

OMAVALVONTAMALLIN KEHITTÄMINEN YKSITYISEEN YRITYKSEEN

Katja Rönn
Opinnäytetyö
Syksy 2013
Kuntoutuksen koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Kuntoutuksen koulutusohjelma

Tekijä: Katja Rönn

Tutkimuksen nimi: Omavalvontamallin kehittäminen yksityiseen yritykseen

Työn ohjaajat: Yliopettaja, TtT Arja Veijola

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2013 sivumäärä: 89+9 liitesivua

Raahen Palvelukodin kehittämistoiminta toteutettiin vuosien 2011- 2012 aikana. Kehittämistoiminta käynnistyi innovatiivisesti yrityksen johdon ja henkilökunnan tarpeesta kehittää Palvelukodin toimintoja. Taustalla kehittämistyössä oli lainsäädännölliset uudistukset. Kehittämistoiminta täsmentyi, kun Valviran uudet vaatimukset edellyttivät yksityisiltä sosiaalipalvelualan yrityksiltä toiminnan asianmukaisuuden varmistamiseksi omavalvontasuunnitelman.

Kehittämistyö toteutettiin osallistavana toimintatutkimuksena. Sen tavoitteena oli tuottaa henkilöstön kanssa yhteistyössä Palvelukodille käytännönläheinen ja toimiva omavalvonnan toimintamalli. Omavalvonnan tarkoituksena on luoda toimiva menetelmä, jolla asiakasturvallisuutta ja palvelujen laatua koskevat muutokset saadaan aikaan nopeasti. Omavalvonnassa toimintayksikön johto ja koko henkilökunta yhdessä osallistuvat toiminnan suunnitteluun, järjestelmälliseen seurantaan ja toimintojen kehittämiseen. Kehittämisen prosessin aikana kerättiin erilaisia monimuotoisia aineistoja, joiden tuottamalla tiedolla suunnattiin ja ohjattiin kehittämisprosessia. Osa aineistoista analysoitiin sisällön analyysillä.

Kehittämistoiminnan tuloksena syntyi omavalvonnan toimintamalli, omavalvonnan kansiot sekä omavalvontasuunnitelma. Omavalvontasuunnitelman suurimpina oheistuotoksina syntyi uusittu lääkehoitoprosessi- ja käytänteet, lääkehoitosuunnitelma ja lääkehoidon perehdyttämissuunnitelma. Kehittämisprosessi tuotti myös uudenlaisen johtamismallin Palvelukodille, josta tuloksena syntyi uusittu perehdytysprosessi, perehdytysuunnitelma ja perehdyttämisen opas. Toisen as-teen tuloksena syntyi työyhteisön kehittämisosaamisen ja oppimisen lisäämisen malli.

Asiasanat: Toimintatutkimus, toimintamalli, omavalvonta, lääkehoitoprosessi, perehdytysprosessi

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Rehabilitation programme

Author: Katja Rönn

Title of thesis: Developing a Self-supervision Plan for Private Company

Principal Lecturer, PhD Arja Veijola

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2013 Number of pages: XX+XX attachments

The developmental process of Raahen Palvelukoti was carried out during 2011-2012. Developmental process started innovatively from the need to improve the operations of Palvelukoti detected by management and staff. On the background of the development were the legal reformations. Developmental process was specified when new requirements of Valvira expected a self-supervision plan from the private companies of social services to ensure the regularity of the operations.

Developmental work was carried out as a participatory action research. Its focus was to produce a practical and functional model of self-supervision for Palvelukoti in cooperation with the staff. The purpose of self-supervision is to create a functional system so that changes concerning the client safety and the quality of services can be put into action rapidly. In self-supervision the management and the staff of the organization participate together in planning, systematic follow-up and developing the operations. During the developmental process different diverse material were collected and the information gained was used to aim and guide the developmental process. Part of the material was analyzed with content analysis.

As a result of developmental process a self-supervision model, files of self-supervision and a self-supervision plan were developed. The largest additional material developed by self-supervision plan was renewed medication process and practice, medication plan and orientation plan for medication. Developmental process produced also a new kind of management model for Palvelukoti which resulted into a new orientation process, orientation plan and guide for orientation. Additional result was model for developing know-how and increasing the learning of the work community.

Descriptors: Action research, model, self-supervision, medication process, orientation process

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	7
2	SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON UUDISTUMINEN	9
2.1	Mielenterveyspalvelut osana sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta.....	10
2.2	Yksityiset palvelujen tuottajat osana kunnan palveluja	14
2.3	Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut osana kokonaisuutta	16
3	YKSITYISEN SOSIAALIPALVELUYRITYKSEN TULEVAISUUS JA HAASTEET.....	18
3.1	Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva lainsäädäntö	21
3.2	Palvelujen tuottamisen valvonta.....	22
4	SOSIAALIPALVELUJEN OMAVALVONTASUUNNITELMA	26
4.1	Valvontaohjelman ja omavalvontasuunnitelman rakenne	27
4.2	Omavalvontasuunnitelman sisältö	29
5	TUTKIMUKSELLINEN KEHITTÄMISTOIMINTA RAAHEN PALVELUKODISSA	30
5.1	Tutkimuksellinen lähestymistapa kehittämistoiminnassa	32
5.2	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	35
5.3	Tutkimusaineistot ja analyysit	37
5.3.1	Tutkimus- ja arviointiaineistot.....	37
5.3.2	Tutkimus- ja arviointiaineiston analyysi	40
6	OMAVALVONTAJÄRJESTELMÄN KEHITTÄMINEN RAAHEN PALVELUKODISSA	42
6.1	Raahen Palvelukoti kehittämissympäristönä.....	44
6.1.1	Kehittämistyöhön osallistuneet.....	45
6.2	Kehittämisprosessi ja kehittämiskohteiden muotoutuminen	47
6.2.1	Kehittämistyö alkaa, ensimmäinen sykli.....	49
6.2.2	Omavalvontamallin viitekehys, toinen sykli	51
6.2.3	Kehitystyö jatkuu, kolmas sykli.....	54
6.2.4	Yhteenveto kehittämistyöstä	56

6.3	Lääkehoitoprosessin kehittäminen.....	60
6.3.1	Lääkehoidon teoreettiset lähtökohdat	60
6.3.2	Lääkehoito omavalvontasuunnitelmassa	62
6.3.3	Lääkehoidon kehittämisprosessi ja muutosinterventiot	63
6.3.4	Lääkehoitoprosessin tulokset ja niiden pohjalta tehdyt muutosinterventiot	65
7	KEHITTÄMISTYÖN TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA.....	69
8	KEHITTÄMISTYÖN ARVIOINTIA	75
8.1	Prosessin arviointi.....	75
8.2	Kehittämistyön luotettavuuden ja tulosten arviointia	77
9	LOPPUYHTEENVETO.....	80
	LÄHTEET	82

TAULUKOT, KUVIOT, LIITTEET

- TAULUKKO 1. Omavalvontasuunnitelman ja valvontaohjelman asiasisällöt
- TAULUKKO 2. Kehittämistoiminnassa tuotetut aineistot, aineiston keruumenetelmät ja aineistojen keräämisajankohdat
- TAULUKKO 3. Kehittämistoiminnassa tuotetut arvioinnin aineistot, aineiston keruumenetelmät ja aineistojen keräämisajankohdat
- TAULUKKO 4. Kehittämisorganisaation jäsenten rooli ja vastualueet
- TAULUKKO 5. Valviran julkaisut omavalvontasuunnitelmaan liittyen
- TAULUKKO 6. Lääkehoitokäytänteiden muutosinterventiot
- TAULUKKO 7. Lääkepoikkeamat 2012
- TAULUKKO 8. Omavalvontakansioiden sisältö
- TAULUKKO 9. Perehdytysoppaan sisältö

KUVIOT:

- KUVIO 1. Yksityisen hoiva- alan Swot- analyysi.
- KUVIO 2. Kehittämisorganisaatio ja vastualueet.
- KUVIO 3. Kehittämisprosessin kolme vaihetta.
- KUVIO 4. Kehittämistyön syklit.
- KUVIO 5. Kehittämisprosessien päällekkäisyys ja läpikulku kaikissa sykleissä
- KUVIO 6. Kehittämisprosessin lisätuotokset omavalvontasuunnitelman viitekehyksestä

LIITTEET

- LIITE 1. Omavalvonnan asiasisällöt
- LIITE 2. Mielentervesasumispalveluita ohjaava lainsäädäntö
- LIITE 3. Kehittämisprosessin arviointi
- LIITE 4. Kehittämisprosessin väliarviointi

1 JOHDANTO

Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen kehittämiseen on panostettu laajalti viime vuosina. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2007 mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskevan kehittämissuosituksen (STM 2007: 13). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman 2008–2011 (Kaste –ohjelman) linjausten mukaan aluehallintoviranomaisten (AVIt) ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) valvontaa kohdistetaan aikaisempaa enemmän ympärivuorokautisen hoidon ja hoivan valvontaan. Valvonnan lähtökohtana on asukkaiden ja potilaiden perusoikeuksien yhdenvertainen toteutuminen. Uudistuksen ydintavoitteena on, että palvelujen laatu ja vaikuttavuus sekä saatavuus paranevat ja alueelliset erot vähentyvät. (Valvira 2012a, 3, 6.) Yksityisiä sosiaalipalveluja koskevaa lakia (922/2011) on myös uudistettu vastaamaan nopeasti muuttuvaan palvelurakenteeseen. Laki tuli voimaan 1.10.2011 ja siinä säädettiin, että yksityisen sosiaalipalvelujen tuottajan tulee laatia toiminnan asianmukaisuuden varmistamiseksi omavalvontasuunnitelma. Tammikuussa 2012 tuli voimaan uusi valtakunnallinen valvontaohjelma julkisia ja yksityisiä ympärivuorokautisia sosiaalihuollon palveluja aikuisille mielenterveys- ja päihdeongelmallisille tuottaville yrityksille. Tämän valvontaohjelman (Valvira 2012a) tarkoituksena on kohdentaa mielenterveysalan palveluasumista tuottaville yrityksille ohjeistus, joka vastaa uusittuja lakeja ja näin ollen tuottaa yksityisten palveluyksiköiden palveluiden laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden parantumista. Valvontaohjelma toimii pohjana, kun yksikköön tehdään valvonta-, ohjaus-, neuvonta- tai tarkastuskäyntejä.

Tämän kehittämistehtävän teoreettinen viitekehys kiinnittyy mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden muutoksiin, valvontaohjelman ja omavalvontasuunnitelman lainsäädännöllisiin muutosalueisiin ja niissä vaadittujen käytännön toimintojen kehittämiseen ja muuttamiseen. Kehittämistoiminnan tuotoksena Raahen Palvelukodin toimintakäytänteet muutettiin vastaamaan valvontaohjelman uusittujen lakien ja säädösten kaltaiseksi toiminnaksi. Kehittämistoiminnan päällimmäisenä tuotoksena syntyi Raahen Palvelukotiin toimiva ja käytännönläheinen omavalvonnan toimintamalli ja omavalvontasuunnitelma, joita tullaan jatkokehittämään edelleen. Kehittämistyö tuotti omavalvontamallin lisäksi toimivat johtamiskäytänteet, joista tuotettiin uusi perehdyttämisen toimintamalli, perehdytysuunnitelma sekä perehdytyksen opas.

Lääkehoitoprosessi, lääkehoidon perehdytys, toimintakäytännöt sekä lääkehoitosuunnitelma uusittiin.

2 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON UUDISTUMINEN

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittäminen on ollut maassamme jo pitkään jatkunut prosessi. Suomen sosiaali- ja terveysstrategian tavoitteena on sosiaalisesti kestävä yhteiskunta, jossa ihmisiä kohdellaan yhdenvertaisesti, varmistetaan kaikkien osallisuus sekä edistetään jokaisen terveyttä ja toimintakykyä. Tulevaisuudessa terveydenhuollon järjestelmiltä, mukaan lukien yksityiset palveluntuottajat, odotetaan parempaa asiakaslähtöisyyttä, laatua, tuottavuutta, vaikuttavuutta ja palvelujen alueellisten erojen vähentymistä (Hoiva 2020, 10; Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020, 3; Valvira 2012a, 3; Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi 2002, 3-8.) Kehittämishaasteiden mukanaan tuomat muutokset ja koskettavat jokaista sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöä ja jokaista palveluyksikköäkin (Mertala 2011, 13; Seppänen-Järvelä 2009, 35).

Mielenterveyspalvelujen kehittäminen on osa laajaa sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisprosessia, jota ohjeistetaan sekä lainsäädännöllä että erillisillä ohjelmilla (mm. Mieli 2009, KASTE 2012-2015). Sosiaali- ja terveydenhuollon pääohjelma KASTE 2012-2015 (2012,4) määrittää sosiaali- ja terveysalan uudistustyön yhteiset tavoitteet ja toimenpiteet tavoitteiden saavuttamiseksi. Ohjelman tavoitteena on muun muassa hyvinvointi ja terveyserojen kaventuminen ja sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palvelujen järjestäminen asiakaslähtöisesti. Mieli 2009 ohjelmassa linjataan mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen vuoteen 2015 asti. Ohjelmassa on neljä avaintemaa; asiakkaan aseman vahvistaminen palvelujärjestelmässä, mielenterveys- ja päihdeongelmien ennaltaehkäisyn painottaminen, palvelujen järjestäminen toimivaksi kokonaisuudeksi ja ohjauskeinojen kehittäminen. Tulevaisuuden haasteista selviytyminen vaatii kaikilta myös kaikilta mielenterveyskuntoutujien palveluiden tuottajilta kykyä uudistua, palvelurakenteiden ja asiakasprosessien parantamista sekä johtamisen kehittämistä, mihin tässä kehittämistyössä Raahen Palvelukodin toiminnan kehittämisessä keskityttiin.

Myös hallitusohjelmassa painotetaan mielenterveyspalvelujen kehittämistä. Siinä linjataan, että sosiaali- ja terveyspalvelujen valvonnan keinoja ja resursseja kehitetään ja vahvistetaan. Yksityi-

siä sosiaali- ja terveyspalveluita koskevaa lainsäädäntöä yhdistetään ja selkeytetään. Julkisen ja yksityisen sektorin valvontaa yhtenäistetään. Sosiaali- ja terveydenhuollon valvontatehtäviä keskitetään Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastoon (Valvira). Kansalaisten yhdenvertaisuuden parantamiseksi alueellisissa lupakäytännöissä ja valvontatoiminnassa Valviran koordinoivaa ja ohjaavaa roolia suhteessa aluehallintovirastoihin vahvistetaan ja lisätään lainsäädännöllä ja muilla toimenpiteillä. (Hallitusohjelma 2011, 7, 59.)

2.1 Mielenterveyspalvelut osana sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa mielenterveyslain (14.12.1990/ 1116) 2§:n mukaisesti mielenterveystyön valtakunnallisesta suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta. Mielenterveystyön asiantuntijavirastona toimii *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos* (THL), joka tekee mielenterveyden edistämiseen ja mielenterveysongelmien vähentämiseen vaikuttavaa tutkimus- ja kehittämistyötä, edistää mielenterveystyön kehittämistä palvelujärjestelmissä, tuottaa ja levittää mielenterveyteen liittyvää tietoa, kehittää ehkäisevän mielenterveystyön menetelmiä ja ylläpitää aiheeseen liittyviä tilastoja. Kunnan sosiaali- ja terveydenhuolto vastaa asukkaidensa mielenterveyden häiriöiden ehkäisystä, varhaisesta tunnistamisesta, asianmukaisesta hoidosta ja kuntoutuksesta. Aluehallintovirastolle kuuluu niin ikään mielenterveystyön suunnittelu, ohjaus ja valvonta omalla toimialueellaan. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira ohjaa sosiaali- ja terveysministeriön alaisena aluehallintovirastojen toimintaa niiden toimintaperiaatteiden, menettelytapojen ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi mielenterveystyön ohjauksessa ja valvonnassa. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/ 1116, hakupäivä 16.4.2013; Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, hakupäivä 24.11.2013.)

Mielenterveystyöstä säädetään terveydenhuoltolaissa ja mielenterveyslaissa. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaisesti mielenterveyspalveluihin sisältyvät ohjaus, neuvonta ja tarpeenmukainen psykososiaalinen tuki, kriisitilanteiden psykososiaalinen tuki sekä mielenterveyden häiriöiden tutkimus, hoito ja kuntoutus. Avopalvelut ja sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut ovat hoidossa ensisijaisia. Mielenterveyspalveluja järjestetään myös erikoissairaanhoidossa psykiatrian poliklinikoilla ja psykiatrisena sairaalahoitona. Kunnan sosiaalihuolto järjestää mielenterveyskuntoutujille asumispalveluita, kotipalveluita ja kuntouttavaa työtoimintaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, hakupäivä 1.7.2013; Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2013, hakupäivä 1.7.2013).

Kuhanen ym. (2010, 35) viittaa Eurobarometer (8) Health Statistics in the Nordic Countries 2005 tilastoon todetessaan, että suomalaiset voivat tällä hetkellä paremmin kuin aikaisemmin. Tilaston mukaan Suomi on Pohjoismaiden paras maa, kun hyvinvointia tarkastellaan elämänsä täysipainoiseksi, onnelliseksi ja energiseksi kokeneiden asukkaiden näkökulmasta. He viittaavat edelleen Policies and practices for mental health in Europe WHO 2008- lähteeseen todeten, että mielenterveyspalvelut ovat Suomessa saatavilla paremmin kuin koskaan aiemmin Suomen historiassa ja mielenterveytyössä on enemmän henkilöstöä kuin aiemmin. Mielenterveys ja päihdetyön kenttä on kuitenkin hajanainen ja palveluja on tarjolla maassamme hyvin epätasaisesti. Resurssit ovat väärissä paikoissa. Mielenterveysongelmien määrä on pysynyt Suomessa suhteellisen vakaana, mutta ongelmien taloudelliset ja yhteiskunnalliset vaikutukset ovat kasvaneet. (Kuhanen ym. 2010, 35-36.)

Psykiatrisen hoidon ja kuntoutuksen palvelujärjestelmä on käynyt läpi useita rakennemuutoksia viimeisten 20 vuoden aikana. Rakennemuutoksen ensimmäisessä vaiheessa psykiatristen sairaansijojen määrä vähentyi nopeasti ja ainakin osin hallitsemattomasti. Hoitajaksot sairaaloissa lyhentyivät ja rakennettiin erilaisia avopalveluverkostoja. Rakennemuutoksen toisessa vaiheessa vanhoja psykiatrisia sairaaloita lakkautettiin. Osa laitoshoidoista siirtyi yleissairaaloiden psykiatrisille osastoille. Palvelujärjestelmä jakautui ensin kahtia julkiseen sairaala- ja avopalvelujärjestelmään. Sen jälkeen palvelujärjestelmä on pirstaloitunut monien eri tuottajien ylläpitämäksi ja hallinnoimaksi hoidon, kuntoutuksen ja asumispalveluiden tilkkutäkiksi. (Salo & Kallinen 2007, 14-15.)

Mielenterveyspalvelujen käyttö on kauttaaltaan lisääntynyt, mutta palvelujen saatavuudessa on ongelmia ja alueellisia eroja. Harjajärvi ym. (2006) ovat tuottaneet Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa- raportin Merttu- tutkimuksen ja tiedonkeruun pohjalta. Raportissa on todettu, että kuntien välillä vuonna 2006 on ollut havaittavissa selkeitä eroja mielenterveyspalvelujen järjestämistavoissa ja palvelujen monimuotoisuudessa. Suurissa kaupungeissa palvelurakenne on ollut riittävän väestöpohjan myötä monipuolisin. Viimeisten 20 vuoden aikana suomalaisissa mielenterveyspalveluissa on tapahtunut suuria hallinnollisia ja rakenteellisia muutoksia. Vastuu mielenterveytyöstä näyttää siirtyneen keskushallinnolta kunnille ja laitoshoitopainotteisesta mal-

lista kohti monipuolisten avohoitopalvelujen mallia. Kunnista yli puolet raportoi siirtäneensä mielenterveysavopalveluitaan sairaanhoitopiiriltä kokonaan tai osittain terveyskeskuksen toiminnaksi. MERTTU-aineiston pohjalta tämä on valitettavan harvoin tapahtunut strategisen suunnittelun pohjalta, sillä mielenterveystyön kokonaisstrategioita raportoitiin otetun käyttöön enenevässä määrin vasta tuolloin (2006). Kunnat, jotka olivat ottaneet mielenterveysstrategian käyttöön, olivat tehneet hallinnollisia muutoksia selvästi innokkaammin kuin kunnat, joissa strategian käyttöönotosta ei ilmoitettu. Samaan aikaan palvelutuottajien kirjo oli laajentunut: palveluja järjestävät sairaanhoitopiirit, kunnat sekä yksityiset ja kolmannen sektorin toimijat. Tämän kehityksen myötä palvelujärjestelmä on monien suotuisten kehityssuuntien ohella myös hyvin pirstaloitunut. Tällainen pirstaloitunut ja hajanainen palvelujärjestelmä tukee laitostumista, asumispalveluiden irrallisuutta, laatueroja ja voitonpyyntiä kuntoutujien kustannuksella. Tavoitteena kuitenkin on, että mielenterveysongelmista kärsivät ovat yhdenvertaisia palveluihin pääsemisessä ja niiden saamisessa. Mielenterveyspalvelujen ja mielenterveystyön kehittäminen ei ole vain voimavarojen kohdentamista, vaan se on yhä enemmän sisältöjen ja osaamisen jatkuvaa kehittämistä ja päivittämistä. (Harjajärvi ym. 2006, 3, 5, 7, 17, 22 58, 65; Kuhanen ym. 2010, 45; Salo & Kallinen 2007, 7; Salo 2007, hakupäivä 28.6.2013.) Mielenterveyspalveluiden rakennemuutos on vielä kesken ja mielenterveyspalveluiden kehittäminen tulee pysymään kuntien sosiaali- ja terveysjohtajien suuren haasteena myös tulevaisuudessa (Särkijärvi, 2011, 7).

Merttu- raportoinnin jälkeen kunnissa on alettu panostamaan strategiseen suunnitteluun. Mielenterveys- ja päihdetyön strategioiden laadinnan tärkeyttä on korostettu monissa kansallisissa linjauksissa ja suosituksissa. Valtakunnallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma Mieli 2009 (STM 2009, 5, 15.) linjaa mielenterveys- ja päihdetyön tulevaisuuden keskeiset periaatteet ja painotukset vuoteen 2015.

Sosiaali- ja terveysministeriö on ottanut Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassaan (2009) huomioon kunta- ja palvelurakennemuutuksen, sekä laajan lainvalmisteluohjelman, jossa sosiaali- ja terveydenhuoltoa kehitetään nykyistä laajempina alueellisina kokonaisuuksina. Suunnitelma noudattaa myös Euroopan unionin, Euroopan neuvoston ja WHO:n kansainvälisiä linjauksia. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti Mieli 2009 -työryhmän valmistelemaan kansallista mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa toimikaudelle 1.4.2007–30.12.2008. Työryhmän tehtävänä oli valmistella sosiaali- ja terveysministeriölle ministeriön strategia 2015:n mukainen mielenterveys- ja päihde-

suunnitelma, tehdä ehdotukset hyvien käytäntöjen yleistämisestä sosiaali- ja terveydenhuollossa ja tehdä tarpeen mukaan ehdotuksia ohjauskeinojen kehittämiseksi. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma linjaa mielenterveys- ja päihdetyön tulevaisuuden keskeiset periaatteet ja painotukset vuoteen 2015. Suunnitelman lähtökohtana on mielenterveys- ja päihdeongelmien suuri kansanterveydellinen merkitys. Suunnitelma linjaa ensimmäistä kertaa mielenterveys- ja päihdetyötä yhdessä valtakunnallisella tasolla. Suunnitelmassa painotetaan asiakkaan aseman vahvistamista, mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistämistä ja ongelmien ja haittojen ehkäisyä ja hoitoa sekä kaikkien ikäryhmien mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämistä painottaen perus- ja avohoitopalveluja. Palvelujärjestelmän kehittämisessä uusia keskeisiä linjauksia ovat matalakynnyksinen yhden oven periaate hoitoon tullessa sosiaali- ja terveyskeskuksessa ja yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdeavohoitoyksiköiden perustaminen. Suunnitelman lopussa esitetään suunnitelman toteuttamiseen tarvittavat ohjauskeinot. Ohjauskeinona painotetaan koulutuksen kehittämistä, mielenterveys- ja päihdetyön erilaisten suositusten kokoamista, päivittämistä sekä niiden soveltamisen seuranta, mielenterveys- ja päihdetyön valtakunnallisen koordinaation selkiyttämistä, mielenterveys- ja päihdetyöhön suunnattavien resurssien vahvistamista sekä mielenterveys- ja päihdetyötä koskevan lainsäädännön kehittämistä. Suunnitelmassa pyritään vahvistamaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaan asemaa, edistämään mielenterveyttä ja päihdeettömyyttä, ehkäisemään mielenterveys- ja päihdehaittoja sekä painottamaan avo- ja peruspalveluja mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän kehittämisessä. Mieli 2009- ohjelmassa esitetään, että kunnat laativat mielenterveys- ja päihdestrategian osana terveyden- ja hyvinvoinnin edistämisen suunnitelmaa. (Mielenterveys ja päihdesuunnitelma, 2009, 3, 5, 38.)

Vuonna 2009 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos julkaisi myös valtakunnallisen oppaan kunnan mielenterveys- ja päihdestrategian luomiseksi. Oppaassa kuvataan lyhyesti yksi tapa laatia mielenterveys- ja päihdestrategioita kunnassa, seutukunnassa tai laajemmilla alueilla. Strategiatyö on laaja- alainen ja pitkäkestoinen prosessi, jonka suunnitteluun ja eri tahojen osallistamiseen ja sitouttamiseen kannattaa panostaa, jotta strategian toimeenpanovaihe toteutuisi mahdollisimman joustavasti. Yhteisten pelisääntöjen ja toimintalinjojen luominen kunnan sisällä ja laajempien alueiden kesken edesauttaa myös toimivien hoito- ja palveluketjujen kehittämistä siten, että alueen kuntalaiset saavat oikea- aikaisia, tarpeenmukaisia ja laadukkaita palveluita. Kun strategia on saatu valmiiksi, varsinainen työ sen tavoitteiden saavuttamiseksi vasta alkaa. Oppaassa strategiatyön laadintaprosessiin on nimetty yhdeksän erilaista vaihetta. Kriittisimmäksi ja eniten panostusta vaativiksi vaiheiksi on lueteltu avainhenkilöiden sitouttaminen, strategian toimeenpano ja

strategian arviointi ja tarkistus. Vahva sitoutuminen poliittisella ja käytännön työn tasolla, alueen kuntalaisten näkemyksen huomioiminen kehittämiskohteita määriteltäessä, työryhmän laaja-alaisuus ja moniammatillisuus, koko prosessin aikainen strategiatiedottaminen, riittävän konkreettiset ja mitattavissa olevat tavoitteet, resurssitarpeisen huomiointi tavoitteita asetettaessa ja strategian hallintokäsittelyssä sekä selkeästi määritellyt vastuut tavoitteiden toteuttamisessa ovat peruslähtökohtia strategiatyön onnistumiselle. (Laitinen & Järvinen 2009, 4, 6, 12-21, Hakupäivä 5.6.2013.)

2.2 Yksityiset palvelujen tuottajat osana kunnan palveluja

Kunnan tulee huolehtia mielenterveyspalvelujen järjestämisestä osana kansanterveystyötä siten kuin kansanterveyslaissa säädetään ja osana sosiaalihuoltoa siten kuin sosiaalihuoltolaissa säädetään (mielenterveyslain 3 §). Kuntien rooli on muuttunut palveluiden tuottajasta myös palveluiden järjestelijän, tilaajan ja ostajan rooliksi, mikä luo kuntasektorin toimijoille uusia haasteita.

Kunnat järjestävät ja ostavat yksityiset sosiaalipalvelut. Tämä muutos on globaalin hyvinvointipolitiikan mukainen, jossa julkinen valta pyrkii siirtämään palvelujen tuotantoa entistä enemmän yksityisen sektorin toimijoille. Yksityisten sosiaalipalvelujen tuottajien merkittävimpiä asiakkaita ovat kunnat. Asumispalvelujen tuottajien määrä on kasvanut viimeisen viidentoista vuoden aikana huomattavasti, ja kehitys näyttää jatkuvan samansuuntaisena. Tämän suuntaiseen kehitykseen ovat vaikuttaneet paljon psykiatristen sairaanhoitopaikkojen vähentäminen. Vuonna 1980 laitospaikkoja oli 20 036 ja vuoteen 1994 mennessä niitä oli enää 7 467. (Kovalainen & Österberg – Högstedt 2008, 10, 13, 22, 23; Asumista ja kuntoutusta 2007, 13.)

Tulevaisuudessa terveydenhuollon järjestelmiltä, mukaan lukien yksityiset palveluntuottajat, odotetaan parempaa asiakaslähtöisyyttä, laatua, tuottavuutta, vaikuttavuutta ja palvelujen alueellisten erojen vähentymistä (Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020; Valvira 2012a, 3.) Kehityksen ymmärtäminen, kokonaiskuvan luominen, kuten myös erilaisten taustamekanismien havainnollistaminen on joustavien ja mahdollisimman hyvien käytäntöjen kehittämisen edellytyksenä. Kansalaiset käyttävät näitä palveluja pääsääntöisesti kuntasektorin kautta ja sen avulla hankittuina eivätkä

suoraan itse niitä yksityiseltä sektorilta ostamalla. Yksityisen palvelutuotannon osuus on lisääntynyt ja se on kasvanut tasaisesti jo yli kahden vuosikymmenen ajan. Sosiaalipalvelualan markkinat tulevat kasvamaan entisestään tulevaisuudessa. Palvelutuotannon rooli ja merkitys kuntien oman palvelutuotannon täydentäjänä, lisänä ja myös joustavoittajana sosiaali- ja terveysalalla on vahvistunut kaikissa kunnissa. Myös yritysten osuus tämän alan palvelutuotannosta kasvaa koko ajan. Kuntien oma tuotanto säilyttää oman asemansa jatkossakin.

