia. Vammaistukea maksetaan 16 vuotta täyttäneelle vammaiselle. Vammaistukea maksaa Kansaneläkelaitos. (STM 2008.)

Työllistymistä tukeva toiminta: Vammaisten erityistyöllistämistä varten on erilaisia työllistämisyksiköitä. Työllistymistä pyritään tukemaan erilaisin keinoin, kuten työkokeilujen ja erilaisten rahoittajien avulla, kuten kunnat ja työhallinnon työllistämistuki. (STM 2007.)

3.2 Vammaispalvelujen lainsäädäntö 1.9.2009 alkaen

Uudistunut vammaispalvelulaki astui voimaan 1.9.2009. Kokonaan uutta lakia ei tullut, vaan kyse on muutamasta vammaispalvelulain muutoksesta ja uudesta säännöksestä. Tästä johtuen vammaispalvelulain henki, tarkoitus ja taustalla vaikuttavat tulkintaperiaatteet ovat ennallaan. Uudistunut vammaispalvelulaki edellyttää kuitenkin ajatustavan muutosta lain soveltajalta sekä palveluita hakevalta asiakkaalta. Lain uudistusten myötä korostuu palvelujen suunnittelun merkitys ja sen suhde päätöksentekoon. (Ahola & Konttinen 2009, 6.)

Vammaispalvelulain uudistuksen taustalla oli pääasiassa kaksi tavoitetta: vammaisten yhdenvertaisuuden edistäminen ja itsemääräämisoikeuden vahvistaminen. Tavoitteena on edistää vammaisten yhdenvertaisuutta ensinnäkin suhteessa vammattomiin. Vammaisella tulisi olla samanlainen oikeus elää yhteisössä ja tehdä samanlaisia valintoja kuin vammattomilla. Tarkoituksena on edistää myös vammaisten keskinäistä yhdenvertaisuutta riippumatta vammasta tai asuinpaikasta. Toista tavoitetta, itsemääräämisoikeuden vahvistamista, pidetään hyvin merkittävänä. Lain tavoitteena on ollut kehittää palveluiden toteuttamista koskevia menettelytapasäännöksiä siten, että asiakkaan oma mielipide ja toivomukset sekä yksilöllinen avuntarve ja elämäntilanne otetaan entistä vahvemmin huomioon, kun palveluita ja tukitoimia suunnitellaan ja niistä päätetään. (Ahola & Konttinen 2009, 6–7.)

3.3 Vammaispalvelulain keskeisimmät uudistukset

Uudistuneessa vammaispalvelulaissa on neljä keskeistä uudistusta: asiakkaan yksilöllisen avuntarpeen huomioiminen, palvelutarpeen selvittäminen, palvelusuunnitelman tekeminen ja asian viivytyksetön käsittely.

3.3.1 Asiakkaan yksilöllisen avuntarpeen huomioiminen

Asiakkaan yksilöllisen avuntarpeen huomioiminen mainitaan vammaispalvelulain 3. §:n 2. momentissa. Vammaispalveluja järjestettäessä on kunnioitettava vammaisen henkilön itsemääräämisoikeutta sekä kiinnitettävä erityistä huomiota asiakkaan vammasta tai sairaudesta aiheutuvaan avuntarpeeseen ja hänen yksilölliseen elämäntilanteeseen. Vammaiselle on aina järjestettävä mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa siihen, millaisia palveluita ja tukitoimia hänelle järjestetään ja millä tavoin ne toteutetaan. Palveluilla ja tukitoimilla on tarkoitus edistää itsemääräämisoikeuden toteutumista ja lisätä mahdollisuuksia toimia ja osallistua yhdenvertaisena yhteiskunnan jäsenenä. (Ahola & Konttinen 2009, 8–9.)

3.3.2 Palvelutarpeen selvittäminen

Hallituksen esityksen (2008, 25–26) mukaan tarkoituksena on, että asiakkaan palvelutarve selvitetään hänen tilanteensa ja olosuhteidensa edellyttämässä laajuudessa. Pääsääntönä on, että palvelutarpeen selvittäminen edellyttää kotikäyntiä tai vähintään asiakkaan henkilökohtaista tapaamista. Tarvittaessa toimintakyvyn arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia arviointimenetelmiä, jotka soveltuvat vammaisten henkilöiden toimintakyvyn arviointiin. Lisäksi palvelutarpeen selvittämiseen liittyy usein asiantuntijaselvitysten hankkimista. Olennaista palvelutarpeen selvittämisessä on, että arvioidaan ja kartoitetaan vammaisen toimintakyky ja elämäntilanne (Ahola & Konttinen 2009, 11).

3.3.3 Palvelusuunnitelman tekeminen

Uudistuneessa vammaispalvelulaissa haluttiin korostaa palvelusuunnitelman laatimisen velvollisuutta ja suunnittelun merkitystä ottamalla palvelusuunnitelmasäännös lakiin. Lainsäädännön tasolla tilanne ei olennaisesti muuttunut, koska palvelusuunnitelmaa velvoittava säännös on ollut jo kauan sosiaalihuollon asiakaslaissa sekä täsmentäviä säännöksiä vammaispalveluasetuksessa. Uuden säännöksen on kuitenkin tarkoitus an-

taa suuntaa uudelleenlaiselle ajattelutavalle vammaispalvelujen suunnittelussa ja päätöksenteossa. (Ahola & Konttinen 2009, 13.) Tarve muuttaa palvelusuunnitelman roolia uudistuneessa laissa lähti siitä, että valtakunnan tasolla oli tiedossa, että palvelusuunnitelmia tehdään hyvin vaihtelevasti eri paikkakunnilla. Tiedossa oli myös, että palvelusuunnitelma tehdään keskimäärin alle puolelle vammaispalvelun asiakkaista. (Hallituksen esitys 2008, 14.)

3.3.4 Asian viivytyksetön käsittely

Uusi asia vammaispalvelulaissa on, että se säätää määräaikoja. Vammaispalvelulain 3. a §:n 1. momentissa sanotaan, että palveluiden ja tukitoimien tarpeen selvittäminen on aloitettava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä sen jälkeen, kun vammaisen henkilö tai hänen edustajansa on ottanut yhteyttä kuntaan palvelujen saamiseksi. Myös päätökset on tehtävä ilman aiheutonta viivytystä ja viimeistään kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun asiakas on palvelua hakenut. Hakemus voi olla suullinen tai kirjallinen, ja se voidaan tehdä eri ajankohtina palvelutarvetta selvitettyä. (Ahola & Konttinen 2009, 16.)

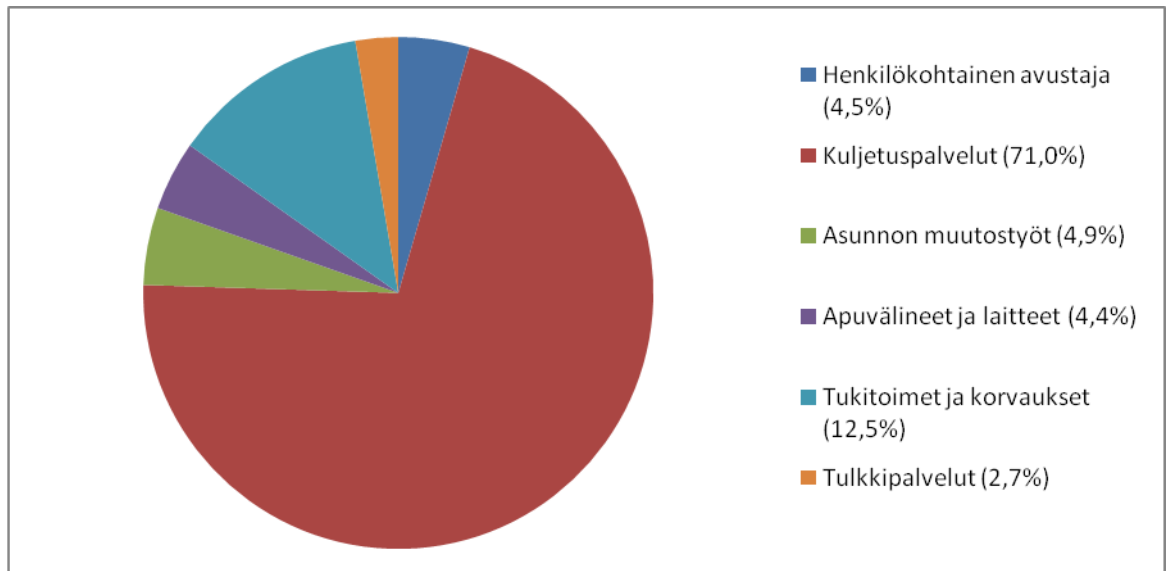
4 VAMMAISPALVELUT KOTKAN KAUPUNGISSA

Kotkan kaupungissa vammaispalvelut ovat sosiaalihuollon vastualueen alaisuudessa vammaistyön palvelualueena. Sosiaalihuollon vastuualuetta johtaa sosiaalijohtaja ja vammaistyön palvelualueetta johtaa vammaistyön johtaja. (Sosiaalihuollon vastuualueen toimintasääntö 2009, 1, 6.)

Kotkan kaupungissa on vammaispalvelutoimisto, jossa työskentelevät seuraavat henkilöt: vammaistyönjohtaja, vammaistyön sosiaalityöntekijä, kehitysvammatyön sosiaalityöntekijä, vammaispalveluohjaaja, kaksi toimistosihteerä, asumispalvelukoordinaattori ja kolme perhetyöntekijää (Weckman 2009). Vammaispalvelutoimistolle kuuluvat vammaispalvelulain mukaiset palvelut ja tukitoimet, avohuollon ohjaus, omaishoidon tuki, sosiaalityö sekä kehitysvammahuollon palvelut. (Kotkan kaupungin internetsivut 2008.) Työnjako vammaistyön sosiaalityöntekijän ja vammaispalveluohjaajan välillä on seuraavanlainen: vammaispalveluohjaaja käsittelee kuljetuspalveluhakemukset ja hoitaa osan henkilökohtaisen avun piirissä olevista asiakkaista. Vammaistyön sosiaalityöntekijä käsittelee kaikki muut vammaispalvelulain mukaiset asiat

lukuun ottamatta kuljetuspalveluita. Pääasiassa sosiaalityöntekijä käsittelee uudet henkilökohtaisen avun piiriin hakeutuvat asiakkaat. Sosiaalityöntekijä tekee myös suurimman osan palvelusuunnitelmista. Sosiaalityöntekijät toivat haastatteluissa esille, että Kotkan kaupungin vammaispalvelussa palvelusuunnitelma tehdään kaikille henkilökohtaisen avun piirissä oleville asiakkaille. Myös asunnon muutostöissä on tarkoituksenmukaista tehdä palvelusuunnitelma. Tavoitteena olisi, että kaikille asiakkaille, joilla on useampi palvelu, tehtäisiin palvelusuunnitelma. Aina tämä tavoite ei kuitenkaan toteudu. Palvelusuunnitelman tekeminen riippuu pitkälti sosiaalityöntekijän tekemästä arvioista, mikäli asiakas ei itse vaadi palvelusuunnitelmaa. Toinen sosiaalityöntekijöistä toi esille, että jos asiakkaan tilanne vaikuttaa haastavalta ja siinä on monia huomioitavia seikkoja, tekee hän yleensä silloin palvelusuunnitelman Jos työntekijä kokee tilanteen jollakin tavalla vaikeaksi, on palvelusuunnitelma hyvä työväline sosiaalityöntekijälle selkeyttämään tilannetta. (Vuohelainen 2008; Heiskanen 2009.)

