

Kuntaraportoinnin kehittäminen

Satu Rajala

Opinnäytetyö

Maaliskuu 2020

Yhteiskuntatieteiden, Liiketalouden ja hallinnon ala

Tradenomi (AMK), Liiketalouden koulutusohjelma

Tekijä(t) Rajala, Satu	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Maaliskuu 2020
	Sivumäärä 53	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Kuntaraportoinnin kehittäminen		
Tutkinto-ohjelma Liiketalouden koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Marja-Liisa Kananen		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen seututerveyskeskus		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli Keski-Suomen seututerveyskeskuksen kuntaraportoinnin kehittäminen. Opinnäytetyössä selvitettiin, miten kuntien toiminnallisen johdon päätöksentekijät hyödyntävät Seututerveyskeskuksen raportointia ja mitä päätöksiä raporttien perusteella tehdään. Lisäksi selvitettiin, miten he määrittelevät hyvän perusraportin sisällön, ulkomuodon ja mikä on sopiva raportointiväli.</p> <p>Teoreettinen viitekehys muodostui kunnallishallinnon päätöksenteosta, sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä, raportoinnista, tiedolla johtamisesta ja tietojärjestelmien hyödyntämisestä. Tutkimusotteena oli kvalitatiivinen tutkimus, tiedonkeruumenetelmänä teemahaastattelu ja analyysimenetelmänä teemoittelu. Haastattelut toteutettiin loka-marraskuussa 2019.</p> <p>Kunnan toiminnallisen johdon päätöksentekijät hyödynsivät raportointia omaan päätöksentekoonsa ja toimittivat niitä tiedoksi muihin kunnan päätöksentekuelimiin. Raporttien perusteella tehtiin päätöksiä sosiaali- ja terveydenhuollon talousarviosta ja palvelujen järjestämisestä ja niillä oli merkitystä kunnan strategiassa olevien toimenpide- ja kehittämishajelmien päätöksenteossa. Tutkimuksesta ilmeni, että hyvä perusraportti sisältää kunta-kohtaiset suorite- ja euromäärät, jotka on esitetty visuaalisessa ja helposti ymmärrettävässä muodossa ja toistuu kuukausittain.</p> <p>Tulosten perusteella todettiin, että päätöksenteon jakaantuminen kunnan poliittisen ja toiminnallisen johdon ja kunnallisen liikelaitoksen välillä vaikuttaa siihen, että tiedot ovat käytävissä kaikilla päätöksentekijöillä yhtä aikaa ja samansisältöisinä. Tuloksista ilmeni päätöksentekijöiden yhteistyön merkitys ja virka-aseman vaikutus siihen, miten tarkalla tasolla ja miten laajasti haluttiin tietoja muusta raportoinnista.</p>		
Avainsanat (asiasanat) raportointi, kunnallishallinto, julkinen terveydenhoito, johtaminen		
Muut tiedot Liitteenä tutkimuksen teemahaastattelurunko ja tietoja Seututerveyskeskuksen kunnista		

Author(s) Rajala, Satu	Type of publication Bachelor's thesis	Date March 2020 Language of publication: finnish
	Number of pages 53	Permission for web publication: x
Title of publication Development of municipal reporting		
Degree programme Business Administration		
Supervisor(s) Last name, First name		
Assigned by Central Finland Regional Health Care Centre		
<p>Abstract</p> <p>The aim of this thesis was to develop municipal reporting in the Central Finland Regional Health Care Centre. The thesis examined how the decision-makers within the municipal operational management used the reporting of the Regional Health Care Centre and what decisions were made based on the reports. Another aim was to examine how the decision-makers defined the content and appearance of a good baseline report and an appropriate reporting interval.</p> <p>The theoretical framework focused on municipal government decision-making, the organization of social and health services, reporting, knowledge-based management and the utilization of information systems. The study had a qualitative research approach, and the data was collected by using theme interviews. Thematization was used as the analysis method. The interviews carried in October-November 2019.</p> <p>The decision-makers of the municipal operational management utilized the reporting for their own decision-making and passed it on to other municipal decision-making bodies. These reports led to decisions on the budget for the social and health care services and their organization, and they played a role in the decision-making of the action and development programs included in the municipal strategy. According to the study, a good baseline report included municipal performance and euro amounts presented in a visual and easily understandable format and repeated monthly.</p> <p>Based on the results, the division of decision-making between the municipal political and operational management and the municipal enterprise makes information available to all decision-makers at the same time and with the same content. The results highlighted the importance of co-operation between the decision-makers and the impact of one's position on the exact level and extent of information requested for other reporting.</p>		
Keywords/tags (subjects) reporting, municipal government, public healthcare, management		
Miscellaneous Appendix: theme interview frame, information about the municipalities of the Regional		

Sisältö

1	Sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämistyö kuntien kanssa	3
2	Sosiaali- ja terveyspalvelut kunnan järjestämisvastuulla	5
2.1	Kunnan päätöksenteko.....	6
2.2	Kunnan päätökset sosiaali- ja terveyspalveluista.....	10
3	Raportointi.....	16
3.1	Raportit päätöksenteon tukena	16
3.2	Tiedolla johtaminen.....	19
3.3	Tietojärjestelmät tiedon lähteenä.....	23
4	Tutkimusasetelma	27
4.1	Tutkimusongelma	28
4.2	Tutkimusmenetelmät	29
4.3	Seututerveyskeskus palveluntuottajana	33
5	Tutkimustulokset.....	36
6	Tiedä ensin, johda sitten	40
7	Pohdinta.....	41
	Lähteet	44
	Liitteet	49
	Liite 1. Seututerveyskeskuksen sopijakunnat	49
	Liite 2. Teemahaastattelurunko	50

Kuviot

Kuvio 1. Virallisten toimielimien yleisyys Manner-Suomen kunnissa vuonna 2017	8
Kuvio 2. Kunnan päätöksentekoprosessi.....	9
Kuvio 3. Eri rahoittajien ja rahoituslähteiden osuus sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta vuonna 2011	14
Kuvio 4. Kuntien sosiaali- ja terveystoiminnan nettokustannusten jakauma asukasta kohden vuonna 2018	15
Kuvio 5. Aktiivinen raportointiprosessi	18
Kuvio 6. Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020, Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palveluiden tukena	21
Kuvio 7. Sosiaali- ja terveystietojen toisijainen käyttö	22
Kuvio 8. Tietojärjestelmien peruskäyttökohteet	24
Kuvio 9. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäratkaisut	26
Kuvio 10. Lähestymistavat tutkiminen-kehittäminen-jatkumolla	29
Kuvio 11. Päätöksenteon organisointi	34
Kuvio 12. Talousarviovalmistelun eteneminen	35

1 Sosiaali- ja terveystalvöjien kehittäminen kuntien kanssa

Sosiaali- ja terveystalvöjien rakenneuuuistusta valmisteltiin pitkään, mutta hartaasti uuottettu h-hetki kaatui perustuslailisiin ongelmiin kaataen samalla koko hallituksen 8.3.2019 vain muutamia viikkoja ennen vaalikauden loppua. Sosiaali- ja terveystalvöjien sote-uuuistus oli hallituksen suurin hanke, jonka keskeisin tavoite oli sosiaali- ja terveystalvöjien järjestäminen maakunnan kokoisella alueella yhden hallinnon alla niin, että sekä julkiset ja yksityiset palvelutuottajat ovat rinta rinnan tuottamassa perusterveydenhuollon palveluja ja kansalaiset saavat valita, minkä palvelutuottajan palveluja käyttävät.

Vaikka sote kaatui, jäljelle jäi yksimielisyys siitä, että jotain kunnissa pitää tehdä terveyseröjien kaventamiseksi, palvelujen saatavuuden varmistamiseksi ja taloudellisten toimintaedellytysten takaamiseksi. Kuntaliitto arvioi kuntatalouden olevan kriisissä jo vuoden 2018 tilinpäätösten perusteella, joiden mukaan kaksi kolmasosaa kunnista näytti negatiivista tulosta. Vuoden 2019 tilinpäätösten ennustetaan olevan vielä huommat. Loppuvuodesta 2019 toteutetun selvityksen mukaan kuntien heikko taloustilanne onkin nostanut kuntien kiinnostusta kehittää sote-palveluja kuntapohjaisessa yhteistyössä. Se takaisi myös palvelujen säilymistä omassa kunnassa, koska nykyisenkin hallituksen tavoitteena on sote-tehtävien siirtäminen kunnilta maakunnille. (Soosalu 2019.)