Suomessa on kuntia ja alueita, joissa palvelutuotannosta vastaa pääasiassa yritykset. Stakesin tilastotiedotteen (11/2007) mukaisesti vuonna 2006 Suomessa oli 3726 yksityisiä sosiaalipalvelu- ja tuottavaa toimintayksikköä. Yleisin toimiala yksityisissä sosiaalipalveluissa on palvelutalot ja ryhmäkodit. Huomioitavaa on, että tilastot sisältävät sekä yritystoiminnan sekä voittoa tavoittelemattomien järjestöjen ja yhteisöjen toiminnan. Tuolloin yksityisistä toimintayksiköistä 54% oli yritysten ylläpitämiä. Järjestöjen osuus yksiköiden omistuksessa oli suuri, sillä päihdehuoltoyksiköt, mm. A-klinikat ja asumispalveluyksiköt sekä ensi- ja turvakodit sekä päivätoimintayksiköt, ovat järjestöjen ylläpitämiä. Kunnan palveluja täydentävästä toimialasta on tullut monella tavalla merkittävä osa palvelujen tuottajien kokonaisuutta, ja toimiala laajenee koko ajan. Vuonna 2006 henkilökuntaa yksityisellä sosiaalialalla oli 34 100 työntekijää. Vuonna 2013 yksityiset sosiaalipalvelut työllistivät jo yli 70 000 henkilöä. (Hoiva 2020, 6; Kovalainen & Österberg- Högstedt, 2008, 9; Kettunen, R. 2010, 65- 66; Yksityiset sosiaalipalvelut. Tilastotiedote 11/2007, Hakupäivä 26.4.2013.) Sosiaali- ja Terveysalan tilastollisen vuosikirjan (2010, 108) mukaan psykiatrian asumispalveluiden piirissä oli 1880 asiakasta vuonna 1995, ja vuonna 2005 asiakkaiden määrä oli 5593 asiakasta ja vuonna 2009 asiakkaiden määrä on edelleen lisääntynyt ollen 7160 asiakasta.

Suomeen on syntynyt jo valtakunnallisesti asumispalveluja tuottavia yrityksiä. Tulevaisuudessa Suomen markkinoilla tulee olemaan myös ulkomaalaisia asumispalveluja tuottavia sosiaalipalveluyrityksiä. Pääomasijoitusyhtiöt, vakuutusyhtiöt ja muut rahoittajat sijoittavat alan yrityksiin nykyistä aktiivisemmin, keskittyen kuitenkin kasvukeskuksiin. Pienet yritykset, jotka eivät pysy kehityksessä mukana, saattavatkin karsiutua pikkuhiljaa pois. Pienet yritykset voivat selvitäkseen erikoistua ja toimia verkostomaisesti, mutta kuitenkin säilyttää kodinomaisuutensa. Pienten yritysten vahvuus on se, että asiakkaan valinnanmahdollisuus ja samalla vaikutusmahdollisuus paranevat. Asiakas yhdessä omaistensa kanssa pystyy mm. vaikuttamaan siihen, missä ja miten häntä hoidetaan. (Kettunen, R. 2010, 65- 66.)

2.3 Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut osana kokonaisuutta

Asumispalveluilla tarkoitetaan sosiaalihuoltolain mukaista palvelu- ja tukiasumisen järjestämistä, jolla mahdollistetaan yksittäisen ihmisen asuminen. Asumispalveluja annetaan henkilölle, joka erityisestä syystä tarvitsee apua tai tukea asunnon tai asumisensa järjestämisessä. Palveluasuminen sisältää asunnon ja asumiseen liittyvät palvelut, jotka mahdollistavat myös vaikeasti toimintarajoitteisten henkilöiden asumisen. Palveluasuminen voidaan järjestää yksittäisessä asunnossa, ryhmäkodissa, palvelutalossa tai muussa asumisyksikössä. Mielenterveysasiakkaan asumispalvelut on luokiteltu kolmeen ryhmään kuntoutujan tuen tarpeen ja asumismuodon perusteella: tuettu asuminen, palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen. Tuettu asuminen edustaa itenäisintä asumisen muotoa sillä kuntoutuja asuu joko yksityisasunnossaan tai sitä vastaavassa kunnan järjestämässä tukiasunnossa. Tuki- ja palveluasumista on tarjolla niille, jotka tarvitsevat enemmän tukea asumiseen, kuin tavanomaiseen asuntoon voidaan järjestää (vrt. kotipalvelu). Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen järjestetään tarkoitukseen varatuissa asumispalveluyksiköissä. Tehostettua palveluasumista järjestetään paljon apua, hoivaa, valvontaa ja tukea tarvitseville. Tehostetun palveluasumisen yksiköissä asukkaalla on oma huone tai asunto ja lisäksi yhteisiä tiloja. Henkilökuntaa on paikalla ympäri vuorokauden. Luokitus jäsentää mielenterveyskuntoutujien asumisen ja kuntouttavien palvelujen muodostamaa palvelukokonaisuutta. (Asumista ja kuntoutusta 2007, 18. Hakupäivä 28.8.2013.)

Salo ja Kallinen (2007) ovat tehneet laajan mielenterveyskuntoutujien asumispalvelututkimuksen, johon yli 300 asumisyksikköä vastasi kyselytutkimuksena sekä noin 50 mielenterveyskuntoutujaa haastateltiin elämäntarinahaastatteluna. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköissä asuu noin 7800 asukasta, joista noin 6700 on mielenterveyskuntoutujia. Asukkaista noin 7000 on 18-64 -vuotiaita. (Salo 2007, hakupäivä 27.6.2013.) Asumispalveluyksiköissä asuu keskimäärin 12,6 asukasta, joista vuosittain vain yksi asukas muuttaa omaan asuntoon. Enimmillään asumispalveluyksikössä oli 104 ja vähimmillään kaksi asukasta. Asukkaista 86 prosenttia on mielenterveys- sekä mielenterveys- ja päihdekuntoutujia. Lähes kuusi prosenttia on vanhuksia, runsaat kolme prosenttia kehitysvammaisia sekä muihin ryhmiin kuuluvia on lähes viisi prosenttia (lähinnä liikuntavammaisia ja päihdekuntoutujia). Asumispalveluyksiköistä 57 prosentilla yksikään asukas ei ollut muuttanut tai päässyt omaan asuntoon vuoden aikana. Asukkaiden asumisen olot todettiin myös tulosten perusteella hyvin puutteelliseksi. Pääsääntöisesti asukkailla on käytössään oma

huone vailla normaalin aikuiselämän varustetasoa. Kuntoutusmyönteisen kulttuurin esiintyvyys on myös aineiston pohjalta vähäistä. Tutkimuksen aineistojen perusteella on rakennettu asumista sekä yksiköiden henkilökunnan ja asukkaiden toimintaa mittaavat asumisen, kuntoutettavuuden ja toiminnallisuuden indikaattorit. Indikaattorianalyysien tulokset osoittavat, että laadukkaimman ja heikoimman asumispalveluyksiköiden välinen ero on lähes seitsenkertainen. Keskimääräistä heikompia yksiköitä on selvästi enemmän kuin parempia. Järjestöjen ja yhdistysten omistavat yksiköt sijoittuivat laadullisesti ensimmäiseksi yli 50 prosentin suhteellisella erolla ennen säätiöiden yksiköitä, joiden perässä tulevat kuntien ja sairaanhoitopiirien yksiköt. Osakeyhtiöiden ja yksityisten yritysten tulos jää yli kaksinkertaisesti valtakunnallisen keskiarvon alapuolelle. (Salo & Kallinen 2007, 82-85, 324, 327-329; Salo 2007, hakupäivä 27.6.2013.)

Sosiaalihuollon laitoshoidon ja asumispalvelut 2011 -tilastoraportin mukaisesti psykiatrian asumispalveluja käytti vuoden 2011 lopussa 7 789 henkilöä, mikä oli kahdeksan prosenttia enemmän kuin edellisenä vuonna. Psykiatrian ympärivuorokautista palveluasumista käytti vuoden 2011 lopussa 4082 henkilöä. Ympärivuorokautista hoitoa tarvitsi siis 52 prosenttia psykiatrisissa hoitolaitoksissa asuvista henkilöistä. Verrattaessa vuosia 2010 ja 2011 ympärivuorokautista asumispalvelua tarvitsevien henkilöiden määrä oli noussut 8,2 %. Yksityisiltä palveluntuottajilta tuotettujen ympärivuorokautisten palveluiden määrä oli noussut 8,7 %. Hoitopäivien lukumäärä oli noussut 5,0 %. (Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2011, 4, 6. Hakupäivä 28.8.2013.)

3 YKSITYISEN SOSIAALIPALVELUYRITYKSEN TULEVAISUUS JA HAASTEET

Yksityinen sosiaaliala- ja terveysala on ollut pitkään yksi Suomen nopeimmin kasvavista toimialoista. Kasvu on vauhdikasta etenkin sosiaalipalveluissa, kuten erilaisissa asumisen sisältävissä palveluissa. Viime vuosien kehityksen perusteella nähdään, että julkisen sektorin kasvu on jatkunut edelleen, järjestöjen osuuden kasvu on hidastunut ja yritysten osuus palvelujen tuottajana on kasvanut nopeasti. Julkinen sektori on kuitenkin kasvanut euromääräisesti yksityistä sektoria nopeammin. Tämän hetkisen julkisen keskustelun perusteella voi saada sellaisen käsityksen, että kuntien palveluita on ulkoistettu voimakkaasti. Tämä ei kuitenkaan pidä tilastojen valossa paikkaansa, sillä vuosina 2005- 2010 kuntien ulkoistamisaste kasvoi vain prosenttiyksikön vuosittain. Yksityisen sosiaalisektorin avopalveluissa toimi vuonna 2010 yhteensä 2160 yritystä ja laitospalveluissa 1141 yritystä, jotka työllistivät yhteensä 25 500 henkilöä. Avopalveluissa toimivista yrityksistä yli 95 prosenttia oli alle 10 henkilöä työllistäviä mikroyrityksiä. Yksityinen hoiva ala koostuukin sirpaloituneesta ryhmästä erilaisia toimijoita, sillä osa palveluntuottajista on valtakunnallisesti toimivia osakeyhtiöitä tai järjestöjen omistamia yhtiöitä ja osa yrityksistä on henkilöomisteisia perheyhtiöitä. Joukosta löytyy myös muutamia franchising-tyyppisesti toimivia ketjuja. Muutamat kunnat ovat jo liikelaitostaneet asumispalvelutoimintansa. Sirpaloitunut toimiala voi olla kokonaisvaltaisen kehittämisen ja yhteisen edunvalvonnan kannalta suurikin haaste. Toimialan sisällä saattaa esimerkiksi syntyä eturistiriitoja, koska toimijat ovat niin eri tyyppisiä, esimerkiksi pieni -suuri toimija, yritys- järjestö, voittoa tuottava- yleishyödyllinen yritys. (Hoiva 2020, 2013, 34- 35; Kettunen, R. 2010, 65- 66.)

Salon ja Kallisen (2007, 334) tutkimuksen yhdeksi kehittämissuosituksiksi on esitetty, että monenlaisten tuottajien palvelujärjestelmää tulisi hyödyntää ottamalla oppia erilaisten toimijoiden vahvuuksista ja samalla voisi karsia omia heikkouksia omasta toiminnastaan. Eri toimijoilla on jo lähtökohdiltaan erilaisia vahvuuksia; yksityiset yritykset tuovat mukaan kustannustietoisensa osaa- misensa, julkiset yksiköt ymmärryksensä asukkaiden juridisista, sosiaalisista ja taloudellisista oikeuksista; järjestöt ja yhdistykset kansalaisnäkökulman sekä kuntoutujien oman panoksen pal-

veluiden tuotantoon, kehittämiseen ha niiden arviointiin. Erityyppisiä yrityksiä ei olisi myöskään kehittämissuosituksen mukaan hyvää laittaa kilpailutilanteeseen keskenään. Kilpailuttamisen ja kustannustietoisuuden sijasta tulisi moniammatillisesti keskittyä yhteisen kielen ja tavoitteiden asettamiseen sekä siirtyä ennemminkin ajattelemaan tulos- ja tavoitetietoisesti. Tulostietoisuus onkin yksi kuntoutumista tukevien palveluiden oleellisimmista kehitystekijöistä.

Sosiaalialan työnantajat ry julkaisi vuoden 2013 syksyllä Hoiva 2020 Yksityisen hoiva-alan tulevaisuus- strategiatyöryhmän raportin. Siinä tuodaan esille hoiva-alan muutoksia yksityisellä puolella sekä kuvataan toimialan haastavuutta tukevaisuudessa. Raportissa todettiin poliittisen ilmapiiirin olevan vaikeammin ennakoitavaa kuin ennen. Poliittisilla päätöksillä kuitenkin ohjataan voimakkaasti yksityisen palveluntuottajan toimintaa. Suurin vaikutus yksityiseen hoiva-alaan todettiin olevan neljällä sidosryhmällä: poliittisilla päättäjillä, viranomaisilla (etenkin valvovat viranomaiset), suurella yleisöllä ja medialla. Nämä neljä sidosryhmää vaikuttavat erityisesti muiden sidosryhmien liikkeisiin ja toimiin. Erityisesti kritiikkiä annettiin sosiaalisen median vaikutuksesta politiikkaan ja päätöksentekoon. Selvityksessä tuotiin esiin myös, että haastavat viranomaisvaatimukset asettavat suuria haasteita yksityisille yrityksille. Valvovien viranomaisten todettiin toimivan alalla osin tempoilevasti sillä valvonta kohdistuu tällä hetkellä käytännössä pääasiallisesti vain yksityisen sektorin luvanvaraisiin toimijoihin. Esimerkiksi tila- ja henkilöstömitoituksiin liittyvät vaatimukset saattavat olla samassa palvelussa erilaisia riippuen siitä harjoittaako toimintaa yksityinen vai julkinen sektori. (Hoiva 2020, 2013, 6, 10,16, 27.)

Sosiaalialan Työnantajat ry on tehnyt yksityisen hoiva-alan SWOT- analyysin (**S**trengths, **W**eaknesses, **O**pportunities, **T**hreats). Hoiva 2020, 2013, 50; <http://fi.wikipedia.org/wiki/SWOT-analyysi>, hakupäivä 7.10.2012.) Tärkeimmät strategisessa analyysissä nousseet havainnot on kiteytetty alla olevassa kuviossa. Mahdollisuudet (O) ja uhat (T) käsitellään toimialan ulkoisessa toimintaympäristössä, ja vahvuudet (S) ja heikkoudet (W) lähtevät toimialan omista lähtökohdista.

TOIMIALAN SISÄINEN VAIKUTUSPIIRI

<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laajat kohtaamispiirit sidosryhmien kanssa Kuva: Hoiva-alan käsitysten juuret • Ketteryys verrattuna julkiseen sektoriin Kappale: hoiva-alan kehitys vähäistä • Vahva palveluiden laatu ja asiakastyytyväisyys Kappale: palveluiden laatu tehdään toimintayksiköissä • Toimialan vetovoiman nousu Kappale: alan vetovoima nousussa • Pääoman saatavuus Kappale: mistä investointeja alalle 	<p>W</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haastava mediasuhde Kappale: Media • Toimialan sirpaleisuus Kappale: Yksityiset sosiaalipalveluiden tuottajat ovat sirpaloitunut ryhmä erilaisia toimijoita • Korkea riippuvuus kuntasektorista Kappale: Yksityinen hoiva-ala on riippuvainen kunnista • Ammattilpeuden puute Kappale: Hoiva-ala tarvitsee runsaasti uusia työntekijöitä • Sidoryhmien negatiivinen käsitys toimialan eettisyydestä Sidoryhmäanalyysi
<p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> • Väestön rakenne Kappale: Suomi ikääntyy suurten ikäluokkien mukana • Kuntarakenteen muutos Kappaleet: Talousnäkyvät maailmalla ja Suomessa sekä monituottajamalli yleistyy. • Uudet hoivaa helpottavat ja viihtyisyyttä lisäävät teknologiat Kappale: Teknologia ohjaa asiakaskunnan käytöstä. • Asiakkaan päättävältä korostavat rahoitus muodot ja omarahoituksen lisääntyminen Kappale: Asiakkaan ääni kuuluviin 	<p>T</p> <ul style="list-style-type: none"> • Väestön rakenne Kappale: Suomi ikääntyy suurten ikäluokkien mukana / huoltosuhte • Kuntarakenteen muutos Kappaleet: Talousnäkyvät maailmalla ja Suomessa • Poliittinen ilmapiiri ja yleinen mielipide Sidoryhmäanalyysi • Kuntien taloudellinen tilanne Kappale: Talousnäkyvät maailmalla ja Suomessa. • Valvonnan epätasaisuus Kappaleet: Viranomaisvalvonnan käytännöt vaihtelevat sekä Hoivapalveluiden kehitys vähäistä

ULKOINEN MAAILMA

KUVIO 1. Yksityisen hoiva- alan Swot- analyysi. (Hoiva 2020 2013, 50.)

Sosiaalialan työnantajat ovat ottaneet strategiseksi kehittämisalueiksi SWOT- analyysin sekä todettujen reunaehtojen pohjalta seuraavat kolme osa- aluetta:

1. Alan osaajien ammattilpeuden nostaminen ja laadun näkyväksi tekeminen
2. Alan maine nousuun asiakaskokemusten ja aktiivisen viestinnän kautta
3. Yksityisen sosiaalialan yhteiskunnallisen arvon ja yritysvastuun kehittäminen. (Hoiva 2020, 2013, 52.)

Salon ja Kallisen (2007, hakupäivä 27.6.2013) tutkimuksen pohjalta mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut eivät tue asukkaiden kuntoutumista, joka tulee olemaan suurena tulevaisuuden haasteena. Salo toteaaakin, että kuntoutuminen on mahdollista vain, jos kuntoutujaa lakataan pitämästä alaikäisenä aikuisena ja rohkaistaan ottamaan vastuu omasta elämästään. Tutkimuksen hätkähdyttävien tulos oli se, kuinka huonosti asumispalveluyksiköt tukevat psyykkisestä sairaudesta kuntoutumista. Esimerkiksi koulutukseen osallistui vain 8 % asukkaista ja työssä kävi vain 3 % . Asumispalvelut eivät muutenkaan tue riittävästi asukkaidensa aktiivisuutta. Järjestötoimintaan osallistui vain 14 % asukkaista ja yli puolesta asumispalveluyksiköstä ei järjestötoimintaan osallistunut yksikään. Tutkimuksen kvalitatiivisessa osassa haastateltiin asumispalvelui-

den käyttäjiä ja kävi ilmi, että kuntoutuminen on kuitenkin mahdollista, jos asumispalvelut ovat laadukkaita.

Mielenterveyspalveluiden rakennemuutos sekä viime vuosien panostukset lainmuutoksiin, valvonnan lisääntymiseen ja palveluiden vaatimuksiin tulevat olemaan varsinkin yksityisen yrityksen suurena haasteena. Niistä seuraavissa kappaleissa enemmän.

3.1 Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva lainsäädäntö

Mielenterveyspalvelujen järjestämistä säätelevät keskeisesti mielenterveyslaki(1116/1990), kansanterveyslaki (66/1972) sekä erikoissairaanhoidolaki (1062/1989) sosiaalihuoltolaki (710/1982) ja asetus (607/1983) (1062/1989), laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (vammaispalvelulaki, 380/1987), (759/1987) sekä laki kuntouttavasta työtoiminnasta (189/2001). (Asumista ja kuntoutusta 2007, 13.) Kunnan tulee huolehtia mielenterveyspalvelujen järjestämisestä osana kansanterveystyötä siten kuin kansanterveyslaissa säädetään ja osana sosiaalihuoltoa siten kuin sosiaalihuoltolaissa säädetään (mielenterveyslain 3 §). Sairaanhoidopiirin kuntayhtymän ja sen alueella toimivien terveyskeskusten on yhdessä kunnallisen sosiaalihuollon ja erityishuoltoa antavien kuntayhtymien kanssa huolehdittava siitä, että mielenterveyspalveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus (mielenterveyslain 5 §). Olen koonnut liitteeseen 2. kaikki lait, jotka ohjaavat mielenterveyden asumispalvelujen toimintaa. (LIITE 2.)

Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut on laissa määritelty sosiaalipalveluiksi ja asumispalvelun järjestäminen on ohjattu kuntien vastuulle. Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain mukaan (8 § 1-2 mom.) sosiaalihuoltoa toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide ja muutoinkin kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan. Asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.) Mielenterveyskuntoutujan oikeudesta hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa säädetään laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (sosiaalihuollon asiakaslaki, 812/2000). Terveysthuollossa mielenterveyskuntoutujan vastaavat oikeudet määräytyvät potilaan asemas-

ta ja oikeuksista annetun lain (potilaslaki, 785/1992) mukaan. Asiakaslaki ja potilaslaki sisältävät myös säännökset asiakas- ja potilassuhteen luottamuksellisuudesta ja tietojen salassapidosta. (Asumista ja kuntoutusta 2007, 14; LIITE 2.)

Yksityisten palvelujen valvonnasta säädetään sosiaalipalvelujen osalta yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta annetussa laissa (valvontalaki, 603/1996) ja terveydenhuollon palvelujen osalta yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa (152/1990). Sosiaalihuollon ammattihenkilöiden kelpoisuus määräytyy sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annetun lain (272/2005) ja sitä täydentävän asetuksen (608/2005) mukaisesti. Terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevat laki ja asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994 ja 564/1994). (Asumista ja kuntoutusta 2007, 14.)

Mielenterveyslain 5 §: n pykälän mukaisesti (11.12.2009/1066) Mielenterveyspalvelujen järjestämisessä on sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueella toimivien terveyskeskusten yhdessä kunnallisen sosiaalihuollon ja erityispalveluja antavien kuntayhtymien kanssa huolehdittava siitä, että mielenterveyspalveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus. Mielisairautta tai muuta mielenterveyshäiriötä potevalle henkilölle on riittävän hoidon ja palvelujen ohella yhteistyössä asianomaisen kunnan sosiaalitoimen kanssa järjestettävä mahdollisuus hänen tarvitsemaansa lääkinnälliseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvään tuki- ja palveluasumiseen siten kuin siitä on erikseen säädetty.

3.2 Palvelujen tuottamisen valvonta

Poliittisessa päätöksenteossa mielenterveyskuntoutujiin liittyvä kehitystyö on jatkunut pitkään. Lainsäädäntöä on yhtenäistetty, uudistettu ja on annettu erilaisia suosituksia myös yksityisiin asumispalveluihin. Vuonna 2007 julkistettiin Mielenterveyskuntoutujien asumista ja kuntouttavia palveluja koskeva kehittämissuositus. Mieli 2009- ohjelman (2009, 38) mielenterveystyön kehittämisen ohjauskeinoina on nimetty mm. mielenterveys- ja päihdetyön erilaisten suositusten kokoamista, päivittämistä sekä niiden soveltamisen seurantaan mielenterveys- ja päihdetyötä koskevan lainsäädännön kehittämistä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelman (KASTE) 2008-2011 linjausten mukaisesti aluehallintoviranomaisten (AVIt) ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valviran) valvonta kohdistetaan erityisesti ympärivuorokautisen hoidon ja hoivan valvontaan. Valvonnan lähtökohtana on asukkaiden ja potilaiden perusoikeuksien yhdenvertainen toteutuminen. Tavoitteena on, että mm. palveluiden laatu, vaikuttavuus ja saatavuus paranevat ja alueelliset erot vähentyvät. Valviran strategisena linjauksena on varmistaa ja huolehtia niiden ihmisten oikeuksista, jotka eivät itse pysty niistä huolehtimaan. Varsinkin taloudellisen tilanteen kiristytessä kunnissa saatetaan tinkiä juuri päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten palveluista, usein niin määrällisissä kuin laadullisissa tekijöissäänkin. (Valvira 2012a, 3, 6.)

Vuonna 2007 Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskevan kehittämissuosituksen, joka soveltuu sekä julkisten että yksityisten palvelujen laadun kehittämiseen ja arviointiin. Kehittämissuosituksen tarkoituksena on parantaa mielenterveyskuntoutujien asumisen ja kuntouttavien palveluiden laatua. Suositus koskee niin julkisia kuin yksityisiäkin palveluntuottajia. Asumispalvelujen kehittämissuosituksen pääpainoalueena on että palvelut järjestetään suunnitelmallisesti eri toimijoiden yhteistyönä, asumispalveluihin liitetään kuntouttavat palvelut, laadukkaalla asumisella edistetään kuntoutumista, henkilöstön määrä ja osaaminen määräytyvät kuntoutujien tarpeiden mukaan ja palvelujen arviointia ja valvontaa kehitetään. Mielenterveyskuntoutujien asumista ja palvelujen kokonaisuutta koskevien suositusten lähtökohdat ja tavoitteet on kiteytetty seuraavasti:

- Hyvin hoidetut mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut parantavat elämänlaatua ja vähentävät erikoissairaanhoidon kustannuksia.
- Ensisijaisena tavoitteena on turvata asumisen pysyvyys asiakkaan omassa kodissa. Paluu omaan kotiin varmistetaan myös hoitajaksojen jälkeen.
- Pitkäaikaisessa asumisessa asumisen laadun on vastattava yleisiä asumisen standardeja.
- Riittävät ja tarkoituksenmukaiset kuntouttavat palvelut turvataan sekä omassa asunnossa että asumispalveluyksikössä asuville.

Kehittämissuosituksen mukaan asumismuodosta riippumatta mielenterveyskuntoutujalle järjestetään kuntouttavia palveluja, joilla tuetaan hänen kuntoutumistaan ja itsenäistä selviytymistään. Suositukset palvelujen laadun kehittämiseksi sisältyvät julkaisun kolmanteen lukuun. Ne kohdis-

tuvat seuraaviin kehittämisaiheisiin: palvelut järjestetään suunnitelmallisesti eri toimijoiden yhteistyönä, asumispalveluihin liitetään kuntouttavat palvelut, laadukkaalla asumisella edistetään kuntoutumista, henkilöstön määrä ja osaaminen määräytyvät kuntoutujien tarpeiden mukaan, palvelujen arviointia ja valvontaa kehitetään. (Asumista ja kuntoutusta 2007, 3, 9, 13; Sosiaaliportti, hakupäivä 19.8.2013.)

Yhdenvertainen, laadukas ja asiakkaan tarpeet huomioon ottava hoito ja palvelu edellyttävät, että kaikilta palveluntuottajilta vaaditaan yhdenmukaisia toimintaperiaatteita rahoitusjärjestelmästä tai toimintayksikön sijainnista riippumatta. Palvelu ja hoito on mitoitettava asiakkaiden toimintakyvyn ja palvelutarpeen mukaan, samoin kuin tilat ja niiden varustelu. Lisäksi asumisyksikössä on oltava riittävästi pätevää henkilökuntaa asiakasrakenteeseen nähden. (Valvira 2012a, 13.)

Valvira ja AVIt ovat yhteistyössä laatineet valtakunnallisen Mielenterveys- ja päihdehuollon ympärivuorokautiset asumispalvelut sekä päihdehuollon laitoshoidon -valvontaohjelman vuosille 2012-2014 (Valvira 2012a). Ohjelma julkaistiin tammikuussa 2012. Yksityisten palvelujen tuottajien sosiaalipalvelujen tarjonta on lisääntynyt ja monipuolistunut nopeasti ja palvelujärjestelmässä tapahtuneet muutokset asettavat vaatimuksia myös näiden palvelujen tuottajien toiminnalle. Jatkossa tasalaatuisten palvelujen turvaamiseksi tullaan yrityksiltä edellyttämään omavalvontaa. Valvonnan ja valvontaohjelman lähtökohtana on, että palveluntuottaja tuntee toimintaa koskevat lait, asetukset ja säädökset sekä noudattaa niitä. Olen koonnut lait ja säädökset liitteeksi 1/2. Valvontaohjelmaan on linjattu asioita, joihin Valviran ja AVIn on kohdistettava erityinen huomionsa tai mitkä asiat ovat erityisenä valvonnan kohteena yksityisillä palvelujen tuottajilla. Tällä pyritään myös siihen, että palveluntuottajia kohdellaan yhdenmukaisesti koko maassa. Lisäksi valvontaohjelmalla on pyritty lisäämään valvonnan läpinäkyvyyttä ja ohjaamaan yrityksiä omavalvontaan. Palveluntuottaja on ensisijaisesti itse vastuussa siitä, että toiminta on jatkuvasti asianmukaista ja täyttää sille asetetut kriteerit. Ensisijainen valvonnan muoto onkin siksi palveluntuottajan omavalvonta. Palveluntuottajalla on oltava sellaiset järjestelmät, joilla mahdolliset puutteet havaitaan ja korjataan välittömästi ja joilla toiminnan riskit tiedostetaan ja luodaan menettelytavat niiden torjumiseksi. Omavalvonta on keskeinen osa yksikön toiminnan kehittämistä ja laadunhallintaa. Valvontaohjelmaa voivat myös kunnat käyttää omassa valvontatehtävässään. Ohjelma toimii siis samanaikaisesti sekä ennakoivan valvonnan (palveluntuottajien ohjaaminen omavalvontaan, ohjaus ja neuvonta, yksityisen palveluntuottajan lupahakemukset) että jälkikäteisvalvonnan (esim. kantelujen käsittely) ja niiden yhdenmukaistamisen välineenä. Niin valvontaohjelmaa kuin palve-

luntuottajan omavalvontaakin käytetään pohjana kun valvova viranomainen tekee valvomaansa kohteeseen ohjaus-, neuvonta- tai tarkastuskäyntejä. (Valvira 2012a, 7-9, Valvira 2012b, 5.)

4 SOSIAALIPALVELUJEN OMAVALVONTASUUNNITELMA

Laki yksityisistä sosiaalipalveluista (922/2011) määrittelee luvussa 2. 6 §: ssä, että Yksityisten sosiaalipalvelujen tuottajan on laadittava toiminnan asianmukaisuuden varmistamiseksi omavalvontasuunnitelma, joka kattaa kaikki palvelujen tuottajan sosiaalipalvelut ja 5 §:n 2 momentissa tarkoitetut palvelukokonaisuudet. Palvelujen tuottajan on pidettävä omavalvontasuunnitelma julkisesti nähtävänä ja seurattava sen toteutumista. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto voi antaa määräyksiä omavalvontasuunnitelman sisällöstä, laatimisesta ja seurannasta. (Laki yksityisistä sosiaalipalveluista. Hakupäivä 28.3.2013.)

Omavalvonnalla tarkoitetaan palvelujen tuottajan omatoimista laadun varmistamista. Toiminnassa on toteuduttava lainsäädännön ja valvontaohjelmien edellyttämät sekä palvelujen tuottajan itse omalle toiminnalleen asettamat laatuvaatimukset, joissa on otettu huomioon palvelujen laadusta annetut suositukset. Omavalvonta on osa toimintayksikössä tai toiminnassa toteutettavaa laadunhallintaa. Omavalvontasuunnitelmalla tarkoitetaan palvelujen laadun ja asiakasturvallisuuden varmistamiseksi ja parantamiseksi suunniteltujen menettelytapojen kuvausta ja siinä käytettäviä asiakirjoja. Omavalvontasuunnitelma laaditaan toimintayksikkö- ja palvelukohtaisesti. Palvelujen tuottaja vastaa yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain 5 §:n 2 momentin mukaan palvelun laadusta ja siitä, että asiakkaalle järjestettävä palvelukokonaisuus täyttää sille asetetut vaatimukset. Toimintayksikölle on 5 §:n 3 momentin mukaan nimettävä vastuuhenkilö, jonka tehtävänä on huolehtia siitä, että toimintayksikössä toteutettavat palvelut täyttävät niille asetetut vaatimukset. (Valvira 2012c, 3-4.)