Helmikuun lopussa vuonna 2009 Kotkan kaupungissa oli 54 734 asukasta väestörekisterijärjestelmän mukaan. Vammaispalvelutoimiston asiakkaita vuonna 2008 oli noin 1 500. Näistä asiakkaista noin 300 oli kehitysvammaisia ja noin 300 asiakasta oli sosiaalihuoltolain mukaisten kuljetuspalveluiden asiakkaita. Pelkästään vammaispalvelulain mukaisten palveluiden asiakkaita oli siis noin 900. Tarkemman käsityksen asiakaskunnasta saa, kun tarkastelee eri palveluiden osuuksia kaikista vammaispalvelulain mukaisista palveluista. (kuva 1.) Palveluiden osuudet on muodostettu asiakasmäärien perusteella. Kuvaa tarkastellessa on syytä huomioida, että sama asiakas saattaa samaan aikaan olla useamman palvelun piirissä. Esimerkiksi asiakkaalla, jolla on henkilökohtainen avustaja, on hänellä usein myös vammaispalvelulain mukaiset kuljetuspalvelut. (Hakola 2009.)



Kuva 1. Kotkan kaupungin vammaispalvelun eri palveluissa olevien asiakkaiden osuudet vuonna 2008

Kuvasta 1 näkee selkeästi, että kuljetuspalveluita ja kuljetuspalveluasiakkaita on Kotkan kaupungin vammaispalvelussa selkeästi eniten asiakaskunnasta. Muut palvelut jakaantuvat melko tasaisiin osuuksiin. Selvyyden vuoksi on syytä tarkentaa, että tukitoimiin ja korvauksiin sisältyy muun muassa sopeutumisvalmennus, viittomakielen opetus, liikkumistaidon ohjaus ja virkistystoiminta. (Weckman 2009.)

Uusien asiakkaiden määrää ei Effica tietojärjestelmästä saada, mutta vuonna 2008 vireillepanoja tehtiin 365 kappaletta. Vireillepano tarkoittaa sitä, että asiakkaan kohdalla on jonkin palvelun tai tukitoimen hakuprosessi käynnistynyt. Vireillepanoja tehdään siis sekä uusien että vanhojen asiakkaiden kohdalla. Jos vireillepanot jaetaan tasaisesti vuoden jokaiselle päivälle, tulee vammaispalvelutoimistoon joka päivä yksi uusi käsiteltävä asia. Tämä on melko paljon, koska vireille laitettu asia edellyttää aina vähintään palvelutarpeen kartoitusta ja päätöstä. (Hakola 2009.)

5 VAMMAISPALVELUN SOSIAALITYÖ

5.1 Sosiaalityö

Sosiaalityö määritellään ammatilliseksi työksi, jonka tavoitteena on edistää sosiaalista hyvinvointia ja ehkäistä, vähentää tai poistaa yksilöiden tai yhteisöjen sosiaalisia ongelmia. Sosiaalityön pyrkimyksenä on parantaa asiakkaiden selviytymisen edellytyk-

siä ja elämänlaatua. Sosiaalityö koostuu muun muassa ohjauksesta, neuvonnasta ja yksilöiden, perheiden tai yhteisöjen sosiaalisten ongelmien selvittämisestä. (Stakesin sanasto.) Edellä oleva määritelmä on vain yksi monista mahdollisista sosiaalityön määritelmistä. Esimerkiksi sosiaalityön yliopistoverkosto määrittelee sosiaalityön sosiaalityöntekijän yliopistokoulutuksen saaneen ammattihenkilön toiminnaksi, jolla vahvistetaan hyvinvointia edistäviä olosuhteita, yhteisöjen toimivuutta sekä yksilöiden toimintakykyisyyttä. (Valtakunnallinen sosiaalityön yliopistoverkosto 2004.) Itse ajattelen sosiaalityön hieman laajemmin kuin sosiaalityön yliopistoverkosto. Sosiaalityötä tehdään monella kentällä monien eri toimijoiden toimesta. Esimerkiksi monet järjestöt tekevät sosiaalityötä vapaaehtoisten voimin. Toki sosiaalityöntekijän sosiaalityö on erilaista kuin esimerkiksi vapaaehtoistyöntekijän sosiaalityö ja niin sen pitääkin olla, mutta siitä huolimatta molemmat tekevät sosiaalityötä.

Tänä päivänä sosiaalityötä voidaan ajatella kattokäsitteenä, joka jakautuu erikoistuneisiin sosiaalityön osa-alueisiin. Tavallisesti sosiaalityö jaetaan lasten ja perheiden kanssa tehtävään työhön ja aikuissosiaalityöhön. Myös vammaisten ja päihdeongelmaisten kanssa tehtävää työtä voidaan pitää omana erityisalueenaan. (Raunio 2004, 44.) Tällaista jaottelua näkee erityisesti isoissa kaupungeissa. Pienemmissä kaupungeissa ja kunnissa usein yksi ihminen vastaa koko sosiaalityön kentästä.

5.2 Vammaispalvelun sosiaalityön erityisyys

Vammaispalvelun sosiaalityön erityisyys syntyy monesta osatekijästä. Varsinais-Suomen osaamiskeskus Vasso Oy Ab on tehnyt Vammaispalvelun sosiaalityön yhteinen toimintakäytäntö -käsikirjan. Käsikirja on koottu Vammaispalvelujen palvelurakenteen kehittäminen Varsinais-Suomessa -hankkeen aikana. Mielestäni käsikirjassa on nostettu esille monia tärkeitä asioita vammaispalvelun sosiaalityöstä.

Käsikirjassa vammaispalvelun sosiaalityön erityisyydellä tarkoitetaan niitä piirteitä, jotka tekevät siitä haasteellisen ja erityisosaamista vaativan sosiaalihuollon erikoisalan. Vammaispalvelun sosiaalityön erityisyyttä luovat muun muassa seuraavat asiat:

- 1) Asiakkaina on eri elämänvaiheessa olevia henkilöitä. Käytännössä asiakaskunta koostuu vauvasta vaariin, jolloin asiakkaiden tilanteet ja tarpeet ovat hyvin

yksilöllisiä. Tähän liittyen asiakkaiden erilaiset vammat ja sairaudet luovat myös yksilöllisiä tilanteita.

- 2) Jokseenkin väljä oikeusnormisto tuo työlle haastetta. Toimintaa säätelevät lait antavat puitteet, joissa työntekijä tekee päätökset omaan harkintaan ja johtopäätöksiin nojautuen.
- 3) Vammaispalvelun sosiaalityölle on tyypillistä suuri yhteistyökumppaneiden määrä sekä kunnassa että sen ulkopuolella. Työntekijältä vaaditaan erityisen hyviä yhteistyö- ja vuorovaikutustaitoja.
- 4) Vammaispalvelun sosiaalityössä työntekijällä tulee olla tietämystä sairauksista ja vammoista sekä niiden vaikutuksista toimintakykyyn. Pelkät sosiaalityön taidot eivät riitä, vaan työntekijällä pitää olla myös ymmärrystä ihmisen fyysisestä puolesta. (Pakkala, 10–11.)

6 PALVELUSUUNNITELMA

6.1 Palvelusuunnitelma käsitteenä

Palvelusuunnitelma määritellään erilaisissa lähteissä hieman eri tavoin. Yhtenäisen määrittelyn puuttuminen johtuu suurimmaksi osaksi siitä, että palvelusuunnitelma-käsitteellä voidaan tarkoittaa monia erilaisia suunnitelmia. Palvelusuunnitelma-käsite on kattokäsite, jonka alapuolella on yksityiskohtaisempia käsitteitä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusuunnitelmia ovat esimerkiksi kuntoutussuunnitelma, lastenhuollon jälkihuoltosuunnitelma, hoito- ja kasvatussuunnitelma, tuki- ja palvelusuunnitelma, palvelu- ja hoitosuunnitelma ja erityishuolto-ohjelma. Käsitettä palvelusuunnitelma käytetään myös talousarvioesityksen jälkeen laadittavasta organisaation palvelutoimintaa koskevasta suunnitelmasta (vertaa käyttösuunnitelma tai toimintasuunnitelma). (Sosiaalityön sanasto 2006.)

Selvyyden vuoksi käytän tässä työssä ainoastaan palvelusuunnitelma-käsitettä. Palvelusuunnitelma tarkoittaa tässä yhteydessä vammaispalveluissa tehtävää palvelusuunnitelmaa. Valintani perustelen sillä, että asetuksessa vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista puhutaan ainoastaan palvelusuunnitelmasta. Myös

hallituksen esityksessä (2008) vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetun lain muuttamisesta, puhutaan palvelusuunnitelmasta.

Vammaispalvelun palvelusuunnitelmaa voi määritellä kahdella toisiaan täydentävällä tavalla: palvelusuunnitelma on *suunnitelma* ja *kartoitus* palveluista ja muista tukitoimista, joita asiakas tarvitsee selviytyäkseen jokapäiväisestä elämästä sekä asiakkaan tämän hetkisestä elämäntilanteesta (Kontinen, 3). Palvelusuunnitelma on myös palveluiden *laadun mittari*, mikäli sitä käytetään apuvälineenä asiakkaan kaikkien palveluiden ja tukitoimien hahmottamiseen. Laadun mittarina oleminen perustuu siihen, että palvelusuunnitelmaa tehtäessä asiakkaan ja työntekijän tulisi ottaa kantaa palveluiden laatuun. Laatua tulisi erityisesti arvioida asiakkaan tarpeista lähtien. (Pietiläinen, Ylikoski & Juusti 1999, 64.) Nämä määritelmät eivät missään nimessä ole toisiaan poisulkevia, vaikka lähestyvätkin palvelusuunnitelmaa hieman erilaisista lähtökohdista.

6.2 Palvelusuunnitelman tekemisen hyvät periaatteet

Kun palvelusuunnitelma hahmotetaan palveluiden suunnitelmana ja asiakkaan tilanteen kartoituksena sekä laadun mittarina, antaa se erityisesti työntekijän työskentelyyn uusia näkökulmia ja ulottuvuuksia. Tästä näkökulmasta ajatellen lähtökohtana ei ole asiakkaan sopivuus palveluun vaan palvelun sopivuus asiakkaalle. Pyrkimyksenä on tällöin muokata palvelusta asiakkaalle sopiva kokonaisuus.

Periaatteena on, että palveluita ei valita asiakkaalle sen mukaan, millaisia palveluita kunnalla tai kuntayhtymällä tai jollakin muulla palvelun tuottajalla on perinteisesti tarjolla tai vapaana, vaan palvelusuunnittelu lähtee asiakkaan tilanteen yksilöllisestä arvioinnista. (Pietiläinen ym. 1999, 67.) Asiakkaiden yksilölliset elämäntilanteet asettavat valtavia haasteita rajalliselle palvelujärjestelmälle ja hyvin rajallisille taloudellisille resursseille. Tosiasia on kuitenkin se, että palvelusuunnitelma syntyy kahden näkökulman, asiakkaan ja palvelujärjestelmän kompromissina. (Pietiläinen ym. 1999, 68.)

Asiakaskeskeisissä palveluissa pyritään muokkaamaan palvelut ja ohjaamaan resurssit asiakkaiden tarpeita vastaaviksi. Palveluista tulee tehdä joustavia ja saavutettavissa olevia. Asiakkaan ja ammatti-ihmisten tai asiantuntijoiden välinen yhteistyö ja kumppanuus ovat avain asiakaskeskeisiin palveluihin ja onnistuneeseen palvelusuunnitelmaprosessiin. Asiakkaan vaikutusmahdollisuuksien lisääminen edellyttää ammatti-

ihmisten kriittistä tarkastelua omista rooleistaan ja käytännöistään. Ammattilaisten tulisi panostaa sellaisten käytäntöjen ja roolien kehittämiseen, jotka edistävät molemminpuolista kunnioitusta ja kumppanuutta. (Pietiläinen ym. 1999, 66–67.)