Sote-palveluista päättäminen on ollut kuntien agendassa yli sata vuotta, ja lainsäädäntöäkin on muutettu useita kertoja. Kansanterveyslaki luotiin jo vuonna 1972, jotta painopiste sairauksien hoidosta siirtyisi kansalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen ja sairaanhoidon kustannusten nousu loppuisi. Terveystalvökeskusjärjestelmän piti jo taata palvelut kaikkien saataville joka Suomen kolkkaan, kun terveystalvökeskusmaksut yhtenäistettiin ja terveyden hoitoon liittyvät palvelut tulivat ilmaiseksi. Silti edelleenkin nykyisen hallituksen sote-uuuistuksen perusteina on sote-kustannusten kasvun hillitseminen ja yhdenvertaisten palvelujen takaaminen kaikille sekä painopisteen siirtäminen peruspalveluihin ja varhaiseen ongelmien ehkäisyyn (Mikä sote-uuuistus N.d.).

Siihen saakka kunnes hallitus on sote-uudistuksensa saanut maaliin, kuntien on pystyttävä järjestämään palvelut entistä niukemmilla resursseilla. Keski-Suomen seututerveyskeskus valmistautui ”sote-sopivaksi” kehittämällä moniammatillista yhteistyötä ja hoitopolkuja yhdessä erikoissairaanhoidon ja sen omien sopijakuntien kanssa ja otti ensimmäiset askeleet sähköisten palvelujen tarjonnassa. Seuraavat stepit kohdistettiin organisaation strategiaan tavoitteisiin. Viilaamalla, tehostamalla ja kehittämällä talouden prosesseja, tiedon kulkua ja kunnille tuotettavaa raportointia tiedetään, mitä palveluja tarvitaan, missä ja milloin niitä tarvitaan ja ketkä niitä tarvitsevat. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaista tietoa Seututerveyskeskuksen sopijakuntien päätöksentekijät tarvitsevat, jotta oikea tieto, oikeassa muodossa ja oikeaan aikaan annettuna tukisi päätöksiä sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä.

Mikä sote-palveluiden päättämisessä ja järjestämisessä on sitten niin vaikeaa? Selittävänä tekijänä voidaan pitää kunnan monivaiheista päätöksentekoprosessia, jossa päätösten valmistelu ja niistä päättäminen on jakautunut poliittisen johdon ja virkamiesjohdon välille. Toisaalta on otettava huomioon kunnan yhteen talousarviovuoteen keskittyvä talouden seuranta, joka pitää sovittaa neljän vuoden välein vaihtuvan kunnan ylimmän johdon asettamiin tavoitteisiin. Sote-tietoakin on kerätty ja tallennettu vuosien ajan eri järjestelmiin niin Seututerveyskeskuksessa kuin koko valtakunnassa. Tiedon saatavuus ja sen hyödyntäminen ovatkin jo toinen asia. Tiedon ongelmana on ollut terveydenhuollossa eri tavoilla toimivat ja eri johtamisen tarpeisiin räätälöidyt järjestelmät, joista tiedot ovat päätyneet eri sisältöisinä ja puutteellisina valtakunnallisiin järjestelmiin. Lainsäädäntökään ei ole ollut tiedon suhteen ajan tasalla siitä, ketkä voivat potilastietoja hyödyntää ja mihin tarkoitukseen niitä voidaan käyttää ennen Toisiolain (552/2019) voimaantuloa. (Neittaanmäki ym. 2019, 9, 17–18.)

Opinnäytetyöprosessin aikana uusi hallitus on kirkastanut sote-tavoitteensa, on saatu uusi laki sote-tietojen toissijaisesta käytöstä ja tiedonhallintalaki julkisten organisaatioiden tietojärjestelmien yhteen toimivuuden toteuttamiseksi sekä uudet suositukset julkisten organisaatioiden taloustietojen raportoimiseksi. Seututerveyskeskuksen

johto on kirkastanut omaa strategiaansa ja uusi tämän päivän tietotuotannon mahdollistava ja nykyaikaisella tekniikalla toimiva tietojärjestelmä on saatu käyttöön. Yhdistämällä tavoitteet, työkalut ja lainsäädännön keinot opinnäytetyöhön liittyvästä tutkimuksesta saatuun tietoon on mahdollista toteuttaa opinnäytetyöhön asetetut käytännön tavoitteet – tuottaa Seututerveyskeskuksen sopijakuntien päätöksentekijöille oikeaa ja tarkoituksenmukaista tietoa sote-palveluista säännöllisesti, visuaalisessa ja ymmärrettävässä muodossa.

2 Sosiaali- ja terveystyöpalvelut kunnan järjestämisvastuulla

Kuntaliitto kokoaa sivustolleen ajantasaista koottua tietoa Suomen kunnista ja kuntayhtymistä. Sen mukaan Suomessa oli vuonna 2019 yhteensä 311 kuntaa, joista 16 sijaitsee Ahvenanmaalla. Kunnista 107 käyttää itsestään kaupunki-nimitystä ja 204 kuntaa kunta-nimitystä. Asukasmäärältään pienin kunta oli 31.12.2018 Ahvenanmaan Sottunga, 91 asukasta ja suurin Helsinki, 648 042 asukasta. (Kunnat eroavat toisistaan paitsi kooltaan ja asukasmäärältään myös siinä, että ne ovat erilaisia myös luonnonolosuhteiltaan, historialtaan ja väestörakenteeltaan. Esimerkiksi v. 2018 Kuhmoisten kunnassa yli 65-vuotiaiden osuus oli suurin, 42,9 %, kun samaan aikaan pienin osuus 9,9 % oli Limingan kunnassa. Limingan asukkaista puolestaan 32,9 % oli alle 15-vuotiaita, ja 35 kuntaa on sellaisia, joissa on kuluvana vuonna syntynyt vähemmän kuin 10 lasta. (Väestörakenne N.d.) Kuntien hallinto ja toiminta eivät siis voi olla kaikissa kunnissa samanlaista. Kunnallishallinto perustuu sen alueella asuvien kansalaisten itsehallintoon, kuten Oulasvirta (1996,1) kirjoittaa ”hallintoa hoitavat ne, joita hallinnon on tarkoitus palvella”. (Oulasvirta 1996, 1.)

Kunnan toiminnasta säädetään kuntalaissa (410/2015). Vanhin kuntien toimintaa koskeva säädös on vuodelta 1865 oleva kunnallisasetus Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus kunnallishallinnosta maalla (4/1865), joka määräsi, että maaseudun kirkkopitäjien vastuulla olleet maalliset asiat siirretään maalaiskuntien tehtäväksi. Maalaiskuntien rajat muodostettiin vanhoista seurakuntien rajoista. Kaupungeilla jonkinlainen itsehallinto oli ollut olemassa, mutta niiden kunnallishallinto yhtenäistettiin asetuksella vuonna 1873 (Asetus kunnallishallituksesta kaupungissa 40/1873).

Vuonna 1918 vanhat kunnallisasetukset vahvistettiin kunnallislainsiksi ja vuonna 1948 voimaan tullut kunnallislaki (642/1948) yhdisti maalaiskuntien ja kaupunkien erillislait. (Itkonen 1950, 5–8.) Kunnallislainsta tuli kuntalaki 1.7.1995 (365/1995, 101 §).

2.1 Kunnan päätöksenteko

Kunnan tehtävä on järjestää palveluja, jotka katetaan pääasiassa veroveroin ja jotka jaetaan asukkaiden tarpeiden perusteella (Oulasvirta 1996, 75). Kunnan toimiala jaetaan yleiseen toimialaan ja erityistoimialaan. Yleiseen toimialaan kuuluvat tehtävät, jotka kunta on omilla päätöksillään ottanut hoitaakseen, ja erityistoimialan tehtävät on kunnan hoidettava eri lakeihin sisältyvien säännösten nojalla, johon myös pääosa kunnan tehtävistä kuuluu. (Majoinen, Harjula, Kirvelä, Myllyntaus, Salenius, Majava & Pauni 2008, 28.) Näitä eri lakeihin perustuvia kunnan tehtäviä voidaan jaotella velvoittavuuden, harkintavallan laajuuden ja julkisen vallan käytön perusteella subjektiivisiin oikeuksiin liittyviin tehtäviin, pakollisiin tehtäviin, harkinnanvaraisiin lakisääteisiin tehtäviin ja viranomaistehtäviin (Sallinen, Majoinen & Seppälä 2017, 51).

Kunnilla on kuntalain 8 §:n mukaan kokonaisvastuu kunnan palvelujen järjestämisestä, mutta palvelujen tuottamisen suhteen kunta voi itse ratkaista, miten palvelut käytännössä tuotetaan (Sallinen ym. 2017, 90). Kunnan oma palvelutuotanto on perinteinen tapa, mutta kunta voi perustaa yksin tai yhdessä toisen kunnan kanssa kunnallisen liikelaitoksen tiettyä tehtävää varten, tai se voi luovuttaa osan toiminnastaan perustamalleen ja omistamalleen osakeyhtiölle. Kuntien välillä voi toteutua myös sopimusyhteistyö, jossa sovittu virka- tai viranomaistehtävä hoidetaan yhdessä. Sopimusjärjestely, jossa toinen kunta tai kunnat tuottavat yhteistoimintaan osallistuvien kuntien tarvitsemat palvelut, on nimeltään vastuukuntamalli. Vastuukuntamallissa kuntia nimitetään sopimuskunniksi. Kuntien yhteistoiminnan muotoja ovat myös kuntayhtymät ja liikelaitoskuntayhtymät, jotka perustuvat niiden jäsenkuntien hyväksymään perussopimukseen. Yhä enemmän kunnat hankkivat palveluita myös yksityisiltä palveluntuottajilta ostopalveluina ja palveluseteleinä. (Mts. 91–93.)