Valvira, aluehallintovirastot sekä ostava taho (kunta, kuntayhtymät) valvovat yksityisen sosiaalipalvelualan yrityksiä omavalvontasuunnitelman avulla. Omavalvontasuunnitelman aihealueet ovat kiinnittyneet samoihin sisältöihin kuin Mielenterveys- ja päihdehuollon ympärivuorokautisessa valvontaohjelmassa on määritelty. Ohjelmassa on kuvattu mielenterveys- ja päihdehuollon asu- mispalvelujen ja laitoshoidon keskeisten osa-alueiden tavoitteita ja sisältöjä tavalla, joka tukee palveluntuottajia oman toiminnan ja omavalvonnan kehittämisessä. Aluehallintovirastot ja Valvira noudattavat lupahallinnossa, ohjauksessa ja valvonnassa valvontaohjelman periaatteita ja linja-

uksia. Tämä varmistaa asiakkaiden ja palveluntuottajien yhdenmukaista kohtelua koko maassa. Sosiaalipalvelualan yrityksen omavalvontasuunnitelma on toisin sanoen työväline valvonnan toteuttamiselle. Ja koska valvontaohjelman ja omavalvontasuunnitelmien vaatimukset ovat samansisältöiset jokaisessa yksikössä ympäri Suomen, tulevat yritykset keskenään tasavertaisiksi ja minimi vaatimustaso vaadituksi. Näin asiakas saa samantasoisia palveluita riippuen asumispaikkakunnasta. Omavalvontasuunnitelma on tulossa joidenkin vuosien päästä (2014) myös kunnallisiin yksiköihin. Valvira määräyksen mukaisesti jokaisella yksityisellä sosiaalipalveluja tuottavalla yrityksellä oli oltava omavalvontasuunnitelma valmiina 1.9.2012. (Valvira 2012a, 3, Valvira 2012c, 4.)

Valvira ja Avit ovat yhdessä kehittäneet Mielenterveys- ja päihdehuollon ympärivuorokautisten asumispalvelujen sekä päihdehuollon laitoshoidon valtakunnallisen valvontaohjelman, jossa esitetään, mihin osa- alueisiin valvonta kohdistuu ja miten toiminnan asianmukaisuutta arvioidaan. Tämä takaa palveluntuottajien ja asiakkaiden yhdenmukaisen kohtelun koko maassa. Valvontaohjelmalla pyritään lisäämään valvonnan läpinäkyvyyttä ja ohjaamaan palveluntuottajia omavalvontaan. (Valvira 2012a, 3.) Omavalvontasuunnitelma on näin ollen palveluntuottajan oma lakien ja säädösten asetusten mukainen laatutyön väline, joka sisältää palveluntuottajan kaikkien hoidon ja yritystoiminnan osa- alueiden prosessit ja vaiheet. Valviran valvonta kohdistuu omavalvonnan osa- alueisiin ja se sitouttaa ja vastuuttaa yrityksen laadukkaaseen työhön.

4.1 Valvontaohjelman ja omavalvontasuunnitelman rakenne

Valvontaohjelma sekä omavalvontasuunnitelman lomake luo opinnäytetyölleni teoreettisen viitekehyksen ja näin ollen aihe kiinteytyy kokonaisuudessaan yrityksen kehittämisprosessiin. Tämän vuoksi on syytä kuvailla tarkasti sekä valvontaohjelman että omavalvontasuunnitelman rakenne ja asiasisällöt. Mielenterveys- ja päihdehuollon palvelujen valvonnan painopistealueet rakentuvat kuudesta pääosa- alueesta, jotka on vielä purettu pienempiin osa- alueisiin. Valvontaohjelman pääosa-alueet koostuvat seuraavasti; 1. Toiminnan organisointi, toimintaedellytysten turvaaminen ja asiakasrakenne, 2. Henkilöstö, 3. Toimitilat, 4. Asiakkaan asema ja oikeudet, 5. Asiakkaidenhoito, huolenpito ja kuntoutus ja 6. Asiakirjahallinto ja dokumentointi. Pienemmät osa- alueet sisältävät paljon valvontaan kohdistuvia asiasisältöjä, joita ohjaavat eri lait ja asetukset. (Valvira 2012a, 13- 29.)

Valvira on tehnyt valmiin pohjalomakkeen sosiaalipalveluajon omavalvontasuunnitelmaa varten. (Valvira 2012d) Omavalvontasuunnitelman rakenne on erilainen kuin valvontaohjelman rakenne, vaikkakin asiasisällöt ovat aikalailla samanlaisia. Omavalvonnan rakenne koostuu seuraavasti: 1. Palvelujen tuottajaa koskevat tiedot, 2. Toiminta- ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet, 3. Omavalvonnan organisointi, johtaminen ja vastuuhenkilöt, 4. Asiakkaan ja omaisten osallistuminen ja asiakaspalaute, 5. Riskien ja epäkohtien tunnistaminen ja korjaavat toimenpiteet, 6. Henkilöstö, 7. Toimitilat, laitteet ja tarvikkeet, 8. Asiakasturvallisuus, 9. Asiakkaan asema ja oikeudet, 10. Palvelun/ yksikön asiakastyön (toiminnan) laadun varmistaminen, 11. Terveysthuollon ja sairaanhoidon järjestäminen, 12. Asiakastietojen käsittely, 13. Alihankintana tuotettujen palvelujen omavalvonta, 14. Omavalvonnan toteuttamisen seuranta ja arviointi.

TAULUKKO 1. Omavalvontasuunnitelman ja valvontaohjelman asiasisällöt.

OMAVALVONTASUUNNITELMAN ASIASISÄLTÖ	VALVONTAOHJELMAN ASIASISÄLTÖ
1. Palvelujen tuottajaa koskevat tiedot	1. Toiminnan organisointi, toimintaedellytysten turvaaminen ja asiakasrakenne
2. Toiminta- ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet	2. Henkilöstö
3. Omavalvonnan organisointi, johtaminen ja vastuuhenkilöt	3. Toimitilat
4. Asiakkaan ja omaisten osallistuminen ja asiakaspalaute	4. Asiakkaan asema ja oikeudet,
5. Riskien ja epäkohtien tunnistaminen ja korjaavat toimenpiteet	5. Asiakkaiden hoito, huolenpito ja kuntoutus
6. Henkilöstö.	6. Asiakirjahallinto ja dokumentointi.
7. Toimitilat, laitteet ja tarvikkeet	
8. Asiakasturvallisuus	
9. Asiakkaan asema ja oikeudet	
10. Palvelun/ yksikön asiakastyön (toiminnan) laadun varmistaminen	
11. Terveysthuollon ja sairaanhoidon järjestäminen	
12. Asiakastietojen käsittely	
13. Alihankintana tuotettujen palvelujen omavalvonta	
14. Omavalvonnan toteuttamisen seuranta ja arviointi	

4.2 Omavalvontasuunnitelman sisältö

Omavalvontasuunnitelma on lopputyöni päätuotos, joten olen kuvannut neljä sivuiseen liitteeseen (LIITE 1) lyhyesti taulukkomuodossa omavalvonnan asiasisällöt sekä vaadittavat asiakokonaisuudet. Nämä asiakokonaisuudet ja koko omavalvontajärjestelmä on tehty myös Raahen Palvelukodissa. Kuvaan kehittämistyöni kolme sykliä kappaleessa 6. Omavalvontasuunnitelman kehittäminen Raahen Palvelukodissa. Valvontaohjelman asiakokonaisuudet, valvonnan kohteet sekä toimintaa ohjaavan lainsäädännön olen koonnut liitteeseen 2. (LIITE 2.)

5 TUTKIMUKSELLINEN KEHITTÄMISTOIMINTA RAAHEN PALVELUKODISSA

Suomalainen 2000- luvun työelämä elää jatkuvaa muutosta. Työorganisaatioita yritetään saada toimimaan tehokkaammin, tuottavammin ja laadukkaammin. Yhteiskunnan ja toimintojen nopeat muutokset ja niihin vaikuttaminen ovat vaativia haasteita niin yksilöille kuin erilaisille organisaatioille ja yhteisöillekin. Terveystieteiden huolto on yksi suuri yhteiskunnallinen, suurien haasteiden keskeinen ja edessä oleva toimialue. Samat haasteet koskevat myös sosiaalipuolta sekä yksityisten sosiaalipalvelujen tuottamista. Muuttuvissa olosuhteissa kehittämisvalmiuksia tarvitsevat kaikki työntekijät ja organisaatiot. Kehittämistoiminta, elinikäinen oppiminen, huippuosaaminen, verkostoituminen ja innovaatiotoiminta ovat tämän päivän avainsanoja. Kaikilta terveydenhuollon parissa toimivilta työntekijöiltä edellytetään kykyä kehittää itseään, kouluttautua, kehittää työtään ja osallistua työyhteisöjen ja yhteiskunnan kehittämiseen. (Heikkilä ym. 2008, 36; Kaivola & Launila 2007, 7; Toikko & Rantanen 2009, 7.)

Tässä työssä puhutaan kehittämistyöstä ja kehittämistoiminnasta, joita voidaan pitää synonyymina. Myös kehitysprojekti kuvaa hyvin omavalvontasuunnitelman ja omavalvonnan toimintamallin kehittämisen kuvaamista. Heikkilä ym. (2008, 21) mukaan kehittämistoiminta tähtää uusien aineiden, tuotteiden, tuotantoprosessien tai järjestelmien aikaansaamiseen tai olemassa olevien olennaiseen parantamiseen. Tässä työssä kehittämisen kohteena oli omavalvontasuunnitelma, jonka kautta kehittyivät uudet toimintakäytänteet (omavalvonnan toimintamalli) sekä prosessit. Paasivaara, Suhonen ja Virtanen (2011, 18, 19, 81) mukaan kehittämistyöstä puhuttaessa usein puhutaan myös projektista, kehittämisprojektista tai kehittämishankkeesta. Projektikirjallisuudessa näillä tarkoitetaan usein samaa, mutta kehittämisprojekti nähdään projektia laajempaan toimintona. Projektin määrittäminen sopii myös tähän kehittämistyöhön, koska sen ominaisuudet toteutuvat tässä työssä. Projektilla tarkoitetaan tavoitteellista, kertaluonteista ja määräaikaista tehtäväkokonaisuutta, jota hyödynnetään erilaisten ongelmien ratkaisemisessa. Elinkärimallin mukaisesti projektilla on 1) suunnittelu- ja aloitusvaihe, 2) toteuttamisvaihe sekä 3) päättämis- ja arviointivaihe. Laajempi kehittämisprojekti käynnistetään usein, jos tavoitellaan uudenlaista toimintatapaa, palvelua tai muuta tuotetta. Paasivaaran ym. (2011, 33) mukaan innovatiivisuus on prosessi, joka

tähtää inventioihin eli uusiin palveluihin, toimintatapoihin, tuotteisiin ja keksintöihin. Prosessiin kuuluu muutostarpeen tunnistaminen, parhaiden käytäntöjen paikantaminen ja hyödyntäminen, kehitettävien interventioiden rakentaminen, testaaminen ja pilotointi, inventioiden käyttäjäkokemusten analysointi sekä inventioiden käyttöönoton tukeminen ja levittäminen.

Hyvän ja onnistuneen kehitysprojektin edellytyksenä on motivoitunut ja oppiva työyhteisö. Oppivassa organisaatiossa ihmiset kehittävät koko ajan kykyjään, jotta he oppisivat tavoitteeksi asetettuja asioita. Käytännössä kehitysprojekti voi muuttua oppivaksi projektiksi ainoastaan innovatiivisen asenteen, hyvän sisäisen viestinnän ja kehittyneiden ryhmätyömuotojen avulla. Useasti varsinkin pitkissä kehitysprojekteissa tiimityön työtapoja saavutettaessa toiminta alkaa muistuttamaan oppivan organisaation toimintaa. Tällaisessa organisaatiossa rohkaistaan yhteisten tavoitteiden muodostamista ja ihmisten yhdessä oppimista ja hyödynnetään omia kokemuksia toiminnan kehittämiseksi. Tärkeä taito on oppimaan oppiminen, jolla kyetään vaikuttamaan tulevaisuuteen eikä vain säilyttämään entisiä toimintatapoja tai sopeutumaan uusiin tilanteisiin. Tavoitteena on aktiivisuus organisaation tulevaisuuden muodostamisessa. Oppivan organisaation syntyminen onkin aikalainen taitolaji. Tutkimusten perusteella on havaittu, että oppivassa organisaatiossa avainvalmiudet kuuluvat sosiaalisten prosessien puolelle. Tärkeimpänä näistä valmiuksista ovat ryhmän ongelman ja ristiriitojen ratkaisutaidoilla, kokous- ja kommunikaatiotaidoilla sekä ryhmän sisäisten roolien ja prosessien ymmärtämisessä. Kaivola ja Launila (2007) esittävät, että oppivassa organisaatiossa on viisi elementtiä; *itsehallinta* (mahdollisuus henkilökohtaiseen kasvuun, oppimiseen, työntekijän asiantuntijuuden tunnustaminen, oikeus ajatella ja olla luova), *mentaaliset mallit* (vakiintuneet toiminta- ja ajattelumallit kyseenalaistetaan ja luodaan uusia), *yhteinen visio* (määrittää toiminnan suunnan) ja *tiimioppiminen* (yhteinen kieli ja valmius keskustella, edellyttää toisen arvostamista, kuuntelemista ja erilaisuuden hyväksymistä) ja *systeemiajattelu* (organisaatiossa kaikki vaikuttaa kaikkeen). (Heikkilä ym. 2008, 39-40; Kaivola & Launila 2007, 82-84; Rissanen 2002, 279.)

Poliittisessa päätöksenteossa on paljon painotettu yksityisen palveluntuottajan palveluiden valvontaa. Valvontaa on tehostettu ja lainsäädäntöä sekä asetuksia uudistettu viimeisen viiden vuoden aikana. Suuret yhteiskunnalliset muutokset sekä edellä mainitut toimialan muutokset tuovat kehittämistarpeita yksiköiden toimintoihin ja käytänteisiin. Raahen Palvelukodilla laaja kehitysprosessi käynnistyi myös näin ollen innovatiivisesti, jolloin ympäristöstä ja työyhteisöstä tulleet muu-

tospaineet ajoivat kehittämään toimintoja. Lainsäädännön lisääntyessä, Valviran ohjeistuksen ja valvonnan lisääntyessä joka myöhemmin tarkentui omavalvonnan vaateeksi, selkeästi tavoitteellinen kertaluontoinen aikataulutettu kehitysprosessi käynnistyi. Omavalvontasuunnitelman aihealueet (kts. LIITE 1) antoivat kehittämistyölle myös teoreettisen viitekehyksen sekä motiivin koko työyhteisölle kehittämistyön toteuttamiseksi.

5.1 Tutkimuksellinen lähestymistapa kehittämistoiminnassa

Tässä luvussa kuvataan niitä ratkaisuja, joita tehtiin tutkimus- ja kehittämistoiminnassa omavalvontasuunnitelman kehittämisprosessissa. Kehittämisen ja tutkimuksen lähestymistavaksi valittiin osallistava toimintatutkimus, jossa hyödynnettiin etnografisen toimintatutkimuksen lähestymistapaa. Kehittäminen ymmärretään tässä kehittämistyössä konkreettisenä toimintana, jolla tähdätään selkeästi määritellyn tavoitteen (omavalvontasuunnitelman) saavuttamiseen (Toikko & Rantanen 2009, 14.)

Raahen Palvelukodin tutkimuksellinen kehittämistoiminta oli soveltavaa toimintatutkimusta. Toimintatutkimus ei ole tutkimusmenetelmä, vaan ennemminkin tutkimusstrateginen lähestymistapa, joka voi käyttää välineenään erilaisia tutkimusmenetelmiä. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa käytännön ongelmat ja kysymykset ohjasivat tiedontuotantoa. Tietoa tuotettiin aidossa toimintaympäristössä kehittämisen ollessa pääpainoalueena, mutta tutkimuksellisia periaatteita hyödynnettiin kehittämistoiminnassa. Toimintatutkimukselle on tunnusomaista toiminnan ja tutkimuksen samanaikaisuus sekä pyrkimys saavuttaa välitöntä, käytännöllistä hyötyä tutkimuksesta. Toimintatutkimuksen päämääränä ei ole vain tutkiminen, vaan toiminnan samanaikainen kehittäminen. Soveltavassa tutkimusotteessa tutkimustulokset palvelevat käytännön elämän päämääriä. Tutkimus ei vastaa vain mitä- ja miksi -kysymyksiin, vaan myös kuinka -kysymykseen. Kirjallisuudessa toimintatutkimusta kuvataan muutaman avainsanan kautta, joita ovat: refleksiivisyys, tutkimuksen käytännönläheisyys, muutosinterventio, ihmisten osallistuminen, demokratia ja emansipaatio. Tavoitteena on löytää reflektiivinen tarkastelutapa, jossa tavanomaiset käytänteet nähdään uudessa valossa. Tyypillinen ajattelutapa toimintatutkimuksen reflektiivisyydestä on niin sanottu reflektiivinen kehä, josta syntyy ajassa etenevä spiraali, kun syklejä asetellaan peräkkäin. Spiraali kuvaa kuinka ajattelu ja toiminta liittyvät toisiinsa peräkkäisinä suunnittelun, toiminnanha-

vannoinnin, reflektion ja uudelleensuunnittelun sykleinä. Todellisessa työyhteisössä toiminnan syklit eivät ole näin yksiselitteisiä, vaan prosessit sivusykleineen ovat mahdollisia. Toimintatutkimuksessa tutkija on mukana yhteisössä, jota hän tutkii. Tutkija tekee itse aloitteita ja vaikuttaa kohdeyhteisössään. Tätä muutokseen tähtävää väliintuloa kutsutaan muutosinterventioksi. Toimintatutkimus on aina yhteisöllinen sosiaalinen prosessi, jossa toimijat osallistuvat yhdessä tutkimukseen. (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 36; Heikkinen ym. 2008, 27; Heikkinen 2010, 219- 225; Kemmis & McTaggart 2005, 280- 284; Toikko & Rantanen 2009, 19-22.)

Palvelukodin kehittämistyössä samoin kuin toimintatutkimuksessa, suunnattiin käytäntöihin, pyrittiin muutoksiin ja työyhteisö osallistui kehittämis- ja tutkimusprosessiin. Toimintatutkimuksen kohde ja substanssi voi olla mikä tahansa ihmiselämään liittyvä piirre, olennaista ja yhtenäistä on tuottaa uutta tietoa ja pyrkiä sen avulla asiaintilojen muutokseen edistämällä tai ja parantamalla niitä tavalla tai toisella. Kehittämistyöllä tarkoitetaan pääasiallisesti toimintaa, jonka tavoitteena on tutkimustulosten avulla luoda uusia tai entistä parempia palveluja, tuotantovälineitä tai – menetelmiä. Kehittyminen on sekä prosessi että tulos, ja yleensä sillä tarkoitetaan muutosta parempaan. Kehittäminen on myös mahdollista ilman tutkimusta, mutta tutkimus ja kehittäminen toimivat parhaimmillaan yhdessä, koska tutkimus voi tarjota perusteita toiminnalle, jolloin onnistumien mahdollisuudet usein paranevat. Toimintatutkimus tulee nähdä prosessina, joka tähtää asioiden muuttamiseen ja kehittämiseen entistä paremmiksi. Toiminnan kehittäminen ei pääty koskaan, vaan se on jatkuva prosessi. Tulos ei näin ollen voi olla jokin tietty tai entistä parempi toimintatapa, vaan tuloksena voi olla esimerkiksi täysin uudella tavalla ymmärretty prosessi. Prosessia on luontevaa tarkastella myös koulutusprosessina. (Heikkilä ym. 2008, 21; Heikkinen ym. 1999, 18; Kuula 1999, 10.)

Honkanen (2012) yhteenvetää artikkelissaan eri asiantuntijoiden tutkimuksellista kehittämistyötä analysoidessaan, että asiantuntijuus tämän päivän työelämässä on yhteistoiminnallista ja tutkivaa. Osaamista jaetaan ja kehitetään yhdessä yhteisen ongelmanratkaisun ympärillä. Kehittämistyössä tarvitaan hänen mukaansa rakenteita ja osaamista. Tarvitaan myös innostajia ja promootoreita, henkilöitä joilla on hallussaan kehittämistyön menetelmiä ja välineitä. Heikkisen (2010) mukaan toimintatutkimukselle on ominaista, että tutkija on mukana yhteisössä, jota hän tutkii. Toimintatutkimuksessa tutkija tekee muutosinterventioita ja pyrkii niiden avulla vaikuttamaan kohdeyhteisöön. Kehittämistyössä tarvitaan osallisuutta edistäviä työmenetelmiä, mutta

myös menetelmiä, joilla tietoa tuotetaan. Työyhteisön kehittämistyö on aina eräänlainen oppimisprosessi, jossa työntekijät ovat aktiivisia toimijoita. Kehittämistoiminta on myös aina sosiaalinen prosessi, joka edellyttää työyhteisön aktiivista osallistumista ja vuorovaikutusta. Tällöin henkilölle tarjoutuu oppimisen mahdollisuuksia ja haasteita. Näin työyhteisön tieto kehittyy jatkuvasti ja sitä voidaan konstruoida yhdessä muiden kanssa. Näin ollen toimintatutkimus muodostuu parhaimmillaan osallistujien yhteiseksi oppimisprosessiksi. (Heikkilä ym. 2008, 21; Heikkinen ym. 1999, 15; Heikkinen 2010; 223; Honkanen 2012, 66; Toikko & Rantanen 2009, 89.)

Osallistava kehittäminen on aina prosessiluonteista, jossa toimintaa ja sen suuntaa arvioidaan ja reflektoidaan koko prosessin ajan. Seppänen- Järvelä ja Vatanen (2009) käyttävät käsitettä prosessikehittäminen kehittämistyöstä, jota toimijat tekevät osana arkityötään. Raahan palvelukodin kehittämistyössä kehittämisotteena käytettiin työyhteisölähtöistä prosessikehittämistä, joka tarkoittaa käytännön toiminnan, yhteisen tekemisen, keskustelemisen ja oppimisen tuloksena tuotettua käytäntöä. Työyhteisölähtöinen prosessikehittäminen on viitekehys käytännön työtehtävien ja työmenetelmien kehittämiseksi ja siten myös asiakaspalvelun laadun lisäämiseksi. Siinä painotuu lyhytjänteisten parannusten lisäksi pyrkimys pitkäjänteisiin parannuksiin työyhteisön tavoissa toimia osana organisaatiota ja toimintaympäristöä. (Seppänen- Järvelä & Vataja 2009, 11, 13.) Keskeistä on osallistuvien henkilöiden tiedon arvostaminen ja usko useamman kuin yhden näkökulman olemassa oloon jokaisessa asiassa sekä näkemys, että ne kaikki ovat tärkeitä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 83).

Tässä kehittämistyössä hyödynnetään etnografisen toimintatutkimuksen periaatteita. Heikkinen ym. (2008, 35) mukaan tutkimusta voidaan kehittämistyössä käyttää ainakin arviointitiedon tuottamiseen kehittämisprojektien tai joidenkin yksittäisten kehittämistoimenpiteiden vaikutuksista ja tätä kautta korjaavien toimien tukemiseen. Tutkimusta voidaan hyödyntää myös "Hyvien käytäntöjen" levittämisen suunnitteluun sekä työelämän muutosprosessien tukemiseen. Etnografisen toimintatutkimuksen tavoitteena on, että toiminnan aikana karttuvia kokemuksia reflektoidaan jatkuvasti (eli tulkitaan harkitusti ja kriittisesti), ja näin saatua tietoa käytetään hyväksi tutkimuksen seuraavien vaiheiden suunnittelussa. Etnografisen tutkimuksen koostuu aidossa ympäristössä tehtävästä kenttätyöstä, joka sisältää osallistavaa havainnointia, haastatteluja ja muita tiedonkeruumenetelmiä. Tiedonkeruun lisäksi etnografiseen tutkimukseen kuuluu aineiston kuvailu ja analyysi. Tässä tutkimuksessa on osallistavien havaintojen lisäksi käytetty erilaisia kyselyitä sekä kehit-

tämistolaisuuksien aineistoja, jotka on tarkemmin kuvattu omissa kappaleissaan. Etnografisessa tutkimuksessa korostuu tutkijan rooli, jonka myötä tutkimuksen yksityiskohdat vaihtelevat. Etnografian avulla pyritään ymmärtämään käyttöympäristöä sekä käyttäjien tarpeita, käytäntöjä ja sosiaalisia prosesseja. (Vuorinen 2005, 63, hakupäivä 20.10.2013.)

Etnografinen lähestymistapa mahdollistaa tutkija- kehittäjän position olla yksi osallistuja muiden kehittäjien joukossa. Hänen roolinsa poikkeaa muiden osallistujien roolista vain siinä, että hän vastaa kehittämistyön arvioinnista ja dokumentoinnista. Tuotetut dokumentit voivat muodostaa kehittämisprosessin tutkimuksellisen osuuden. Kehittämisprojektissa tarvittavan uuden tiedon etsimisessä ja luomisessa tarvitaan menettelytapoja ja valmiuksia, joilla voidaan kyseenalaistaa organisaation nykyisiä toimintakäytänteitä. Etnografinen tapa tuottaa tietoa arjen toimintaympäristössä työn lomassa mahdollistaa hiljaisen tiedon näkyväksi saamisen. Etnografinen lähestymistapa mahdollistaa arjessa tapahtuvan tiedon tuotannon ja se arvostaa eri tahojen tuottamaa tietoa (=osallisten= työntekijöiden) eikä vain asiantuntijatietoa. Etnografian vahvuuksia on sen sallima väljyys ja avoimuus tiedon tuottamiseen. Kehittämistyö harvoin etenee tiettyjen suunnitelmien mukaan silloin kun se on kontekstuaalista ja osallistavaa, kollentiivista älykkyyttä hyödyntävää. (Honkanen 2012, 67, 70.)

5.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän kehittämistyön ensisijainen tarve nousi työyhteisön sisäisestä tarpeesta kehittää toimintoja. Myös alan toimintaympäristön muutos ja paineet mm. uudistunein lainsäädännöin vauhditti kehittämisen tarpeen tiedostamista koko työyhteisössä. Omavalvontasuunnitelman muotoutuminen kehittämistyön teoreettiseksi viitekehykseksi muodostui pikkuhiljaa toimintoja kehitettäessä ja työyhteisön tietoisuuden kasvaessa. Valviran määräys helmikuussa 2012 yksityisille sosiaalipalvelualan yrittäjille omavalvontasuunnitelman laatimisesta (Valvira 2012c) vahvisti kehittämistyön kohdentumista omavalvontamallin kehittämiseen.

Tämän toimintatutkimuksena toteutetun kehittämistyön tarkoituksena on ollut kehittää ja tuottaa yhteistoiminnallisesti henkilökunnan kanssa omavalvonnan toimintamalli Raahen Palvelukodille. Valviran määräyksen (Valvira 2012c, 3) mukaisesti omavalvonnalla tarkoitetaan:

”Palvelujen tuottajan omatoimista laadun varmistamista siten, että toiminnassa toteutuvat lainsäädännön ja valvontaohjelmien edellyttämät sekä palvelujen tuottajan itse omalle toiminnalleen asettamat laatuvaatimukset, joissa on otettu huomioon palvelujen laadusta annetut suositukset. Omavalvonta on osa toimintayksikössä tai toiminnassa toteutettavaa laadunhallintaa. Omavalvontasuunnitelmalla tarkoitetaan palvelujen laadun ja asiakasturvallisuuden varmistamiseksi ja parantamiseksi suunniteltujen menettelytapojen kuvausta ja siinä käytettäviä asiakirjoja.”

Omavalvontasuunnitelma ja sen kehittäminen on jatkuva ja laaja prosessi. Kehittämistyön laajuuden vuoksi työn tarkoitus ja tavoitteet jaettiin Valviran saneleman aikataulutuksen vuoksi tärkeysjärjestykseen. Valvira julkaisi määräyksen omavalvonnan toteuttamisesta helmikuussa 2012 ja määräyksessä vaadittiin, että jokaisella yksityistä sosiaalipalvelua tuottavalla yrityksellä olisi oltava omavalvontasuunnitelma valmiina 1.9.2012 mennessä. Tässä kehittämisraportissa kuvataan pääpiirteittäin omavalvontamallin kehittämisprosessi ja sen osa-alueina kuvataan, arvioidaan ja tutkitaan tarkemmin omavalvonnan osa-alueista lääkehoitosuunnitelman – ja käytänteiden kehittämistä. Kehittämistyön toissijaisena tarkoituksena on myös juurruttaa ja käyttöönottaa uudet omavalvonnan toimintamallit yksikön jokapäiväiseen arkiseen työhön. Omavalvonnan kehitystyö on jatkunut raportin julkaisemispäivään saakka ja siitä eteenpäinkin, mutta raportissa kuvataan kehittämisprosessi vuoden 2012 loppuun saakka.

Kehittämistyötä ja sen raportointia on ohjannut vahvasti tutkija-kehittäjän oma kokemus sosiaalipalvelualan yrityksen toiminnasta ja sen kehittämisestä. Oman kokemuksen lisäksi tutkija-kehittäjä on perehtynyt tämän kehittämistyön toimintaympäristöä säätelevään lainsäädäntöön, yhteiskuntapoliittisiin linjauksiin sekä kehittämistyöhön liittyvään metodiikkaan. Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet ovat muuttuneet itse kehittämistyön aikana. Honkanen (2012, 70) kuvailee etnografisen lähestymistavan hienoimmaksi piirteeksi juuri sen, että kehittämistyössä se sallii suuretkin suunnan muutokset kehittämistyön aikana. Tutkimus palvelee kehittämistyötä eikä päinvastoin. Tietoa tuotetaan sitä mukaan kun sitä kehittämistyössä tarvitaan (esim. lääkepoikkeamat).

Kehittämistyön tarkoituksen mukaisesti tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä haettiin vastausta seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Minkälainen toimintamalli palvelukeskuksessa kehittämistyön alussa ilmeni?
2. Minkälaisia kehittämishaasteita toiminnassa tunnistettiin kehittämistyön alussa?
3. Minkälainen toimintamalli palvelukeskuksessa kehittämistyön lopussa ilmeni?
4. Minkälaisen kehittämisprosessin kautta toimintamalli kehittyi?