6.3 Palvelusuunnitelman sisältö

Hyvä palvelusuunnitelma toimii yhdistävänä sateenvarjona asiakkaan tuen ja tarjottavien palveluiden välillä. (Pietiläinen ym. 1999, 64). Palvelusuunnitelmassa tulisi näkyä kaikki asiakkaan palvelut ja tukitoimet, joita hänellä on tai joita hän tarvitsisi (Konttinen, 3). Yleisesti ajatellen hyvässä palvelusuunnitelmassa on kuvaus asiakkaan tämänhetkisistä tuki- ja turvaverkoista ja olemassa olevista palveluista. Palvelusuunnitelmassa määritellään asiakkaan voimavarat, asiakkaan itsensä määrittelemät tavoitteet ja toiveet siitä millaista tukea ja millaisia palveluita ja milloin hän tarvitsee. (Pietiläinen & Seppälä 2003, 51.) Palvelusuunnitelmassa tulisi kuvata sekä asiakkaan tämänhetkinen tilanne että tulevaisuuden haasteet ja keinot haasteiden kohtaamiseen.

Palvelusuunnitelmassa ei ole tärkeintä minkälaista lomaketta käytetään, vaan asiakkaan kannalta keskeisintä on itse prosessi ja siihen liittyvä vuorovaikutus. Prosessi alkaa tutustumisesta asiakkaaseen, haastatteluista ja keskusteluista ja tarpeiden ja toiveiden kartoittamisesta. Palvelusuunnitelman tulee jatkuvasti muuntautua asiakkaan elämäntilanteiden ja tarpeiden mukaan. Suunnitelmaa kirjataan ylös jatkuvasti sitä mukaa, kun asioissa edetään. Suunnitelmaa tulee tarkistaa aina, kun jokin asia asiakkaan elämässä sitä edellyttää. (Pietiläinen ym. 1999, 67–68.) Uudistuneessa vammaispalvelulain 3. a §:n 2. momentissa mainitaan: ”Palvelusuunnitelma on tarkistettava, jos vammaisen henkilön palveluntarpeessa tai olosuhteissa tapahtuu muutoksia sekä muutoinkin tarpeen mukaan.” (Ahola & Konttinen 2009, 12.)

Palvelusuunnitelmaa tehdessä tavoitteena tulisi olla kunnan ja asiakkaan yhteinen näkemys asiakkaan toimintakyvystä, tarvittavista palveluista ja tulevaisuuden suunnitelmista. Palvelusuunnitelmaa laadittaessa voi kuitenkin näkemuseroja tulla kunnan edustajan ja asiakkaan välille. Jos yhteisymmärrykseen ei päästä, asiakkaalla on aina oikeus esittää oma mielipiteensä ja toivomukset. Näiden mielipiteiden ja toivomusten tulee myös selkeästi näkyä palvelusuunnitelmassa. Erimielisyystilanteissa asiakkaalla on oikeus liittää kirjallinen selvitys palvelusuunnitelmaan; hyvässä palvelusuunnitel-

malomakkeessa on kohta, jossa asiakas voi kaikissa tilanteissa esittää omat toiveensa ja suunnitelmansa. (Ahola & Konttinen 2009, 14.)

6.4 Palvelusuunnitelma ja lainsäädäntö

Vammaispalveluiden palvelujärjestelmään palvelusuunnitelma tuli asetuksessa vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista vuonna 1987. Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 7. § mukaan sosiaalihuoltoa toteutettaessa on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma, jollei kyseessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus tai jollei suunnitelman laatiminen ole muutoin ilmeisen tarpeetonta. (Räty 2002, 48.) Uudistunut vammaispalvelulaki vahvisti entisestään palvelusuunnitelman merkitystä ja sen laatimisvelvoitetta.

Palvelusuunnitelma ei ole juridisesti sitova allekirjoitettunakaan (Konttinen, 10). Palvelusuunnitelmaan voidaan kirjata asiakkaan toivomia palveluita tai tukitoimia. Palveluiden kirjaaminen palvelusuunnitelmaan ei kuitenkaan tarkoita sitä, että asiakas olisi oikeutettu näihin palveluihin ja että niitä hänelle myönnettäisiin. Jotta palveluja voi saada, on aina tehtävä erillinen hakemus (Konttinen, 10). Vasta hakemukseen viranhaltija voi tehdä päätöksen. Päätöstä tehdessä palvelusuunnitelmalla ja sen sisällöllä on kuitenkin merkitystä, koska palvelusuunnitelman tulisi toimia päätöksenteon pohjana (Hallituksen esitys 2008, 14). Mikäli asiakkaalle tehdään kielteinen päätös jostakin palvelusta, joka on kirjattu palvelusuunnitelmaan, tulee päätös perustella erityisen hyvin (Konttinen 2009).

6.5 Palvelusuunnitelman tavoite

Palvelusuunnitelman tavoitteena on tukea ja vahvistaa asiakkaan arjessa selviytymistä. Palveluiden suunnittelun lähtökohtana ovat yksilö, hänen toiveensa ja elämänsuunnitelmansa. Saadun tuen ja palveluiden tulee olla sellaisia, jotka vastaavat asiakkaan elämäntilanteeseen ja todelliseen tarpeeseen. Palvelusuunnitelmaan tulee koota kaikki se tuki, jota asiakas saa eri tahoilta. (Pietiläinen ym. 1999, 65–67.) Palvelusuunnitelma ei siis ole vain suunnitelma vammaispalveluiden osalta.

Palvelusuunnitelma on monitahoinen, ja usein sen tekemiseen osallistuu eri ammattiryhmiä. (Pietiläinen ym. 1999, 66.) Eri ammattiryhmien osallistuminen on tärkeää,

jotta suunnitelmasta saadaan monipuolinen ja siinä tulee huomioitua erilaisia palveluita ja tukitoimia. Suunnitelmaa tehdessä on tärkeää muistaa, että asiakas on oman elämänsä paras asiantuntija. Suunnitelman tekemiseen osallistuvien ammattilaisten tulee sitoutua palvelusuunnitelmapalaverissa pohtimaan erityisesti niitä asioita, joita asiakas itse tuo esille. (Pietiläinen ym. 1999, 66.)

Palvelusuunnitelman tekemisen tavoitteena on selkeyttää asioita sekä asiakkaalle että työntekijälle. Koska vammaispalveluiden, kuten monien muidenkin palveluiden, osalta palvelujärjestelmä on hajautunut ja pirstaleinen, on asioiden kokoaminen tarpeellista ja perusteltua.

Sirkka Sivula totesi Kouvolassa 10.3.2009: ” Palvelusuunnitelmaa ei tehdä suunnitelman vuoksi eikä palveluita myönnetä palveluiden vuoksi, vaan ihmisten vuoksi.” Palvelusuunnitelmaa tehdessä tulisi niin ammattilaisten kuin asiakkaidenkin tiedostaa tämä ajatus.

6.6 Palvelusuunnitelman tekemisen hyödyt

Ensisijaisesti palvelusuunnitelma tehdään asiakasta varten, mutta palvelusuunnitelman tekemisestä hyötyvät myös yksittäinen työntekijä, mutta myös kunta. Palvelusuunnitelmaa ja sen merkitystä tulisikin ajatella laajemmin, jotta siitä saataisiin kaikki se hyöty irti, mitä siitä on mahdollista saada.

6.6.1 Palvelusuunnitelman hyödyt asiakkaan näkökulmasta

Asiakkaalle palvelusuunnitelmaprosessi on tärkeä elämänhallinnan tunteen kannalta. Palvelusuunnitelman tekeminen yhdessä asiakkaan kanssa asiakasta kuunnellen osallistaa asiakkaan hänen oman tuen ja palvelun suunnitteluun (Sivula 2009). Asiakkaalle välitetään, että hän itse pystyy vammastaan tai sairaudesta huolimatta vaikuttamaan ja hallitsemaan omaa elämäänsä.

Toinen tärkeä asia on, että asiakas saa palvelusuunnitelmassa oman äänensä kuuluville. Asiakas saa sanoa omat mielipiteensä palveluista ja etuuksista. Asiakas myös pystyy antamaan palautetta jo olemassa olevista palveluista. (Konttinen 2009.)

Asiakkaan kannalta kolmas tärkeä seikka palvelusuunnitelmassa ja sen tekemisessä on, että asiakas saa tietoa palveluista ja tukimuodoista. Palvelusuunnitelmaprosessissa suurta roolia näyttelee palveluohjaus. Palveluohjauksen avulla asiakkaalle annetaan tietoa olemassa olevista palveluista, vaikka kyseiset palvelut eivät olisi asiakkaalle vielä ajankohtaisia. Palvelusuunnitelmaa tehdessä asiakkaalle nimetään yhteys- tai vastuuhenkilö, jota asiakas voi lähestyä aina tarpeen tullen. (Sivula 2009.) Asiakkaalle on tärkeää, että hänelle on nimetty joku henkilö, joka vastaa juuri hänen asioistaan. Tällöin asiakkaan on helpompaa lähestyä työntekijää pienen tai suuren asian kanssa.

6.6.2 Palvelusuunnitelman hyödyt työntekijän näkökulmasta

Työntekijän tulisi ajatella palvelusuunnitelmaa työvälineenä eikä pakollisena pahana, joka lainsäädännön määräyksestä on tehtävä kaikille vammaispalvelun asiakkaille. Palvelusuunnitelma on erittäin hyvä sosiaalityön työväline. Palvelusuunnitelma auttaa keräämään asiakkaasta taustatietoja. Se tuo esiin asiakkaan tarpeet ja toiveet sekä asiakkaan oman mielipiteen. Palvelusuunnitelman voidaan myös ajatella ohjaavan sosiaalityön tekemistä. Palvelusuunnitelmaa tehdessä asiakkaan kanssa käydään läpi erilaisia palveluita ja tukimuotoja. Valmis palvelusuunnitelma on osoitus ohjausveloitteen täyttämisestä lainsäädännön näkökulmasta. (Konttinen 2009.)

Viimeisimpänä muttei suinkaan vähäisimpänä, palvelusuunnitelma on työntekijälle informaatio-väline (Konttinen 2009). Palvelusuunnitelma on kokonaisvaltainen dokumentti asiakkaasta tarpeineen ja palveluineen. Esimerkiksi uusi työntekijä saa palvelusuunnitelman avulla nopeasti käsityksen asiakkaasta, jota ei ole koskaan aiemmin tavannut. Tämän takia on erityisen tärkeää, että palvelusuunnitelmat kirjataan myös sähköisiin järjestelmiin. Tällöin ne ovat helposti eri työntekijöiden saatavissa.

6.6.3 Palvelusuunnitelman hyödyt kunnan näkökulmasta

Kunnalle palvelusuunnitelma on erityisen hyvä väline budjetointiin. Palvelusuunnitelmissa voidaan ilmaista tulevien vuosien palvelutarpeita, jolloin kunta voi budjetissaan huomioida nämä palvelutarpeet ja varata niihin myös riittävästi määrärahoja. (Sivula 2009.)

Palvelusuunnitelmat antavat kunnille myös tietoa tuotetuista palveluista, kuten palvelusuunnitelman määrittelyssä määrittelin palvelusuunnitelman laadun mittariksi. Palvelusuunnitelma voi toimia eräänlaisena asiakaspalautejärjestelmänä. Palvelusuunnitelma tuo kunnan toimintaan myös taloudellisuutta. Palvelusuunnitelmista saadaan tietoa siitä, mitä asiakas tarvitsee. Tällöin kunta osaa tuottaa palveluita asiakkaiden tarpeiden mukaan, ei sen mukaan mitä luullaan asiakkaiden tarvitsevan. (Sivula 2009.) Palvelusuunnitelmista voisi siis olla kunnille paitsi käytännön hyötyä, myös taloudellista hyötyä.

7 TOIMINTAKYKY

Toimintakyvyn käsite on hyvin moniulotteinen ja se voidaan määrittellä hyvin monella eri tavalla ja sitä voidaan lähestyä erilaisista näkökulmista. Yhtä yleisesti hyväksyttyä määritelmää ei ole olemassa, koska kaikki ihmiset ovat erilaisia ja arvottavat asioita eri tavoin. Jokainen yksilö määrittää myös toimintakyvyn omalla kohdallaan eritavoin. Toimintakyvyn määritelmään vaikuttaa yksilön lisäksi myös yksilön elämänvaihe (mikä missäkin kohdassa elämää on tärkeää) ja olosuhteet, joissa hän elää. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Klemilä & Ihalainen 2003, 22.)