Kuntien välinen yhteistyö on lisääntynyt siksi, että kunnan omalla palvelutuotannolla ei pystytä vastaamaan palveluntarpeeseen tai toiminta on tehotonta. Palvelujen

tuottaminen kunnallisena liikelaitoksena tai erillisenä yhtiönä myös mahdollistaa kunnan palveluiden tuottamisen liiketaloudellisten periaatteiden mukaan, jolloin toiminnasta saatavilla tuloilla katetaan toiminnan suorittamisesta aiheutuneet menot. Yhteistoimintaa edellyttää myös erityislainsäädännöstä tulevat tehtävät kuten erikoissairaanhoidon, kehitysvammaisten erityishuolto ja aluekehitystehtävät sekä uudempina velvoitteina sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen yhteistoiminta-alueina. Muita pakollisesti yhteistoimintana järjestettäviä tehtäviä ovat ympäristöterveydenhuolto, palo- ja pelastustoimi ja maaseutuhallinnon järjestäminen. (Mts. 77, 92.)

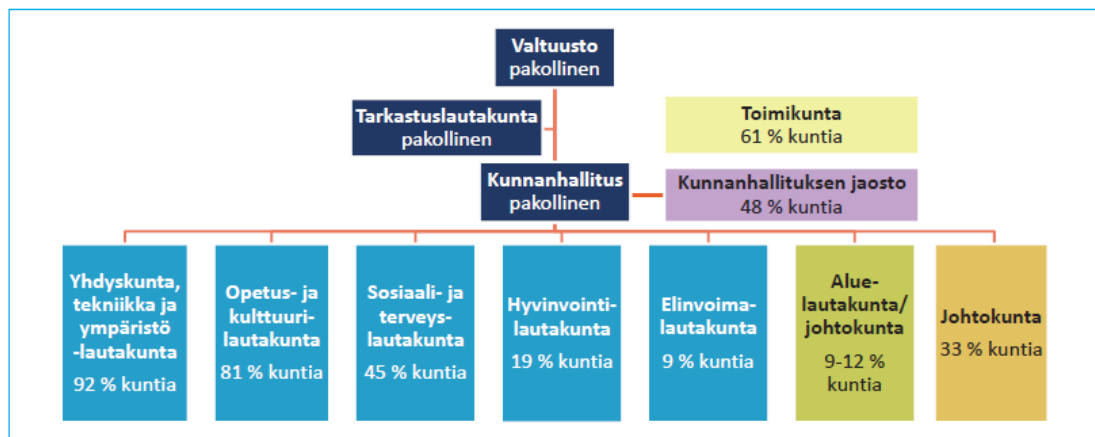
Perinteisessä kuntien hallinto- ja toimintamallissa kunta sekä tilaa että tuottaa palvelut, mutta kun kunta on yksin tai yhdessä toisen kunnan kanssa järjestänyt jonkun sille kuuluvan tehtävän kunnan omalle tai ulkopuoliselle organisaatiolle, käytetään tulkintaa tilaaja-tuottajamalli. Majosen ja muiden mukaan (2008, 66) tilaaja-tuottajamallissa on nähtävillä kolme peruseriaatetta:

- organisaation kaksi päätehtävää – tilaaminen ja tuotanto – erotetaan toisistaan
- tilaajan ja tuotantoyksiköiden välille luodaan markkinoita muistuttava ostajamyyjäsuhte
- tilaajan ja tuottajan välistä toimintaa ohjataan sopimuksilla.

Tilaaja-tuottajamallissa perinteinen toimintamalli muuttuu sopimuksilla tapahtuvaksi ohjaukseksi, jossa sopimuksen osapuolina on tilaaja eli palvelujen järjestäjä ja palvelun tuottaja. Osapuolet määrittelevät palvelut vuosittain käytävissä sopimusohjausneuvotteluissa. Tilaaja-tuottajamallissa pyritään parantamaan toiminnan tehokkuutta ja laatua kunnan viranhaltijoiden ja työntekijöiden roolien selkeyttämisen, palvelujen tuotteistamisen ja kustannustietoisuuden lisäämisen avulla. (Mts. 66.)

Kunnan ylin päättävä toimielin on valtuusto, jonka kuntalaiset valitsevat neljäksi vuodeksi kerrallaan. Valtuustoon valittujen valtuutettujen määrä perustuu kunnan asukaslukuun. Kuntalain (410/2015) 16 §:n mukaan enintään 5 000 asukkaan kunnassa valtuutettujen määrä on 13, ja yli 500 000 asukkaan kunnassa 79. Manner-Suomen kunnissa on 1.6.2017 alkaneella valtuustokaudella keskimäärin 31 valtuutettua. Yleisin valtuustokoko on 27, joka on käytössä 63 kunnassa (Piipponen 2018, 2).

Valtuusto päättää kunnan organisaatiosta eli toimielimistä, niiden määrästä, nimeämisestä, tarpeellisuudesta ja poliittisesta kokoonpanosta. Pakollisia toimielimiä kunnassa on valtuuston ja kunnanhallituksen lisäksi tarkastuslautakunta. Kunnasta riippuen niissä voi olla eri määrä lautakuntia tai valiokuntia, jotka hoitavat kunnan pysyväisluonteisia tai lakisääteisiä tehtäviä, kuten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä, opetus- ja kulttuuritehtäviä sekä ympäristöön liittyviä tehtäviä. Johtokunnat vastaavat kunnan liikelaitosten toiminnasta, ja toimikuntien tehtävä on toteuttaa projektiluonteisia kunnan hankkeita. (Sallinen ym. 2017, 116.) Kuntaliiton vuonna 2018 julkaisemasta kuvasta (ks. kuvio 1) nähdään, miten kunnat käyttävät eri toimielimiä voimassa olevalla valtuustokaudella:



Kuvio 1. Virallisten toimielimien yleisyys Manner-Suomen kunnissa vuonna 2017 (Piipponen 2018, 3)

Majoinen ja muut (2008, 78) määrittelevät valtuuston ja hallituksen tehtävät lyhyesti niin, että valtuustolla on kokonaisvastuu kunnan toiminnasta ja toiminnan ja talouden yhteensovittamisesta, eli valtuusto tekee tärkeimmät poliittiset ratkaisut ja määrittelee kunnan tahdon. Kunnan hallinnosta ja taloudenhoidosta käytännön tasolla puolestaan vastaan kunnanhallitus, jolla on päävastuu valtuustoasioiden valmiste-

lusta ja päätösten laillisuudesta sekä päätösten toimeenpanosta. (Mts. 78.) Oulasvirta (1996, 84) kuvaa kunnanhallituksen roolia siten, että poliittiset ryhmittymät ratkaisevat neuvottelujen jälkeen monet keskeiset kunnan kehittämistä koskevat asiat tai tekevät lopullisiin päätöksiin vaikuttavat esitykset valtuustolle, joka niistä sitten päättää.

Kunnan päätöksenteko näyttäytyy tavalliselle kansalaiselle monimutkaisena ja byrokrattisena virkamieskoneistona, jossa päätökset etenevät hitaasti. Oulasvirran (1996, 128) mukaan kunnan päätöksenteolle on ominaista monivaiheisuus ja kokousmenettelyt, joka on havainnollistettu alla olevassa prosessikaaviossa (ks. kuvio 2):



Kuvio 2. Kunnan päätöksentekoprosessi (Oulasvirta 1996, 128, muokattu)

Kunnanvaltuuston päätettäväksi menevä asia alkaa viranhaltijoiden valmistelusta ja etenee asiaa hoitavan lautakunnan tai johtokunnan kokoukseen, jossa siitä tehdään päätösehdotus kunnanhallitukselle. Kunnanhallitus omassa kokouksessaan valmistelee asiasta lopullisen päätösehdotuksen kunnanvaltuustolle. Valmistelijan esteellisyyden varmistaminen, viranomaisen toimivaltaisuus ja käsiteltävän asian yksilöinti huomioidaan jokaisessa päätöksenteon vaiheessa. Valmistelun eri vaiheissa on selvittävä asiaan kuuluvat tosiasiat, huomioitava sovellettavat säännöt ja selvittävä mahdolliset päätösvaihtoehdot. Usein tarvitaan monen eri lautakunnan, viraston, laitoksen tai viranhaltijoiden yhteistyötä lausuntojen ja lisäselvitysten saamiseksi. (Mts. 128–129.)