5.3 Tutkimusaineistot ja analyysit

5.3.1 Tutkimus- ja arviointiaineistot

Seuraavassa kuvaan lyhyesti kehittämistoiminnassa hyödynnettyjä ja tuotettuja tutkimusaineistoja ja esitän perusteluita niiden keruuta koskevalle valinnoille. Eskola ja Suorannan (1999, 107) mukaan tutkimusaineistoa tuotetaan ja kerätään etnografisessa toimintatutkimuksessa kehittämisprosessin aikana monista eri lähteistä. Honkasen (2012, 67) artikkelin mukaan Davies (2010) alkuperäislähteeseen viitaten etnografisessa toimintatutkimuksessa ei kerätä aineistoa sen mukaan, kuin se ymmärretään perinteisessä tutkimustyössä vaan tutkija rakentaa ja tuottaa sen yhdessä tutkimukseen ja tässä tapauksessa kehittämiseen osallistuneiden ihmisten kanssa. Aineiston keräämisen sijaan puhutaan aineiston tuottamisesta. Kerääminen sana jo viittaa siihen, että asiat ovat valmiina kentällä tutkijan poimittavaksi. Tuottaminen kuvaa taas paremmin tutkijan ja osallistujien yhteisesti tuottamaa tietoa, jonka tutkija tulkitsee. Toikon ja Rantasen (2009, 119; Tacchi ym. 2003, 14.) mukaisesti kehittämistyössä Monimuotoisten aineistojen (esimerkiksi keskustelut, nauhoitteet, päiväkirjamerkinnot, fläpit, sähköpostiviestit) dokumentoinnin merkitys on etnografisessa toimintatutkimuksessa tutkimuksen kulmakivi. Tässä toimintatutkimuksessa on käytetty seuraavia aineistoja:

TAULUKKO 2. Kehittämistoiminnassa tuotetut aineistot, aineiston keruumenetelmät ja aineistojen keräämisajankohdat.

TIEDONHANKINTAMENETELMÄ	TIEDONLÄHDE	AINEISTON MÄÄRÄ JA KÄYTTÖTAR-KOITUS	AJANKOHTA
Henkilöstöpalaverimuistiot =kehittämistilaisuuksien muistiot	Koko työyhteisö + tutkija- kehittäjä, kirjallinen aineisto	Muistioita raakadaa- tana 30 sivua, ana- lysoitavissa koko kehittämisen prosessi, sen vaiheet, omavalvon- nan, johtamisen kehit- tämisen sekä lääke- hoitoprosessin vai- heet.	2008 (2 kpl) 2009 (4 kpl) 2010 (0kpl) 2011 (5/2011→ 14 kpl) 2012 (24 kpl)
Kehittämistaulukko	Tutkija- kehittäjä, kirjallinen aineisto	Taulukoita 5 sivua, kehittämisen prosessin aikataulun ja vaihei- den tutkiminen	5/ 2011- 12/ 2012
Päiväkirjamuistiot	Tutkija- kehittäjä, kirjallinen aineisto	Muistioita 2 sivua	5/ 2011- 12/ 2011
Lääkepoikkeamat	Koko työyhteisö, kirjallinen aineisto	Poikkeamien yhteen- vetoja 6 sivua.	2/ 2012- 1/ 2013

ARVIOINTIAINEISTOT: Arvioinnin aineistona toimivat lähtötilannekuvaus, jossa tutkija/ kehittäjä on pitänyt päiväkirjaa ensimmäisten henkilöstöpalaverien synnyttämistä ajatuksista touko- joulukuusta 2011. Keväällä 2012 pidetyt kehityskeskustelut ovat toimineet kehittämisprosessin arvioinnin aineistona sekä muutosinterventioiden mahdollistajana. Elokuussa ja marraskuussa on kerätty myös henkilökunnalta erilliset kehittämisprosessin väliarviot. Keväällä 2013 kerättiin henkilökunnalta kehityskeskustelujen yhteydessä vielä loppuarvio kehitysprojektista.

TAULUKKO 3. Kehittämistoiminnassa tuotetut arvioinnin aineistot, aineiston keruumenetelmät ja aineistojen keräämisajankohdat.

TIEDONHANKINTAMENETELMÄ	TIEDONLÄHDE	AINEISTON MÄÄRÄ JA KÄYTTÖTARKOITUS	AJANKOHTA
Lähtötilannekuvaus, päiväkirja Tutkija- kehittäjän muistiinpanot, havainnointit, kirjallinen materiaali	Eri tilaisuudet, missä jollakin tavalla työstettiin tämän kehittämistyön tavoitteiden mukaisia asioita, tiedonlähteinä työyhteisön jäsenet.	Muistiinpanoja 3 sivua, lähtötilannekuvauksen materiaali, muutosinterventtioiden mahdollistaminen.	5/2011-12/2012
Kehityskeskustelu 1. Lomakehaastattelu	Koko työyhteisö + tutkija- kehittäjä, kirjallinen aineisto	Täytettyjä lomakkeita 30 sivua, yhteenvetoa 5 sivua. Kehittämisprosessin arviointi työntekijän näkökulmasta.	4-5/ 2012
Avoin haastattelu/ neuvottelu Toimitusjohtajan kanssa	Toimitusjohtaja + tutkija- kehittäjä	Muistiinpanot, 2 sivua. Sovitut jatkotoimenpiteet (henkilökunnan osallistaminen) ja muutosinterventiot kesäajaksi kehittämistyön eteenpäin viemiseksi.	5/ 2012
Kehityskeskustelut 2. Lomakehaastattelu	Koko työyhteisö + tutkija- kehittäjä, kirjallinen aineisto	Täytettyjä lomakkeita 30 sivua, yhteenvetoa 5 sivua. Kehittämisprosessin arviointi työntekijän näkökulmasta, vertaus edelliseen kehityskeskusteluun.	4-5/ 2012
Kehittämisprosessin väliarviointi 1.	Koko työyhteisö + tutkija- kehittäjä, kirjallinen aineisto	Täytettyjä lomakkeita 10 sivua, yhteenvetoa 3 sivua. Kehittämisprosessin arviointi, muutosinterventtioiden mahdollistaminen.	8/ 2012
Kehittämisprosessin väliarviointi 2.	Koko työyhteisö + tutkija- kehittäjä, kirjallinen aineisto	Täytettyjä lomakkeita 7 sivua, yhteenvetoa 2 sivua. Kehittämisprosessin arviointi, muutosinterventtioiden mahdollistaminen.	11/ 2012
Lääkepoikkeamat	Koko työyhteisö + tutkija- kehittäjä	Poikkeamia 54 sivua, yhteenvedot poikkeamista 3 kk: n välein, yhteenvetoa 6 sivua. Lääkehoitoprosessin arvioiminen.	2/2012-1/2013

5.3.2 Tutkimus- ja arviointiaineiston analyysi

Tässä kehittämistyössä on monenlaisia tutkimusaineistoja ja analyysitapa on muokkautunut aineistolähtöisesti. Suurin osa aineistoista on analysoitu ja arvioitu mahdollisimman pian keräämisen jälkeen, mutta esimerkiksi henkilöstöpalaverimuistioiden tarkistusanalyysi on tehty vasta kehitysprosessin lopussa raportointivaiheessa. Kehittämistoiminnan tilaisuuksina toimineet henkilöstöpalaverit ovat koko prosessin ajan hyödyntäneet aineiston ensimmäisen vaiheen analyysin tuloksia. Joten ne ovat toimineet Toikon ja Rantasen (2009, 82) kuvauksen mukaan eri toimijoiden välisenä neuvotteluprosessina, jonka pohjalta muutosinterventiot on toteutettu.

Kehittämistoiminnassa tuotetun aineiston analyysissä hyödynsin **sisällön analyysiä**, joka on dokumenttien systemaattisen ja objektiivisen analysoinnin menettelytapa. Sisällön analyysillä voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Sen avulla pyritään saamaan kuvaus tulkittavasta ilmiöstä tiivistetysti ja yleisessä muodossa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21,23.) Kehittämistilaisuuksien muistiot analysoin sisällön analyysin menetelmällä, jolloin dokumenteista voidaan tehdä havaintoja ja analysoida niitä systemaattisesti. Analyysissä on olennaista, että erotetaan niistä samanlaisuudet ja eroavaisuudet. Tekstin sanat ja muut yksiköt luokitellaan samaan luokkaan merkityksen, tarkoituksen, seurauksen tai yhteyden perusteella. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92) Aineistoni luokittelu tapahtui aihepiireittäin, aineisto ryhmiteltiin ja pilkottiin erilaisten aihepiirien mukaan. Sisällön analyysissä on erotettavissa seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä analyysin luotettavuuden arviointi (Metsämuuronen 2006, 124.) Analyysiprosessin voi sanoa olleen käynnissä osittain jatkuvasti ja ohjanneen osittain muutosinterventioita. Sisällön analyysiprosessi lähti liikkeelle aineiston lukemisesta eli aineiston haltuunottamisesta, joka rakensi kokonaiskuvaa tutkimusaineistosta ja ohjasi aineiston luokittelusta ja jäsentelystä. Sisällön analyysi aloitetaan analyysiyksikön määrittämisellä. Analyysiyksikkö voi olla sana, sanayhdistelmä, lause, lauselma tai ajatuskokonaisuus siitä, mikä on tutkimuskysymys. Analyysiyksiköksi valittiin lausuma tai asia kokonaisuus. Kun analyysiyksikkö on määritelty, aineisto luettiin useita kertoja läpi. Sen jälkeen ns. pelkistämisvaiheessa aineisto pelkistettiin niin, että siitä karsittiin tutkimukselle ja tutkimuskysymykselle epäolennainen aineisto pois. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.)

Taulukoin tutkimusaineiston kolmeen sarakkeeseen. Vasemmaiseen sarakkeeseen kokosin pelkistetyn aineiston. Seuraavassa, toisessa sarakkeessa aineistoa ryhmiteltiin ja etsittiin aineiston samankaltaisuuksia ja yhtäläisyyksiä sekä samaa tarkoittavia ilmaisuja. Näistä muodostui niin sanottuja alakategorioita joille annettiin nimi sisällön mukaan. Lopulta kategoriat yhdistettiin yläkategorioiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.)

6 OMAVALVONTAJÄRJESTELMÄN KEHITTÄMINEN RAAHEN PALVELUKODISSA

Kunta- ja palvelurakennemuutostusta koskeva puitelaki on haastanut kunnat tehostamaan kunnallisen toiminnan ja palveluiden rakenteita. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa laki edellyttää perusterveydenhuollon palvelut ja perusterveydenhuoltoon läheisesti liittyvät sosiaalipalvelut vähintään 20 000 asukkaan väestöpohjille. Tähän on kaksi vaihtoehtoa, joko kuntien yhdistyminen tai kuntien muodostaminen yhteistoiminta-alueiden kautta. Väestöpohjavaatimuksen ohella lailla tavoitellaan myös seudullisten toiminnallisten kokonaisuuksien syntymistä ja sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteistyötä palveluiden järjestämisessä. (Kokko ym. 2009, 3.) Terveystieteiden tutkimuskeskus (30.12.2010/ 1326, hakupäivä 16.4.2013) 10§: ssä Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava vastuullaan olevien asukkaiden palvelujen järjestämisestä ja saatavuudesta yhdenvertaisesti koko alueellaan. Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuoltopalvelut alueellaan lähellä asukkaita, paitsi jos palvelujen alueellinen keskittäminen on perusteltua palvelujen laadun turvaamiseksi.

Raahen alueella toimii Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä, joka vastaa Raahen kaupungin (yhdistynyt Pattijoen kunnan kanssa), Pyhäjoen ja Siikajoen (yhdistynyt Ruukin kunnan kanssa) kuntien yhteensä 35 000 asukkaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Kuntayhtymä vastaa myös jäsenkuntien väestön niistä erikoissairaanhoidon palveluista, jotka hankitaan sairaanhoitopiiristä tai muualta alueen ulkopuolelta. Mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat kuntayhtymässä oma yhdistetty tulosalueensa. (Raahen Seudun hyvinvointikuntayhtymä, hakupäivä 28.8.2014) Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän Mielenterveys- ja päihdestrategiaa luomaan on nimetty asiantuntijatyöryhmä vuonna 2009. On katsottu, että kuntayhtymässä täytyy saada aikaan pidemmän ajan kokonaisvaltainen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämissuunnitelma, koska koko palveluketjun toimivuudella on ratkaiseva merkitys asiakkaiden arjessa selviytymiselle ja palvelutoiminnan kustannuksille. Mielenterveys- ja päihdetyö on sekä toiminnallisesti että taloudellisesti merkittävä osa kuntayhtymän toimintaa. Strategiatyön lähtökohtana on ollut keinojen etsiminen vastaamaan mielenterveystyön ja päihdetyön palvelutarpeeseen ennaltaehkäisevästi ja mahdollisimman pitkälle omalla alueella avoimuuskeinoin. Niin ikään lähtökohtana on ollut

käytettävissä olevien voimavarojen vaikuttavampi käyttö tulevaisuudessa. (Raahen Seudun hyvinvointikuntayhtymä, Mielensterveys- ja päihdestrategia 2010-2015, 2.)

Strategisesti lähtökohdaksi otettiin, että mielensterveys- ja päihdepalvelut muodostavat Raahen seudulla ihmisten kokonaisvaltaista hoitoa, kuntoutumista ja omatoimisuutta edistävän, avohoitoon pohjautuvan ehyen palveluverkoston, jolloin paremmin kyetään hallitsemaan myös hoidon ja palveluiden kokonaiskustannuksia. Selkeä tarve on ollut suunnata voimavaroja laitoshoidosta avohoidon palvelujen kehittämiseen. Ongelmia ja haittoja ehkäistään laaja-alaisella hyvinvoinnin ja terveydenedistämistyöllä, varhaisella tunnistamisella ja hyvällä akuuttihoitolla. Palvelut tullaan järjestämään omalla alueella ja lähellä ihmisten normaalia arkiympäristöä. Alueen mielensterveys- ja päihdestrategiassa palvelukoteihin kohdistuviksi strategisiksi tavoitteiksi on asetettu, että palvelukodeissa asuvien kuntoutusta tehostetaan olemalla mukana aktiivisesti arvioimassa asukkaan kuntoutumista ja asettamalla sille tavoitteita. Tätä tehtävää varten on palkattu yksi sosiaalityöntekijä kuntayhtymän mielensterveyspalveluita varten lisää, jonka työpanos käytetään kehittämiskohdeiksi nimettyjen tavoitteiden toteutumisen edistämiseen. Tavoitteeksi ja kehittämiskohteeksi on strategiassa asetettu, että palveluasuminen on suunnitelmallista ja ohjauksellista. Palveluasumisen toiminnan ja sisällön arviointia myös kehitetään. Strategiassa esitetään, että itsenäisen asumisen tuen lisäämisen myötä palveluasumisen kustannuksia saadaan vähennettyä. (Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä, Mielensterveys- ja päihdestrategia 2010-2015, 32- 34.)

Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä ostaa mielensterveyskuntoutujien asumispalvelut pääasiallisesti yksityisiltä palveluntuottajilta. Palvelukodin lisäksi Raahen keskustassa toimii toinen yrittäjä, joka tuottaa ympärivuorokautisia palveluja. Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän alueella (Vihanti, Siikajoki, Pyhäjoki) on myös 3 yksikköä, joilta asumispalveluita ostetaan. Tossavaisen & Kurosen (2012, 81) psykiatristen laitospalveluiden tilastoista on luettavissa, että ei ympärivuorokautisia psykiatrisia asumispalveluita on Raahessa ostettu vuoden 2011 lopussa 40 asiakkaalle. Raahen Palvelukodilla on tulkintatavasta riippuen 30-36 asiakasta, eli Palvelukoti tuottaa Raahen alueen ei-ympärivuorokautiset psykiatriset asumispalvelut pääasiallisesti. Ympärivuorokautisia psykiatrisia palveluita on Raahessa ostettu 40 asiakkaalle. Näin ollen Palvelukoti tuottaa lähes puolet koko kunnan psykiatrisista asumispalveluista.

6.1 Raahen Palvelukoti kehittämissympäristönä

Mielenterveyskuntoutujien ympärivuorokautisissa asumispalveluissa vaikeasti toimintarajoitteinen kuntoutuja tarvitsee jatkuvasti hoivaa ja huolenpitoa sekä ympärivuorokautista tukea. Raahen Palvelukoti tuottaa ei- ympärivuorokautisina mielenterveyskuntoutujille palveluasumista ja tuettua asumista. Palveluasumisessa kuntoutuja tarvitsee intensiivistä ja pitkäjänteistä kuntoutusta mielenterveysongelmansa vuoksi sekä omatoimisuuden ja asumisen tiivistä harjoittelua. Kuntoutujaa avustetaan hänen päivittäisissä toiminnoissaan (esim. henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen, ruokailun järjestäminen, siivous ja pyykinpesu, lääkärin ohjeiden mukainen lääkehoito). Kuntoutujaa ohjataan harjoittelemaan itsenäistä päätöksentekoa, raha- ja muiden asioidensa hoitamista, mielekästä vapaa-ajanviettoa sekä ihmissuhteiden hoitamista. Kuntoutujalla on mahdollisuus osallistua virikkeelliseen päivätoimintaan. Häntä ohjataan harjoittelemaan sairauden kanssa selviytymistä ja hankkimaan tarvittavia toimintavalmiuksia. Henkilöstön on seurattava huolellisesti asiakkaiden terveydentilaa ja järjestettävä heille tarvittavat lääkärin- ja muun terveydenhuollon palvelut. Lisäksi varmistetaan asiakkaalle kuuluvien etuuksien saanti. Siksi asiakkaat tarvitsevat tuekseen myös sosiaalityön ammattihenkilöiden palveluita. Palveluasuminen on usein yhteisöllistä asumista ryhmäasunnossa. Palvelukodin palveluasumisyksikköjä on kaksi, joissa kummassakin on 10 asukasta. Henkilöstöä on paikalla päivä- ja iltä- aikaan sekä viikonloppuisin. Puhelinpäivystys toimii ympärivuorokautisesti ja Raahen turvallisuusvartiointi käy yökäynnin joka yö. Palvelukodilla on yöaikaan käytössä myös tallentava kameravalvonta.

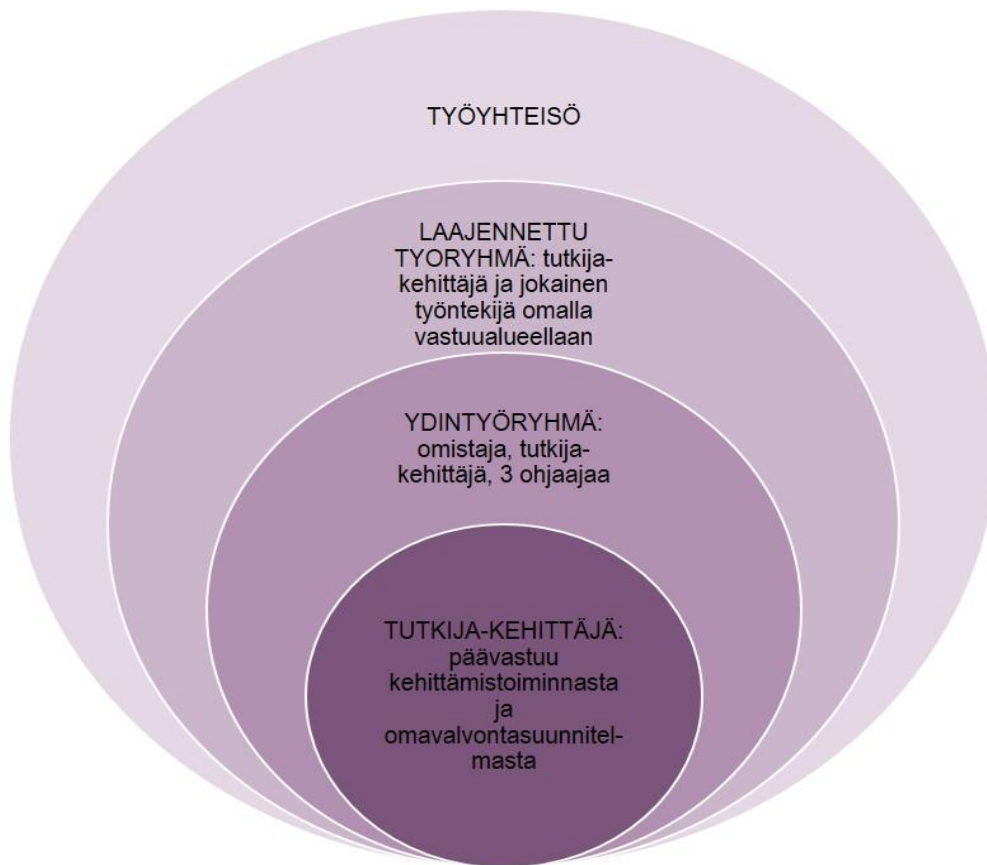
Palvelukodin tuettu asuminen on jaettu vielä kahteen osaan; tuettuun asumiseen ja harjaantumisasumiseen. Tavoitteena on, että tuetusta asumisesta kuntoudutaan harjaantumisasumiseen. Tuetussa asumisessa kuntoutuja tarvitsee tukea ja ohjausta kyetäkseen asumaan itsenäisesti kotonaan tai tukiasunnossa. Tukiasunnossa asuminen on luonteeltaan tilapäistä. Tukiasunnossa asumiseen liittyy intensiivinen kuntoutus, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa toimimaan normaalielämässä mahdollisimman itsenäisesti sekä luoda yhteys tulevan asuinalueen paikallisiin palveluihin. Tuettu asuminen käsittää säännöllistä, kuntoutussuunnitelmaan perustuvaa mielenterveyskuntoutusta, jota annetaan pääosin muualla kuin kuntoutujan asunnossa. Kuntoutusta toteutetaan mahdollisuuksien mukaan yhteistyössä kuntoutujan omaisten ja läheisten kanssa. Kuntoutuksen avulla kuntoutuja opettelee hallitsemaan oireitaan. Häntä tuetaan harjoittelemaan päivittäisiä toimintoja, käyttämään kodin ulkopuolisia palveluja sekä löytämään mahdollisuuksia

virikkeelliseen vapaa-ajan toimintaan. Häntä ohjataan mahdollisuuksien mukaan siirtymään työelämään tai opiskelemaan. Myös kuntoutujan omaisten, erityisesti lasten, tukemisesta ja ohjaamisesta huolehditaan. Tavoitteena on liittää turvattuun asumiseen toimiva palveluverkosto. Tuetun asumisen puolella työskentelevät työntekijät työskentelevät vain arkipäivisin. Kuntoutujien on siis tullava itsenäisesti toimeen ilta-, yö-, ja viikonloppuajat. (Asumista ja kuntoutusta 2007, 19-20; Valvira 2012a, 11.)

Raahen Palvelukoti on yksityisen henkilön omistama yritys, joka tuottaa pääasiallisesti vain Raahen Seudun hyvinvointikuntayhtymälle mielenterveyskuntoutujien asumispalveluita. Palvelukoti on perustettu vuonna 1996. Toimintansa palvelukoti aloitti Raahen kaupungin Varikkotieltä, jossa yksikkö toimi vuodesta 1996 vuoteen 2002 saakka. Vuonna 2002 valmistui uudet mielenterveyskuntoutujien asumispalveluihin suunnitellut tilat Raahen ydinkeskustaan, Kauppakadulle. Samalla toiminta myös laajeni, tänä päivänä Palvelukodilla on 20 palveluasumispaikkaa (yksikkö 1. ja 2.), 6 tukiasumispaikkaa ja 4 harjaantumisasumispaikkaa. Tämän lisäksi avohuollon tuettavia on kuusi asiakasta, jotka asuvat muissa kuin Palvelukodin kiinteistöissä. Kaksi asiakasta ostavat palvelunsa suoraan itse. Palvelukodin toimintaideologia perustuu portaitaiseen kuntoutumiseen. Yksikkö 1.:ssä on toimintakyvyltään eniten tukea tarvitsevat asiakkaat. Yksikkö 2.:ssä asiakkaiden toimintakyky on jo parempi ja he kykenevät osallistumaan monenlaiseen virike-, työ- ja päivätoimintoihin. Yksikkö 2. sta olisi ideaalia kuntoutua tukiasuntoihin, joista kuntoutuminen jatkuu edelleen harjaantumisasuntoihin. Tämän jälkeen tuetusti siirrytään omiin asuntoihin.

6.1.1 Kehittämistyöhön osallistuneet

Palvelukodilla on pitkäaikainen henkilökunta. Henkilökuntaan kuuluivat kehittämisprosessin aikana omistaja/ toimitusjohtaja/ sairaanhoitaja, vastaava ohjaaja/ sosionomi (tutkija- kehittäjä), ohjaajina/ hoitajina 1 mielenterveyshoitaja, 4 lähihoitajaa sekä 2 sosionomia. Tämän lisäksi henkilökuntaan kuului 1 keittäjä, 1 tarvittaessa käytössä oleva talonmies, ostopalveluina 1 krt/ kk psykiatri sekä yövalvontaa hoitava Raahen turvallisuusvartiointi.



KUVIO 2. Kehittämisorganisaatio ja vastualueet.

Raahen Palvelukodin henkilöstöön kuuluu 11 työntekijää. Tutkija-kehittäjällä on ollut päävastuu kehittämisprojektista, omavalvonnan mallin kehittämisestä ja omavalvontasuunnitelman tuotoksesta. Kiireellisen aikataulun vuoksi ydintyöryhmä muodostui omavalvontasuunnitelman kriittisten aihealueiden mukaisesti. Ydintyöryhmään kuuluivat yrityksen toimitusjohtaja ja omistaja, tutkija-kehittäjä sekä kaksi ohjaajaa, yhteensä siis neljä henkilöä. Ydintyöryhmän muodostivat pääasiassa henkilöt, joiden vastuulla olevat aihealueet priorisoitiin ja arvioitiin olevan kriittisimmät korjattavat asiat omavalvontasuunnitelman 1. vaiheen päätyttyä. Laajennettuun työryhmään kuuluivat lähes kaikki työntekijät, heillä oli omat vastualueensa omavalvontasuunnitelmasta. Nämä vastualueet olivat entisen laatujärjestelmän vastualueiden mukaiset. Laajennetussa työryhmässä jokainen työntekijä katsoi oman vastualueensa entisestä laatukäsikirjasta, se muokattiin ja muutettiin kokonaan uutta lainsäädäntöä vastaavaksi. Omavalvontasuunnitelman valmistuttua jokainen työntekijä luki omavalvontasuunnitelman läpi, se käytiin yhteistoiminnallisesti koko työyhteisön kanssa videotykin kautta läpi ja muutettiin tarvittavat korjaukset ennen kuin omavalvonta

allekirjoitettiin ja toimitettiin Raahen Seudun hyvinvointikuntayhtymään. Jokainen työntekijä osallistui näin ollen myös omavalvontasuunnitelman tuotokseen.

TAULUKKO 4. Kehittämisenorganisaation jäsenten rooli ja vastualueet.

TYÖRYHMÄT	ROOLI	VASTUUALUEET
Tutkija- kehittäjä	Kehittäjä, innovoija, oman työyhteisön ja omavalvonnan sekä lainsäädännön asiantuntija, tiedonvälittäjä, oppija.	Koko kehittämistoiminnan suunnittelu, hallinta, arviointi. Oman asiantuntijuuden, lainsäädännön, kokemuksen ja tiedon tuominen kehittämistyöhön, aktiivinen osallistuminen omavalvontamallin- ja suunnitelman kaikkiin osa- alueisiin. Priorisointi, delegointi, kirjallinen tuottaminen.
Ydintyöryhmä	Oman omavalvonnan osa- alueen asiantuntijuus, työyhteisön ja yrityksen asiantuntijuus.	Omavalvontasuunnitelman kriittisimpien työvaiheiden työstäminen; perehdytysmalli-, suunnitelma- ja kansio, lääkehoitomalli- ja suunnitelma, turvallisuussuunnittelu. Kirjallinen tuottaminen.
Laajennettu työryhmä	Oman osa- alueen, laatukäsikirjan asiantuntijuus, työyhteisön asiantuntijuus.	Oman laatukäsikirjan osa- alueen sekä sitä koskevien muutosten asiantuntijuus, kirjallinen tuottaminen.
Koko työyhteisö	Työyhteisön ja oman alueen asiantuntijuus, jaettu asiantuntijuus.	Kaikkien osa- alueiden tarkistaminen, yhteinen kirjallinen tuotos.

6.2 Kehittämisprosessi ja kehittämiskohteiden muotoutuminen

Raahen Palvelukodin kehittämistyö muotoutui toimintatutkimukselle tyypillisesti sykleittäin eteneväksi kolmivaiheiseksi prosessiksi. (Heikkinen ym. 2008; Toikko & Rantanen 2009, 66). Ensimmäisen vaiheen tai syklin voi katsoa alkaneen toukokuussa 2011, jolloin Raahen Palvelukodin vastaavan ohjaaja vaihtui. Uuden henkilön myötä toimintoja alettiin innovatiivisesti ja työelämälähtöisesti kehittämään. Kehittämisprosessin toinen sykli alkoi toukokuussa 2012, jolloin määrätietoisesti alettiin kehittämään omavalvontamallia ja -järjestelmää Palvelukodille. Toisessa syklis-

sä tuotettiin yritykselle omavalvontasuunnitelma, jonka täytyi olla Valviran määräyksen mukaisesti valmis 1.9.2012. Toisessa syklissä tuotettiin myös uusi lääkehoitosuunnitelma. Syyskuussa 2012 alkoi kehittämisprosessin kolmas sykli, joka päättyi vuoden 2012 loppuun.

Tässä raportissa kuvataan kolmessa syklissä etenevä kehittämistoiminta. Lisäksi kuvataan tarkemmin lääkehoidon uudistamisprosessi. Tässä raportissa kuvatun kehittämisprosessin jälkeen kehitystyö on jatkunut ja jatkuu edelleen, työyhteisössä on juurrutettu ja kehitetty toimintakäytänteitä koko ajan. Omavalvontasuunnitelmasta on tehty uusittu versio syksyllä 2013.



KUVIO 3. Kehittämisprosessin kolme vaihetta.

6.2.1 Kehittämistyö alkaa, ensimmäinen sykli

Raahen Palvelukodin toiminnan kehittäminen alkoi touko- kesäkuussa 2011. Kehittäminen sai alkunsa vastaavan ohjaajan vaihtuessa, joka myöhemmin toimi tämän kehittämisprojektin tutkija-kehittäjänä. Kehittämisen ensisijaisena lähtökohtana oli henkilökunnan tyytymättömyys sekä koettu tarve muuttaa käytänteitä ja toimintoja. Kehittäminen lähti Seppänen- Järvelä ym. (2009, 13) mukaisesti työyhteisölähtöisesti liikkeelle, jolloin kehittäminen perustuu työssä ja työyhteisössä tunnistettuihin tarpeisiin ja haasteisiin.