Selvyyden vuoksi määrittelen työssäni toimintakyvyn seuraavalla tavalla: toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä vastata elinympäristön asettamiin haasteisiin ja vaatimuksiin (Suvikas, Laurell & Nordman 2006, 78). Toimintakyky on kykyä selviytyä arjesta, mutta myös yllättävistä tilanteista, joita tulee vastaan. Toimintakyky tilana ei ole staattinen, pysyvä tila, vaan se muuttuu yksilössä, muissa ihmisissä tai ympäristössä tapahtuvien muutosten myötä.

7.1 Toimintakyvyn osa-alueet ja ulottuvuudet

Toimintakykyä tulee ajatella kokonaisuutena. Perinteisessä jaottelussa toimintakyky koostuu kolmesta osa-alueesta; fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen (Kettunen ym. 2003, 20). Toisaalta toimintakykyä voidaan ajatella myös kolmen ulottuvuuden kokonaisuutena: kehon ulottuvuus, yksilöllisen toiminnan ulottuvuus sekä yhteiskunnallinen ja kulttuurinen ulottuvuus. Kehon ulottuvuudella tarkoitetaan ihmisen fyysisiä ominaisuuksia. Kehon ulottuvuus asettaa reunaehdot yksilön toiminnalle. Yksilöllisen toiminnan ulottuvuudella tarkoitetaan ihmisen toiminnan mieltä ja tarkoitusta eli

psykkistä ja henkistä osa-aluetta. Yhteiskunnallisella ja kulttuurisella ulottuvuudella tarkoitetaan yhteiskunnan, kulttuurin, tekniikan ja elinympäristön vaikuttavuutta toimintakykyyn ja siihen, miten toimintakykyä voidaan edistää. Toisin sanoen yhteiskunnallisella ja kulttuurisella ulottuvuudella tarkoitetaan sosiaalista osallistumista. (Suvikas ym. 2006, 78.)

Toimintakyvystä puhuttaessa on muistettava, että keho, mieli ja ympäristö ovat jatkuvasti vuorovaikutuksessa keskenään (Kettunen ym. 2003, 20). Toimintakykyä käsitellessä ei voida kiinnittää huomiota ainoastaan fyysiseen toimintakykyyn. Aina on muistettava arvioida fyysisen toimintakyvyn vaikutukset psyykkiseen toimintakykyyn ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Esimerkiksi halvaantuminen ei merkitse vain fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä, vaan vaikutus on kokonaisvaltaisempi. Halvaantuminen vaikeuttaa osallistumista kaikkiin arjen toimintoihin ja vaikuttaa tätä kautta myös psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn.

Vaikka toimintakykyä tulee tarkastella osa-alueiden kokonaisuutena, on toimintakykyä helpompaa arvioida osa-alueiden kautta ja lopulta koota arvioinnista kokonaisuus. Tämän vuoksi käsittelen seuraavaksi fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista osa-aluetta sisällön ja arvioinnin kannalta.

7.1.1 Fyysinen toimintakyky

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan useimmiten kykyä selviytyä erilaisista päivittäisistä toiminnoista. Tällaisia päivittäisiä toimintoja ovat syöminen, juominen, nukkuminen, pukeutuminen ja liikkuminen. Fyysistä toimintakykyä voidaan tarkastella myös elimistön toiminnallisena kykynä selviytyä fyysistä ponnistelua vaativista tehtävistä, kuten portaiden nousu ja juokseminen. Kolmas tarkastelukulma fyysiselle toimintakyvylle on yksittäisen elimen tai elinjärjestelmän toimintakyky. Tällöin tarkastelun kohteena on esimerkiksi hengitys- ja verenkiertoelimet ja hapenotto- ja verenkierto-kyky. (Malm ym. 2004, 59.) Fyysisen toimintakyvyn tarkastelun näkökulma riippuu siitä, mitä halutaan arvioida. Jos halutaan arvioida ihmisen fyysistä toimintakykyä kokonaisvaltaisesti ja arjen ja toimintojen näkökulmasta, tarkastellaan ihmisen kykyä selviytyä päivittäisistä toiminnoista.

7.1.2 Psyykkinen toimintakyky

Psyykkisen toimintakyvyn yksiselitteinen määrittely on vaikeaa. Voidaan kuitenkin ajatella, että psyykkinen toimintakyky on kykyä suoriutua älyllisistä ja muista henkistä työskentelyä vaativista tehtävistä. Psyykkinen toimintakyky tarkoittaa ihmisen kykyä ottaa vastaan ja käsitellä tietoa, muodostaa käsityksiä ympäröivästä maailmasta sekä tuntea ja kokea. Psyykkisen toimintakyvyn osa-alueita ovat muun muassa havaitseminen, muisti, oppiminen, ajattelu ja kommunikointi. (Suvikas ym. 2006, 84.)

Psyykkinen toimintakyky ilmenee tehokkaana ja järkevänä toimintana, hyvän olon ja hyvän mielen tunteena, itsensä arvostuksena ja optimistisesti tulevaisuuteen suhtautumisena. Voidaan myös sanoa, että hyvä psyykkinen toimintakyky on tunteiden, ajattelun ja toiminnan hallintaa. (Suvikas ym. 2006, 85.)

7.1.3 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalinen toimintakyky käsitteenä on myös hyvin moniulotteinen. Sosiaalisella toimintakyvyllä voidaan tarkoittaa ihmisen kykyä toimia toisten ihmisten kanssa perhe-, ystävä- ja naapuripiirissä, sekä työssä, että muissa yhteisöissä ja yhteiskunnassa. Sosiaalinen toimintakyky auttaa ihmistä tuntemaan omia mahdollisuuksiaan ja hahmottamana itseään suhteessa muihin ihmisiin. (Malm ym. 2004, 64.) Hyvä sosiaalinen toimintakyky edellyttää olemassa olevan yhteisön lisäksi kognitiivisia ja emotionaalisia valmiuksia olla vuorovaikutussuhteessa ja toimia siinä (Piksilä 2008, 20).

7.2 Toimintakyvyn arviointi

Ihmisten toimintakykyä on syytä arvioida, jotta saadaan ihmisten yksilölliset tarpeet esille. Arviointi tuo ihmisestä tutkittua tietoa esille. Toimintakyvyn arviointi on mielestäni erityisen tärkeää silloin, kun ihmiselle suunnitellaan palveluita. Jos arviointia ei tehdä, ei ole mitään tutkittua tietoa, jonka perusteella voitaisiin tehdä päätöksiä suuntaan tai toiseen. Toimintakyvyn arviointiin on kehitetty erilaisia mittareita, joilla voidaan luotettavasti arvioida ihmisen toimintakykyä. Työssäni käyn läpi ainoastaan ne mittarit, jotka sopivat mielestäni parhaiten vammaisten toimintakyvyn arviointiin.

7.2.1 Fyysisen toimintakyvyn arviointi

Fyysisen toimintakyvyn arviointiin on kehitetty erilaisia mittareita ja välineitä. Opin näytetyöni kannalta on tarkoituksenmukaista käsitellä fyysisen toimintakyvyn arviointia juuri päivittäisten toimintojen kautta.

Ihmisen selviytymistä päivittäisistä toiminnoista voidaan arvioida muun muassa ADL-mittarilla. Mittari on kehitetty kansainvälisistä mittareista Suomen oloihin sopivaksi. Mittari koostuu kahdesta osiosta, ensimmäinen osio koostuu PADL-toiminnoista, jonka avulla arvioidaan ihmisen perustoimintoja, kuten syömistä, peseytymistä, pukeutumista ja niin edelleen. Toinen osio on IADL-toiminnot, jonka avulla arvioidaan ihmisen kykyä suoriutua erilaisten asioiden hoitoon liittyvistä tehtävistä, joita hän tarvitsee selviytyäkseen laajemmassa elinympäristössä itsenäisesti. Tällaisia asioiden hoitotehtäviä ovat muun muassa lääkkeiden annostelu ja ottaminen, ruuan valmistus, raha-asioiden hoito ja niin edelleen. ADL-mittaria voidaan käyttää hyvinkin erilaisissa ympäristöissä, kuten terveyskeskuksissa, vanhainkodeissa, palvelutaloissa ja kotihoidossa. (Malm ym. 2004, 60.) Itse en näe mitään syytä, miksei ADL-mittaria voitaisi käyttää myös vammaispalveluissa toimintakyvyn arvioinnin välineenä. ADL-mittareita voidaan muokata käyttökohteen mukaan, arvioitavia toimintoja voidaan lisätä tai poistaa.

ADL-mittarissa asiakas itse arvioi omaa selviytymistään päivittäisissä toiminnoissa. Tarvittaessa omaiset, hoitotyöntekijät tai esimerkiksi henkilökohtaiset avustajat voivat auttaa arvioin tekemisessä. Päivittäisiä toimintoja arvioimalla saadaan selville, mistä asioista ihminen selviää itsenäisesti ja missä hän tarvitsee muiden apua. (Malm ym. 2004, 60.)

ADL-mittari on hyvin käytännönläheinen ja helppo käyttää. Lisäksi mittari on kaikkien saatavissa, eikä siihen tarvitse ostaa esimerkiksi lisenssiä. Mittari on myös helppo muokata omiin tarpeisiin sopivaksi.

7.2.2 Psyykkisen toimintakyvyn arviointi

Psyykkistä toimintakykyä arvioidaan monin eri tavoin johtuen sen moniulotteisuudesta. Psyykkistä toimintakykyä voidaan arvioida kognitiivisten (muisti ja oppimiskyky),

psykomotoristen toimintojen tai persoonallisuuden avulla (Piksilä 2008, 20). Psykykkisessä toimintakyvyssä on hyvin pitkälle kyse ihmisen omista kokemuksista, jolloin ihminen voi itse arvioida psyykkistä toimintakykyään. Aina oma arviointi ei ole luotettavaa, jolloin arvioinnin tekee joku ulkopuolinen henkilö. Esimerkiksi psykologien tekemien testien avulla voidaan arvioida psyykkistä toimintakykyä. Testien lisäksi arviointimenetelminä käytetään havainnointia ja vapaamuotoista haastattelua. Havainnoimalla ja haastatteleamalla on mahdollista saada viitteitä ihmisen psyykkisestä toimintakyvystä, kun taas psykologien tekemistä testauksista saadaan luotettavaa tietoa. (Suvikas ym. 2006, 87.)

7.2.3 Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi

Sosiaalista toimintakykyä voidaan tarkastella ja arvioida erilaisista näkökulmista käsin, mutta varsinaisia mittareita ei ole olemassa. Tällaisia näkökulmia ovat sosiaaliset suhteet, sosiaalinen osallistuminen ja sosiaalinen tuki. Sosiaalisista suhteista hyviä arviointikohteita ovat esimerkiksi läheisten ja ystävien määrä ja tapaamisten määrä, siviilisääty ja erilaisiin järjestöihin, yhdistyksiin ja harrastuspiireihin kuuluminen. (Malm ym. 2004, 65.) Kun arvioidaan sosiaalisten suhteiden määrää tai osallistumisaktiivisuutta, saadaan tulokseksi lukuja. Tällaisella numeerisella arviolla ei kuitenkaan pystytä luokittelemaan sosiaalista toimintakykyä hyväksi tai huonoksi. Ihmisillä on yksilöllisiä tarpeita olla yhteydessä muihin ihmisiin. (Laukkanen 2003, 255.)