Kunkin valmisteluvaiheen kokouskäsittely etenee samalla tavalla: kokouksesta lähetetään kutsu etukäteen ja kokouksessa käsiteltävät asiat päätösehdotuksineen kootaan esityslistaan, joka yleensä lähetetään kokouskutsun yhteydessä. Varsinainen kokousmenettely alkaa kokouksen järjestäytymisellä, jossa todetaan läsnäolevat jäsenet tai varajäsenet, kokouksen päätösvaltaisuus ja laillisuus sekä valitaan kokouksen pöytäkirjan tarkastajat ja hyväksytään kokouksen esityslista. Valtuuston kokousta johtaa valtuuston puheenjohtaja ja muiden toimielinten kokouksia johtaa kyseisen toimielimen puheenjohtaja. Varsinaisen asian käsittely alkaa asian esittelyllä, jonka jälkeen siitä keskustellaan ja tarvittaessa äänestetään. Valtuuston kokouksissa valtuuston puheenjohtaja esittelee käsiteltävän asian ja muiden toimielinten kokouksissa asian esittelijänä on yleensä viranhaltija. Kokouksen puheenjohtaja toteaa lopuksi asian päätöksen ja päättää asian käsittelyn. (Mts. 131.)

Julkisuusperiaate on kunnallishallinnon yleisperiaatteista ja kansalaisvalvonnan kannalta tärkein asia (Majoinen ym. 2008, 102). Julkisuusperiaate toteutuu kunnassa siten, että kunnan valtuuston kokoukset ovat pääsääntöisesti julkisia, ellei joku kokouksessa käsiteltävä asia ole lainsäädännön perustella salassa pidettävä tai valtuustolla on erityisen painava syy käsitellä jokin asia ilman yleisöä. Julkisuusperiaatteen mukaan kunnan tulee tiedottaa asukkaitaan vireillä olevista ja valmisteluvaiheessa olevista asioista, miten niitä on käsitelty ja mitä niistä on päätetty ja mitä vaikutuksia niillä on asukkaisiin. Julkisuusperiaate merkitsee myös sitä, että kunnan asiakirjat ovat julkisia, esimerkiksi kunnan toimielinten kokousten pöytäkirjat ovat julkisesti nähtävillä. (Mts. 103.)

2.2 Kunnan päätökset sosiaali- ja terveystalvueluista

Sosiaali- ja terveystalvueluista päättäminen oli jo vuoden 1865 asetuksessa kirjattu käsiteltäväksi Kuntakokouksen 6 §:ssä omina alakohtinaan (Klockars 1899, 5). Päätöksiä ohjasivat vuonna 1879 annettu Keisarillisen Majesteetin Armollinen Asetus yleisestä vaivahoidosta ja Asetus terveydenhoidosta sekä otteet sairasmielisten hoidosta, kätilöinnistä ja rokottamisesta (mts. 139, 167). Kunnallishallinnon käsikirjassa määriteltiin, että ”kunnan tärkeimpiä tehtäviä on toimittaa jäsenilleen sairashoitoa sekä toi-

saalta varjella heidän terveyttään sille vaarallisilta olosuhteilta, tartunnalta ja kulu-
taudeilta” (Koskimies 1915, 404). Päätöksenteko oli jaettu toimielinten kesken seu-
raavasti:

... kunnallislautakunta pitää huolen ainoastaan mielisairaiden hoidosta yleensä ja valvoo ilman sukulaisia olevien aisti- ja muuten viallisten henkilöiden laitoshoidon tulemista, kätilötointa ja rokotuksen toimittamista, köyhäinhuoltohallitus taas huolehtii ilman toisen holhousta olevien köyhien sairaiden, mielisairaiden, aistiviallisten ja raajarikkoisten hoidosta, ja terveydenhoitolausakunta lukee tehtäviinsä kaikki muut sairas- ja terveydenhoitotoimenpiteet (Koskimies 1915, 405).

Kuntakokouksessa tai kunnanvaltuustossa, riippuen siitä, miten kunta oli omasta päätöksentekoprosessistaan päättänyt, päätettiin myös lääkärin, sairaanhoitajien, kätilön ja rokottajan palkkaamisesta sekä palkkioista:

Kun kunta on kunnanlääkärin ottamisesta ja palkkiosta päättänyt ja päätös saanut lainvoiman, on tämän virkailijan lisäpalkkaukseksi haettava valtionapua... Kunnanlääkärin avuksi ja myöskin varsinaisen terveydenhoidon palvelukseen on edistyneimpiin kuntiin otettava yksi tahi useampi sairaanhoitajatar. ... tulee ottaa toimeen hyväksytty rokottaja, saaden kuitenkin rajatusten olevat kunnat ottaa yhteisenkin rokottajan... (Mts. 405–406, 409.)

Tuohon maailmanaikaan kansalaiset hoidettiin pääsääntöisesti kotona ja ensimmäiset ”5-10 vuoteen sairastuvat” eli tilat, joihin otettiin vuodehoitoa tarvitsevia henkilöitä hoidettavaksi, perustettiin vuoden 1885 jälkeen, jotta potilaat tulisivat niissä paremmin hoidetuiksi kuin silloisissa kotioloissa (mts. 407). Sairaanhoidossa kunnat keskittyivät aluksi tuberkuloosin, sukupuolitautien ja mielisairauksien hoitoon. Yleis-
sairauksien hoitoon vaikutti ratkaisevasti vuonna 1956 annettu sairaalalaki (49/1956), jonka myötä sotien jälkeen luotu valtion sairaalaorganisaatio purettiin ja sairaaloita siirrettiin valtion apua saavien kuntainliittojen omistukseen ja hallintaan. (Oulasvirta 1996, 52.)

Vuonna 1965 hyväksyttiin laki kunnallisista yleissairaaloista, kunnes erikoissairaanhoidon voimaantulo (1062/1989) yhdisti sairaalahoidon kuntainliitot. Terveydenhuollon vahvempi jakaantuminen terveydenhoitoon ja sairaanhoitoon alkoi 1960-luvulla, kun Oulasvirran (1996) mukaan alettiin puhua terveydenhuollon uudistamisesta siihen suuntaan, miten voidaan kiinnittää entistä enemmän huomioita sairauksien ja tapaturmien ennaltaehkäisyyn. Tänä päivänä samaa keskustelua käydään mm. diabeteksen, muistisairauksien ja sydän- ja verisuonitautien kohdalla ja edelleenkin yhtenä syynä on jo näiden kansansairauksiksi nimettyjen sairauksien sairaalakustannusten nousun hillitseminen. 60-luvulta alkanut muutos johti kansanterveislain (66/1972) voimaantuloon vuonna 1972. Laissa määriteltiin kunnan velvollisuudet yksilöön kohdistuvan kansanterveystyön eli perusterveydenhuollon järjestämisestä ja niiden toteuttajaksi luotiin terveyskeskukset. (Oulasvirta 1996, 52–53.)

Kansanterveislaki ja terveyskeskukset

Kun kansanterveislaki tuli voimaan vuonna 1972, kunnat saivat perustaa terveyskeskuksen joko yksin tai yhteistyössä toisten kuntien kanssa. Ylen elävän arkiston uutisen (Lind 1972) mukaan lain perusteina oli taata kunnallinen terveydenhoito ja avosairaanhoitopalvelut kaikille kansalaisille myös harvaan asutuille alueille ja yhtenäistää terveyskeskuksissa perittävät maksut, jotta kaikilla ihmisillä oli mahdollisuus hakeutua hoidon piiriin. Ennen lain voimaantuloa kansalaiset olivat riippuen asuinkunnastaan maksaneet eri hinnan hoidostaan suoraan kunnanlääkäreille. Kansanterveislain henki oli sairauksien ennaltaehkäisyssä ja terveysvalistustyössä, joten osa terveystarkastuksista ja terveyden edistämisen palveluista määriteltiin kaikille ilmaisiksi palveluiksi, samoin ilmaiseksi tuli alle 17-vuotiaiden hammashoito. Jotta terveyskeskusten perustaminen ja ylläpitäminen kunnissa oli taloudellisesti mahdollista, laissa määriteltiin kunnille valtionapu -järjestelmä ja kunnallista terveydenhuoltoa alettiin rahoittaa verovaroin. (Mt.)