Tutkija-kehittäjä oli aiemmin työskennellyt isossa valtakunnallisessa yksityisiä sosiaalipalveluja tuottavassa yrityksessä. Myös tutkija-kehittäjän opiskelu ylemmässä ammattikorkeakoulututkinossa toi asiantuntijuutta ja tietoutta työyhteisöön, esimerkiksi siitä miten lainsäädäntö on muuttunut. Tämä kokemuspohjainen, yhteiskunnallinen ja lainsäädännöllinen tietoisuus edesauttoi innovatiivista tarttumista työyhteisön nostamiin kehittämisen osa-alueisiin. Kehittämisen ensisijaiseksi kohteeksi määrittyivät **johtamisen ja johtamiskäytänteiden kehittäminen**, joka kuului tutkija-kehittäjän omaan työkuvaan, koska hän toimi työyhteisön vastaavana ohjaajana ja esimiehenä.

Kehityskeskusteluja ei oltu pidetty työyhteisössä neljään vuoteen. Keväällä 2012 pidettiin **kehityskeskustelut**. Keskusteluissa käsiteltiin paljon kehittämistyötä, sen aikaansaamia muutoksia, työntekijöiden tuntemuksia jne. Keskustelut olivatkin kehitys- ja kehittämiskeskustelun yhdistelmiä, ja niihin meni aikaa 2-3 tuntia..

Toukokuussa 2011 aloitettiin heti **henkilöstöpalaverit**, joista pian tuli kehittämistyön kokouksia ja tilaisuuksia, sillä niistä lähti spiraalimaisesti liikkeelle usein hyvä kehittämistyön suunnittelu ja reflektio. Tämän reflektion pohjalta alettiin tarkemmin pohtia ja arvioida toimintaa ja joidenkin käytänteiden kehittämistä. (Heikkinen 2008; Toikko & Rantanen 2009, 66-68). Pikkuhiljaa kehittämistoiminta sulautui niin kuin Seppälä- Järvelä ym (2009, 13) esittävät, kiinteäksi osaksi päivittäistä ammattityötä.

Työyhteisölähtöisen kehittämistoiminnan jatkuessa ja tietopohjan selkiytyessä alkoi hahmottua, etteivät Palvelukodin toimintakäytänteet vastanneet nykyvaatimuksia. Kuntayhtymän kanssa käydyissä asiakassopimusneuvotteluissa ilmeni, että asiakkaiden toimintakykyä tullaan arvioimaan aikaisempaa tarkemmin, puhuttiin myös Raisoft- ohjelman käyttöönotosta. Kuntayhtymän mielen-terveys- ja päihdestrategian linjaukset: ” *palvelukoteihin kohdistuviksi strategisiksi tavoitteiksi on asetettu, että palvelukodeissa asuvien kuntoutusta tehostetaan olemalla mukana aktiivisesti arvioimassa asukkaan kuntoutumista ja asettamalla sille tavoitteita*” (2009, 33) alkoivat ohjata toimintaa aikaisempaa selkeämmin. Hoitoneuvottelupäiviä, joissa sosiaalityöntekijän kanssa arvioitiin useiden asiakkaiden toimintakykyä, lisättiin toimintaan. Hoitoneuvottelussa keskustelun pohjana käytettiin kehittämistyön tuotoksena uusittua **kuntoutussuunnitelmaa**.

Tutkija-kehittäjä aloitti asiakkaiden kuntoutussuunnitelmien arvioinnit. Suunnitelmissa ilmeni monia puutteita ja kehittämistarpeita. Palvelukodilla kuntoutussuunnitelmat teki omaohjaaja ja kuntoutussuunnitelmat eivät olleet samansisältöisiä. Suunnitelmien perusrunko oli jäsentymätön ja suunnitelmat eivät olleet aina vertailukelpoisia keskenään. Suunnitelmissa ei aina ilmennyt asiakkaan todellinen toimintakyky ja kuntoutukselliset tavoitteet. Tutkija-kehittäjä teki alustavan uuden kuntoutussuunnitelmarungon, jota työntekijöiden kanssa yhdessä muokattiin, testattiin ja lopulta otettiin käyttöön. Kehittämisprosessin aikana uusittiin kaikkien asiakkaiden kuntoutussuunnitelmat sekä luotiin asiakkaille kuntoutustavoitteisiin kiinnittyvät jäsennetyt **viikko- ohjelmat**.

Samanaikaisesti kehitettiin myös muita toimintakäytänteitä. Palvelukodin ohjeistuksen mukaisesti työntekijöiden tuli kirjoittaa omasta asiakkaastaan kuukausittainen **arviointi**. Joillekin asiakkaille tätä arviointia ei kuitenkaan oltu tehty. Yhteistä ohjeistusta arvioinnin toteutukseen ei ollut ja päivittäisessä raportoinnissa tunnistettiin puutteita. Tiedon siirtyminen työvuorossa olevalta seuraavaan vuoroon tapahtui tyyppillisesti työntekijän muistin varassa, ja vapaalla olleet työntekijät välttämättä eivät saaneet koskaan tietoa. Henkilöstöpalaverissa keskusteltiin raportoinnin tärkeydestä ja siitä, miten sitä voisi kehittää. Keskustelun tuloksena syntyi uusia **kirjaamiskäytänteitä** (esim. viikoittaiset kirjaamistaulukot tietokoneen eteen). Lisäksi sovimme yhteisiä toimintamalleja/pelisääntöjä kirjaamiselle. Parantuneet kirjaamiskäytänteet helpottivat kuukausittaisten asiakkaiden toimintakykyarviointien tekemistä.

Haasteellisin toimintakäytännön kehittäminen oli **lääkehoitoprosessin kehittäminen**. Tutkija-kehittäjä huomioi jo ensimmäisten työviikkojen aikana, että lääkehoitoprosessissa toimintakäytännöt olivat vanhentuneet ja niihin sisältyi myös huomattavia riskejä. Lääkehoitoprosessi vei kokonaisuudessaan henkilökunnan työaikaa kohtuuttoman paljon, ja käytännöt eivät olleet toimivat. Henkilöstö koki lääkehoitoprosessin kehittämisen aluksi liian työläänä, mutta pikkuhiljaa keskustelu lääkehoitoprosessin uudistamisen tärkeydestä saatiin käyntiin. Lääkehoitoprosessia tarkastellaan tarkemmin kappaleessa 6.3.

Kehittämisprosessissa on huomioitu myös palvelujen ostajan eli Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän määrittämät veloitteet palvelujen tuottajalta. Hyvinvointikuntayhtymällä on ollut Raahen Palvelukodin kanssa kiinteä asumispalvelusopimus kymmenen vuotta. Tämä ostopalvelusopimus päättyi vuonna 2011. Uudet sopimusneuvottelut olivat kuntayhtymän kanssa parhaillaan käynnissä, kun kehittämisprosessi käynnistyi. Uudessa sopimusehdossa veloitettiin, että palvelujen tuottajayrityksellä on oltava **omavalvontasuunnitelma**.

6.2.2 Omavalvontamallin viitekehys, toinen sykli

Kevään 2012 aikana tutkija-kehittäjän tehtävänä oli aluksi selvittää mikä omavalvontasuunnitelma on ja mikä on sen sisältö. Samassa yhteydessä kerättiin yhteen tieto ajantasaisista laista ja asetuksista sekä muista ohjeista, mitkä olivat uudistusvaatimusten taustalla.

Laki yksityisistä sosiaalipalveluista (922/2011) astui voimaan lokakuussa 2011 ja siinä sanottiin (mom.2, 6§), että sosiaalipalvelujen tuottajan olisi toiminnan asianmukaisuuden varmistamiseksi laadittava omavalvontasuunnitelma. Valviralle annettiin valtuutus antaa määräyksiä omavalvontasuunnitelman sisällöstä, laatisesta ja seurannasta. Valvira julkaisi tammikuun lopussa valtakunnallisen valvontaohjelman ”Mielenterveys- ja päihdehuollon ympärivuorokautiset asumispalvelut ja laitoshoido” (Valvira 2012a). Helmikuussa 2012 julkaistiin Valviralta ensimmäinen määräys omavalvonnan toteuttamiseksi (Valvira 2012c). Määräys omavalvonnan toteuttamiseksi astui voimaan 1.3.2012 ja omavalvontasuunnitelman tekemiselle määräyksen mukaisesti annettiin aikaa 1.9.2012 saakka. Ohje ”Omavalvonta yksityisessä sosiaalihuollossa” julkaistiin Huhtikuussa 2012 (Valvira 2012b).

Yhtäkkiä tähän kehittämisprosessiin osallistuvilla olikin paljon uutta tietoa saatavilla. Asiakirjoihin (taulukko 5) tutustumalla aloimme hahmottamaan, kuinka isosta asiasta omavalvontasuunnitelman laatimisessa oli kyse.

TAULUKKO 5. Valviran julkaisut omavalvontasuunnitelmaan liittyen.

AJANKOHTA	JULKAISUT
Lokakuu 2011	Laki yksityisistä sosiaalipalveluista 922/2011 astui voimaan 1.10.2011 (6§, palvelun tuottajan on laadittava omavalvontasuunnitelma)
Tammikuu 2012	Mielenterveys- ja päihdehuollon ympärivuorokautiset asumispalvelut ja laitoshoido, Valtakunnallinen valvontaohjelma 5:2012.
Helmikuu 2012	Yksityisten sosiaalipalvelujen tuottajien omavalvontasuunnitelman laatimista, sisältöä ja seuranta koskevat määräykset
Maaliskuu 2012	Omavalvontasuunnitelman lomakepohja
Huhtikuu 2012	Omavalvonta yksityisessä sosiaalihuollossa, ohje 7/2012

Palvelukodilla oli ollut käytössä laatukäsikirja. Tähän huolellisesti paneutumalla selvitettiin vastaako laatukäsikirja omavalvontasuunnitelman aihealueisiin. Henkilöstöpalaverissa käytiin keskustelua paljon aiheesta. Huhtikuussa 2012 kolme työntekijää, tutkija-kehittäjä mukaan lukien, kävivät omavalvonnatasuunnitelman laatimiseen liittyvässä koulutuksessa. Tämän jälkeen koulutusmateriaali ja omavalvonnan sisältö esitettiin sellaisenaan henkilöstöpalaverissa koko henkilökunnalle. Työntekijät alkoivat pikkuhiljaa hahmottaa, miksi kehittämistyö, erityisesti omavalvontasuunnitelman laatiminen, on välttämätöntä.

Uusi laki yksityisistä sosiaalipalveluista ja vaade omavalvonnan toteuttamisesta antoi viitekehyksen ja suunnan kehittämistyölle sekä hyvän teoreettisen pohjan jatkaa toimintojen kehittämistä. Tutkija-kehittäjän näkökulmasta tiukka vaatimus sekä selkeät Valviran ohjeistukset ohjaisivat kehittämisprosessia.

Kehitysprosessin johtaminen ja henkilökunnan mukaan saaminen kehitysprosessiin oli helpompaa, koska laajaan aiheeseen liittyvään lainsäädäntöön perehtymisen avulla pystyttiin tunnistamaan vanhentuneet toimintakäytänteet. Henkilökunta aktivoitui refleктоimaan vanhoja toimintakäytänteitä ja miettiminen uuden käytännön aikaan saamista. Tässä kohtaa on ollut todella tärkeää, että tietoa on ollut saatavilla ja tutkija-kehittäjä on omalla asiantuntemuksellaan kyennyt osoittamaan muutoksen tarpeen ja saanut henkilökunnan osallistettua mukaan prosessiin. Kehittämistyöstä tuli määrätietoisempaa ja tavoitteellisempaa. Toisen syklin päätuotoksena syntyi 18-sivuinen **omavalvontasuunnitelma**, joka on tiivistä prosessikuvausta yrityksen toiminnasta ja toimintakäytännöistä.

Tutkija-kehittäjä ja yrityksen toimitusjohtaja neuvottelivat toukokuussa 2012 kehittämistyön jatkamisesta ja omavalvontamallin/ suunnitelman tekemisestä. Neuvottelun tuloksena tehtiin suunnitelma omavalvonnan toteuttamisesta. Työntekijöille (=laajennettu työryhmä) annettiin kirjallinen ohjeistus, mitä jokaisen tuli omalta vastuualueeltaan tehdä. Alueet jaettiin entisen laatukäsikirjan vastuualueiden mukaisesti, koska työntekijöillä oli ollut sen mukaan omat alueensa jo vuosia hallinnassa. Esimerkiksi jos joku työntekijä vastasi laatukäsikirjan vastuualueena turvallisuusasioista, oli helppo nimetä tämä osa-alue häneen vastuulleen myös omavalvontasuunnitelman suunnittelutyössä.

Työntekijät saivat materiaalia, mm. omavalvontaa koskevat ohjeistukset, oppaat, säädökset, mihin heidän tuli tutustua. Koko henkilöstön sitoutuminen kehittämistyöhön oli edellytys sille, että pystyttiin nopealla aikataululla ottamaan haltuun omavalvonnan kaikki osa-alueet. Tutkija-kehittäjän tehtävä oli koota asioita yhteen, dokumentoida asiat ja ohjata prosessia.

Toukokuun neuvottelussa tutkija-kehittäjä sekä toimitusjohtaja arvioivat omavalvontasuunnitelman tuottamiseen liittyvät tärkeimmät kehittämiskohteet, jotka tuli saattaa kuntoon syyskuun alkuun mennessä. Todettiin, että kaikkia osa-alueita ei voida niin kiireisessä aikataulussa saada uudistettua. Se ei ollut tarkoituksenmukaistakaan, koska siinä tapauksessa uudistukset tehtäisiin omavalvontasuunnitelmaa varten, eikä todellista toimintamallien muuttamista tai kehittämistä varten. Osa-alueissa, jotka eivät ydintyöryhmän arvion mukaan olleet niin tärkeitä saattaa pikaisesti kuntoon, hyödynnettiin laatukäsikirjan valmista materiaalia tai kirjattiin osa-alueen kehittä-

missuunnitelma aikatauluineen. Ensimmäisessä omavalvontasuunnitelmassa päädyttiin koko suunnitelman laatimisen lisäksi keskittymään yrityksen vastuukysymysten kannalta keskeisimpien asioiden kehittämiseen, joita olivat **lääkekäytänteiden kehittäminen ja uuden lääkehoitosuunnitelman laatiminen sekä perehdytysprosessin uudistaminen ja uuden perehdytyskansion laatiminen.**

Koko vuoden edeltävä innovatiivinen työyhteisölähtöinen kehittäminen osoittautui todella tarpeelliseksi. Yrityksen suurimmat riskit työntekijöiden vastuiden kannalta liittyivät juuri lääkehoitoprosessiin ja perehdytykseen. Perehdytysprosessin luominen ja perehdytyskansio sisälsi johtajuuden kehittämisen tuloksena syntynyttä materiaalia; yhteisiä pelisääntöjä, toimintakäytänteitä, ohjeistuksia, työelämän sääntöjä jne. Vaikka perehdytyskansio ja uusittu perehdytysprosessi saatiin valmiiksi ennen syyskuun alkua, perehdytysprosessin juurruttaminen ja käyttöönotto tapahtui vasta vuoden 2013 puolella. Lääkehoitoprosessin juurruttaminen, uuden lääkehoitosuunnitelman tekeminen ja koko omavalvontasuunnitelman laatiminen sekä kehittämisen kolmas sykli olivat niin vaativia prosessimuutoksia, ettei enempää prosesseja voinut kerralla muuttaa tai läpikäydä. Toikko & Rantanen (2009, 60) sanookin, että kehittämistoiminnassa joudutaan priorisoimaan asioita, kaikkea mahdollista ei voi toteuttaa. Kehitysprosessin toinen sykli päättyi 31.8.2012, jolloin päivätin ja allekirjoitettiin Palvelukodin ensimmäinen omavalvontasuunnitelma.

6.2.3 Kehitystyö jatkuu, kolmas sykli

Toinen sykli päättyi omavalvontasuunnitelman valmistumiseen. Kolmas kehityssykli sijoittui ajallisesti syyskuun alusta joulukuun loppuun 2012. Johtamisen kehittäminen sekä kehittämistyön johtaminen näkyivät vahvasti myös tässä syklissä. Kolmannen syklin kehittämistehtävät oli etukäteen suunniteltu. Toisen syklin loppupuolella Valviralta tuli sähköisiä lisäkyselyitä mm. asukkaiden itsemääräämisoikeuden toteutumisesta, talon tulovaiheen säännöistä sekä lomake valvontaja tarkastuskäynnin kertomuksen täyttämistä varten. Aikataulu omavalvontasuunnitelman tuottamiseen ja toimittamiseen eteenpäin osoittautui liian tiukaksi, jos näitä edellä mainittuja asiakirjoja olisi tuottanut samanaikaisesti. Tutkija-kehittäjä oli suoraan yhteydessä Valviran lakimieheen ja sai lisäaikaa tarkastuskäynnin kertomuksen täyttämiseen kaksi viikkoa, perustellen asiaa sillä, että omavalvontasuunnitelma ei ehdi valmistua, jos elokuun aika käytetään näiden kyselyiden täyttämiseen. Kolmas sykli alkoi Valviran itsemääräämisoikeudet kyselyä sekä tarkastuskäynnin

kertomusta täyttäen. Tekeminen organisoitiin niin, että tutkija- kehittäjä keskittyi tarkastuskäynnin kertomukseen, koska hän hallitsi omavalvonnan kaikki osa-alueet sekä lainsäädännön, toimitusjohtaja täytti itsemääräämisoikeuskyselyn. Palvelukodin tulovaiheen säännöt teki pääasiallisesti toimitusjohtaja yhden työntekijän kanssa. Materiaalipohja näille kyselyille oli pääasiassa valmiina. Kaikki edellä mainitut tuotokset toimitettiin sähköpostitse Valviralle.

Kolmannessa syklissä ei keskitytty lainkaan omavalvontasuunnitelmaan, vaan omavalvontasuunnitelman liitteenä luotaviin erillissuunnitelmiin ja ”fyysisten” kansioden luomiseen. Omavalvontaan liittyviä kansioita on kaksi, jonka lisäksi lukollisessa kaapissa on arkistointikansio. Kansiot koostuvat seuraavasti (kts TAULUKKO 8).

Omavalvonnan pääkansio sisältää seuraavat osa-alueet: 1. Voimassa oleva omavalvontasuunnitelma, 2. Edelliset omavalvontasuunnitelmat, 3. Omavalvonnan vuosikalenteri 4. Lääkehoitosuunnitelma, 5. Tarkastuskäynnin kertomus, 6. Palo- ja pelastussuunnitelma, turvallisuus selvitys, 7. Perehdytyskansio, 8. Lyhyet suunnitelmat; raportoinnin ja Hilkkäkäytön suunnitelma, henkilöstösuunnitelma, tietoturvasuunnitelma, arkistointisuunnitelma, koulutussuunnitelma, infektiosuunnitelma.

Omavalvonnan liitekansio sisältää; 1. Lääkehoitoon liittyvät lomakkeet, 2. Lääkepoikkeamat ja yhteenvedot, 3. Lääkehoidon perehdytystodistukset, 4. Pelastussuunnitelman liitteet (tarkastuskäyntien kertomukset, tietosuojaseloste). 5. Valitusmenettelyohjeistus, 6. Työterveys selvitys- ja sopimus, 7. Avin tarkastuskertomus, 8. Turvallisuuspoikkeamat, 9. Kuntayhtymän tarkastuskäynnin kertomus, 10. Asiakastytyväisyyskysely, 11. Infektio poikkeamat.

Omavalvonnan arkistointikansio sisältää; 1. Työntekijöiden tutkinto- ja koulutustodistukset, 2. Todistukset lääkehoidon koulutuksesta, lääkeluvat, 3. Työsopimukset, 4. Toimintakertomukset, 5. Vapaa- anomukset, 6. Sopimukset, 7. Päätökset, 8. Koulutus- ja poissaolotilastot.

Omavalvontaan liittyvät erillisuunnitelmat tehtiin myös kolmannen syklin aikana. Näitä suunnitelmia olivat **arkistointisuunnitelma, tietoturvasuunnitelma, infektiosuunnitelma (+ohjeistus tilastoinnista), viriketoiminnan suunnitelma, perehdyttämissuunnitelma, henkilöstösuunnitelma, koulutussuunnitelma (tilastointi), raportoinnin- ja hilkankäytön suunnitelmat**. Suunnitelmia oli tutkija- kehittäjän kanssa yhteistyössä tekemässä omilta vastuualueiltaan koko työyhteisö. Jokainen työyhteisön jäsen luki ja antoi korjausehdotukset jokaiseen suunnitelmaan.

Omavalvontaprosessin suunnitteluneuvottelussa toukokuussa tutkija- kehittäjä ja toimitusjohtaja arvioivat riskitekijäksi Palvelukodin tietoturvan. Selvitetiin eri kirjaamisohjelmistoja ja tultiin siihen tulokseen, että Hilkka- toiminnanohjausjärjestelmä sopisi Palvelukodille parhaiten. Ohjelmistosta pyydettiin tarjous ja sovittiin, että kehittämisprosessin 3. syklissä parannetaan myös tietoturvasiat. Omavalvontasuunnitelmaan kirjattiin tietoturvan kehittämissuunnitelma aikatauluineen.

Loka-, Marraskuussa 2012 Palvelukodin **tietoturva** saatettiin ajan tasalle. Tietokoneet tyhjennettiin turhista tiedostoista ja luotiin toimintaohjeet tiedostojen arkistoinniseksi. Tällä tehtiin pohjatyötä **Hilkka- toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönottoon**. Ohjelmisto asennettiin ja henkilökunta koulutettiin ohjelmiston käyttöönottoon marraskuun lopussa. Toiminnanohjausjärjestelmä otettiin käyttöön päivittäisen raportoinnin ja lääkitysten/ lääkekorrettien osalta. Henkilöstöpalavereissa luotiin käytänteet muun muassa kirjaamisesta, ohjelmiston luokituksista sekä asiakkaiden vanhojen tiedostojen tallentamisesta toiminnanohjausjärjestelmään. Toiminnanohjausjärjestelmässä tiedostot ovat tietoturvassa ja sen vuoksi kaikki asiakastiedot oli koneelta joko hävitettävä tai siirrettävä tietyn arkistointisuunnitelman mukaisesti Hilkkaan. Toiminnanohjausjärjestelmän täydellinen käyttöönotto ja juurruttaminen kaikilta osa- alueilta oli aikaa vievä prosessi ja esimerkiksi vielä vuonna 2013 Hilkan käyttöönottoa on laajennettu ja kehitelty.

6.2.4 Yhteenveto kehittämistyöstä

Raahan Palvelukodin toiminnan kehittäminen koostui kolmesta toisiinsa kiinnittyvästä syklistä. Kehittäminen kuvataan monivaiheisena tapahtumaketjuna, jossa nähdään mahdollisena se, että tutkimusprosessi ei etene ainoastaan yhden spiraalin tai syklin mukaan. Eri vaiheet etenevät

toistensa lomassa ja päällekkäin, niin kuin kuviosta 4. on nähtävissä. Koko kehittämisen painopiste saattaa muuttua sen edetessä jopa niin, että tutkimustehtävä uudelleen muotoutuu. Näin kävi esimerkiksi syklin 2. kohdalla, jolloin omavalvonnan teoreettinen viitekehys tuli raamittamaan kehittämistyötä. (Hart & Bond 1996, 37-38; Heikkinen ym. 2008; Toikko & Rantanen 2009, 66). Spiraalimallin mukainen kehittäminen edellyttää pitkäjänteistä prosessia. Ensimmäinen kehä tai sykli muodostaa vasta lähtökohdan kehittämiselle. Sen aikana kehittämistoiminnan perusteluja, organisointia, toteutusta ja arviointia koetellaan, mutta samoja asioita tarkastellaan myös seuraavien kehien aikana. Kuvio 3. kuvaa hyvin tämän kehittämisprosessin syklien vaiheita ja miten nämä eri syklit ovat kietoutuneet toisiinsa. Kuvio 4. taas kuvaa ajallisesti sitä, kuinka monia isoja prosesseja kehittämistyössä on mennyt läpi kaikkien syklien. (Toikko & Rantanen 2009, 66-67.)

SYKLI 1: 5/2011- 4/2012

- INNOVATIIVINEN TYÖYHTEISÖLÄHTÖINEN
KEHITTÄMINEN

-KEHITTÄMISTOIMINNAN ALOITUS,
SITOUTTAMINEN

- KEHITTÄMISTILAISUUDET 2011, 14KPL: 15.5,
24.5, 30.6, 21.7, 11.8, 25.8, 8.9, 6.10, 20.10,
3.11, 8.11, 30.11, 15.12, 29.12,
2012, 8 KPL: 12.1, 19.1, 1.2, 9.2, 23.2, 9.3, 5.4,
25.4.

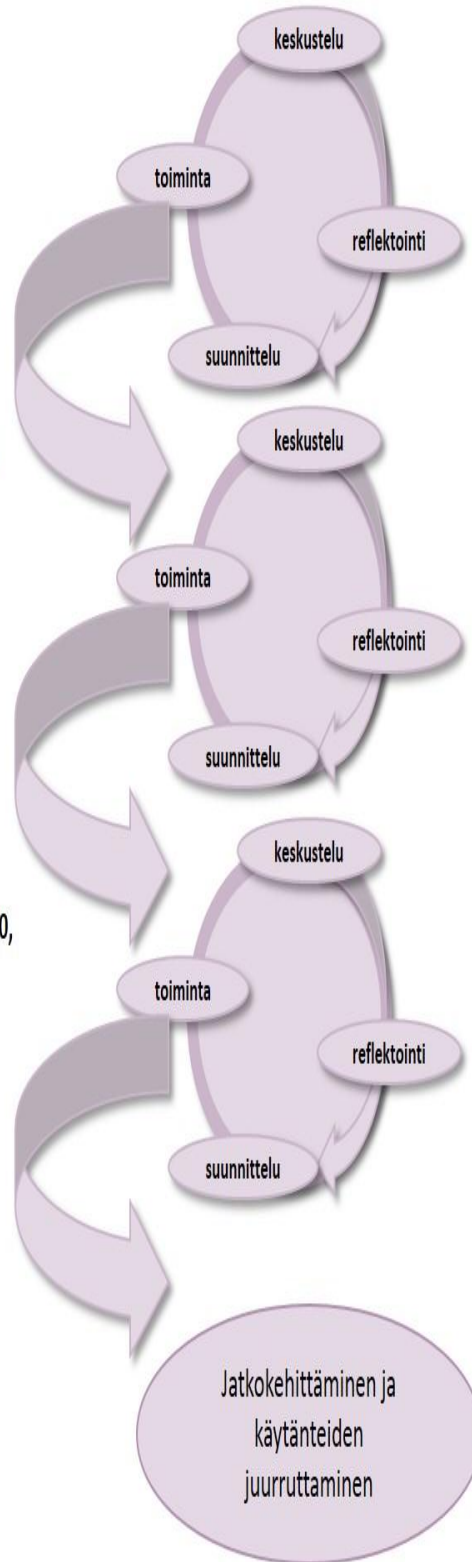
-Johtamisen, lääkehoitoprosessin
kehittäminen käynnistyy

SYKLI 3: 9/2012- 12/2012

- KEHITYSTYÖ JATKUU

- KEHITTÄMISTILAISUUDET 7KPL: 5.5, 20.9, 4.10,
18.10, 3.11, 16.11, 5.12.

- Johtamisen ja alälääkehoitoprosessin
kehittäminen jatkuu, Omaavonnan kansiot,
Hilikka- toiminnanohjausjärjestelmä



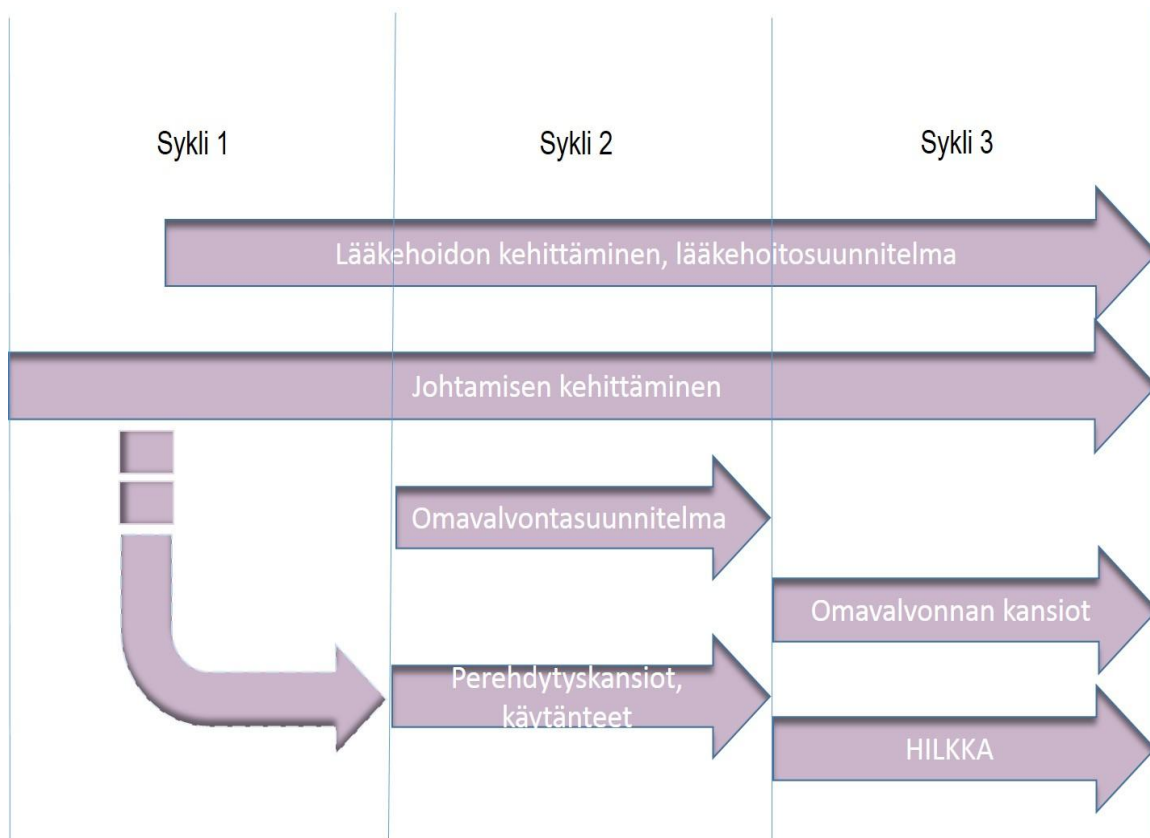
SYKLI 2: 5/2012- 8/2012

- OMAVALVONNAN VIITEKEHYS

- KEHITTÄMISTILAISUUDET 9KPL: 3.5, 16.5, 24.5,
14.6, 12.7, 31.7, 2.8, 9.8, 16.8.