8 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuskysymykset ovat nousseet jo työn alkuvaiheessa lähinnä työn rajauksen kautta. Käytin paljon aikaa työni rajaamiseen ja mietin, mitä todella haluan tutkia ja selvittää. Lopulta päädyin siihen, että haluan selvittää Kotkan kaupungin vammaispalvelussa tehtävän palvelusuunnitelman tekemisen prosessia ja kuvata sen konkreettisesti. Osin yhdessä työn hankkeistajien kanssa sovimme, että tarkastelen prosessia työntekijän kannalta ja keskityn sellaiseen prosessiin, jossa palvelusuunnitelma tehdään ensimmäistä kertaa asiakkaalle. Asiakasryhmänä ovat asiakkaat, jotka saavat palveluita vammaispalvelulain perusteella. Olen rajannut työni ulkopuolelle kehitysvammaiset, koska heidän palvelusuunnittelua ja -suunnitelmaa on tutkittu ja kuvattu paljon kattavammin jo aiemmin. Tätä kautta työlleni tuli ainoastaan yksi päätutkimuskysymys: *Miten Kotkan kaupungin vammaispalvelussa palvelusuunnitelman tekemisen*

prosessi etenee työntekijän näkökulmasta? Tämän päätutkimuskysymyksen ohella haluan nostaa esille yhden alatutkimuskysymyksen, jota haluan erityisesti työssäni painottaa: *Miten palvelutarvetta arvioidaan tällä hetkellä Kotkan kaupungin vammais- palvelussa?* Halusin nostaa juuri tämän alakysymyksen esille, koska realistista palvelusuunnitelmaa on lähes mahdotonta tehdä ilman, että asiakkaan palvelutarvetta on todellisuudessa arvioitu. Myös oikeudenmukaisen päätöksen tekeminen on mahdotonta, ilman kunnollista arviointia. Aikaisempien työkokemusteni kautta juuri palvelutarpeen arviointi on noussut työkentällä erittäin haasteelliseksi osa-alueeksi.

Näiden kahden tutkimuskysymyksen pohjalta olen koko ajan työtäni tehnyt ja prosessikuvausten tekemällä vastaan päätutkimuskysymykseen. Alatutkimuskysymykseen vastaan sosiaalityöntekijöiden haastattelujen perusteella.

9 TUTKIMUS

9.1 Tutkimuksen tavoitteet

Olen itse asettanut työlleni kaksi suurta tavoitetta. Nämä tavoitteet nousevat lähinnä tutkimuskysymyksistäni. Ensimmäinen tavoitteeni on tutustua Kotkan kaupungin vammaispalvelussa tehtävän palvelusuunnitelman tekemisen prosessiin työntekijän näkökulmasta ja koostaa eri vaiheista konkreettinen prosessikuvaus yhteenvetona. Prosessikuvaus selkiyttää prosessin kulkua minulle, työntekijöille sekä opinnäytetyön lukijoille. Työntekijän näkökulma Kotkan kaupungin vammaispalvelussa tarkoittaa sosiaalityöntekijän näkökulmaa.

Toinen suuri tavoitteeni on nostaa enemmän esille palvelutarpeen arviointia palvelusuunnitelmaa tehtäessä. Tällä hetkellä palvelusuunnitelmalomakkeessa on yhtenä osa-alueena asiakkaan toimintakyky ja palvelun tarve. Toimintakykyä tai palvelutarvetta ei ole mitenkään eritelty esimerkiksi liikkumiseen, ruokailuun, sosiaaliseen kanssakäymiseen tai muuhun sellaiseen. Kun asiakkaalle lähdetään suunnittelemaan palveluita, on kaikkien suunnitelmien pohjauduttava asiakkaan toimintakykyyn ja palvelutarpeeseen. Koen, että toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinnin merkitystä on syytä nostaa enemmän esille, jos asiakkaat halutaan ohjata oikean palvelun piiriin oikeaan aikaan. Toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointiin liittyen tuon esille erilaisia arviointivälineitä tai mittareita, joita työntekijä voisi hyödyntää asiakastilanteessa. Toimi-

va arviointiväline tai mittari takaa myös asiakkaiden tasapuolisen kohtelun päätöksenteossa.

Opinnäytetyöni on myös hyvin ajankohtainen aiheeltaan. Uudistunut vammaispalvelulaki tuli voimaan 1.9.2009. Uudistuneessa laissa korostetaan juuri palvelutarpeen selvittämistä ja arviointia sekä palvelusuunnitelman tekemistä. Lakiuudistuksen myötä uskon, että palvelusuunnitelman tekemisen prosessiin joudutaan kiinnittämään entistä enemmän huomiota, koska laki vaatii, että suunnitelma on tehtävä kaikille tietyn ajan puitteissa. Tämä vaatii varmasti vanhojen toimintatapojen muuttamista tehokkaimmiksi, jotta kunnissa pystytään vastaamaan lain vaatimuksiin.

9.2 Tutkimusstrategia

Opinnäytetyöni on selkeästi kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, koska tutkin tietyn tapahtuman (palvelusuunnitelman tekemisen prosessi) yksityiskohtaista rakennetta (Metsämuuronen 2003, 167). Laadulliselle tutkimukselle on myös tyypillistä, että aineisto kootaan luonnollisista, todellisista tilanteista. Tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa, jossa tapauksia käsitellään ainutlaatuisina. Aineistoa myös tulkitaan ainutlaatuisena. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 160.)

Tutkimusstrategia tarkoittaa tutkimuksen menetelmällisten ratkaisujen kokonaisuutta. Tutkimusstrategian valinta riippuu hyvin pitkälti valituista tutkimuskysymyksistä. (Hirsjärvi ym. 2008, 128). Tutkimusstrategian valintaani vaikutti, myös kohdejoukon rajaaminen yhteen tapahtumaan, jota yksi ihminen toteuttaa Kotkan kaupungin vammaispalvelussa. Tutkimuskysymysteni ja tutkimuskohteeni perusteella valitsin tutkimusstrategiaksi tapaustutkimuksen. Tapaustutkimuksesta puhutaan myös nimellä case study (Hirsjärvi ym. 2008, 130).

Tapaustutkimukselle on tyypillistä, että se tuottaa yksityiskohtaista ja intensiivistä tietoa yksittäisestä tapauksesta. Tapaustutkimuksessa kiinnostuksen kohteena ovat useimmiten prosessit. Tavoitteena on tyypillisimmin ilmiöiden kuvaaminen. (Hirsjärvi ym. 2008, 130). Opinnäytetyössäni kuvaan mahdollisimman yksityiskohtaisesti palvelusuunnitelman tekemisen prosessia. Prosessin kuvaaminen on tärkeää, jotta toiminta pystytään pilkkomaan pienempiin osiin. Toiminnan pilkkominen helpottaa kehittämistä vaativien osa-alueiden löytämistä ja niihin tarttumista. Toisaalta myös prosessiku-

vaus auttaa hahmottamaan kokonaisuutta. Kokonaisuuden hahmottaminen on tärkeää, jotta ymmärretään mitä tehdään ja miksi tehdään.

9.3 Tutkimusmenetelmät

Tapaustutkimuksessa yleisesti käytettyjä tutkimusmenetelmiä (metodeja) ovat havainnointi, haastattelu ja dokumenttien tutkiminen. (Hirsjärvi ym. 2008, 130.) Opinnäytetyöhöni olen valinnut metodiksi haastattelun. Aineiston keräämistä varten haastattelin Kotkan kaupungin vammaispalvelun sosiaalityöntekijää. Sosiaalityöntekijä tekee lähes kaikki palvelusuunnitelmat vaikeavammaisten osalta, joten siksi haastattelin vain häntä. Onnekseni työni tekemisen aikana sosiaalityöntekijä vaihtui, joten sain tutkimusaineistooni kaksi haastateltavaa. Haastattelut toteutin avoimina haastatteluina. Suunnittelin kuitenkin haastattelun siten, että sosiaalityöntekijät kuvasivat useamman asiakastapauksen. Asiakastapaukset olivat uusia vammaispalvelun asiakkaita, joille palvelusuunnitelma tehtiin ensimmäistä kertaa. Haastattelemalla pyrin saamaan mahdollisimman tarkan kuvan, millaisin vaihein palvelusuunnitelmaprosessi eteni.

Haastattelumateriaalin kirjasin ylös haastatteluhetkellä ja litteroin sen puhtaaksi myöhemmin. Litteroinnin jälkeen analysoin aineiston sisällönanalyysimenetelmää hyödyntäen. Sisällönanalyysi on yksi laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen analyysimenetelmä. Sisällönanalyysista on sanottu, että se tuottaa raaka-aineet teoreettiseen pohdintaan, mutta itse pohdinta tapahtuu tutkijan järjellisen ajattelun keinoin. (Metsämurtonen 2003, 196.) Sisällönanalyysin avulla aineistoa saadaan järjesteltyä ja pilkottua pienempiin kokonaisuuksiin, jolloin aineistoa on helpompi analysoida järjestelmällisesti.

Sisällönanalyysi voidaan jakaa seuraaviin vaiheisiin:

1. tutkijan herkistyminen; Herkistyminen edellyttää oman aineiston perinpohjaista tuntemista sekä keskeisten käsitteiden haltuunottoa teoreettisen kirjallisuuden avulla.
2. aineiston sisäistäminen ja teoretisointi (ajattelutyö)
3. aineiston karkea luokittelu, keskeisimmät luokat /teemat
4. Tutkimustehtävän ja käsitteiden täsmennys
5. ilmiöiden esiintymistiheyden ja poikkeusten toteaminen, uusi luokittelu

6. ristiin validointi; Saatuja luokka puolletaan ja horjutetaan aineiston avulla.
7. johtopäätökset ja tulkinta; Analyysin tulos siirretään laajempaan tarkastelukehik-
koon. (Metsämuuronen 2003, 198).

Yksinkertaistettuna tutkijan on tutustuttava perinpohjaisesti aineistoonsa ja ymmärrettävä keskeiset käsitteet. Tämän jälkeen hänen on sisäistettävä analysoitava aineisto ja aloitettava sen pohjalta ajattelutyö. Ajattelutyön tuloksena tutkija luokittelee karkeasti aineistonsa keskeisimpiin teemoihin. Tämän jälkeen on syytä vielä tarkentaa tutkimustehtävää, jotta tutkija alkaa hakea aineistosta oikeita vastauksia. Aineistosta etsitään poikkeuksia, jos ja kun niitä löytyy, niin luokittelu tehdään uudelleen. Tämän jälkeen luokkia testataan puoltamalla tai horjuttamalla niitä aineiston avulla (testataan, pitääkö luokitukset paikkansa). Testaamisen jälkeen tutkija tekee johtopäätökset ja tulkinat. Käytännössä menetelmässä on hyvin selkeät vaiheet, mutta koko ajan on pidettävä ajatukset kasassa, jottei eksy polulta.