Kansanterveislain voimaan tullessa kuntia oli Suomessa noin 500 ja vuoden 1972 uutisessa (Lind 1972) arvioitiin, että terveyskeskuksia perustettaisiin 160–200, jolloin yksi terveyskeskus tulisi palvelemaan noin 10 000 asukasta. Kunnanlääkäreitä oli lain voimaan tullessa noin 650 ja terveyssisaria ja kättilöitä oli yhteensä noin 3 000, joista

tuli nykyisiä terveydenhoitajia. (Mt.) Vuonna 2007 kunta- ja palvelurakennemuutostuksesta annetussa ns. puitelaissa (169/2007) perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen tehtävien väestöpohjaksi määriteltiin 20 000 asukasta, jonka seurauksena pienemmät kunnat joutuivat perustamaan yhteistoiminta-alueilla toimivia terveyskeskuksia. Vuonna 2017 terveyskeskuksia oli 142, joista 83 oli kuntien, 31 kuntayhtymien ja 28 vastuukuntien yhteisiä terveyskeskuksia (Sallinen ym. 2017, 55–56). Suomen lääkäriliiton mukaan 3.10.2018 terveyskeskusten lääkäreiden virkoja, toimia ja tehtäviä oli yhteensä 3 962, joista täyttämättä oli 227,5.

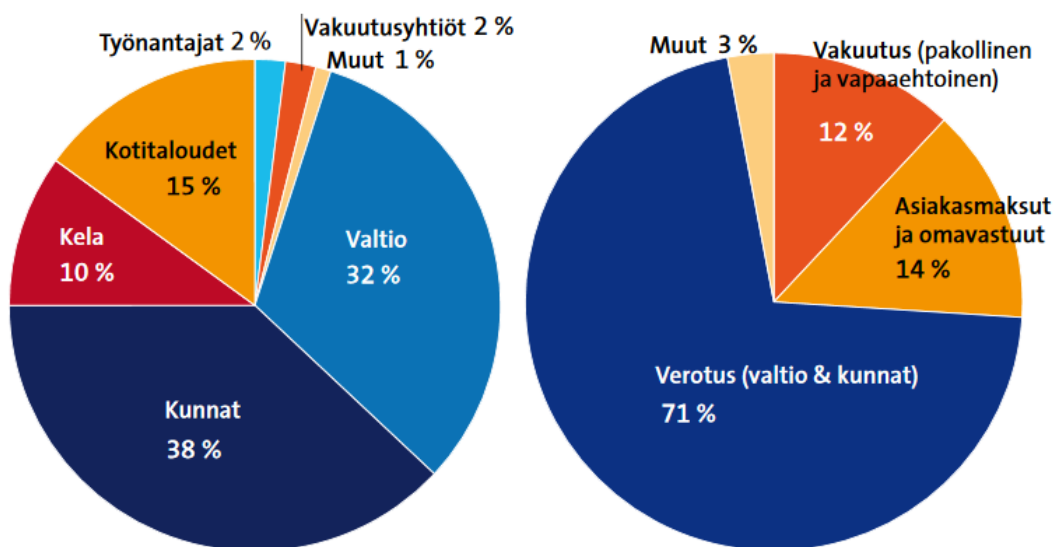
Tänä päivänä kuntien kunnallislautakunnat, köyhäinhuoltohallitukset ja terveydenhoitolautakunnat ovat useimmiten sosiaali- ja terveyslautakuntia tai perusturvalautakuntia, mutta edelleenkin niitä foorumeita, joissa päätetään, mitä sosiaali- ja terveyspalveluita kukin kunta omille kuntalaisilleen haluaa järjestää. Terveyskeskusten toiminnan järjestämistä ohjaa edelleen kansanterveyslaki ja sen lisäksi Terveydenhuoltolaki (1326/2010) ohjaa terveyskeskusten toiminnan toteuttamista ja sisältöä. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa terveydenhuollon lainsäädännöstä ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on asiantuntija, joka mm. seuraa terveyspalvelujen vaikuttavuutta, laatua ja hoitoon pääsyn aikarajoja. Terveyskeskusten ja sen henkilöstön toimintaa valvoo sosiaali- ja terveystalouden lupa- ja valvontavirasto (Valvira) ja paikallisesta valvonnasta vastaavat aluehallintovirastot (Terveyskeskukset n.d.).

Sosiaali- ja terveystoiminnan kustannukset

Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutoksen yksi keskeisiä ratkaistavia asioita on niiden rahoitus ja kustannusten kasvun taittaminen. Oulussa toteutetun tutkimuksen mukaan 10 % väestöstä käytti 81 % sosiaali- ja terveyshuollon kokonaiskustannuksista. Heistä 38 % käytti pelkästään terveyspalveluja ja 62 % tästä joukosta käytti lisäksi sosiaalipalveluja. (Leskelä 2013.) Kanadassa toteutetun tutkimuksen tulokset olivat saman suuntaiset. Kanadan väestöstä 1 % käytti 27,5 % kaikista terveydenhuollon kustannuksista ja 5 % väestöstä käytti yli 55 % kustannuksista (Rosella, Fitzpatrick, Wodchis, Calzavara, Manson & Goel 2014). Molempien tutkimusten tulokset osoittivat, että pieni, mutta paljon palveluita käyttävä joukko koostuu tyypillisesti henkilöistä, joilla on korkea ikä, monia sairauksia ja heikko sosiaalinen asema. Osasyynä kustannusten kertymiseen pienelle väestöjoukolle nähdään myös nykymuotoinen

pirstaloitunut palvelurakenne ja tietojärjestelmät, jotka eivät tue asiakkaan tilanteen kokonaiskuvan hahmottamista eikä asiakkaiden tunnistamista. (Leskelä 2015.)

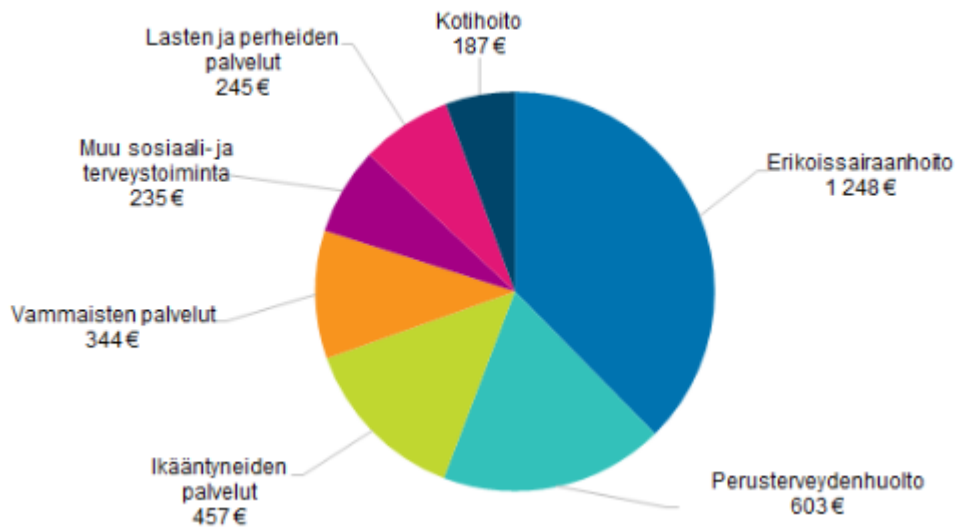
Seppälä ja Pekurinen (2014) kertovat THL:n selvityksestä vuodelta 2012, jonka mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon 26 miljardin kokonaismenoista 80 % rahoitettiin julkisella rahoituksella. Niiden suurin rahoittaja on kunnat 38 %:n osuudella ja valtio toiseksi suurin 32 %:n osuudella. Valtaosa eli 71 % rahoituslähteistä koostuu valtion ja kuntien verotuksesta. Kotitaloudet rahoittavat sosiaali- ja terveydenhuollon menoista 15 %, jotka peritään erilaisina asiakasmaksuina ja omavastuuosuuksina. (Seppälä & Pekurinen 2014.) Alla olevassa kuviossa (ks. kuvio 3) on kuvattu rahoittajien ja rahoituslähteiden osuudet kokonaisrahoituksesta:



Kuvio 3. Eri rahoittajien ja rahoituslähteiden osuus sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta vuonna 2011 (Seppälä & Pekurinen 2014)

Vuonna 2018 kuntien käyttötalouden yhteenlasketuista nettokäyttökustannuksista suurin osa, yhteensä 18,3 miljardia euroa kohdistui sosiaali- ja terveystoimintaan ja

toiseksi eniten, 11 miljardia euroa, kohdistui opetus- ja kulttuuritoimintaan. Sosiaali- ja terveystoiminnan nettokustannusten asukaskohtainen jakauma oli keskimäärin 3 318 euroa asukasta kohti. Koko potista perusterveydenhuollon osuus oli 3,3 miljardia euroa, 603 euroa asukasta kohti koko maan tasolla ja 2,3 % enemmän kuin edellisenä vuonna. Perusterveydenhuollon pienimmät nettokustannukset asukasta kohti oli Lappajärvellä, 255 euroa ja suurimmat Utsjoella 2 033 euroa. Kun mukaan otetaan kaikki sosiaali- ja terveystoiminnan kustannukset, Pelkosenniellä käytettiin eniten, 6 080 euroa asukasta kohti ja Limingassa vähiten, 2 368 euroa asukasta kohti. Maakuntien välisessä vertailussa suurimmat nettokustannukset olivat Kainuussa, jossa ne olivat 4 341 euroa asukasta kohden. (Kuntien talous vuonna 2018 2019.) Alla olevasta kaaviosta (ks. kuvio 4) nähdään kuntien sosiaali- ja terveystoiminnan nettokustannusten jakautuminen:



Kuvio 4. Kuntien sosiaali- ja terveystoiminnan nettokustannusten jakauma asukasta kohden vuonna 2018 (Kuntien talous vuonna 2018 2019)

3 Raportointi

Raportointi kuuluu osana yritysten, yhdistysten, säätiöiden ja julkisten yhteisöjen toimintaa. Raportteja tehdään lainsäädäntöön perustuen ja raportteja tehdään organisaatioiden omia tarpeita varten, omistajille ja muille sidosryhmille, jolloin raporttien muoto, sisältö ja raportoinnin ajankohta ovat vapaammin määriteltäviä kuin lainsäädäntöön perustuvat raportit. Tyypillinen raportti kertoo menneessä aikamuodossa, miten on mennyt ja mitä resursseja on käytetty talouden, toiminnan ja henkilöstön osalta pääosin erilaisten lukujen muodossa. (Alhola & Lauslahti 2005, 133, 175.) Raportit perustuvat tietoon, jota on kerätty ja tallennettu lukuisiin erilaisiin tietojärjestelmiin 60-luvulta saakka (Mäkelä 2006, 14).

3.1 Raportit päätöksenteon tukena

Lainsäädäntöön perustuvaa pakollista raportointia on vuosittain laadittava tilinpäätös. Tilinpäätös on määrämuotoinen raportti, jonka tulee antaa oikea ja riittävä kuva toiminnan tuloksesta ja taloudellisesta asemasta yrityksen toiminnan mukaisessa laajuudessa. Tilinpäätökseen kuuluvat tuloslaskelma, tase ja niihin liittyvät liitetiedot, ja jos yritys on julkisesti noteerattu tai tietyn kokorajan ylittävä, siihen kuuluu lisäksi rahoituslaskelma ja toimintakertomus. Tuloslaskelma kertoo, mistä eri tulo- ja menoeristä yrityksen tulos muodostuu, ja taseesta selviää yrityksen varallisuus ja velat. Rahoituslaskelmassa selvitetään, mistä yrityksen rahat tulevat ja mihin ne käytetään. Liitetiedoissa tuloslaskelman, taseen ja rahoituslaskelman erät avataan tarkemmalle tasolle esimerkiksi myyntisaatava- ja ostolaskulistausten avulla. Toimintakertomuksen tehtävä on avata sanallisesti tilinpäätösasiakirjojen numeroita: miten toiminta on kehittynyt, mitä mahdollisia riskejä ja muita tekijöitä on olemassa tai tiedossa, joilla on vaikutusta yrityksen taloudelliseen tilanteeseen ja tulevaisuuden näkymiin. (Alhola & Lauslahti 2005, 133.)

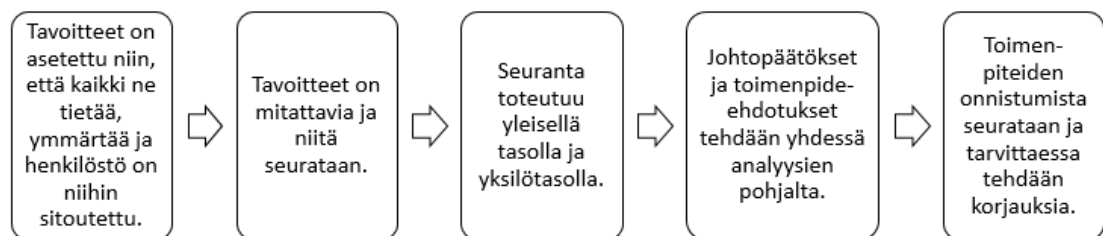
Kuntien, kuntayhtymien ja niiden liikelaitosten taloustietojen raportointiin yleisohjeita ja lausuntoja antaa kirjanpitolautakunnan kuntajaosto ja julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta Juhta. Juhta on valtioneuvoston asettama, ministeriöiden

ja kuntien pysyvä yhteistyö- ja neuvotteluelin, jossa mukana on kuntien ja kuntaliiton edustajia. Juhta antaa suosituksia, jotka on tarkoitettu käytettäväksi julkisessa hallinnossa, esimerkiksi menettelytapoja, määrittelyjä ja ohjeita, joita ylläpidetään JHS julkisen hallinnon suositus -järjestelmässä. JHS 205 Taloustietojen raportointi -suositus on kunnille ja kuntayhtymille hyväksytty uusi suositus, joka tulee voimaan 1.1.2021. Suositus velvoittaa kuntia, kuntayhtymiä ja niiden liikelaitoksia tuottamaan ja raportoimaan taloustietoja yhdenmukaisessa ja vertailtavassa muodossa Valtiokonttorille. Kuntien taloustietojen tuottamista ja raportointia koskevan raportointimallin toteuttaminen edellyttää lainsäädännön muutoksia eri lakeihin, joista käytetään yhteisnimeä Kuntien taloustietolaki. (Taloustietolaki aiheuttaa kunnille kustannuksia 2019.)

Vuosikello on johtamisen apuväline, jonka avulla yhdistetään johtamisen eri osa-alueet talouden suunnittelun, raportoinnin sisältöjen ja aikataulujen suhteen toisiinsa (Alhola & Lauslahti 2005, 62). Vuosikellossa yrityksen strategia-, toiminta- ja taloussuunnitelmat laaditaan vaiheittain vuositasolle ja niiden seuranta rytmitetään neljännesvuosi- tai puolivuosi- ja kuukausiraportoinnin avulla. Neljännesvuosi- ja puolivuosisiraportointi on yleensä laajempaa ja sisältää tunnuslukuja tai mittareita, joiden avulla mitataan ja seurataan organisaation asettamia strategisia tavoitteita toiminnallisesti ja taloudellisesti. Kuukausiraportointi tukee enemmän operatiivista johtamista ja kertoo nykyhetken tilanteesta. Alhola ja Lauslahti (2005, 62–63) kuvaavat vuosikelloa myös kerroksisena järjestelmänä, jonka ytimessä on yrityksen arvot ja visio. Seuraavassa kerroksessa ovat johtamisjärjestelmän osa-alueet strateginen suunnittelu ja vuosisuunnittelu sekä niiden tarkistus- ja seurantakohtat, kehityskeskustelut ja tilikauden toteutuminen. Seuraava kerros sisältää vastuuyksiköiden toimenpiteet ja sitä seuraavassa kerroksessa on toiminnan tason toimenpiteet.

Raportointi voidaan jakaa myös sisäiseen ja ulkoiseen raportointiin, joista sisäinen raportointi on tarkoitettu organisaation omalle johdolle, toiminnan tasolla toimiville esimiehille ja tehtävätasolla toimiville asiantuntijoille. Ulkoinen raportointi palvelee asiakkaita ja muita sidosryhmiä. Se, miten yksityiskohtaista raportointi on, vaihtelee eri organisaatiotasoilla, koska raportoinnilla haetaan vastauksia erilaisiin johtamisen kysymyksiin. Johdolle tuotettavat raportit ovat koostavampia ja vastaavat kysymyksen, onko kehityssuunta tavoitteiden mukainen ja ovatko päätökset toteutuneet

suunnitellusti. Toiminnan tason raportoinnilla vastataan kysymyksiin talousarvion toteutumisesta, riittävätkö rahat ja eteneekö vuosi suunnitellusti. Asiantuntijatason yksityiskohtaisemmalla raportoinnilla vastataan päivittäisen toiminnan kysymyksiin. (Mts. 175.) Alhola ja Lauslahti (2005, 176) näkevät raportoinnin aktiivisena viisi vaiheisena prosessina, jossa raporttien tuottama informaatio analysoidaan, siitä tehdään johtopäätöksiä ja tarvittavia toimenpiteitä. Tätä prosessia opinnäytetyön tekijä kuvaa kuviossa 5:



Kuvio 5. Aktiivinen raportointiprosessi (Alhola & Lauslahti 2005, 176, mukailtu)

Terveystieteiden tutkimuksessa riitti pitkään potilaan tutkiminen ja hoidon suorittaminen tai hoito-ohjeiden antaminen suullisesti. Euroopassa alettiin 1800-luvulla kirjata lääkkeitä käyttäen tai muuta hoito-ohjeistusta ja terveydenhuollon edelleen kehittyessä potilaista ja suoritetuista toimenpiteistä alettiin pitämään jonkinasteista päiväkirjaa tai potilaskohtaista kortistoa (Mäkelä 2006, 34). Siinä missä yli sata vuotta sitten kunnanlääkärin tuli koettaa tehdä sairauden ja kuoleman tilasto vuosittain, tänä päivänä jokainen terveydenhuollon ammattilainen joutuu kirjaamaan erilaisia raportointi- ja tilastointitarpeita varten tietoja jokaisen asiakkaan ja potilaan jokaisesta käynnistä tai vuodeosastohoidosta. Pelkästään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tietotutkimusta varten oleva perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitus (Avohilmo) on opas, joka sisältää liitteineen noin 140 sivua erilaisia määrittelyjä.