- Omavalvonta- ja lääkehoitosuunnitelmat
valmiit, Perehdytyskansio- ja suunnitelmat
valmiit

KUVIO 4. Kehittämistyön syklit (Mukaillen Hart & Bond 1996, 38; Kemmis & McTaggart 2005, 277-278; Toikko & Rantanen 2009, 66- 67.)



KUVIO 5. Kehittämisprosessien päällekkäisyys ja läpikulku kaikissa sykleissä.

Tulee aina muistaa, että kehittämisen sykleillä ei ole todellista päätepistettä, vaan parempi käytäntö on aina tilapäinen. Kun toimintaympäristö muuttuu, luodaan vielä parempi käytäntö. Toimintatutkimus ei tässä mielessä pääty koskaan, mutta tutkija-kehittäjän on pakko lopettaa työnsä johonkin perusteltuun vaiheeseen, onhan jokaisella kertomuksella alku, keskikohta ja loppu. (Heikkinen ym. 2008, 29). Tämän raportointi päättyy kolmanteen sykliin, vaikka kolmannen syklin jälkeen onkin alkanut heti neljäs ja viides sykli. Seuraavat syklit ovat pääasiassa sisältäneet uuden toimintamallin intensiivistä juurruttamista aina tähän päivään saakka. Kehittämisprosessin laajuuden vuoksi myös raportointia tähän tutkintotodistukseen tähtäävään raporttiin on jouduttu paljon rajaamaan. Edellisissä kappaleissa kehittämistyössä kuvataan pääpiirteittäin omavalvonnan kehittämisprosessi. Erityiseen tarkasteluun otetaan omavalvonnan yksi osa-alue, lääkehoitoprosessin ja sen toimintakäytänteiden kehittäminen. Tämä rajaus on tehty sen vuoksi, koska omavalvonnan kautta luotu uusi toimintamalli on niin laaja kokonaisuus.

6.3 Lääkehoitoprosessin kehittäminen

Lääkehoito on mielenterveystyössä hyvin suuri ja tärkeä hoidollinen kokonaisuus. Palvelukodin lääkekäytänteitä on kehitetty ja uusittu paljon vuoden 2012 aikana. Tämän seurauksena myös lääkehoitosuunnitelma on uusittu, sekä otettu käyttöön erilaiset seuranta- ja palautejärjestelmät laadun parantamiseksi. Myös toimintakäytänteet arjen työssä ovat uusiutuneet. Oikein toteutettu, tehokas, turvallinen, taloudellinen ja tarkoituksenmukainen lääkehoito on keskeinen osa potilas-turvallisuutta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan saaman palvelun laatua.

6.3.1 Lääkehoidon teoreettiset lähtökohdat

Lääkehoito on huomioitu Jyrki Kataisen hallitusohjelmassa (2011, 58), jossa lääkehuollon keskeiseksi tavoitteeksi on asetettu mahdollisimman tehokkaan, turvallisen, tarkoituksenmukaisen ja taloudellisen lääkehoidon toteutuminen kaikille sitä tarvitseville. Kansalaisille on turvattava hyvä lääkkeiden saatavuus kaikissa olosuhteissa ja ammatillisesti toimiva lääkkeiden jakelu.

Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen perustuu yksikkökohtaiseen lääkehoitosuunnitelmaan. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2006 valtakunnallisen Turvallinen lääkehoito -oppaan lääkehoidon toteuttamiseksi julkisissa ja yksityisissä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä (STM 2005:32). Oppaan tarkoituksena on ollut yhtenäistää lääkehoidon toteuttamisen periaatteet, selkeyttää lääkehoidon toteuttamiseen liittyvää vastuunjakoja ja määrittää vähimmäisvaatimukset, joiden tulee toteutua kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa yksiköissä. Lääkehoitoa toteutetaan nykyään yhä enemmän myös sosiaalihuollon toimintayksiköissä, joissa henkilöstön peruskoulutukseen ei välttämättä sisälly lainkaan lääkehoidon koulutusta. Lääkehoito on terveydenhuollon toimintaa, vaikka se tapahtuisi sosiaalihuollon yksikössä. Valvira laati ohjeen lääkehoidon toteuttamisesta sosiaalihuollon yksiköissä kesäkuussa 2013. (Turvallinen lääkehoito 2006, 3; Sosiaali- ja terveysministeriö, hakupäivä 27.11.2013; Valvira 2013a, 1.)

Lääkehoitosuunnitelma on keskeinen osa toimintayksikön johtamisjärjestelmää ja laadunhallintaa. Lääkehoidon suunnittelusta ja organisoinnista vastaavat toimintayksikön johto, lääketieteellisestä

toiminnasta vastaava lääkäri ja toimintayksikön lääkehuollosta vastaava työntekijä. Lääkehoitosuunnitelman on oltava toimintayksikkökohtainen, jotta toimintayksikön ja asiakkaiden erityispiirteet ja tarpeet voidaan riittävästi ottaa huomioon lääkehoitoa toteutettaessa. Suunnitelman laajuus ja sisältö harkitaan toimintayksikön laajuuden ja toiminnan mukaiseksi. Jokaisen lääkehoitoa toteuttavan sosiaalihuollon toimintayksikön tulee laatia lääkehoitosuunnitelma ja huolehdittava lääkehoidon toteutumisesta asianmukaisesti omavalvonnan keinoin. Lääkehoitoa toteuttavien henkilöiden työnjako ja osaamisvaatimukset on määriteltävä toimintayksikön lääkehoitosuunnitelmassa riittävän selkeästi. Lääkehoitosuunnitelmasta on tiedotettava henkilöstölle ja sen on oltava avoimesti kaikkien käytettävissä. Sitä on myös päivitettävä säännöllisesti. Toimintayksikkökohtainen lääkehoitosuunnitelma on käytännön työväline toimintayksikön lääkehoidon suunnitteluun, seurantaan ja hallintaan. Hyvän lääkehoidon yleiset periaatteet ja toimintatavat ovat samat toimintayksiköstä riippumatta, mutta niitä sovelletaan eri tavalla yksikön erityispiirteiden mukaan. (Valvira 2013a, 2.)

Palvelukodin uusittu lääkehoitosuunnitelma on toteutettu asianmukaisesti ja on sisältää seuraavat vaadittavat lääkehoidon osa-alueet; 1. Johdanto 2. Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat, 3. Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen, 4. Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako, 5. Lupakäytännöt, 6. Lääkehuolto käytännössä (6.1. Yleistä 6.2. Lääkkeenantoprosessi, 6.3. Lääkekäytänteet 7. Asiakkaiden informointi ja neuvonta, 8. Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi, 9. Dokumentointi ja tiedonkulku, 10. Seuranta- ja palautejärjestelmät, LIITE 1 (Lääkehoidon perehdytys), LIITE 2 (Palvelukodin lääkelupa-todistus), LIITE 3 (Lääkepoikkeamalomake). (Raahen Palvelukodin lääkehoitosuunnitelma 2012, 1-18; Turvallinen lääkehoito 2006, 43-61, 54-55; Valvira 2013a, 1.)

Toimintayksikön toimintakulttuuria on tärkeä kehittää niin, että virheistä ja läheltä piti-tilanteista otetaan opiksi ja toimintatapoja muutetaan toiminnan arvioinnin perusteella. Toimintayksikön esimiehet ohjaavat ja valvovat lääkehoidon toteuttamista lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. He päättävät eri henkilöstöryhmien työnjaosta ja yhteistyöstä siten, että jokaisen ammattiryhmän osaaminen hyödynnetään parhaalla mahdollisella tavalla. Esimiesten tehtävänä on varmistaa, että yksikössä lääkehoitoon osallistuvalla henkilöstöllä on tarvittava osaaminen, riittävä lisäkoulutus on järjestetty ja kirjalliset lääkehoitoluvat ovat voimassa. Lääkehoidon koulutuksen saaneet laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt kantavat kokonaisvastuun lääkehoidon toteuttami-

sesta. Jokainen lääkehoitoa toteuttava ja siihen osallistuva kantaa kuitenkin vastuun omasta toiminnastaan. (Turvallinen lääkehoito 2006; 46-48; Valvira 2013a, 2, 4.)

6.3.2 Lääkehoito omavalvontasuunnitelmassa

Seuraavista kappaleista on luettavissa lääkehoitoprosessin kehittämisen laajuus. Omavalvontasuunnitelmassa lääkehoito kuuluu kohtaan 11. Terveydenhuollon- ja sairaanhoidon järjestäminen. Lääkehoidosta veloitetaan omavalvontasuunnitelmassa seuraavaa;

”Kuvaus lääkehoitohoitosuunnitelman ylläpidosta, päivittämisestä ja toimeenpanosta sekä toteuttamisen seurannasta”. (Valvira 2012d)

Raahen Palvelukodin omavalvontasuunnitelmassa lääkehoidosta on seuraavanlainen prosessikuvaus;

”Palvelukodin lääkehoito toteutetaan Sosiaali- ja terveysministeriön Turvallinen lääkehoito-oppaan mukaisesti. Lääkehoitosuunnitelma - ja käytänteet on kokonaisuudessa uusittu vuonna 2012. Lääkehoitosuunnitelma päivitetään syksyisin kerran vuodessa. Lääkehoitosuunnitelman päivityksestä vastaa sairaanhoitaja Anne Kaspala. Lääkehoitosuunnitelman sisältö koostuu seuraavista osa-alueista; johdanto, lääkehoidon sisältö ja toimintatavat, lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen, henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako, lupakäytännöt, potilaiden informointi ja neuvonta, lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi, dokumentointi ja tiedonkulku, seuranta- ja palautejärjestelmät.

Lääkepoikkeamat dokumentoidaan, tilastoidaan ja käydään läpi henkilöstöpalavereissa kolmen kuukauden välein. Poikkeamien pohjalta lääkekäytänteitä kehitetään laadultaan paremmiksi toimintakokonaisuuksiksi jatkuvasti.

Uusi työntekijä, lomittaja tai harjoittelija perehdytetään Raahen Palvelukodin lääkehoitoon. Perehdyttäminen tehdään erillisen lääkehoidon perehdyttämisen kaavakkeen mukaisesti. Perehdytyksen osa-alueet kirjataan ja kuitataan ylös, jotta jokainen osa-alue tulee käytyä läpi. Poikkeustapauksissa annetaan myös kouluttamattomalle henkilökunnalle lääkkeenantolupa dosetista, kun henkilö on perehdytetty viisi kertaa tehtävään ja lääkehoidon vastaava on taidon tarkistanut. Luvan myöntää Palvelukodin psykiatri. Jokaisen lääkehoitoa toteuttavan on luettava lääkehoitosuunnitelma, joka kattaa kaikki tarpeelliset asiat ja käytänteet Palvelukodin lääkkeenhoitoprosessista. Lääkehoitoon perehtyminen on osa talon perehdyttämistä.”

(Raahen Palvelukodin omavalvontasuunnitelma 2012, 19.)

6.3.3 Lääkehoidon kehittämisprosessi ja muutosinterventiot

Lääkehoitoprosessia on mietitty henkilöstöpalaverissa jo vuonna 2008, koska lääkepoikkeamia on ollut paljon. Lääkekäytänteitä ei ole kuitenkaan muutettu, mutta lääkkeenjako on hieman järjeistetty ja dosettien määrää lisätty. Tutkija-kehittäjä huomioi ensimmäisten työviikkojen aikana, että Palvelukodin lääkehoitoprosessissa toimintakäytänteet olivat vanhanaikaiset, ja niihin sisältyi huomattavia riskejä. Lääkehoitoprosessi vei kokonaisuudessaan henkilökunnan työaikaa paljon ja käytänteet eivät olleet toimivat. Henkilökunta ei ollut alun alkaen motivoitunutta lähtemään mukaan lääkehoitoprosessin kehittämiseen, mutta muutamien huomattavien lääkepoikkeamien tapahduttua asiasta keskusteltiin paljon. Tutkija-kehittäjä esitti vuoden 2011 lopussa, että lääkepoikkeamia alettaisiin kirjaan ylös ja suunnittelemaan tähän soveltuvaa lomaketta. Myös muista lääkekäytänteistä viriteltiin keskustelua ja refleктоitiin ja arvioitiin lääkekäytänteitä yhdessä keskustelemalla. Pikkuhiljaa lääkehoitoprosessin kehittäminen sai alkunsa.

Muutosinterventiot

Kehittävä työntutkimuksessa tutkija on työn kehittäjä. Yhdessä työntekijöiden kanssa hän luo erityisen tilan, jossa työtä analysoidaan. Se voi olla kehittämistilaisuuksien paikka tai se voi tarkoittaa toimintaa, joka syntyy tutkijoiden ja työntekijöiden vuorovaikutuksessa. Näin työtoiminnasta siirrytään oppimis- ja kehittämistoimintaan, jossa toiminnan kohteeksi nousee väliaikaisesti itse työtoiminta. Kehittävällä työntutkimuksella paljastetaan ongelmia ja kehitetään yhdessä työntekijöiden kanssa käsitteitä ja välineitä niiden hallitsemiseksi. (Heikkinen ym. 2008, 66-67.)

Lääkehoitoprosessin muutosinterventioiden lähtökohtana toimi henkilöstöpalaverit ollen kehittämistilaisuuksia. Lääkehoitoon liittyviä muutosinterventioita oli 12 ja niissä käsitellyt keskustelunaiheet ja pääteemat olivat seuraavanlaisia;

TAULUKKO 6. Lääkehoitokäytänteiden muutosinterventiot.

MUUTOSINTERVENTION PÄIVÄMÄÄRÄ	KESKUSTELUN AIHEET
8.1.2008	Keskustelu dosettien jaossa olleista poikkeamista ja tehty toimintamuutoksia (dosetteja lisätty, lääkkeenjakoajoja muutettu).
15.12.2011	Lääkehoidosta laaja keskustelu. Päätetty aloittaa omavalvontana keräämään lääkepoikkeamat, joiden pohjalta tarpeen vaatiessa muutetaan lääkeprosessia. Tutkija-kehittäjä tekee lomakkeen.
19.1.2012	Tutkija- kehittäjä ehdotti lääkehoidon käytäntöjen uusimista nyky-päivän vaatimustasolle. Keskusteltu toimintakäytänteiden muutoksista (dosetista suora lääkkeenanto, lääkevaunujen hankinta, lääkevaunut vs. lääkekorit). Sovittu rauhallisesta etenemisestä, koska kyseessä iso muutos. LÄÄKEPOIKKEAMAT: Keskustelu ja määrittäminen, mikä on lääkepoikkeama, mitkä poikkeamat kirjataan jne. Laatukäsikirjan lomake todettiin vanhentuneeksi. Lääkehuolto todettiin isoksi osa- alueeksi, tutkija-kehittäjän on perehdyttävä alueen vaatimuksiin ja lainsäädäntöön tarkemmin.
23.2.2012	STM:n ”Turvallinen lääkehoito”-opas viitekehykseksi. Lääkevaunut otettu käyttöön, dosetista suorajako aloitettu, dosetin takakanteen laitettu lääkelistat. Sovittiin toimintaohjeita tarvittavien lääkkeiden raportointitavoista.
5.4.2012	RAS: N ylihoitaja vaatinut talon lääkehoitosuunnitelmaa tarkistettavaksi. Lääkehoitosuunnitelma on uusittava kokonaisuudessaan. Ydintyöryhmän jäsen tekee pohjan lääkehoitosuunnitelmaan, tutkija-kehittäjä muokkaa talon käytänteeseen sopivaksi. Ydintyöryhmäläinen saa käyttää kaksi viikkoa työaikaansa lääkehoitosuunnitelman uusimiseen. Keskustelu lääkehuollosta ja poikkeamien raportoinnista. Sovittu toimintakäytänteitä (lääkepoikkeaman huomaava henkilö tekee lomakkeen alkuosan ja ilmoittaa poikkeaman tehneelle työntekijälle, jotta hän voisi täyttää lomakkeen loppuosan. Lääkevastaava kuittaa ja tilastoi).
25.4.2012	Lääkehoitosuunnitelman 1. versio valmis, työntekijät lukevat suunnitelman ja tekevät parannusehdotukset. Keskusteltiin toimintakäytänteistä ei- ammatillisen henkilön lääkkeenjako- oikeuksiin (voi antaa dosetista lääkkeitä asukkaille, ensin perehdyttäminen + psykiatrin kirjallinen lupa).
14.6.2012	Keskustelu apteekkikäytänteistä.
12.7.2012	Yhteneväistetty lääkekorttien kirjausmerkintöjä. LÄÄKEPOIKKEAMAT käyty läpi.
31.7.2012	Jokaisen työntekijän tuotava todistus lääkehoidon suorittamisesta. Säilytetään omavalvonnan arkistointikansiossa. Lääkehoitosuunnitelma on uusittu; tehdään vielä yksi korjauskierros.

9.8.2012	Lääkemuutosten kirjauksista sovittiin, että muutokset tekee välittömästi vuorossa oleva työntekijä, koska pitkittyessä poikkeamamahdollisuus kasvaa.
5.9.2012	Keskustelu lääkekorttimerkinnoistä. Päätettiin, että ei tehdä muutoksia, koska toiminnanohjausjärjestelmä Hilikka tulossa.
18.10.2012	LÄÄKEPOIKKEAMAT käytiin läpi.

Muutosinterventioissa kannattaa huomioida, että tässä esitetään vain viralliset kirjatut muutositerventiot. Pohdintaa ja toimintakäytänteiden reflektointia on tapahtunut jatkuvasti työarjessa.

6.3.4 Lääkehoitoprosessin tulokset ja niiden pohjalta tehdyt muutositerventiot

Interventio saattaa paljastaa esimerkiksi tiedostamattomia toimintatapoja tai sosiaalisia rakenteita, perinteitä tai vallankäyttöä. Sosiaalisella toiminnalla on tapana rakenteistua, muuttua rutiineiksi ja käytänteiksi. Näin yhteisön toiminta helpottuu, mutta kaikki rutiinit ja rakenteet eivät aina toimi tarkoitetulla tavalla. Käytäntö on ollut tarkoituksenmukainen oloissa, joissa se rakentui, mutta olosuhteiden muututtua se ei enää olekaan toimiva tai mielekäs. Asioita tehdään vain kun on totuttu tekemään. Kurt Lewin kuvasi interventiota termofysiikan termein. Kun sosiaalista toimintaa, esimerkiksi työn organisointia muutetaan, se pitää ensin sulattaa (unfreezing). Toimintaa tarkastellaan ja pohditaan sen perusteita ja yhteisön ilmapiiriä valmistellaan toiminnan muuttamiseksi. Sulatuksen jälkeen on muutosten (changing) vuoro. Kun uutta käytäntöä on kokeiltu ja testattu riittävästi ja se sujuu, se pakastetaan (freezing) eli kehitetyt käytänteet vakiinnutetaan. (Heikkinen ym. 2008, 28.) Lääkehoitoprosessin kehittämisessä on toimittu juuri näin.

Lääkehoitoprosessia arvioidaan ja muutetaan tuotettujen lääkepoikkeamien avulla. Lääkepoikkeamia on kirjattu 19.2.2012 alkaen. Tässä toimintatutkimuksessa raportoidaan kehittämisprosessin vaiheet vain vuoteen 2012 saakka, joten viimeinen lääkepoikkeaman tarkastelukausi päättyy 9.1.2013. Koska lääkehoitoprosessia kehitettiin vuoden 2012 aikana, kaikki käytänteet eivät olleet selvät, kun poikkeamien kirjaus aloitettiin. Lääkepoikkeamien ensimmäinen jakso on 5 kk, jonka jälkeen päädyttiin ratkaisuun, että poikkeamat on hyvä tilastoida tiheämmin prosessin arvionniksi ja muuttamiseksi. Omavalvonnan vuosikalenteriin lääkepoikkeamien tarkastelukuukau-

siksi kehittämisen seurauksena nimettiin tammikuu, huhtikuu, heinäkuu ja lokakuu. Raahen Palvelukodilla lääkepoikkeamia seurataan seuraavilla mittareilla;

- Yksikkö (yks. 1, yks. 2, tukiasunnot)
- Poikkeama tapahtunut; määräämisessä, jakelussa, annostelussa, kirjaamisessa, säilytyksessä.
- Tapahtuma-aika ja työvuoro; aamu, ilta, viikonpäivä, klo.
- Vaikuttiko poikkeama potilaan tasolla? (potilaan henkilötiedot)
- Lääkepoikkeaman kuvaus
- Kuinka tilanne hoidettiin
- Miksi näin kävi? Mitä olisi pitänyt tehdä toisin?
- Poikkeaman kirjaajan kuittaus, Lääkevastaavan allekirjoitus

Lääkepoikkeamat arvioidaan kolmen kuukauden välein henkilöstöpalaverissa. Myös lääkepoikkeaman tehnyt työntekijä arvioi poikkeamaan johtaneita syitä. Tässä raportissa tarkastellaan vain tilastollisia asioita poikkeamista. Seuraavassa taulukossa vuoden 2012 poikkeamat.

TAULUKKO 7. Lääkepoikkeamat 2012.

AIKA-VÄLI	KIRJ.POIKKEAMAT	JOISTA ASUKKAILLE	YK S.1.	YK S.2.	TUKI AS.	MÄÄRÄÄMINEN	JAKELU	ANNOSTELU	KIRJAAM.	SÄILYTYS
19.2-8.7.12, 5KK	22	13	11	5	3	-	TARJOTIN 3, DOSETTI 16	4	1	-
9.7-4.10.12, 3 KK	17	11	9	2	6	-	8	8	1	-
5.10.12-9.1.13, 3 KK	15	6	7	6	2	-	12	3	-	-

Ensimmäisen jakson poikkeamat on kerätty viiden kuukauden ajalta ja sen vuoksi ensimmäisen ja toisen jaksoin poikkeamien vertailua keskenään ei kannata tehdä. Ensimmäisten poikkeamien perusteella muutettiin suuria toimintakäytänteitä, sillä ensin lääkehoitoprosessi oli paljon monivaiheisempi. Asukkaiden lääkkeet jaettiin dosetista lääkelaseihin tarjottimelle. Tässä vaiheessa poikkeamia sattui paljon ja poikkeamien huomaaminen oli vaikeaa, koska lääkelasissa oli asukkaan nimi ja lääkkeet, mutta lähettyvillä ei ollut lääkelistaa, mistä tarkistaa mitä lääkkeitä asukkaalle annettiin. Ensimmäisessä poikkeamajaksoissa tuli tästäkin huolimatta kolme huomattua poikkeamaa jakelussa tarjottimelle. Käytänteet muutettiin sellaiseksi, että palvelukodille hankittiin lääkevaunut, johon laitettiin asukkaan dosetit. Dosetin takana on lääkelista ja annettaessa asukkaalle lääkeannosta, dosetin takaa voi tarkastaa, mitä lääkettä ja kuinka paljon annosteluun asukkaalle kuuluu.

Jakson kaksi ja kolme tulokset ovat vertailukelpoisia, vaikka käytänteitä muutettiin tuonakin aikana. Huomioitavaa on, että lääkepoikkeamat vähentyivät 17 kappaleesta 15 kappaleeseen. Vielä tärkeämpää on, että asukkaille perille asti menneet poikkeamat vähenivät 11 kappaleesta kuuteen kappaleeseen. Asukkaalle menneet poikkeamat melkein puolittuvat, joka on huomattava lääkehoidon laatuun liittyvä tekijä. Dosetin jakelussa tapahtuneet poikkeamat kasvoivat verraten jaksoja keskenään. Tämän selittää se, että käytänteitä muutettiin aloittamalla dosettien tuplatarkastus. Tuplatarkastuksessa toinen työntekijä tarkastaa toisen työntekijän jakaman dosetin. Näin ollen tässä tarkastelujaksossa löytyi uuden käytännön myötä jakelussa lääkepoikkeamia. Tämä vaihe on tärkeä, sillä silloin lääkejakelussa tapahtuneet poikkeamat eivät mene asukkaalle asti ja niin kuin on nähtävissä, asukkaille menneet poikkeamat ovat huomattavasti vähentyneet tämän dosettien tuplatarkastuksen myötä. Annostelupoikkeamat ovat vähentyneet tässä tarkastelujaksossa myös kahdeksasta poikkeamasta kolmeen poikkeamaan.

Poikkeamien kerääminen ja tarkastelu ohjaa edellä mainitusti jatkuvasti lääkehoidon kehittämistä. Aiemmin ei ole poikkeamia tuotettu ollenkaan, mielenkiintoista olisikin nähdä kuinka paljon lääkepoikkeamat olisivat muuttuneet ennen kuin käytänteitä on muutettu.

Poikkeamien tulkinta vaatii työyhteisöasiantuntemusta, esimerkiksi vuonna 2013 poikkeamat kirjaamisen osalta kasvoivat. Tämän selittyi uuden kirjaamisjärjestelmää Hilkan käyttöönnotolla,

jolloin täytyi taas luoda uudet käytänteet. Seuranta- ja palautejärjestelmä palvelee nopeasti laadukkaan asiakastyön kehittämistä.

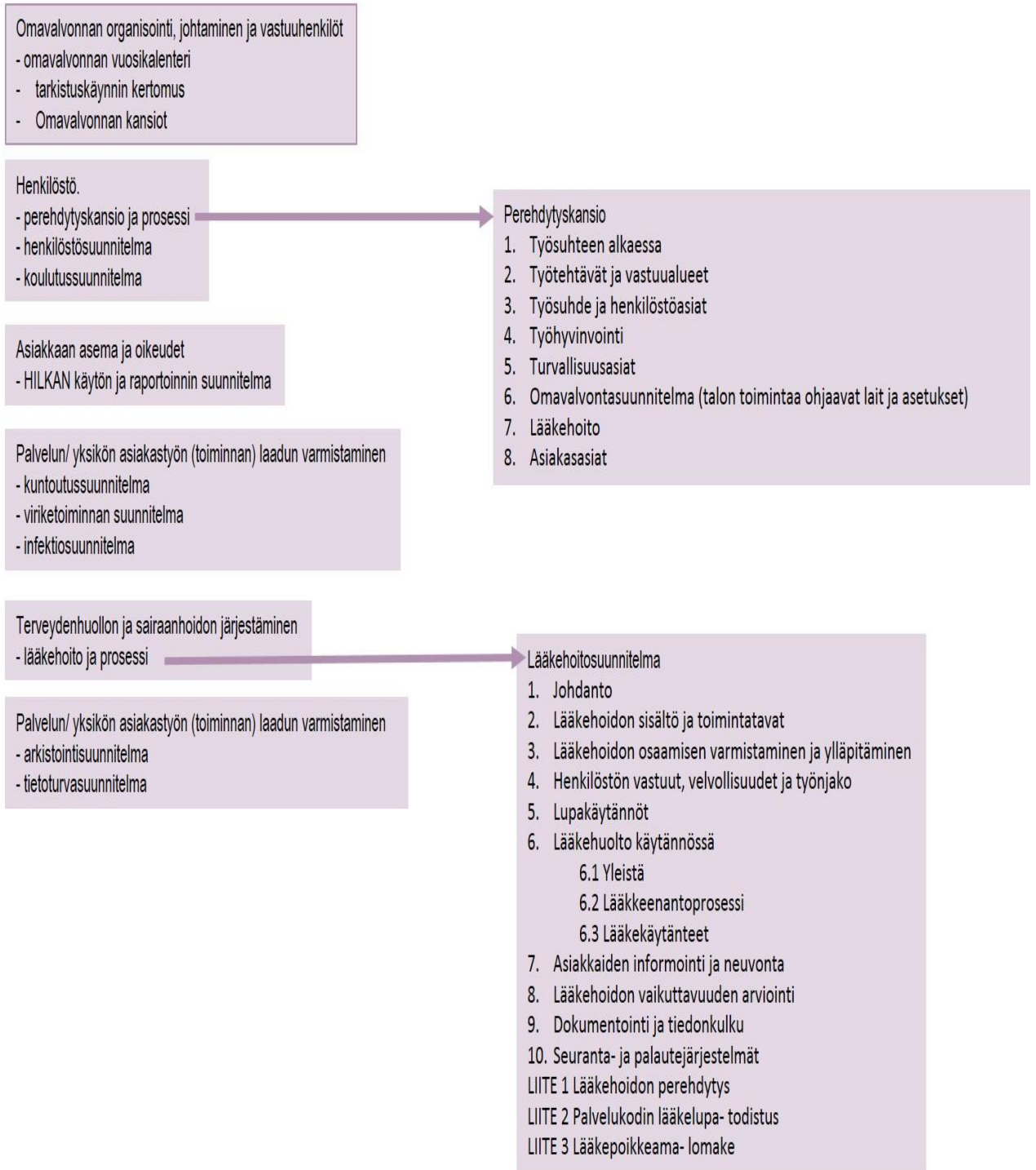
Tämän hetken lääkehoidon tarkastelu suhteutettuna lääkehoidon laajuuteen osoittaa Palvelukodin lääkehoidon hyvin laadukkaaksi. Palvelukodin asiakkaalle lääkkeitä menee keskimääräisesti 15 kappaletta vuorokaudessa (yks. 1= 16 kpl/vrk/asiakas, yks. 2. 15 kpl/ vrk/ asiakas, tukias. 14 kpl/ vrk/ asiakas). Päivässä tämä tarkoittaa asiakkaille menevän 480 lääkettä, viikossa 3360 lääkettä, kuukaudessa 13 440 ja kolmessa kuukaudessa (joka on poikkeamien keräämisväli) 40 320 lääkekappaletta. Annostelukertoja vuorokaudessa on kolme, eli keskimäärin yhdessä annoskerassa on viisi lääkettä. Näin ollen annostelukertoja kuukaudessa on 8064 kappaletta. Tarkastellessa viimeisintä poikkeamaväliä ajalta 5.10.2012- 9.1.2013 lääkehoito näyttää seuraavalta;

- ⇒ Lääkekappaleita 40 320, annostelukertoja 8064
- ⇒ Kirjattuja poikkeamia 15 klp, joista asiakkaille asti mennyt 6 kpl
- ⇒ Poikkeamat sattuneet pääsääntöisesti jakelussa ja annostelussa!