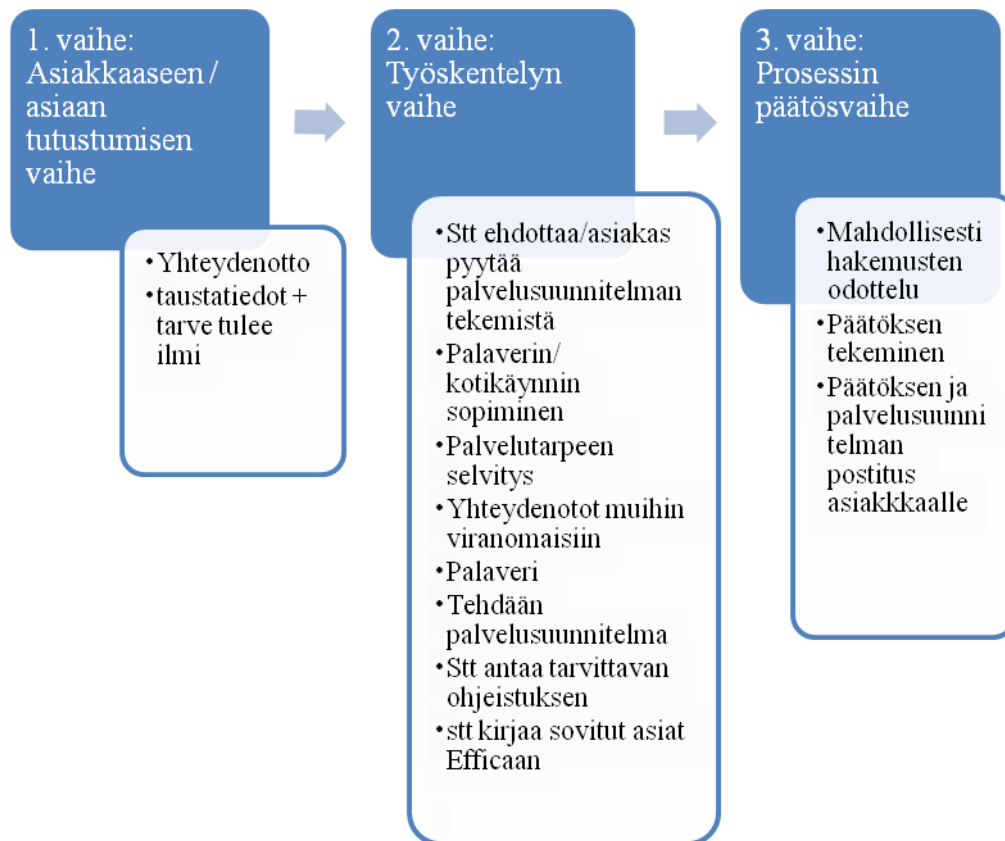
Konkreettisesti analysoin aineiston siten, että litteroidusta aineistosta poimin asiakas-kohtaisesti pienille lapuille kaikki kohdat, joita palvelusuunnitelmaprosessissa ilmeni aineiston, eli asiakastapausten perusteella. Lapuille kirjoitin muutamalla sanalla pääasiat. Kun lattialla oli kaikista kuudesta asiakastapauksesta paperilaput allekkain, aloin kohdistamaan prosessien samat vaiheet samoihin kohtiin. Tällöin huomasin muutamia poikkeavuuksia prosesseissa. Kun samat vaiheet olivat allekain, otsikoin jokaisen pys-tyssarakkeen sopivalla otsikolla. Näin sain koottua kuudesta prosessista yhden yhteisen prosessinvaihekuvauksen. Otsikointiin toin myös esille erilaiset etenemisvaihtoehdot, koska kaikki prosessit eivät olleet samanlaisia. Tässä vaiheessa lattialla oli pitkä jono paperilappuja, joissa näkyi palvelusuunnitelmaprosessin eteneminen pääpiirteittäin. Paperilapuista tein yhdelle suurelle paperille karkean prosessikuvauksen ympyrän muotoon, josta muokkasin lopullisen prosessikuvauksen. Molemmilla sosiaalityöntekijöillä ja Kaakkois-Suomen kehittämissyksikön työntekijällä on ollut mahdollisuus kommentoida prosessikuvausta.

10 PROSESSIKUVAUS PALVELUSUUNNITELMAN TEKEMISESTÄ KOTKAN KAUPUNGIN VAMMAISPALVELUSSA

Prosessikuvaus (liite 1) on muodostunut sosiaalityöntekijöiden haastattelujen pohjalta. Haastattelumateriaalin olen analysoinut sisällönanalyysia käyttäen. Prosessikuvauksen olen työstänyt itsenäisesti, mutta sosiaalityöntekijöillä sekä Kaakkois-Suomen vammaistyön kehittämissyksiköllä on ollut mahdollisuus sanoa omat kommenttinsa prosessikuvaukseen. Mietin pitkään, teenkö prosessikuvauksesta yksinkertaistetun kuvauksen vai pyrinkö kuvaamaan prosessin mahdollisimman tarkkaan ja yksityiskohtaisesti. Päädyin kuitenkin kuvaamaan prosessin melko yksityiskohtaisesti, koska tutkimuksen tarkoitus oli kuvata riittävän kattavasti palvelusuunnitelman tekemisen prosessi Kotkan vammaispalvelussa.

Keskellä prosessikuvausta (liite 1) lukee suurilla kirjaimilla ”palveluohjaus”. Tällä haluan tuoda esille sitä, että palveluohjaus on mukana läpi koko prosessin. Palveluohjaus on työmenetelmä, jolla kootaan palveluja asiakkaan tueksi ja lievennetään palvelujärjestelmän hajanaisuuden haittoja. Palveluohjauksen keskeinen sisältö on neuvonta, koordinointi ja asianajo. (Kananoja, Lähteinen, Marjamäki, Laiho, Sarvimäki, Karjalainen & Seppänen 2007, 234.) Palveluohjaus on tärkeä osa koko prosessia, ja se esiintyy kaikissa vaiheissa.

Prosessikuvaus saattaa olla ensisilmäykseltä sekavan oloinen, joten tein varsinaisen prosessikuvauksen rinnalle kaavion (kuva 2), jossa olen jakanut palvelusuunnitelmaprosessin kolmeen keskeiseen vaiheeseen: asiakkaaseen / asiaan tutustumisen vaihe, työskentelyn vaihe sekä prosessin päätösvaihe. Näiden kolmen vaiheen mukaan nyt myös avaan prosessikuvausta.



Kuva 2. Prosessikuvauksen kolme keskeistä vaihetta

10.1 Asiakkaaseen / asiaan tutustumisen vaihe

Asiakkaaseen ja asiaan tutustumisen vaihe on monella tavalla tärkeä. Tämä ensimmäinen vaihe luo pohjan koko muulle työskentelylle. Asiakkaan sekä työntekijän tiedot voivat olla vielä hyvin puutteellisia ensimmäisen vaiheen jälkeen, mutta tämän vaiheen jälkeen todellinen työskentely vasta alkaa.

Molemmat haastatellut sosiaalityöntekijät kuvasivat haastatteluissa sitä, miten monista paikoista vammaispalvelun asiakkaat voivat ohjautua vammaispalveluun tai miten monelta eri taholta yhteydenotto voi tulla. Jokainen asiakkuus on yksilöllinen, kuten on myös asiakkaaksi tulovaihekin. Yhteydenotto sosiaalityöntekijään voi tulla asiakkaalta itseltään, asiakkaan omaiselta, ystävältä, läheiseltä tai viranomaiselta. Yhteydenotto voi olla laadultaan henkilökohtainen, puhelimitse, sähköpostitse tai kirjeitse

tapahtuva. Kirjallinen yhteydenotto voi olla vapaamuotoinen hakemus tai virallinen hakemus.

Joskus asiakkuus alkaa hakemuksella ja joskus asiakas ottaa yhteyttä, kun hän ei tiedä mitä palveluita tai tukimuotoja voisi hakea. Tällöin työskentelyn lähtökohdat ovat aivan erilaiset. Kaikkien asiakkaiden kohdalla tulee kuitenkin jo ensimmäisellä yhteydenotolla selville joitakin asiakkaan taustatietoja ja jonkinlaista avun tai palveluiden tarvetta. Ensimmäisessä kontaktissa sosiaalityöntekijä saattaa myös huomata, ettei asiakasta voida auttaa vammaispalvelun keinoin, vaan hän hakee aivan toisenlaista apua. Näissä kohdissa sosiaalityöntekijän velvollisuus on ohjata asiakas eteenpäin, jollekin toiselle toimijalle.

10.2 Työskentelyn vaihe

Varsinaisen työskentelyn vaihe alkaa siitä, kun sosiaalityöntekijä (kuvassa 2 stt tarkoittaa sosiaalityöntekijää) havaitsee asiakkaalla vammaispalveluntarpeen tai asiakas tuo selkeästi esille omat tarpeensa. Sosiaalityöntekijöiden mukaan osa asiakkaista osaa itse vaatia palvelusuunnitelman tekemistä. Sosiaalityöntekijöiden haastatteluissa tuli esille, että nykyisin palvelusuunnitelmasta tietoisten asiakkaiden määrä on lisääntynyt. Yhä useampi asiakas vaatii palvelusuunnitelmaa.

Palvelusuunnitelma tehdään useimmiten kotona, jotta sosiaalityöntekijä pystyy hahmottamaan parhaiten asiakkaan kokonaistilanteen. Palaveri voidaan kuitenkin pitää myös esimerkiksi vammaispalvelutoimistossa asiakkaan niin halutessa. On myös tärkeää, että asiakkaan on helppo olla tilanteessa, eikä hänen tarvitse jännittää ainakaan ympäristöä. Kotkan kaupungin vammaispalvelussa asiakkaan tilanteesta ja sen laajuudesta riippuen kotikäynti voidaan sopia palvelutarpeen selvitystä varten tai suoraan palvelusuunnitelman tekemistä varten. Jos asiakkaan tilanne on selkeä sosiaalityöntekijälle jo ensimmäisen yhteydenoton jälkeen ja hän on saanut selkeän kuvan asiakkaan palvelutarpeesta, voidaan sopia heti kotikäynti palvelusuunnitelman tekemistä varten. Mutta jos asiakkaan tilanteessa on paljon selvitettäviä asioita ja palvelutarve on epäselvä työntekijälle, mutta ehkä myös asiakkaalle, on tarkoituksenmukaista ensin rauhassa miettiä palvelutarpeita ja sitten vasta alkaa koota kokonaista palvelusuunnitelmaa.

Toinen sosiaalityöntekijöistä kuvasi erästä asiakastilannetta, jossa oli tehty ensin kotikäynti palvelutarpeen selvittämistä varten ja myöhemmin vasta tehty kotikäynti, jolla tehtiin palvelusuunnitelma. Asiakas oli hakenut samanaikaisesti kolmea eri palvelua. Tällöin asiakkaan kokonaistilanteen selvittämiseksi oli tarpeen tehdä palvelutarpeen selvitys. Sosiaalityöntekijä saattoi siis tehdä asiakkaan luokse kaksi kotikäyntiä, koska asiakkaan tilanteen selvittäminen sitä vaati. Palvelusuunnitelman tekeminen aloitettiin jo ensimmäisellä kotikäynnillä, mutta sitä ei saatettu silloin vielä päätökseen.

Joskus voi palvelutarpeen selvityksessä käydä niin, että asiakas toteaa, ettei palvelusuunnitelmalle ja palveluille ole mitään tarvetta. Mikäli asiakas ei ole tehnyt virallista hakemusta, voidaan prosessi päättää tähän. Tällöin sosiaalityöntekijä tietysti tekee jatkoa varten palveluohjausta ja kertoo muista mahdollisuuksista. Asiakkaalla on myös oikeus päättää, ettei hänelle tehdä palvelusuunnitelmaa, vaikka hän olisikin oikeutettu johonkin palveluun.

Toisella tai jopa molemmilla kotikäynneillä saattaa asiakkaan tarpeesta riippuen olla muita asiantuntijoita läsnä. Asiakas voi itse pyytää paikalle esimerkiksi oman fysioterapeuttinsa tai sitten sosiaalityöntekijä voi pyytää asiakkaan luvalla fysioterapeutin kotikäynnille. Fysioterapeutit, kuntoutusohjaajat ja toimintaterapeutit ovat hyvin tärkeässä roolissa erityisesti asiakkaan palvelutarpeen selvityksessä.

Palvelutarpeen selvityksessä ja arvioinnissa tärkeimmät työvälineet ovat juuri eri ammattiryhmien antamat lausunnot tai arviot kotikäynneillä. Mitään mittareita Kotkan kaupungin vammaispalvelussa ei tällä hetkellä ole käytössä. Sosiaalityöntekijät kuitenkin pitävät hyvänä erilaisten toimintakykymittareiden käyttöä, koska ne todennäköisesti lisäävät päätöksenteon tasapuolisuutta, helpottaisivat päätöksien tekemistä sekä perustelisivat päätöksiä. Tällä hetkellä vammaisille ei ole vielä suunnattu muita omia ja toimiviksi testattuja mittareita kuin Paavo -avuntarpeen itsearviointimenetelmä. Mittari on kuitenkin nimensä mukaisesti tarkoitettu itsearviointiin. Lisäksi mittari on sisällöltään hyvin laaja ja vie paljon aikaa. Molemmat sosiaalityöntekijät olivat tietoisia Paavosta, mutta pitivät sen käyttöä käytännössä hankalana.