THL on sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa toimiva tutkimuslaitos, joka kerää ja tuottaa tutkimukseen ja tietoaaineistoihin perustuvaa tietoa väestön hyvinvoinnista ja terveydestä. THL:n syntyhistoria alkaa vuonna 1827 perustetusta Lääkintöylihallituksesta, joka myöhemmin yhdistyi Sosiaalhallituksen kanssa ja sai nimen Stakes, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus vuonna 1992. Nykyisen nimensä ja toimintamuotonsa THL sai vuonna 2009, kun Stakes ja Kansanterveyslaitos yhdistyivät. Kansanterveyslaitos on ollut toinen merkittävä asiantuntija- ja tutkimuslaitos suomalaisessa terveydenhoidossa. Valtion Seerumlaitoksena vuonna 1911 aloittanut laboratorio ja seitsemän aluelaboratoriota yhdistyivät vuonna 1970 Kansanterveyslaboratorioksi ja edelleen Kansanterveyslaitokseksi vuonna 1982. (Historia 2018.)

3.2 Tiedolla johtaminen

Tietokiri määrittelee verkkosivustollaan tiedolla johtamisen tietoiseksi johtamis- ja toimintamalliksi, jossa tietoa hyödynnetään ja tuodaan osaksi päätöksentekoprosessia. Perusta tiedolla johtamiselle muodostuu johtamisen kautta asetetuille tavoitteille ja tavoitteiden saavuttamista tukeville kannustimille. Tiedolla johtamiseen tarvitaan myös kykyä ymmärtää taustalla olevaa toimintaa ja tiedon hyödyntäminen edellyttää niin yksilöiltä kuin organisaatiolta erilaista osaamista sekä vahvaa tietopohjaa. Tiedon hyödyntämiseen, muokkaamiseen ja analysointiin tarvitaan siihen erikoistunutta teknologiaa ja työkaluja. Tietokirin näkemyksen mukaan Tiedolla johtamisen ytimen muodostaa data ja sen kautta muodostuva tai muodostettava tieto jostain asiasta. (Mitä on tiedolla johtaminen N.d.)

Markkula ja Syväniemi (2015, 21) viittaavat kirjailija Mark Twainin fraasiin ”vale, emävale ja tilasto”, jota heidän mielestään voi pitää ohjenuorana tiedon hyödyntämisessä. Tiedon määrä ei ole ratkaisevaa, vaan oleellista on ymmärtää mitä ollaan tekemässä ja kyky soveltaa sitä käytäntöön. (Markkula & Syväniemi 2015, 21.) Tietoa verrataan myös maaperässä piilevään malmiin, jonka olemassaolo tai varastointi eivät tuota arvoa, vaan tiedon arvo syntyy jalostuksen kautta. Kun organisaatiossa on päätetty ottaa tiedolla johtaminen strategiseksi tavoitteeksi pitää ensimmäiseksi ottaa selvää mitä dataa kerätään, miten, missä muodossa ja minne. Koska lainsäädäntö edellyttää talouslukujen raportointia, tietoa on kerätty ja raportoitu taloushallinnon

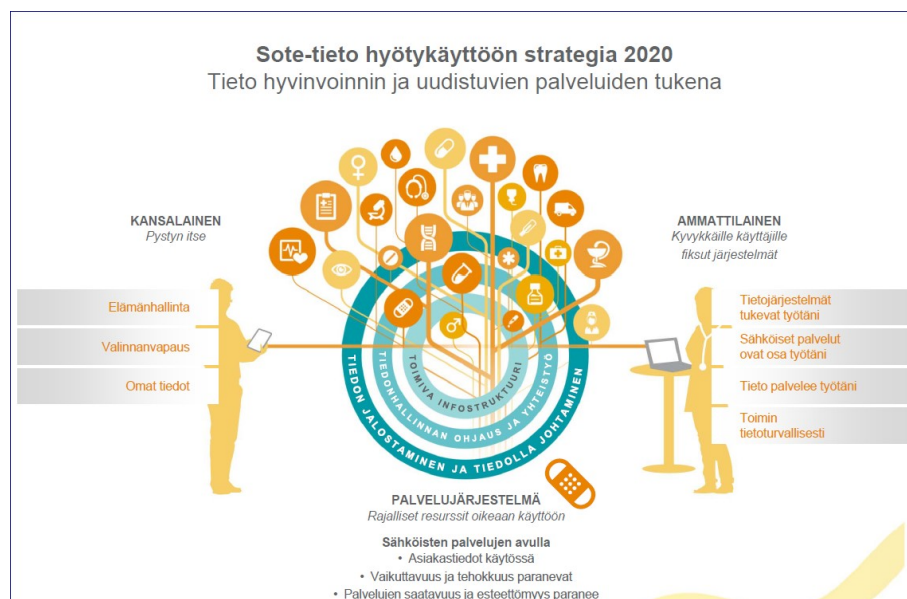
näkökulmasta myös organisaation johdolle, omistajille ja muille sidosryhmille. Pelkkiin tuloslaskelmien ja taseiden summa-arvoihin perustuvat päätökset voivat johtaa täysin väärin johtopäätöksiin ja sen vuoksi pitää ymmärtää mistä luvut ovat syntyneet. (mts. 21, 36, 39, 79.)

Kunnan luottamushenkilöt perustavat päätöksensä yleensä kunnan taloutta koskevaan tietoon, toimielinten esittelyteksteihin ja tietoon päätösten vaikutuksista kuntalaisille. Vaikeimpina asioina he kokevat talousasiat ja sen, ettei talousarviovuoteen keskittyvä päätöksenteko ja päätösten pitkän aikavälin vaikutukset kohtaa. (Niiranen ym. 2013, 57–60.) Kunnan poliittisen ja toiminnallisen johdon keskinäissuhteet liittyvät tiiviisti päätöksentekoon ja sen tietoperustaan. Tiedon käyttömahdollisuus perustuu siihen, että on olemassa tilat, mekanismit ja välineet tiedon saamiseksi sekä rakenteet, jotka antavat mahdollisuuden keskustella saadusta tiedosta ja käyttää sitä. Luottamushenkilöt ja viranhaltijat ymmärtävät tieto-käsitteen eri tavalla. Viranhaltijoiden mukaan tietoa on pääasiassa se mitä dokumenttipohjaisesta esittelytiedosta on saatavana sekä erilaisista keskustelu- ja valmisteluseminaareista saatava tieto. Luottamushenkilöillä tieto-käsite oli sisällöltään laajempaa ja enemmän prosessimuotoista, joka sisälsi dokumenttipohjaiset esittelytekstit, itse hankitun tiedon ja muun tiedon hankkimiseen liittyvän vuorovaikutuksen. (Mts. 68.)

Kunnan valtuutettujen kyky ymmärtää ja tulkita kunnan talouden kokonaisuutta kuvaavaa informaatiota on olennainen edellytys, koska kunnan taloutta ja toimintaa koskevassa päätöksenteossa talousarvio ja -suunnitelma, tilinpäätös ja toimintakerromus ovat keskeisiä virallisia tiedonlähteitä (Oulasvirta ym. 2019, 13). Tiedon määrällä ei ole valtuutettujen mukaan merkitystä, jos se ei täytä tietotarpeita. Valtuutetut kokevat tärkeämpinä tiedon sisältöön ja muotoon liittyvät tietotarpeet, esimerkiksi ajantasaisesti saatu ajankohtainen tieto, joka on tiiviissä, visuaalisessa muodossa esitetty. Toiminnan vaikuttavuuteen liittyvät tietotarpeet koettiin tärkeänä: mitä verorahoilla on saatu aikaan, miten tulevaisuus kehittyy esimerkiksi väestömäärän, oppilas- tai asiakasmäärän näkökulmasta. Erityisesti vaikuttavuuden tietotarve kohdistui sosiaali- ja terveyspalveluihin. (Mts. 49, 55, 56.)