7 KEHITTÄMISTYÖN TULOSTEN TARKASTELO JA POHDINTA

Ensimmäisen asteen tulokset viittaavat muutoksiin, joita on tehty perustehtävän toteuttamisen ja kyvykkyyden lisäämiseksi. Raahen Palvelukodin kehittämistoiminnan ensimmäisen asteen tuloksina rakentui omavalvonnan malli ja omavalvontasuunnitelma, jonka työstämisen yhteydessä jouduttiin paneutumaan lääkehoitosuunnitelmaan ja tuottamaan myös siihen erillinen suunnitelma. Kehittämisprosessin aikana tuotettiin lisäksi prosessikuvauksia ja erillissuunnitelmia, jotka liittyivät omavalvonnan vaatimukseen (kts. KUVIO 6). Koko prosessin kuluessa tuotettiin myös perehdyttämismalli, perehdyttämissuunnitelma ja perehdyttämisen kirjallinen opas. Pääpaino tässä kehittämistyössä oli omavalvontasuunnitelman tuottaminen ja sen tuottamisprosessi sekä tulos on kuvattu tässä raportissa. Lisäksi tässä raportissa on kuvattu lääkehoitosuunnitelman kehittämisprosessi. Kehittämistyön tuloksena syntyi paljon uusia työprosessien ja työnteckemisen ohjaamisen välineitä, jotka kuvataan tässä raportissa ainoastaan sisältöjen esittämisenä (sisällysluettelot kts. KUVIO 6 ja TAULUKOT 8 ja 9). (Seppänen- Järvelä & Vataja 2009, 15; Alasoini 2011, 95-96.)

Toimintatutkimuksen tuotokset 5/2011 – 12/2012



KUVIO 6. Kehittämispöcessin lisätuotokset omaavolontasuunnitelman viitekehuksesta.

TAULUKKO 8. Omavalvontakansioiden sisältö.

PÄÄKANSIO	LIITEKANSIO	ARKISTOINTIKANSIO
1. Voimassa oleva omavalvontasuunnitelma	1. Lääkehoitoon liittyvät lomakkeet	1. Työntekijöiden tutkinto- ja koulutustodistukset
2. Edelliset omavalvontasuunnitelmat	2. Lääkepoikkeamat ja yhteenvedot	2. Todistukset lääkehoidon koul., lääkeluvat
3. Omavalvonnan vuosikalenteri	3. Lääkehoidon perehdytystodistukset	3. Työsopimukset
4. Lääkehoitosuunnitelma	4. Pelastussuunnitelman liitteet	4. Toimintakertomus
5. Tarkistuskäynnin kertomus	5. Valitusmenettelyohjeistus	5. Vapaa- anomukset
6. Palo- ja pelastussuunnitelma, turvallisuus selvitys	6. Työterveys selvitys- ja sopimus	6. Sopimukset
7. Perehdytyskansio	7. Avin tarkastuskäynnin kertomus	7. Päätökset
8. Lyhyet suunnitelmat; raportoinnin ja HILKAN käytön suunnitelma, henkilöstösuunnitelma, tietoturvasuunnitelma, koulutus suunnitelma, infektiosuunnitelma	8. Turvallisuuspoikkeamat	8. Koulutus- ja poissaolotilastot
	9. Kuntayhtymän tarkastuskäynnin kertomus	
	10. Asiakastyytyväisyyskysely	
	11. Infektiopoikkeamat	

Perehdyttämisen oppaan asiasisältö on seuraava.

TAULUKKO 9. Perehdytysoppaan sisältö.

1. Työsuhteen alkaessa	1.1 Raahen Palvelukodin arvot ja toimintaperiaatteet 1.2. Työtilat, lähiympäristö ja paikoitusalueet 1.3 Työvälineet ja raportointi
2. Työtehtävät ja vastualueet	2.1 Työntekijät ja heidän vastualueensa 2.2 Opiskelijaohjaus 2.3. Varhaisen puuttumisen malli 2.3.1. Ongelmista kertovat hälytysmerkit 2.3.2. Ongelmien puheeksi ottaminen
3. Työsuhde ja henkilöstöasiat	3.1 Työntekijöiden oikeudet ja velvollisuudet 3.2 Työntekijän ja työnantajan oikeudet ja velvollisuudet 3.3. Työaika 3.3.1. Työaika ja tautot 3.3.2. Työvuorosunnittelu ja lisätyö
4. Työhyvinvointi	4.1. Työterveyshuolto ja työterveystarkastukset 4.2. Työpaikkaruokailu 4.3. Kehityskeskustelut 4.4. Työnohjaus 4.5. Henkilöstöpalaverit 4.6. Koulutus
5. Turvallisuusasiat	5.1. Palo- ja pelastussuunnitelma 5.2. Toimintaohjeet hätätilanteessa
6. Omavalvontasuunnitelma, talon toimintaa ohjaavat lait	
7. Lääkehoito	7.1 Lääkehoito, lääkehoidon perehdytys ja lääkelupa 7.1.1. Lääkehoidon käytänteet
8. Asiakasasiat	8.1. Asiakkaan palvelulinja 8.2. Talon säännöt 8.3. Omaohjaus 8.4. Kuntoutussuunnitelma ja viikko- ohjelma 8.5. Raportointi 8.6. Kuntouttava päivätoiminta
LIITTEET	1. Perehdyttämissuunnitelma 2. Yksikkö 1. viikko- ohjelma 3. Yksikkö 2. viikko- ohjelma 4. Tukiasuntojen viikko- ohjelma 5. Palvelukodin ryhmät 6. Omaohjaajan tehtävät

Ilman **Toisen asteen tuloksia** ei olisi syntynyt ensimmäisen asteen tuloksiakaan. Toisen asteen tuloksilla viitataan kulttuurillisiin ja kehittämisjärjestelmässä tapahtuviin muutoksiin, jotka näkyvät erityisesti työyhteisömme kehittämisosaamisen ja oppimiskyvyn lisääntymisenä. Ilman koko työyhteisön oppimaa kehittämisosaamista ja oppimiskykyä, ei olisi syntynyt niin hienoja ensimmäisenkään asteen tuloksiakaan. Kyse on koko Palvelukodin työyhteisön oppimista työelämätaidoista, joiden oppiminen korostuu jatkuvan muutoksen ja kompleksisuuden työ- ja toimintaympäristössä. Kehittämistyön tuloksena tapahtuneet muutokset työyhteisöjen kehittämiskulttuurissa näkyvät paitsi vuorovaikutuksellisten rakenteiden luomisena ja keskustelukulttuurin kehittymisenä myös kehittämisosaamisena. Ilman näiden taitojen oppimista ei olisi ollut mahdollista kehittää uusia työkäytänteitä. Kehittäminen vaati jokaisen työntekijän näkemystä ja osallistumista. Työyhteisössä myös opittiin että kehittämistarpeiden esiin nostaminen on mahdollista ilman asioiden henkilöitymistä. Kehittämisen tuloksena usein kehittyy niin sanottu keskustelukulttuuri; työntekijät kokevat vaikuttamismahdollisuutensa aiempaa paremmiksi, heidän välinen tasa- arvo vahvistuu ja rohkeus lisääntyy. Työkäytäntöjä aletaan tarkastella yhä enemmän kehittämisen näkökulmasta ja tiedostetaan yksilön ja työyhteisön mahdollisuudet vaikuttaa epäkohtiin. (Seppänen-Järvelä & Vataja 2009, 15, 28-29; Alasoini 2011, 95-96.)

Johtamisella on keskeinen rooli työyhteisölähtöisessä kehittämisotteessa. Työyhteisön työelämätaitojen kehittyminen sekä kehittämistyön onnistuminen vaati yhteisöllistä johtamisotetta, joka on yhteistyötä ja jaettua johtajuutta ja siinä yhdistyy tehokkuus ja työn mielekkyys. Johtaminen on pitkälti osaamisen johtamista oppivan organisaation näkökulmasta. Yhteisöllisen johtamisen kivijalkana on luottamus, joka syntyy yhteisesti kokemalla ja jakamalla asioita, ajatuksia ja osaamista. Luottamuksen aikaansaamiseksi avoimuus on keskeistä. Todellinen johtajuus syntyy esimiehen ja työntekijän välisestä vuorovaikutuksesta. Johtaminen on sosiaalinen vuorovaikutusprosessi, joka tuotetaan ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Johtamista ei voi tarkastella vain yksilön toiminnan tai ominaisuuksien kautta, vaan koko yhteisö ympäristöineen osallistuvat johtamisen tuottamiseen. Etenkin tiimeissä ja projekteissa korostuu se, että johtajuutta jaetaan olosuhteiden ja tehtävien mukaan. Lähtökohtana on kaikkien osaamisen hyödyntäminen suunnittelussa ja päätöksenteossa. Uudenlainen johtaminen perustuu vuorovaikutukselle ja näin ollen arjen keskustelut ovat johtajuuden ydintä. (Kaivola & Launila 2007, 38-41; Seppänen-Järvelä & Vataja 2009, 71-72.) Vaikka työyhteisölähtöinen prosessikehittäminen on demokraattista ja koko työyhteisöä osallistavaa, on esimiehellä kuitenkin avainasemassa kehittämisprosessin johtamisessa. Hän on työyhteisön ”ensimmäinen kehittäjä”. Johtamisen moniäänisyys, joka on erilaisten äänien

ja näkökulmien yhtäaikaista läsnäoloa, on työyhteisölähtöisen prosessikehittämisen lähtökohta. Tällöin johtamisen ja työyhteisön toiminnassa korostuvat kommunikointi sekä yhteinen sitoutuminen ja työn kohde. Työtä tarkastellaan kollektiivisena suorituksena, katse suuntautuu työyhteisön toimintaan ja tuloksiin eikä niinkään yksilösuorituksiin. (Seppänen-Järvelä & Vataja 2009, 71- 72.)

Yhteenvedona kehittämisprosessin ensimmäisen ja toisen asteen tuloksista voi todeta, että kehittämisprosessi on ollut hyvin monitasoinen prosessi, jossa on tuloksina syntynyt monenlaisia onnistuneita käytäntöjä, toimintamalleja, tuotoksia ja laaja-alaista koko työyhteisön kehittämisosaamista. Keväällä 2012 pidettyjen kehityskeskusteluiden lomakkeiden yhteenvedoista nousi seuraavanlaisia myönteisiä työntekijöiden nimeämiä asioita;

"Työntekijöiden myönteisesti työhön vaikuttavia tekijöitä olivat vaihteleva ja monipuolinen työ/ työnkuva, asukkaan kuntoutumisen etenemisen seuraaminen, keittiöremontti, asiakkaiden myönteinen palaute ja kiitos. Myönteisesti oli vaikuttanut myös työtehtävien/ asiakkaiden tasapuolinen jakaminen. Myönteisesti työhön koettiin vaikuttavan työpaikan nykyinen ilmapiiri. Koettiin, että on taas saanut keskittyä työntekoon. Työkaverit, työkavereiden ammatillinen kasvu, positiivisuus ja iloisuus työkavereissa, sekä työntekijän oma hyvä terveys ja kunto koettiin myönteisenä; "on saanut nauttia työnteosta",. Myös oma motivaatio oli kasvanut ja omassa työssä koettiin kehittyneen; " aivan kuin työ olisi taas uutta".

8 KEHITTÄMISTYÖN ARVIOINTIA

Kehittämistoiminnassa arviointia voi tapahtua monesta eri näkökulmasta. Kehittämistoimintaa on tässä monitasoisessa ja monivaiheisessa kehittämistyössä ollut monenlaista. Kehittämistoimintaa voi arvioida prosessina, jolloin arvioinnin yhtenä tehtävänä on suunnata kehittämistoimintaa. Tällöin arviointimateriaali tuottaa tietoa, jolla ohjataan prosessia. Prosessia ohjaavaa arviointiaineistoa on esitetty TAULUKOSSA 3. Arvioinnit ovat välittömästi ohjanneet kehittämisprosessia, sillä tiedonvaihto tapahtuu tutkija-kehittäjän ja käytännön toimijoiden välillä niin, että jälkimmäinen ottaa tiedon käyttöönsä ja perustaa tulevat toimensa sille. Yksinkertaisuudessaan arvioinnin yhteydessä analysoidaan sitä, onko kehittäminen saavuttanut tarkoituksensa vai ei. Arviointia voidaan lähestyä myös toimijoiden osallistumisen näkökulmasta. (Robson, C. 2001, 38; Toikko & Rantanen 2009, 61.)

Kehittämisen tavoitteena on, että tulokset, kuten uusi toimintamalli, toisin sanoen esimerkiksi omavalvontasuunnitelma, otetaan hankkeen päättymisen jälkeen käyttöön ja että ne juurtuvat osaksi jokapäiväisiä, pysyviä työkäytäntöjä (Heikkinen ym. 2008, 132). Näin ollen tulokset osoittavat, että kehittämistyö on onnistunut; sen tuotokset, tuotoksien mukanaan tuomat toimintamallit toimivat Palvelukodin arkityössä ja toimintatavoissa päivittäin.

8.1 Prosessin arviointi

Kehittämisprosessin väliarviointi toteutettiin heti kesälomien jälkeen syyskuussa 2012. Kehittämistyöhön osallistuneet työntekijät arvioivat kehittämistyötä kirjallisesti täyttämällä arviointilomakkeet (Arviointilomake liite 3). Lomalta palattiin pääasiassa levänneinä. Lomaltapaluuseen liittyvää työikäynnistymisvaikeuttakin ilmeni, mutta *”parin päivän jälkeen lähti työt sujumaan ja löytyi motivaatio”*. Osa työntekijöistä koki palvelukodin kehittämistyöhön liittyvän stressiä ja osa ei. Ajan puute, kiire ja uusien asioiden kanssa työskentely aiheuttivat stressintunnetta. *”Ajan puute, kirjallisiin työhön käytetty aika on pois asiakkailta.”* Kaikki eivät kokeneet kehittämistyötä stressaavana. *”Nyt tuntuu, että kaikki on alkaneet tekemään omavalvontaa; on tekemisen meininki, joten ei*

niin stressiä.” Työntekijät kokivat, että stressiä voisi keventää rauhallisemmalla kehittämistahdilla sekä reflektovalla kehittämisotteella. *”Kysymällä/ keskustelemalla toisten kanssa mitä he kokevat (omavalvonnan) kysymyksen tarkoittavan, sillä tavalla kysymys aukeaa”.*

Työntekijät kokivat olevansa osallisia kehittämistyössä. *”Kehittämiskohteita/ toiveita kysytään/ keskustellaan, mietitään yhdessä.”, ”Mielipiteitäni kuunnellaan”, ”saan hyödyntää omaa osaamistani.* Kysyttäessä kehittämistoiminnan johtamisesta, suurin osa koki kehittämistoiminnan olevan hallinnassa. Syyksi hallinnan tunteen puuttumisesta kerrottiin kiireen sekä sen, että *”vastaava tietää, johtaja ei”.* Tämän tunteen poistamiseksi ehdotettiin *”Rauhallisuus olisi valttia, vapaa-aikana olisi vapaalla, että saisi ”levähtää”.* Kaikilla työntekijöillä oli kuitenkin tunne, että kehittämisprosessissa saadaan aikaan hyviä asioita.

Kysyttäessä palautetta kehitysprosessista sekä sen johtamisesta, palautetta annettiin edelleen kiireisestä työtahdista, koettiin, että tutkija-kehittäjälle olisi työnantajan annettava enemmän työaikaa itse kehittämisprosessiin. Kuitenkin työntekijät tiedostivat, että kiireen aiheuttaa Valviran aikarajat, eikä asialle ole mitään tehtävissä. *”Rauhallisempi tahti (lienee mahdotonta aikarajoitusten takia).”* Tutkija-kehittäjä sai kannustusta ja positiivista palautetta kehittämisprosessista ja sen vetämisestä. *” En todellakaan kykenisi toimimaan vastaavana kyseisessä prosessissa.”, ”En osaisi toimia yhtä hyvin kun nyt ovat toimineet eli todella hyvä ja ammattitaitoinen toiminta ja osaaminen”, ”Tunne, että tämä todella tulee ”valmiiksi” (tiedän, että täytyy kehittää myös 1.9. jälkeen...) Mutta saadaan oikeasti paketti kasaan! :) Hyvä Katja =)”*

Kehittämisprosessin toinen väliarviointi toteutettiin marraskuussa 2012. Työntekijöiden mielestä kehittämisprosessi oli edennyt koko ajan odotusten mukaan. *”Vauhdilla on menty eteenpäin. Eteenpäin mennään vaikka välillä vähän vastustaakin”.* Kehittämisen kohteena olleita työhön liittyviä asioita oli otettu käyttöön. *”Olemme tehneet suunnitelmia. Uusi kirjaamisohjelma otettiin käyttöön ja työntekijät ovat yhdessä opiskelleet sen käyttöä.”* Työntekijät kertoivat olevansa tietoisia niistä asioista, mitä omavalvontasuunnitelman vuoksi oli tehty. *”Valviralle toimitettu monenlaista lappusta, suunnitelmia”.* *”Kyllä suunnitelmat ja kirjaamisohjelmat tulevat mieleen.”* Kaikki työntekijät kokivat, että kehittämisprosessi on ollut hyvin hallinnassa. Lähes kaikki työntekijät kokivat, että ovat voineet olla osallisia kehittämisprosessissa. *”Kyllä, yhdessä tekemisen mei-*

ninki”, ”aika vähän, jonkin verran”, ”Mielestäni kaikkien työpanos on otettu huomioon ja mielipiteensä on saanut tuoda esille”. Työntekijöiltä pyydettiin myös itsearviointi, miten on onnistunut kehittämisessä ja siihen osallistumisessa. Suurin osa koki osallistuneensa, mutta hieman varovaisia itsearvioinnissa oltiin. ”Itse koin, että ammattitaitoni ei ole ollut kaikkiin kehittämiskohteisiin riittävä ja se aiheutti ristiriitaisia tunteita. Kykyjeni mukaan olen koittanut tehdä parhaani.” Risuja ja ruusuja kysyttäessä tuli seuraavanlaista palautetta:

”Tosi paljon muuttunut positiivisemmaksi työyhteisö vuoden aikana. Prosessi lähentänyt työntekijöitä. Tsemppiä! :) Ja KIITOS!”

”Työntäyteinen syksy, Kiitos kaikille!”

8.2 Kehittämistyön luotettavuuden ja tulosten arviointia

Kehittämistoiminnassa luotettavuus tarkoittaa ennen kaikkea käyttökelpoisuutta. Ei riitä, että kehittämistoiminnan yhteydessä syntyvä tieto on todenmukainen, vaan sen tulee olla hyödyllistä. Kolmea luotettavuuden näkökulmaa voidaan kuitenkin soveltaa myös kehittämistoimintaan; reabiteetti ja validiteetti, vakuuttavuus ja käyttökelpoisuus sekä hyödynnettävyys.

Reabiteetti ja validiteetti ovat kehittämistoiminnassa hieman vaikeita käsitteitä. Reliabiteettiin eli luotettavuuteen liittyy kehittämistoiminnassa monimutkaisia ongelmia. Kehittämistoiminta on usein kertaluontoinen sosiaalinen prosessi ja sen toistettavuus on ongelmallista. Toisaalta siinä kontekstissa kuin prosessi ilmenee, sen tulos kertoo prosessin onnistumisesta. Jos tulokset ovat hyviä, voidaan ajatella, että päätöksiin vaikuttanut tieto ja valinnat ovat siinä tilanteessa ja kontekstissa olleet oikeanlaisia. Palvelukodin kehittämistoiminnan moninaiset tulokset puhuvat puolestaan ja näin ollen voi todeta kehittämisprosessin onnistuneen, päätöksiin vaikuttanut teoreettinen lainsäädännöllinen tieto on ollut oikeanlaista kehittämistilanteissa on tehty oikeanlaisia päätöksiä. *Validiteetti* eli pätevyys viittaa siihen, että tutkimuksessa mitataan sitä mitä on tarkoitus mitata. Tässä tutkimuksessa mitattavia asioita ovat olleet esimerkiksi lääkepoikkeamat. Lääkehoitoprosessissa poikkeamat ja sen mittarit ovat olleet validiteetteja, koska sen luoman tiedon avulla on pystytty arvioimaan ja muuttamaan toimintaa.

Vakuuttavuus; Tutkija-kehittäjän on vakuutettava tiedeyhteisö tekemällä tutkimusta koskevat valinnat ja tulokset näkyviksi. Koska kehittämisprosessi on ollut osallistavaa, tutkimuksen valinnat on tehty usein yhdessä reflektoidulla toiminnalla ja toimintakäytänteitä yhteisissä henkilöstöpalaverissa. Tutkimuksen johdonmukaisuus on myös vakuuttavuuteen vaikuttava tekijä. Aiemmissä kappaleissa kuvatuista kehittämissykleistä ja niiden tavoitteista näkee, että toiminta on ollut, etenkin syklin kaksi ja kolme aikana erittäin johdonmukaista. Tutkimukseen osallistuneet työntekijät ovat olleet myös erittäin sitoutuneita kehittämiseen, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Sitoutuneisuus kasvoi koko ajan syklien edetessä ja työyhteisö on edelleenkin kehittämiseen sitoutunut; toimintaa arvioidaan edelleen ja arvioita käytetään toiminnan kehittämisen välineinä.

Käytettävyys ja siirrettävyys; Kehittämistoiminnassa tuotetulla tiedolla keskeistä on sen käyttöarvo. Keskeistä on, miten hyvin arviointia ja sen aineistoja pystytään käyttämään prosessin ohjaamisessa ja tavoitteiden täsmentämisessä. Niin kuin aiemmin raportissa on jo kuvattu, arviointia on koko ajan hyödynnetty tämän kehittämisprosessin ohjaamisessa. Toimintasyklit ovat edenneet spiraalimaisesti, jossa havainnointi ja arviointi toimivat uuden syklin lähtökohtana. Tulosten siirrettävyys on toimintatutkimuksessa hyvin usein kontekstisidonnaista. Esimerkiksi Palvelukodin toimintakäytänteet ovat omassa toimintaympäristössään niiden henkilöiden ja asiakkaiden tarpeista nousseita toimintakäytänteitä ja ne eivät välttämättä toimi tai ole siirrettävissä toiseen toimintaympäristöön. (Toikko & Rantanen 2009, 121-126.)

Kehittämistyötä ohjasi koko prosessin ajan hyvän toimintatutkimuksen periaatteet. Olen perustellut tekemiäni ratkaisuja ja valintoja sekä pyrkinyt kuvaamaan niitä raportissa mahdollisimman läpinäkyvästi. Tarkasteltaessa kehittämisprosessin luotettavuutta toimintatutkimuksen näkökulmasta voin todeta, että kehittämisprosessiin liittyvä kehittämis toiminta kiinnittyy vahvasti valtakunnallisiin yhteiskuntapolitiisiin ja lainsäädännöllisiin lähtökohtiin sekä teoreettisiin perusteisiin ja valtakunnallisesti määriteltyihin kriteereihin. Tutkija-kehittäjänä olen perehtynyt edellä mainittuihin asioihin ja hakenut jatkuvasti uutta ajankohtaista tietoa, jota olen tuonut koko työyhteisön käyttöön. Mielestäni luotettavuutta kuvaa myös se, että uudet toimintakäytänteet on juurrutettu osaksi arkea, niitä arvioidaan ja kehitetään edelleen ja työyhteisö on kehittämismyönteistä.

Palvelukodin kehittämistoiminnalla on saavutettu asetetut kehittämisen tavoitteet tehokkaasti määrättyssä ajassa. Omavalvontasuunnitelman viitekehyksen mukaantulo syklin 1. jälkeen toi kehittämistoimintaan suunnitelmallisuutta ja aikataulutusta. Valviran aikataulut asettivat myös paineita asioiden kiireellisestä hoitamisesta. Vaikka osan asioista joutui hoitamaan kiireellisesti, on kuitenkin kehittämisprosessin jälkeen ollut aikaa pikkuhiljaa juurruttaa käytäntöön kehittämisprosessin aikana tuotettuja ja suunniteltuja toimintakäytänteitä. Tästä hyvänä esimerkkinä toimii perehdyttämisen suunnitelma ja opas. Nämä kokonaisuudet arvioitiin yrityksen riskitekijäksi, suunniteltiin ja toteutettiin tuotokset aikataulussa ja kirjattiin omavalvontasuunnitelmaan syklin 2. lopussa. Myöhemmin oli aikaa tarkentaa vielä perehdyttämisopasta ja vuonna 2013 uudet perehdyttämiskäytänteet otettiin käyttöön pikkuhiljaa, kun työntekijöillä oli aikaa haltuun ottaa uusia käytänteitä ja palvelukotiin tuli kaksi uutta työntekijää. Varsinainen uuden toimintamallin käyttöönotto tapahtui vasta sitten kun sen juurruttamiseen oli aikaa ja todellista käyttötarvetta. Kehittämistoiminnan kautta tuotettiin toimintaympäristöön uusia toimintatapoja, mahdollistettiin luova ajattelun ja ongelman tarkastelu monesta näkökulmasta. Kehittämistoiminta on muokannut osallistuvien asenteita, mikä puolestaan on mahdollistanut toimintojen ja kulttuurin muutoksen. Kun kulttuuri muuttuu, se luo myös jatkuvan pohjan uusien toimintamallien käyttöönotolle (vrt. oppiva organisaatio). (Paasivaara ym. 2011, 18, 30-31, 83, 125.)

9 LOPPUYHTEENVETO

Raahen Palvelukodin kehittämisprosessi toteutettiin Seppänen- Järvelän ym. (2009, 70) mukailen kokonaisvaltaisesti sen ollen organisaation kokonaistoimintaa; käytännössä työyhteisö oli kytkeytyneenä hyvin monentyyppisessä ja -tasoisessa kehittämisessä, jota on kuvattu aiemmin spiraalimaisina osittain päällekkäisten syklien jatkumona. Kehittämisaktiviteettien kasautuessa tutkija-kehittäjä joutuu sovittamaan yhteen ja koordinoimaan eri suuntiin kytkeytyvää kehittämistä ja toimimaan rajapintana niin organisaation sisältä kuin ulkoa tuleville muutos- ja kehitysvaateille. Vaateet näyttäytyivät tässä kehittämisessä ensin sisäisenä vaateena, jota toteutettiin syklin 1. aikana. Myöhemmin vaateita tuli myös ulkoapäin Valviran vaatimuksena omavalvontasuunnitelman laatimisesta ja siihen liittyvän lainsäädännön mukaisten toimintojen muuttamisena, joita toteutettiin suunnitelmallisesti syklin 2. ja 3. aikana. Johtaminen ja kehittämishankkeessa työskentely vaatii erityistä osaamista, joka tulee esille kehittämisprosessin sisällöllisissä kysymyksissä sekä ihmisten, prosessien ja kulttuurien johtamisessa. Erityisen vaativaa johtaminen on kehittämistehtävien koordinoimisessa, kun osallisena on monia tahoja erilaisine intresseineen, viitekehyyksineen, kulttuureineen ja kielineen. Kehittämistoiminnan tavoitteena on saavuttaa mm. asetetut tavoitteet, mutta myös sen tehtävänä on luoda työyhteisön elämäntavan kestäviä muutoksia. Kehittämisen haaste onkin jatkuvaan muutoskykyisyyteen, uuden oppimiseen ja kehittämiseen suuntautuvan kulttuurin aikaansaaminen. Onnistuneet muutosprosessit, joiden eteen on tehty yhdessä töitä, parantavat myös myönteistä yhteisöllisyyttä. (Paasivaara ym. 2011,18; Seppänen-Järvelä ym. 2009, 70,76.)

Jos Palvelukodin kehittämisprosessia tarkastellaan tavoitteiden ja tutkimuskysymysten pohjalta, kehittämisprosessi on onnistunut täydellisesti. Tuloksena on tuotettu juuri ne asiat, mitä on lähdetty tuottamaankin, eli yritykseen toimiva ja käytännönläheinen omavalvontamalli, joka juurrutetaan talon toimintoihin. Valvira teki joulukuussa 2012 webropol- kyselynä selvityksen (Valvira 2013b, 3) omavalvontasuunnitelman laatimisen toteutumisesta. Näin ollen Valvira aloitti välittömästi tarkkailun, onko yksiköissä noudatettu lakia ja omavalvontasuunnitelmaa tehty. Kyselyyn saatiin 1513 yksiköstä vastaukset, 27 yksikköä jätti kyselyyn vastaamatta. Pääasiallisesta omavalvontasuunnitelmaa oltiin yksiköissä laadittu hyvin. Vain 3% (33 kpl) yksiköistä ilmoitti, ettei ole laatinut omavalvontasuunnitelmaa. Kyselyn perusteella Valvira otti nämä yksiköt erityisvalvon-

taansa. Jos Palvelukodilla ei olisi kehittämisprosessina tuotettu omavalvontasuunnitelmaa, olisi yksikkö mahdollisesti nyt Valviran erityisvalvonnan alla. Näin ollen on helppo todeta kehitysprosessin olleen hyödyllinen ja tarkoituksenmukainen jo ensimmäisen asteen tuloksien pohjalta. Tämän lisäksi kehittämisprosessi tuotti toisen asteen tuloksena yritykseen aivan uudenlaisen kehittämisen kulttuurin, johon on osallisena koko työyhteisö. Tutkija-kehittäjän näkökulmasta voin todeta olevani todella tyytyväinen koko työyhteisön panokseen, koska ilman sitä ei olisi mainittavia tuloksiakaan olemassa, kukaan ei tee kehittämistyötä yksin.

Kehittämistoiminnan johtaminen on minulle ollut pitkä ja kuluttava, mutta myös erittäin opettava, haastava ja uskoa luova matka. Välillä on ollut epätoivon hetkiä, välillä taas on tuntunut, että kyllä tästä selvitään. Toisinaan on tuntunut, että tästä kun selviää, selviää sen jälkeen ihan mistä vain. Koko työyhteisö, niin kuin myös minä, on kasvanut tämän matkan aikana suunnattomasti. Kiitän erityisesti koko työyhteisön jäseniä, -ilman teitä ei olisi myöskään kehittämisprosessia eikä sen tuloksia. Kiitän myös yrityksen toimitusjohtajaa ja omistajaa hänen uskostaan minun kyvykkyyteeni. Vaatii erittäin paljon luottamusta antaa yrityksensä kehittäminen ja muutokset toisen ihmisen käsiin ja koen olevani onnekas, että minuun ja minun ammattitaitooni on luotettu niin paljon. Kiitän myös siitä, että olen saanut käyttää työaikaani tämän raportin kirjoittamiseen. Läheisiäni kiitän tuesta ja kärsivällisyydestä.

”Tärkeää ei ole päämäärä - vaan matka”

LÄHTEET

Alasoini, T. 2011. Hyvinvointia työstä. Kuinka työelämää voi kehittää kestäväällä tavalla? Tykes. Raportteja 76. Helsinki 2011.

Asumista ja kuntoutusta. Mielensterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2007:13. Helsinki. Hakupäivä 7.6.2013.
<http://pre20090115.stm.fi/pr1176454313087/passthru.pdf>

Eskola, J. & Suoranta, J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Harjajärvi, M. Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielensterveyspalvelut muutoksessa. Helsinki: Suomen kuntaliittoja Stakes.

Hart, E. & Bond, M. 1996. Action research for health and social care. Buckingham; Open university Press.

Heikkilä, A. Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. WSOY. Helsinki.