Palvelusuunnitelmaa tehdessä on tärkeää ottaa kaikkien osapuolien mielipiteet huomioon ja myös kirjata ne palvelusuunnitelmaan. Palvelusuunnitelman tekeminen onkin hyvin paljon keskustelua. Kotkan kaupungin vammaispalvelussa ei ole yhtä tiettyä

palvelusuunnitelma lomaketta, joka täytettäisiin jokaisen asiakkaan kohdalla systemaattisesti. Sosiaalityöntekijät kertoivat, että palvelusuunnitelmalomake on ikään kuin muistilistana kotikäynnillä, mutta sitä ei varsinaisesti täytetä. Molemmat sosiaalityöntekijät pitivät kuitenkin lomaketta tarpeellisena. Sekä asiakkaiden että työntekijöiden kannalta olisi hyvä, että lomake täytettäisiin kaikkien asiakkaiden kohdalla.

Kotkan kaupungin vammaispalvelussa on käytössä asiakastietojärjestelmä Effica, jossa on valmiina yhdenlainen palvelusuunnitelmapohja (liite 2). Palvelusuunnitelmassa on kahdeksan kokonaisuutta: henkilötiedot, asuminen, sairauden tai vamman diagnoosi, toimintakyky ja avun tarve päivittäisessä toiminnassa, sosiaalinen verkosto, nykyiset palvelut ja palvelun tuottajat, asiakkaan ilmaisemat palveluntarpeet ja suunnitelma uusien palvelujen toteuttamisesta. Lisäksi palvelusuunnitelmapohjassa on kohta, johon laitetaan suunnitelman tarkistuspäivä, asiakkaan suostumus viranomaisten väliseen tiedonvaihtoon sekä allekirjoitusmahdollisuus.

Mikäli asiakas ei ole vielä palvelusuunnitelman tekemiseen mennessä toimittanut vammaispalveluun hakemuksia, ohjeistaa sosiaalityöntekijä kotikäynnillä hakemusten täyttämässä. Sosiaalityöntekijä voi myös täyttää hakemuksen yhdessä asiakkaan kanssa kotikäynnillä. Tällöin on tietysti melko selkeää, että asiakas on oikeutettu hakemaansa palveluun.

Kotikäynnin jälkeen sosiaalityöntekijä kirjaa tarpeelliset asiat asiakastietojärjestelmä Efficaan. Efficaan Kotkan kaupungin vammaispalvelu on tehnyt pohjan palvelusuunnitelmaa varten (liite 2). Tarkoitus on, että palvelusuunnitelman tiedot kirjataan pohjaan, mutta aina tämä ei toteudu. Jos palvelusuunnitelman sisältöä ei kirjata valmiiseen palvelusuunnitelmapohjaan, kirjataan se kertomukseen vapaaseen muotoon. Vapaaseen muotoon kirjattua palvelusuunnitelmaa ei lähetetä asiakkaalle. Palvelusuunnitelmapohjaan kirjatut tiedot tulostetaan, allekirjoitetaan ja lähetetään päätöksen yhteydessä asiakkaalle. Tähän kirjaamiseen päättyy prosessin työskentelyn vaihe.

10.3 Prosessin päätösvaihe

Prosessin päätösvaiheessa nimensä mukaisesti sosiaalityöntekijä päättää prosessin tältä erää. Kun sosiaalityöntekijä on kirjannut palvelusuunnitelman, voi hän tehdä asiasta päätöksen, mikäli hänellä on hakemus ja tarvittavat liitteet ja lausunnot. Jos hakemus-

ta ja liitteitä ei ole, odottelee sosiaalityöntekijä niiden saapumista, jotta hän voi tehdä päätöksensä. Mikäli asiakas ei toimita hakemusta tai liitteitä muutaman viikon kuluessa, ottaa sosiaalityöntekijä yhteyttä asiakkaaseen ja muistuttaa hakemuksen ja liitteiden toimittamisesta. Jos hakemusta ei tule, raukeaa asia toistaiseksi. Mikäli sosiaalityöntekijällä on hakemus, muttei liitteitä, raukeaa hakemus kolmen kuukauden kuluessa hakemuksen saapumisesta.

Kun hakemus ja tarvittavat liitteet ovat sosiaalityöntekijällä, tekee hän asiasta päätöksen Efficajärjestelmässä. Tulostetun ja allekirjoitetun päätöksen sekä palvelusuunnitelman sosiaalityöntekijä postittaa asiakkaalle. Sosiaalityöntekijät arvioivat, että koko prosessin läpikäymiseen menee asiakkaan asiasta ja sosiaalityöntekijän muista töistä riippuen vähimmillään aikaa noin 1,5 viikkoa ja kauimmillaan noin neljä kuukautta. Uudistunut vammaispalvelulaki edellyttää päätöksen tekemistä viimeistään kolmen kuukauden kuluessa hakemuksen saapumisesta. Enemmistön kohdalla sosiaalityöntekijät pystyvät tekemään päätöksen lain velvoittamassa ajassa.

Päätöksen tekemiseen päättyy yhden palvelusuunnitelman tekemisen prosessi, mutta toki asiakkaan kohdalla kyseinen prosessi saatetaan käydä monia kertoja läpi uudelleen. Kun asiakkaalla on pohjalla vanha palvelusuunnitelma, puhutaan usein palvelusuunnitelman tarkastuksesta. Palvelusuunnitelman tarkastus noudattelee periaatteessa melko samanlaista prosessia, mutta prosessi kulkee nopeutetusti.

11 JOHTOPÄÄTÖKSET PROSESSISTA

Edellä kuvattu prosessi toimii Kotkan kaupungin vammaispalvelussa. Prosessiin ei suoranaisesti lakimuutoksen myötä ole tullut muutoksia. Suunnitelmissa on, että marraskuun alussa vuonna 2009 aloitetaan pilottihanke, jossa asiakas voi asioida vammaispalveluihin liittyvissä asioissa sähköisesti verkkopankkitunnustensa avulla. Sähköisen asioinnin kautta on tarkoitus hoitaa muun muassa asiakkaita koskevia tiedonantoja, päätöksiä ja antaa vastauksia palveluita koskeviin kysymyksiin (Ahosola 2009, 8). Sähköinen asiointi ei varmasti suoranaisesti muuta palvelusuunnitelman tekemisen prosessia, mutta parhaimmillaan se saattaisi nopeuttaa sitä. Sähköisen asioinnin kautta asiakas saattaisi saada vastauksia kysymyksiinsä nopeammin kuin puhelimitse jonottamalla soittoaikana sosiaalityöntekijälle. Jatkossa asiakas saattaisi myös saada palvelusuunnitelmansa sähköisesti, jos kerran päätöksenkin saa sähköisessä muodossa.

Prosessissa olennaista sekä työntekijän että asiakkaan kannalta on varmasti se, että prosessi etenee jouhevasti, eikä missään kohtaa tule liian suuria taukoja asioiden käsittelyssä. Mahdollisia taukopaikkoja prosessissa on, kun sosiaalityöntekijä kerää muilta viranomaisilta tietoja tai yrittää saada sopimaan yhteisiä kotikäyntiaikoja. Joidenkin asiakkaiden kohdalla, joilla on paljon selvitettäviä asioita, voi palvelutarpeen selvitysvaihe venyä turhan pitkäksi. Toinen selkeä taukopaikka on ennen päätöksentekoa, jos sosiaalityöntekijä joutuu odottelemaan hakemuksia tai yleensä lausuntoja. Uskon, että jos sosiaalityöntekijä saa asiakkaasta ja hänen tilanteestaan jo heti alussa riittävät tiedot, voi prosessi edetä melko nopeastikin. Mutta jos tiedoissa on puutteita tai asiakas ei itsekään tiedä muuta kuin, että hän tarvitsee apua, voi prosessi kestää kauan. Toisaalta myös ristiriitatilanteissa, joissa työntekijä on erimieltä kuin asiakas, voi prosessi pitkittyä. Tällöin yleensä sosiaalityöntekijäkin haluaa selvittää kaiken mahdollisimman tarkkaan.

Prosessikuvaukseen olen tietoisesti laittanut hakemusten täyttämisen vasta palvelusuunnitelman tekemisen jälkeen, koska noin puolessa prosesseista näin oli tapahtunut. Aivan yhtä hyvin yhteydenotto voi olla hakemus. Näkisin kuitenkin, että prosessin työskentelyn kannalta on tarkoituksenmukaisempaa täyttää hakemukset vasta, kun sosiaalityöntekijä ja asiakas ovat yhdessä miettineet asiakkaan tarpeita ja toiveita. Kun hakemukset tulevat vasta työskentelyvaiheen loppupuolella, voidaan työskentely aloittaa niin sanotusti puhtaalta pöydältä. Kun asiakas on jättänyt hakemuksen hänellä saattaa olla ennakoasenne, että hän tarvitsee juuri tätä palvelua, vaikka saattaisi hyötyä enemmän jostakin toisesta palvelusta tai tukimuodosta.

Näkisin, että prosessissa on syytä panostaa erityisesti ensimmäiseen, asiakkaaseen / asiaan tutustumisen vaiheeseen sekä toisaalta prosessin päätösvaiheeseen. Tutustumisvaihe on tärkeä, jotta sosiaalityöntekijä ja asiakas alkavat heti alusta alkaen puhumaan samaa kieltä ja samasta asiasta. Prosessin alkuvaiheessa ei voi liikaa korostaa palveluohjauksen roolia. Kun asiakas tietää alusta alkaen hänen vaihtoehtona ja mahdollisuutensa, voidaan voimavarat kohdistaa heti oikeiden asioiden työstämiseen. Toisaalta päätösvaihe on tärkeä, jotta asiat saadaan päätökseen. Itse pitäisin palvelusuunnitelman lähettämistä asiakkaalle päätösvaiheen yhtä oleellisena osana, kuin varsinaisen päätöksenkin lähettämistä. Tällä hetkellä vain niille asiakkaille postitetaan palvelusuunnitelma, joille se kirjataan varsinaiseen palvelusuunnitelmapohjaan. Muille pal-

velusuunnitelmaa ei postiteta. Palvelusuunnitelma on kuitenkin tietynlainen yhteinen sopimus, joka on tarkoituksenmukaista olla molemmilla osapuolilla.

Toki prosessin työskentelyvaihe on kaiken ydin. Työskentelyvaiheessa haluan kiinnittää erityisesti huomiota palvelutarpeen selvittämiseen ja arviointiin. Sosiaalityöntekijät toivoivat kovasti tukea juuri tähän. Palvelutarpeen selvitys ja arviointi ovat päätöksenteon pohja. Ajattelen, että tietyllä tavalla palvelusuunnitelman tekemisen prosessi on juuri siksi tärkeä, koska prosessin varrella tulee varmasti esille asiakkaan palvelutarpeita, joista ei ehkä alkuvaiheessa ollut tietoa kenelläkään. Toisaalta matkan varrella saattaa myös tulla selkeäksi se, ettei asiakkaalla ole todellista palvelutarvetta.

Työn tekemisen aikana olen ymmärtänyt, kuinka merkityksellistä palvelusuunnitelman tekeminen on. Merkityksellistä nimenomaan silloin, kun se voidaan tehdä huolella ajan kanssa. Ymmärrän, että käytännössä tällä hetkellä Kotkan kaupungin vammaispalvelussa yhden ihmisen on mahdotonta tehdä kaikille asiakkaille palvelusuunnitelmat sekä tarkistaa vanhojen asiakkaiden suunnitelmat tarpeen mukaan. En usko, että prosessia muuttamalla myöskään sosiaalityöntekijä pystyisi tekemään tämän urakan. Jos Kotkan kaupungissa, tai monessa muussakaan kaupungissa, aiotaan toteuttaa uudistunutta vammaispalvelulakia palvelusuunnitelmien tekemisen osalta, vaatii se selkeästi lisäresursointia. Haastatteluissa tuli esille sosiaalityöntekijöiden toive tehtyjen palvelusuunnitelmien tilastoinnista. Tilastoimalla tehdyt palvelusuunnitelmat ja uusien asiakkaiden määrä voitaisiin seurata toteutuuko laki. Tilastointi antaisi myös tiedon työntekijöille sekä esimiehille todellisesta tilanteesta palvelusuunnitelmien tekemisen osalta.