Heikkinen, H. 2010. Toimintatutkimus - toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin. 3. uudistettu ja täydennetty painos. Juva: Ps- kustannus, 214- 229.

Heikkinen, H. Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2008. 3. korjattu painos. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Hansaprint Direkt Oy.

Heikkinen, H., Huttunen, R. & Moilanen P. 1999. Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. WSOY. Juva/ Jyväskylä.

Hoiva 2020. 2013. Yksityisen hoiva- alan tulevaisuus. Sosiaalialan työnantajat ry. T- Media Oy. Hakupäivä 7.10.2013, http://www.sosiaaliala.fi/sosiaalialan_tyonantajaliitto/fi/ajankohtaista/Hoiva_2020.pdf

Honkanen H., Kiviniemi L. (toim.) 2012. Piiriltä yliopiston kautta siviiliin. Dosentti Merja Mikkosen juhlaKirja. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämistyön julkaisut 9, 65-72. Hakupäivä 6.11.2013, https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/53448/Osallisuuden_edistaminen.pdf?sequence=1

Husso, R. 2011. Määräys yksityisten sosiaalipalvelujen omavalvontasuunnitelman sisällöstä, laatisemisesta ja seurannasta lausunnolla. Valvira. Hakupäivä 21.11.2013, http://www.valvira.fi/valvira/ajankohtaista/maaraykset_yksityisten_sosiaalipalvelujen_omavalvonta_suunnitelman_sisallosta_laatisemisesta_ja_seurannasta_lausunnolla

Kaivola, T. & Launila, H. 2007. Hyvä työpaikka. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kemmis, S. & McTaggart, R. 2005. Participatory action research. Communicative Action and the Public Sphere. Teoksessa N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (toim.) The Sage handbook of Qualitative Research. Third Edition, 271- 330.

Kettunen, R. 2010. Sosiaalipalvelut. Toimialaraportti. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja ja Ely-keskuksen julkaisuja 11/2010.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. 35-37. Helsinki : WSOY.

Kokko, T. Heinämäki, L. Tynkkynen, L. Haverinen, R. Kaskisaari, M. Muuri, A. Pekurinen, M. Tammelin, M. 2009. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutuminen. Helsinki. Yliopistopaino. Hakupäivä 4.12.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/eaf43d23-6dd0-4e42-b4f6-5b8243c3386e>

Kovalainen, A. Österberg- Högstedt, J. Sopimisen mekanismit sosiaali- ja terveystaloudessa. 2008. Kunnallistalouden kehittämistä varten Kunnat ja kilpailu- julkaisu nro. 3. Hakupäivä 24.6.2013. <http://www.kaks.fi/sites/default/files/Kunnat%20ja%20kilpailu%203.pdf>

Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. Tammer- Paino Oy: Tampere.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11, 3-12.

Laitila, M. Järvinen, T. (toim.) Mielenterveys- ja päihdetyön strateginen suunnittelu kunnissa. 2009. Opas 6. Yliopistopaino. Helsinki. Hakupäivä 5.6.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/45c668e3-4570-4ab8-9d6a-b4f694f320ee>

Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 29.4.2005/272, hakupäivä 28.3.2013, <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050272>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/81, hakupäivä 28.3.2013, <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Laki yksityisistä sosiaalipalveluista 922/ 2011, hakupäivä 28.3.2013, <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110922>

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa S., Janhonen & M., Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteissä. Juva. WS Bookwell Oy, 21-34.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mielenterveys ja päihdesuunnitelma, Mieli 2009 työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Hakupäivä 30.5.2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7175.pdf

Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2007: 13. Hakupäivä 22.7.2012.
<http://pre20090115.stm.fi/pr1176454313087/passthru.pdf>.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/ 1116, hakupäivä 16.4.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>.

Paasivaara, L, Suhonen, M. & Virtanen, P. 2011. Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa. Tallinna: Tietosanoma Oy

Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T., Autti-Rämö, I. 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suositukseen vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Kelan tutkimusosasto. Helsinki.

Peltonen, T. 2007. Johtaminen ja organisointi. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Pääministeri Jyrki Kataisen Hallituksen ohjelma 2011. Valtioneuvoston kanslia. Hakupäivä 2.7.2013. <http://valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/fi.pdf>

Raahen Palvelukoti. 2012. Lääkehoitosuunnitelma.

Raahen Palvelukoti. 2012. Omavalvontasuunnitelma.

Raahen Seudun hyvinvointikuntayhtymä, hakupäivä 28.8.2014. <http://www.ras.fi/>

Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä Mielenterveys- ja päihdestrategia 2010-2015, hakupäivä 24.5.2013.
http://www.ras.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/ras/embeds/raswwwstructure/14005_MelenTerveysJaPaihdeStrategia030811.pdf

Rantanen, T. & Toikko, T. 2006. Käytäntötutkimuksesta kansalaislähtöiseen kehittämiseen. Janus 14 (4), 403-410. http://www.sosiaalipoliittinenyhdistys.fi/janus/0406/4_06_Rantanen_etal.pdf

Rissanen, T. 2002. Kehittämishankkeen toteuttaminen yrityksessä. Kustannusosakeyhtiö Pohjantähti Polestar Ltd: Saarijärvi.

Robson C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Tammer-Paino Oy, Tampere.

Salo M. & Kallinen M. 2007. Yhteisasumisesta yhteiskuntaan? Mielensterveyskuntoutujien asu-
mispalveluiden tila ja tulevaisuus. Mielensterveyden keskusliitto. Kehitys Oy: Pori.

Salo M. Yhteisasumisesta yhteiskuntaan, diasarja. 2007. Mielensterveyden keskusliitto. Hakupäivä
27.6.2013. [http://www.mtkl.fi/liiton_toiminta/tutkimus/asu-
mispalvelututkimus/](http://www.mtkl.fi/liiton_toiminta/tutkimus/asu-
mispalvelututkimus/)

Seppänen- Järvelä R. Vataja K.(toim.) 2009. Työyhteisö uusille urille. Kehittäminen osaksi arjen
työtä. Juva: WS Bookwell Oy.

Sosiaalihuoltolaki. Alustava luonnospykäläaihioksi 12.9.2011. Hakupäivä 4.7.2013.
http://www.socom.fi/dokumentit/ajankoht/Luonnos_sosiaalihuoltolaiksi_versio_12_9_2011.pdf

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuohjelma KASTE 2008-2011, Sosiaali- ja ter-
veysministeriön julkaisuja 2008:6., Helsinki. Hakupäivä 1.12.2013.
[http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-
3683.pdf&title=Sosiaali_ ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuohjelma KASTE 2008 20
11 fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-
3683.pdf&title=Sosiaali_ ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuohjelma KASTE 2008 20
11 fi.pdf)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuohjelma KASTE 2012-2015, Sosiaali- ja ter-
veysministeriön julkaisuja 2012:1, Helsinki. Hakupäivä 24.3.2012.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf

Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopisto-
paino. Helsinki. Hakupäivä 29.8.2013. [http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/98e9ab75-0e2c-4151-81e0-
4dd072dbfe3a](http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/98e9ab75-0e2c-4151-81e0-
4dd072dbfe3a)

Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020, Sosiaali- ja terveystieteiden strategia, Sosiaali- ja terveysministeriö. Hakupäivä 15.7.2012.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-14357.pdf.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, hakupäivä 27.11.2013. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1083030

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, hakupäivä 24.11.2013.

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/mielenterveyspalvelut

Sosiaaliportti 2011. Hakupäivä 19.8.2013. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/vammaispalvelujen-kasikirja/hallinto/sosiaali-ja-terveysministerion-laatusuositukset/mielenterveyskuntoutujien-asumispalvelujen-kehittamissuositukset/>

Särkijärvi, V. 2011. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden kilpailuttaminen. Opinnäytetyö, Keski- Pohjanmaan Ammattikorkeakoulu. Hakupäivä 5.6.2013.

<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/40784/oppari%20kokonainen.pdf?sequence=1>

Tacchi, J., Slater, D. & Hearn, G. 2003. Ethnographics action research. A user's handbook developed to innovate and research ICT applications for poverty eradication. New Delhi: UNESCO.

Terveydenhuoltolaki 1326/ 2010, hakupäivä 28.3.2013,

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>

Terveydenhuoltolaki 1326/ 2010, hakupäivä 16.4.2013,

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2013a, hakupäivä 1.7.2013.

<http://www.thl.fi/fi-FI/web/fi/aiheet/mielenterveys#Mielenterveyspolitiikka>.

Toikko, T. & Rantanen T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. korjattu painos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Tossavainen, P. & Kuronen, R. 2012. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalelut 2011. Tilastoraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hakupäivä 29.8.2013.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90785/Tr25_12.pdf?sequence=4

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005: 32. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Hakupäivä 27.11.2013.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen_laakehoito_fi.pdf

Valtioneuvoston asetus sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 29.7.2005/ 608, hakupäivä 28.3.2013, <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050608>

Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. 2002. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Hakupäivä 4.6.2013.
http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/terveysvn/esite2002_6.pdf

Valvira 2012a. Mielenterveys- ja päihdehuollon ympärivuorokautiset asumispalvelut sekä päihdehuollon laitoshoido. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012- 2014. Valvontaohjelmia 5:2012. Hakupäivä 10.7.2012.
<http://www.valvira.fi/files/tiedostot/v/a/Valvontaohjelma.pdf>

Valvira 2012b. Omavalvonta yksityisessä sosiaalihuollossa. Ohje 7/2012. Hakupäivä 21.11.2013, http://www.valvira.fi/files/tiedostot/v/a/Valvira_ohje_7_2012_.pdf

Valvira 2012c. Yksityisen sosiaalipalvelujen tuottajien omavalvontasuunnitelman laatimista, sisältöä ja seuranta koskevat määräykset. Hakupäivä 10.9.2013.
http://www.valvira.fi/files/tiedostot/m/a/Maarays_%20omavalvontasuunnitelmasta.pdf

Valvira 2012d. Sosiaalipalvelujen omavalvontasuunnitelma lomakepohja. Hakupäivä 21.11.2013, http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/sosiaalihuolto/omavalvonta.

Valvira 2013a. Lääkehoidon toteuttaminen sosiaalihuollon ympärivuorokautisissa toimintayksiköissä. Ohje 7/2013. Hakupäivä 27.11.2013. http://www.valvira.fi/files/ohjeet/Laakehoidon_toteuttaminen_sosiaalihuollossa.pdf

Valvira2013b. Omavalvonnan toteutuminen yksityisissä sosiaalihuollon palveluissa. Selvityksiä 2: 2013. Hakupäivä 1.12.2013. http://www.valvira.fi/files/tiedostot/s/e/Selvityksia_2_2013.pdf

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki: Tekes. <http://www.tekes.fi/Julkaisut/matkaopas.pdf>

Yksityiset sosiaalipalvelut. Tilastotiedote 11/2007. Stakes. Hakupäivä 24.6.2013, http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2007/Tt11_07.pdf.

LIITE 1.

OMAVALVONTASUUNNITELMAN ASIASISÄLTÖ	VAADITUT ASIAKOKONAISUUDET
1. Palvelujen tuottajaa koskevat tiedot	<ul style="list-style-type: none"> - Yrityksen päätiedot - Toimilupatiedot - Ilmoituksen varaiset toiminnot
2. Toiminta- ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet	<ul style="list-style-type: none"> - Toiminta- ajatus - Arvot ja toimintaperiaatteet - Päivittämissuunnitelma
3. Omavalvonnan organisointi, johtaminen ja vastuuhenkilöt	<ul style="list-style-type: none"> - Omavalvonnasta vastaavan organisaation johdon edustaja(t) ja tehtävät - Omavalvonnan vastuuhenkilön yhteystiedot ja tehtävät - Omavalvonnan suunnittelu- ja toimeenpanotyöryhmän jäsenet yksikössä (ammattinimikkeet) - Henkilöstön osallistuminen omavalvonnan toteuttamiseen: (voi olla osana henkilöstön perehdyttämissuunnitelmaa). Suunnitelma henkilöstön ja opiskelijoiden perehdyttämisestä ja kouluttamisesta omavalvonnan suunnitteluun ja toteuttamiseen
4. Asiakkaan ja omaisten osallistuminen ja asiakaspalaute	<ul style="list-style-type: none"> - Kuvaus asiakaspalautteen hankinnasta (OVS kirjataan menettelyt, joilla asiakkailta ja omaisilta kerätään palautetta, miten asiakaspalautetta käsitellään ja miten sitä käytetään hyväksi toimintaa kehitettäessä) - Kuvaus asiakaspalautteiden käsittelystä yksikössä/ palvelutoiminnassa - Kuvaus asiakaspalautteen käytöstä toiminnan kehittämisessä - Suunnitelma asiakaspalautejärjestelmän kehittämiseksi
5. Riskien ja epäkohtien tunnistaminen ja korjaavat toimenpiteet	<ul style="list-style-type: none"> - Toimintayksikön sisäiseen käyttöön laaditaan eri osa- alueita koskevat asiakirjat, joissa sovitaan suunnitelmat ja aikataulut todettujen puutteiden ja haittatapahtumien korjaavista toimenpiteistä. OVS; n kirjataan kuvaus menettelystä haittatapahtumien ehkäisemiseksi sekä haittatapahtumien ja läheltä piti- tilanteiden kirjaamisesta, käsittelystä ja tiedottamisesta. - Kuvaus menettelystä, jolla riskit, kriittiset työvaiheet ja vaaratilanteet tunnistetaan ennakoivasti - Kuvaus menettelystä, jolla läheltä piti- tilanteet ja havaitut epäkohdat käsitellään - Kuvaus menettelystä, joilla todetut epäkohdat korjataan - Kuvaus siitä, miten korjaavista toimenpiteistä tiedotetaan henkilöstölle ja tarvittaessa yhteistyötahoille - kts. STM: n julkaisu 2011:15 Riskien hallinta ja turvallisuussuunnittelu. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle ja turvallisuussuunnittelijoille.
6. Henkilöstö	<ul style="list-style-type: none"> - Kuvaus henkilöstön määrästä, mitoituksesta ja rakenteesta; ammatillinen ja avustava henkilöstö

	<ul style="list-style-type: none"> - Kuvaus henkilöstön rekrytoinnin periaatteista (hakumenettelyn avoimuus, kelpoisuuden varmistaminen, lastensuojelussa rikosrekisterin tarkistaminen, sijaisten hankintamenettelyt jne. - Kuvaus henkilöstön perehdyttämisestä (suositellaan laadittavaksi henkilöstön perehdyttämissuunnitelma) - Kuvaus henkilökunnan ammattitaidon ja työhyvinvoinnin ylläpitämistä ja osaamisen johtamisesta (esim. täydennyskoulutussuunnittelu- ja seurantamenettelyt, sairauspoissaolojen seuranta, osaamisen, ammattitaidon ja sen kehittymisen seuranta, kehityskeskustelut. suositellaan laadittavaksi henkilöstön täydennyskoulutussuunnitelma) - Henkilöstöasioiden kehittämissuunnitelma
7. Toimitilat, laitteet ja tarvikkeet	<ul style="list-style-type: none"> - OVS laaditaan kuvaus toiminnasta käytävistä tiloista ja niiden käytön periaatteista. Tilojen käytön periaatteista kuvataan mm. asiakkaiden sijoittamiseen liittyvät käytännöt: mm. miten asiakkaat sijoitetaan huoneisiin, miten huolehditaan asiakkaiden yksityisyyden suojan toteutuminen tms. - Kuvaus asiakkaiden henk. koht. käytössä olevista tiloista - Kuvaus asiakkaiden yhteisessä käytössä olevista tiloista (ruokailutilojen toimivuus, harraste-, kuntoutus- ja toimintatilat, hygieniatilojen toimivuus, saunan käyttömahdollisuudet jne.) - Kuvaus asiakkaiden yhteisöllisyyden toteutumisesta yksikössä toimiloiden näkökulmasta - Kuvaus siivous, jäte- ja pyykkihuoltoa koskevista käytänteistä - Kuvaus sisäilman laadunvarmistusmenettelystä (kosteushaittojen toteutumisesta, sisäilman mittaukset, yhteistoiminta kiinteistöhuollon-terv.suojeluviranomaisen kanssa jne.) - Kuvaus yksikössä olevista terv. huollon laitteista ja tarvikkeista - Vastuuhenkilön yhteystiedot - Toimitiloja, laitteita ja tarvikkeita koskeva kehittämissuunnitelma
8. Asiakasturvallisuus	<ul style="list-style-type: none"> - Asiakasturvallisuuden kehittämiseksi laaditaan toimintasuunnitelma, jossa käsitellään välttämättömään asiakastyöhön liittyviä turvallisuuden riskejä - Yksikön turvallisuussuunnittelusta ja turvallisuustoiminnasta vastaavan yhteystiedot - Kuvaus asiakasturvallisuuden varmistamisesta - Kuvaus yksikön valvontalaitteista ja niiden toimivuuden varmistamisesta - Kuvaus asiakkaiden käytössä olevien turvalaitteiden ja hälytysjärjestelmien toimivuuden varmistamisesta - Asiakasturvallisuuden kehittämissuunnitelma
9. Asiakkaan asema ja oikeudet	<ul style="list-style-type: none"> - Kuvaus asiakkaan ohjauksesta, neuvonnasta ja palvelutarpeen arvioinnista, palvelusopimuksen/hallinto päätöksen ja hoito- ja asiakassuunnitelman laatimisesta ja päivittämisestä sekä asiakkaan osallistumisesta päätöksentekoon.

	<ul style="list-style-type: none"> - Kuvaus siitä, miten toteutetaan asiakkaan mahdollisuus tutustua yksikköön etukäteen. - Kuvaus siitä, miten asiakasta informoidaan sopimusten (palvelusopimus, vuokra ym.) sisällöstä, palvelun kustannuksista ja sopimusmuutoksista. - Kuvaus asiakkaan itsemääräämisoikeuden ja osallistumisen toteutumisesta (yksityisyys, intymiteettisuoja, henkilökohtainen vapaus, koskemattomuus, perustuslain 7§ ja 10§, asiakaslaki 8-10§) - Kuvaus menettelystä, miten huolehditaan ja kuka vastaa asiakkaan rahavaroista, avaimista ja muista tavaroista - Suunnitelma siitä, miten rajoitteiden ja pakotteiden käytön tarvetta pyritään vähentämään - Kuvaus rajoitteiden ja pakotteiden käytön kriteereistä, päätöksenteosta, menettelytavoista, kirjaamisesta ja rajoitustoimenpiteiden vaikutusten seuraamisesta. Suositellaan laadittavaksi menettelytapaohjeet. - Kuvaus menettelytavasta, jos todetaan, että asiakasta on kohdeltu epäasiallisesti tai loukkaavasti. - Kuvaus asiakassuhteen päättymiseen liittyvien asioiden valmistelusta ja toteuttamisesta (asiakkaan siirtämkinen hoitopaikasta toiseen, ls jälkihuollon valmisteilu jne) - Henkilö, jolle muistutus osoitetaan. (Valviran ohje 8:2010) - Sosiaaliamiehen yhteystiedot <p>Kuvaus kunnan ja palveluntuottajan välisestä yhteistyöstä asiakkaan hoidon ja palvelun suunnittelussa ja toteutumisen seurannassa. Kuvaus yksikön toimintaan koskevien muistutusten käsittelystä. Kuvaus kuluttajasuojaa koskevasta informaatiosta Asiakkaan asemaan ja oikeuksiin liittyvät kehittämissuunnitelma.</p>
<p>10.Palvelun/ yksikön asiakastyön (toiminnan) laadun varmistaminen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kuvaus asiakkaiden suoritumisesta, toimintakykyä, elämänhallintaa sekä fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia ylläpitävästä ja edistävistä toiminnasta. - Kuvaus asiakkaiden ravitsemuksen ja ruokailun järjestämiseen liittyvistä käytännöistä (ruokailuvälien pituus, yöaikaisen paaston pituus, asiakkaan ravitsemustilan seuranta jne) - Yksikön ruokahuollon vastuuhenkilön yhteystiedot - Kuvaus päivittäisen toiminnan järjestämisestä, asiakkaiden ulkoilun, liikuntamahdollisuuksien, toimintakykyä tukevan toiminnan, harrastus- ja viriketoiminnan järjestäminen ym. - Kuvaus hygieniakäytännöistä ja infektio tartuntojen ehkäisemisestä sekä epidemiatilanteissa toimimisesta. - Suunnitelma asiakastyön ja päivittäisen toiminnan kehittämisestä.
<p>11.Terveysthuollon ja sairaanhoidon järjestäminen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kuvaus terveydenhuollon järjestämisestä yksikön / palvelun asiakkaille ja yksikön omat vastuutehtävät asiakkaiden terveydenhuollossa ja sairaanhoidossa (terv. edistäminen, terv.tarkastukset, seulontatutkimukset, terv.tilan seurantaan liittyvät tutkimukset, tarkastukset, kontrollit jne.)

	<ul style="list-style-type: none"> - Kuvaus menettelystä, miten toimintayksikön lääkäripalvelut järjestetään ja mikä taho vastaa asiakkaiden sairauden hoidosta kiireettömissä tilanteissa. - Kuvaus menettelystä kiireellisen sairaanhoidon tarpeessa olevan asiakkaan hoitamiseksi. - Kuvaus erikoissairaanhoidon käytöstä ja saatavuudesta (terapiapalvelut, psykiatrin käyttömahdoll. jne.) - Kuvaus lääkehoitosuunnitelman ylläpidosta, päivittämisestä ja toimeenpanosta sekä toteuttamisen seurannasta. <p>Lääkehoidosta vastaavan henkilön yhteystiedot Potilasasiamiehen yhteystiedot Terveystieteiden ja sairaanhoitoa koskeva kehittämissuunnitelma.</p>
12. Asiakastietojen käsittely	<ul style="list-style-type: none"> - Kuvaus asiakastietojen kirjaamisesta, käsittelystä ja salassapitosääntösten noudattamisesta. - Tietosuojavastaavan yhteystiedot - Kuvaus henkilöstön perehdyttämisestä ja osaamisen varmistamisesta liittyen tietosuoja- asioihin ja asiakirjahallintoon. - Kuvaus asiakirjojen arkistoinnin toteuttamisesta (yks.sos.palveluyksikköjen on tärkeää sopia yksiköstä pois lähteneiden asiakkaiden asiakirjojen arkistoinnista etukäteen asiakkaiden kotikunnan kanssa. - Kuvaus miten tiedonkulku järjestetään muiden asiakkaan palvelukokonaisuuteen kuuluvien toimijoiden kanssa. - Asiakastietojen käsittelyn kehittämissuunnitelma.
13. Alihankintana tuotettujen palvelujen omavalvonta	<ul style="list-style-type: none"> - Kuvaus menettelystä, kuinka yksikkö valvoo alihankkijoilta ostettujen palveluiden laatua. - Luettelo alihankkijoista. - Kehittämissuunnitelma
14. Omavalvonnan toteuttamisen seuranta ja arviointi	<ul style="list-style-type: none"> - Kuvaus yksikön omavalvonnan toteuttamisen seurannasta - Kuvaus omavalvontasuunnitelman päivittämisprosessista (päivitetään tarvittaessa, toimintaohjeisiin tulleet muutokset kirjataan viiveettä omavalvontasuunnitelmaan ja vahvistetaan vuosittain, vaikka muutoksia ei vuoden aikana olisi tehtykään) - Paikka ja päiväys, allekirjoitus (vastaava johtaja hyväksyy ja vahvistaa omavalvontasuunnitelman)

LIITE 2.

VALVON- TAOHJEL- MAN ASIA- SISÄLTÖ	VALVONNAN KOHTEET	ASIASISÄLTÖÄ OHJAAVAT LAIT
1. Toimin- nan organi- sointi, toi- mintaedelly- tysten tur- vaaminen ja asiakasra- kenne	Toiminta- ajatus ja stra- teginen suun- nittelu Asiakkaiden sijoittaminen Laadunhallinta ja omavalvon- ta Johtaminen Yhteistyö ja verkostot	SHL (710/1982) 40a § Asiakslaki (812/2000) 6 § Laki yksityisistä sosiaalipalveluista 922/2011 5 §,6 § Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista (272/2005) 10§ 4 mom. Johtaminen Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista on suosituksia Sosi- aali- ja terveysministeriön julkaisussa 18:2007 Päihdehuoltolaki 41/1986 9 § Mielenterveyslaki 1116/1990 5 §
2. Henkilös- tö	Henkilöstön osaaminen ja ammattitaito Henkilöstömi- toitus ja ra- kenne	Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista (272/2005) Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 Sosiaalihuollon päihdehuoltoyksiköiden henkilöstöä koskeva Valviran ohje (22.6.2010) Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus STM:n julkaisu- ja 2007:13 Päihdepalvelujen laatusuositukset STM:n julkaisuja 2002:3 Henkilöstön osaamisen kehittäminen ja työhyvinvointi: Sosiaalihuoltolaki (710/1982) 53§ STM julkaisuja: Täydennyskoulutusopas 2006:6
3. Toimitilat	Yhteiset tilat Henkilökohtai- set asunnot Turvallisuus ja tapaturmien ehkäisy Kameraval- vonta	SHL 11§ (710/1982) ja sosiaalihuoltoasetus (607/1983) STM suositukset 2002:3 ja 2007:13 ARA suunnitteluopas 2011 STM:n ”Turvallisuussuunnitelmaopas” sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille 2005:13 Pelastuslaki 379/2011 (15§ pelastussuunnitelma ja turvallisuusselvitys, 18-21§,) sekä Pelastusasetus 407/2011 (1§) Työturvallisuuslaki (738/2002) Euroopan unionin yleinen elintarvikehygieniä-asetuksessa (852/2004/EU) Kansallinen elintarvikelaki (23/2006 muutoksineen) Elintarviketurvallisuusviraston (Evi- ran) määräy hygieniäosaamisesta (1/2009) Lääkehoidon turvallisuus varmistetaan lääkehoitosuunnitelmaa noudattamalla (STM opas 32/2005) Henkilökunnan ensiapuvalmiudet Perustuslaki 10 §, Rikoslaki 24 luvun 6 §, 11 §

4. Asiakkaan asema ja oikeudet	Asiakkaan palvelutarpeen selvittäminen Asiakasmaksut Pakotteet, rajoitukset ja eristäminen	Asiakaslaki (812/2000) 7, 8 ja 9 § Sairaanhoitolaki (710/1982) 40a § Päihdehuoltoasetus (653/1986) 2 § Asiakasmaksulaki (734/1992) ja asetus (912/1992) Suomen perustuslaki (731/1999) 7§, 10§ Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (812/2000) Päihdehuoltolaki 26 ja 27 § (1986/41) Valviran Ohje 2/2013; Sosiaalihuollon asiakkaiden itsemääräämisoikeuden vahvistaminen
5. Asiakkaiden hoito, huolenpito ja kuntoutus	Omaehtoista elämää tukeva työote, toimintakyvyn ylläpito ja edistävää toiminta Terveyden- ja sairaanhoito Lääkehoito	STM suositukset 2002:3 ja 2007:13 Asiakaslaki 7 § Terveydenhuoltolaki (1326/2010) 13 §, 24 §, 25 § Kansanterveyslaki (66/1972) Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989) Yksityisestä terveydenhuollosta annettu laki (152/1990) Mielenterveyslaki (1116/1990) Tartuntatautilaki (583/1986) STM:n julkaisu 2005:32: Turvallinen lääkehoito-opas Valviran ohjekirje 3/2011 Asiakkaan omien lääkkeiden säilyttäminen Valviran ohje 7/2013 Lääkehoidon toteuttaminen sosiaalihuollon ympärivuorokautisissa toimintayksiköissä , STM:n asetus 33/2008
6. Asiakirjahallinto ja dokumentointi	Asiakirjahallinto ja dokumentointi	Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) Henkilötietolaki (523/1999) 5§, 32§ Julkisuuslaki (621/1999) Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) Arkistolaki (831/1994) STM:n asetus potilasasiakirjoista (298/2009)

LIITE 3.

LOMAT ON TAKANA JA TOIMINTA JATKUU, MYÖS TALON SISÄINEN KEHITTÄMISTOIMINTA. KEHITTÄMISTOIMINTAA JA SEN ORGANISOIMISTA TULEE ARVIOIDA JA MIETIÄ AINA VÄLIAJOIN. SIKSIPÄ ON AIKA KERÄTÄ PALAUTETTA.

MILLÄ MIELIN PALASIT LOMALTA?

OTATKO STRESSIÄ TALON KEHITTÄMISTOIMINNASTA? _____ KYLLÄ _____ EI,

MILLAISTA STRESSIÄ KOET?

MITEN STRESSIÄ VOISI KEVENTÄÄ?

KOETKO, ETTÄ SAAT OLLA OSALLINEN KEHITTÄMISTYÖSSÄ? _____ KYLLÄ _____ EI,

PERUSTELUT:

LUOTATKO, ETTÄ KEHITTÄMISTOIMINTA ON HALLINNASSA? TIETÄÄKÖ SIITÄ VASTAAVAT HENKILÖT, MITÄ OVAT TEKEMÄSSÄ? _____ KYLLÄ _____ EI.

JOS VASTASIT EI, MISTÄ TUNNE SYNTYY, ETTET LUOTA?

JA MITÄ TEKISIT ITSE TÄMÄN TUNTEEN POISTAMISEKSI?

USKOTKO, ETTÄ SAAMME AIKAISEKSI JOTAIN HYVÄÄ? _____ KYLLÄ _____ EI

MIKÄLI JOHTAISIT ITSE VASTAAVAA KEHITYSPROSESSIA, MITEN TOIMISIT ERILAILLA?
MUU PALAUTE PROSESSISTA.

**KIITÄN JOUSTAVUUDESTASI, OSALLISTUMISESTASI YHTEISTEN ASIOIDEN
KEHITTÄMISEEN JA TOIVOTAN SINULLE JAKSAMISTA SYKSYYN!**

LIITE 4.

RAAHEN PALVELUKOTI

KEHITTÄMISPROSESSIN VÄLIARVIOINTI marraskuu 2012

1. MITEN MIELESTÄSI KEHITTÄMISPROSESSI ON EDENNYT SYYS- LOKA-
MARRASKUUSSA?

2. TIEDÄTKÖ ASIAKOKONAISUUDET, JOTKA TÄNÄ AIKANA ON OMAVAL-
VONNAN/ KEHITTÄMISEN ETEEN TEHTY?

3. KOETKO, ETTÄ KEHITTÄMISPROSESSI ON OLLUT HALLINNASSA?

4. KOETKO, ETTÄ OLET SAANUT OSALLISTUA/ OLLA OSALLISENA PRO-
SESSISSA?

5. ITSEARVIOINTI, MITEN OLET ITSE ONNISTUNUT KEHITTÄMISESSÄ/
SIIHEN OSALLISTUMISESSA?

6. RISUJA/ RUUSUJA?