12 POHDINTA

Opinnäytetyössä kuvasin Kotkan kaupungin vammaispalvelussa tehtävän palvelusuunnitelman prosessikuvauksen. Työn alkuvaiheessa ajattelin, että prosessikuvauksen kokoaminen on melko yksinkertainen tehtävä haastattelujen pohjalta. Tämä ajatukseni kuitenkin kumoutui melko nopeasti, kun aloin purkamaan haastattelujen tuloksia. Josakin vaiheessa jo ajattelin, että eihän palvelusuunnitelman tekemisestä voi luoda yleistettyä prosessikuvausta, koska jokaisen asiakkaan tilanne on hyvin yksilöllinen. Kun löysin sisällönanalyysimenetelmän, jolla pystyin työstämään haastattelumateriaalia, alkoi prosessikuvaus syntyä. Sisällönanalyysimenetelmällä löysin haastattelumate-

riaalistani yhteneväisiä kohtia, joista alkoi syntyä selvä jatkumo. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on kuitenkin syytä todeta, että tutkimusmateriaalini on ollut melko pieni, vain kuuden asiakkaan prosessi. Osin tämä johtuu työn tarkasta rajauksesta. Lisäksi prosessikuvauksessa olen yleistänyt asioita. Olen tietoisesti jättänyt prosessikuvauksesta pois yksilöllisiä mutkia, joita matkan varrella on saatettu tehdä. Positiivinen yllätys matkan varrella oli kuitenkin se, että vammaispalvelun sosiaalityöntekijä vaihtui ja sain haastatteluaineistooni yhden sosiaalityöntekijän sijasta kaksi haastateltavaa.

Koko työn ajan olen pyrkinyt pitämään ajatuksissa tavoitteen tehdä riittävän tarkka ja yksityiskohtainen prosessikuvaus. Ajattelen, että prosessikuvaus on riittävän tarkka silloin, kun ulkopuolinen ihminen saa prosessikuvauksen perusteella jonkinlaisen käsityksen asioiden kulusta. Toinen kriteeri on se, että vammaispalvelun sosiaalityöntekijä ja muu työyhteisö voi prosessikuvauksen avulla hahmottaa konkreettisesti työn kulkua ja löytää prosessista mahdollisia kehittämiskohteita. Omasta mielestäni olen päässyt näihin tavoitteisiin melko hyvin.

Toinen tavoite, palvelutarpeen selvityksen ja arvioinnin merkityksen painottaminen, on toisaalta täytynyt ja toisaalta jäänyt täyttymättä. Alussa tarkoitus oli koota erilaisia toimintakykyä ja palveluntarvetta mittaavia mittareita tai kehittää tai muokata käyttöön sopiva mittari. Kehittämistyötä jo hieman aloitinkin, mutta voimavarat loppuivat kehittämistyöhön ja halusin saattaa työn kokonaisuudessaan ajallaan valmiiksi. Joten tein ratkaisun, että keskityn varsinaiseen työn aiheeseen eli prosessikuvaukseen ja vain esittelen yhden mittarin jokaisesta toimintakyvyn osa-alueesta. Tosin psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn mittaamisesta ei juurikaan mittareita löytynyt. Fyysisen toimintakyvyn arvioimiseksi toin esille ADL-mittarin, jota jo lähdin kehittelemään eteenpäin. ADL-mittarista varmasti saisi melko toimivan perustoimintakykymittarin melko pienellä kehitystyöllä. Vammaispalvelua palvelevan toimintakyky- tai palvelutarvemittarin kehittäminen olisi esimerkiksi hyvä jatkotutkimusaihe jollekin opiskelijalle.

LÄHTEET

- Ahola, S. ja Konttinen, J-P. 2009. Uudistuva vammaispalvelulaki. Oikeus henkilökohtaiseen apuun vahvistuu. INFO sarja nro 6. Opaslehtinen.
- Ahosola, N. 2009. Sosiaalihuollon asiointi sähköistyy. Kymen Sanomat N:o 233 (5521) s. 8.
- Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 1987/759
- Hakola, P. Toimistos sihteeri. Sähköpostitiedoksianto 6.4.2009. Kotkan kaupungin vammaispalvelutoimisto.
- Heiskanen, R. 2009. Vammaispalvelun sosiaalityöntekijä. Haastattelu 31.8.2009. Kotkan kaupunki.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13–14., osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 1987/380.
- Laukkanen, P. 2003. Toimintakyky ja ikääntyminen -käsitteestä ja viitekehyksestä päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa: Heikkinen Eino & Rantanen Taina (toim.) Gerontologia. 1. painos. Duodecim. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Kananoja, A., Lähteinen, M., Marjamäki, P., Laiho, K., Sarvimäki, P., Karjalainen, P. ja Seppänen, M. 2007. Sosiaalityön käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Klemilä, A. & Ihalainen, J. 2003. Kuntoutumisen mahdollisuudet. 1.-2. painos. Porvoo: WSOY.
- Konttinen, J-P. Palvelusuunnitelma. INFO sarja nro 3. Opaslehtinen.

Konttinen, J-P. 2009. Luento Kouvolassa 10.3.2009. Palvelusuunnitelma ja palvelutarpeen arviointi. Koulutustilaisuus. Järjestäjä: Kaakkois- Suomen vammaistyön kehittämissyksikkö.

Kotkan kaupunki 2009. Sosiaalihuollon vastuualueen toimintasääntö. Internetsivut. Saatavissa: www.kotka.fi [viitattu 25.04.2009].

Kotkan kaupunki 2008. Vammaispalvelutoimiston internetsivut. Saatavissa: www.kotka.fi. [viitattu 26.09.2009].

Malm, M., Matero, M., Repo, M. & Talvela, E-L 2004. Esteistä mahdollisuuksiin. Vammaistyön perusteet. 1. painos. Porvoo: WSOY.

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Pakkala, P. Vammaispalvelun sosiaalityön yhteinen toimintakäytäntö. Käsikirja. Vammaispalvelujen palvelurakenteen kehittäminen Varsinais-Suomessa - hanke 2004 - 2006 . Varsinais-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Saatavissa: http://www.vasso.fi/index.php?option=com_content&task=view&id=47&Itemid=70 [viitattu 25.2.2009].

Pietiläinen, E. & Seppälä, H. 2003. Palveluohjaus asiakastyössä ja organisaatiossa. Kehitysvammaliitto: Painopörssi Oy.

Pietiläinen, E., Ylikoski, P. & Juusti, J. 1999. Liitokset kohdalleen. Paikalliset laatu-järjestelmät -projekti. Kehitysvammaliitto ry. Helsinki: EDITA.

Piksilä, H. 2008. MS-tautia sairastavien toimintakyvyn arviointimenetelmät. Pro gradu - tutkielma. Kuopion yliopisto.

Räty, T. 2002. Vammaispalvelut. Vammaispalvelujen soveltamiskäytäntö. 2. uudistettu painos. Kynnys ry. Turku: Kirjapaino Grafia.

Sivula, S. 2009. Luento Kouvolassa 10.3.2009. Palvelusuunnitelma ja palvelutarpeen arviointi. Koulutustilaisuus. Järjestäjä: Kaakkois-Suomen vammaistyön kehittämisselk.

Somerkivi, P. 2000. Vammaisuus. Kuntoutuminen ja selviytyminen sosiaalisen tuen verkostoissa. Väitöskirja Kuopion yliopisto.

Sosiaalityön sanasto 2006. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Saatavissa: http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/0C799961-C977-45DE-B0F6-7C92DA1D38B9/4014/http___wwwstakesfi_oske_terminologia_sanastot_sost.pdf [viitattu 16.1.2009].

Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2006. Kuntouttava lähihoito. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Tulkkipalvelut Kelalle 1.9.2010 alkaen 2009. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: <http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/view/1403566> [viitattu 19.9.2009].

Valtakunnallinen sosiaalityön yliopistoverkosto 2004. SOSNET. Saatavissa: <http://www.sosnet.fi/?deptid=16334> [viitattu 26.2.2009].

Vammaispalvelut. Sosiaali- ja terveysministeriö 2007-2008. Internetsivut, saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/sospa/shvam/index.htx> [viitattu 25.2.2009]

Vuohelainen Anu 2008. Vammaispalvelun sosiaalityöntekijä. Haastattelu 15.10.2008. Kotkan kaupunki.

Väestötietojärjestelmä. Saatavissa: [http://www.vrk.fi/vrk/files.nsf/files/B3FFFE5B146875BB2C225757B003A8D21/\\$file/20090228.htm](http://www.vrk.fi/vrk/files.nsf/files/B3FFFE5B146875BB2C225757B003A8D21/$file/20090228.htm) [viitattu 25.4.2009].

Weckman Marja. Vammaistyönjohtaja. Sähköpostitiedoksiänto 22.9.2009. Kotka: Kotkan kaupungin vammaispalvelutoimisto.

PALVELUSUUNNITELMA

Vammaispalvelut

ASIAKKAAN HENKILÖTIEDOT

Sukunimi

Etunimi

Henkilötunnus

Kotikunta

Osoite

Puhelinnumero, koti/työ

Puoliso/huoltaja/uskottu henkilö

Nimi ja osoite

Puhelinnumero, koti/työ

ASUMINEN

VAMMAN TAI SAIRAUDEN DIAGNOOSI

TOIMINTAKYKY JA AVUN TARVE PÄIVITTÄISESSÄ TOIMINNASSA

SOSIAALINEN VERKOSTO

NYKYISET PALVELUT JA PALVELUN TUOTTAJAT

Perusterveydenhuolto

Sairaalahoidosta vastaava taho

Kuntoutuksesta vastaava taho

Terapiat

Sopeutumisvalmennus

Apuvälineet

Tukihenkilö / henkilökohtainen avustaja

Päivähoito ja opetus

Työpaikka

Kotihoito

Tilapäishoito

Vapaa-aika ja harrastukset / leirit

Muut VpL:n mukaiset palvelut (asunnon muutostyöt/varustus, tulkkipalvelut, kuljetuspalvelut, erityisravinto, /-vaatetus)

Muut palvelut

Toimeentuloturva

ASIAKKAAN ILMAISEMAT PALVELUTARPEET

Keskusteltu asiakkaan kanssa (kyllä/ei)

Keskusteltu puolison/huoltajan/uskotun henkilön kanssa (kyllä, kenen/ei)

Uudet palvelutarpeet:

Asiakkaan ilmaiset

Puolison/huoltajan/uskotun henkilön ilmaiset

Muu tah, kuka

SUUNNITELMA UUSIEN PALVELUJEN TUOTTAMISESTA

Palvelusuunnitelmasta vastaava henkilö, yhteystiedot

Tavoitteet

Keinot

Vastuutaho/vastuuhenkilö, yhteyshenkilö, yhteystiedot

Palvelusuunnitelma tarkistetaan, päivämäärä

Tarvittaessa palvelusuunnitelma tarkistetaan aikaisemmin, mikäli asiakkaan tilanteessa tapahtuu oleellisia muutoksia.

Asiakkaan suostumus

Palvelusuunnitelmassa nimetyt tahot voivat tarvittaessa vaihtaa tietoja ja tehdä yhteistyötä tämän suunnitelman toteuttamiseen liittyvissä asioissa

Kyllä Ei

Allekirjoitukset, Paikka ja aika