Sosiaali- ja terveystietojen tiedot

Sosiaali- ja terveystietojen tavoitteena on edelleen sosiaali- ja terveystietojärjestelmän uudistaminen. Vaikka palveluiden järjestämisen osalta ei ratkaisuja olekaan vielä saatu, sosiaali- ja terveystietojen tiedonhallintaan liittyviin tavoitteisiin on jo osittain päästy. Sote-tieto hyötykäyttöön strategia 2020:n (Hämäläinen 2015) toteutuneita tavoitteita ovat Potilastiedon arkisto ja Omakanta-palvelut, sähköinen resepti ja toisilaki (552/2019). Strategia tukee sote-uudistusta lisäämällä kansalaisten omaa hyvinvointiaktiivisuutta ja sote-palvelujen vaikuttavuutta teknologian, sähköisten palvelujen ja tietovarantojen hyödyntämisen avulla. Strategian keskeiset tekijät on kuvattu kuviossa 6:



Kuvio 6. Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020, Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palveluiden tukena (Hämäläinen 2015)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa vuosien kuluessa syntyneet tiedot nostettiin malmikasta kansalliseksi aarteeksi, kun toisilaki (552/2019) tuli voimaan 26.4.2019. Suomessa on poikkeuksellisen kattavat ja laadukkaat sosiaali- ja terveysalan tietovarant-

not ja uudistettu lainsäädäntö mahdollistaa näiden tietojen paremman hyödyntämisen niin kansalaisille ja tutkijoille kuin sote-alalla toimiville ICT-yrityksille ja sote-palvelujen antajillekin. Yksi tärkeä sote-tietojen toissijaisen käytön peruste on alalla toimivien organisaatioiden tiedolla johtamisen edistyminen, johon ei ole aiemmin ollut selkeää lakipohjaa. (Lähesmaa 2019.) Alla oleva kuvio (ks. kuvio 7) kuvaa millaisia aineistokokonaisuuksia sosiaali- ja terveyshuollon järjestelmien tuottamista tiedoista muodostuu ja mihin aineistoja saadaan toisilain myötä hyödyntää:



Kuvio 7. Sosiaali- ja terveystietojen toissijainen käyttö (Lähesmaa 2019, 13)

Myös Neittaanmäki, Lehto, Ruohonen, Kaasalainen ja Karla (2019, 9) viittaavat toisilain (552/2019) tuomaan mahdollisuuden hyödyntää terveysdataa, kun sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnassa syntyneitä tietoja voidaan käsitellä ohjaus-, valvonta-, tutkimus- ja tilastotarkoituksessa. Neittaanmäki ja muut (2019) näkevät lisäksi, että yksilön merkitys terveystiedon tuottajana, hyödyntäjänä ja hallitsijana tulee mullistumaan, koska tietojärjestelmien ja tiedonkeruun kehittymisen seurauksena kansalaiset osallistuvat aktiivisemmin oman terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen erilaisen sähköisten terveys- ja hyvinvointisovellusten kautta (mts. 9).

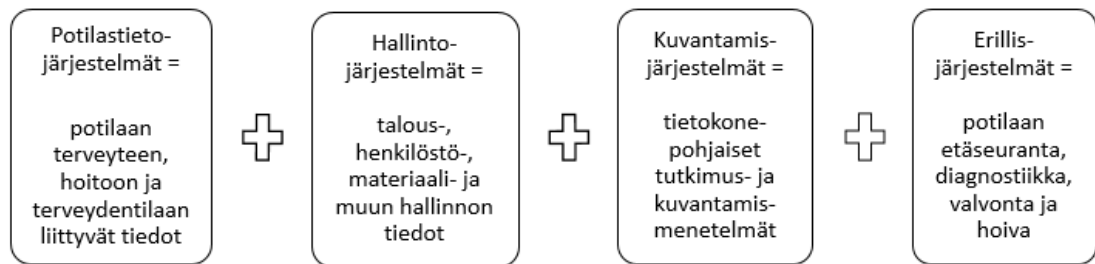
1.1.2020 voimaan astuu Tiedonhallintalaki (906/2019), jonka tarkoitus on edistää julkisten organisaatioiden tietojärjestelmien yhteen toimivuuden toteuttamista, tiedonhallinnan järjestämistä ja kuvaamista, tietovarantojen yhteen toimivuutta, teknisten rajapintojen ja katseluyhteyksien toteuttamista sekä tietoturvallisuuden toteuttamista. Laki tulee vaikuttamaan myös sosiaali- ja terveydenhuollon tietoihin. Nykyisen hallituksen sote-uudistuksen pohjana käytetään edellisen hallituksen Maakunnille siirtyvien tietoaineistojen ohjeistuksen laadinta -projektin (Siirto-ohjeistus) ja Maakuntien tiedonohjaussuunnitelma -projektin (MAKU-TOS) tuotoksia. MAKU-TOS -projektin tiedonohjauksen hankintamallissa on jo huomioitu voimaantulevan Tiedonhallintalain vaatimukset. Siirto-ohjeistus -projektissa kartoitettiin sosiaali- ja terveydenhuollon tietoaineistojen ja paperiasiakirjojen määriä ja ratkaisuja tiedon käytettävyyteen ja asiakirjojen digitointiin. (Tietoaineistojen hallinta on järjestettävä jo sote-uudistuksen alkuvaiheessa 2019.)

3.3 Tietojärjestelmät tiedon lähteenä

Terveydenhuollossa kuten muillakin aloilla alettiin hyödyntää sähköisiä tietojärjestelmiä talous- ja palkkahallinnossa sekä tilastojen käsittelyssä 60-luvulla. Myös toimintapide-, tutkimus- ja diagnoosikoodistojen standardointi alkoi samaan aikaan. Tampereen Keskussairaala kehitti ja otti vuonna 1968 ensimmäisenä Suomessa käyttöön oman yleistietokoneen, jossa toimi potilashallinto- ja laboratoriojärjestelmät. 1980-luvun alkuun mennessä kaikissa suurimmissa sairaaloissa oli käytössä talous- ja potilashallinnon järjestelmät ja keskussairaaloissa myös laboratoriojärjestelmä. Järjestelmät toimivat ns. keskustietokoneilla sairaaloiden kellaritiloissa tai erillisissä laskenta-keskuksissa. (Mäkelä 2006, 14–16.)

1990-luvulla alettiin kehittää terveydenhuollon erikoisaloille omia räätälöityjä sovelluksia sekä lääketieteellisiä kuvantamis- ja diagnostiikkalaitteita, joita voitiin liittää suoraan pc-laitteisiin. Tämä johti siihen, että julkisen terveydenhuollon ohjelmistojen ympärille muodostui kolme erillistä käyttäjäkuntaa: yliopistolliset sairaalat, keskussairaalat ja terveyskeskukset, joilla kaikilla oli omat kehityshankkeensa ja tietojärjestelmäratkaisunsa. (Mts. 20–21.) Vuonna 2006 olivat lähes kaikki terveyskeskukset siirtyneet sähköisiin potilastietojärjestelmiin, joka yhdistää potilaaseen liittyvät tiedot

muihin terveydenhuollossa käytettäviin tietoihin (mts. 38). Nykyisin terveydenhuollon organisaatioissa käytettävät tietojärjestelmäkokonaisuudet jaetaan näihin alla oleviin neljään peruskäyttökohteeseen (ks. kuvio 8):



Kuvio 8. Tietojärjestelmien peruskäyttökohteet (Mäkelä 2006, 35, mukailtu)

Potilastietojärjestelmistä tiedot kerätään tapahtumatasolla ja yhdistetään taloustietoon, henkilöstö- ja muuhun resurssitietoon erillisissä tietovarastoissa. Isoissa organisaatioissa voi olla useita potilastietojärjestelmiä ja lisäksi sosiaalihuoltoon liittyviä järjestelmiä. Tämä on johtanut siihen, että jokainen tietojärjestelmäratkaisu on määritelty, toteutettu ja kustannettu erikseen, sekä siihen, että tietovarasto- ja johtamisen ratkaisut ovat organisaatio- tai kuntakohtaisia. Sote-organisaatiot toimittavat lisäksi lainsäädännön velvoittamia tietoja THL:n ylläpitämiin valtakunnallisiin rekistereihin, Kelan ylläpitämään Kanta-palvelujen Potilastiedon arkistoon, Reseptikeskukseen ja sosiaalihuollon asiakastiedon arkistoon. (Neittaanmäki ym. 2019, 17–18.) Sote-asiakkaan tietoja voi olla 14 kansallisessa tai valtakunnallisessa lähteessä ja 18 alueellisessa-paikallisessa loogisessa lähteessä, joiden takana on 125 eri sovellusta ja niiden yli 1600 installaatiota, joissa voi olla eroavaisuuksia (mts. 22; Kortekangas 2018).

Tulevaisuuden sote-tietojärjestelmät

Neittaanmäki ja muut (2019, 76) jakavat sosiaali- ja terveydenhuollon it-teknologiaan liittyvät kehittämistoimenpiteet neljään osakokonaisuuteen:

- tiedolla johtaminen ja tekoälytuettu töiden organisointi
- kansallisen tiedonhallinnan (Kelan IT-toiminnot) ja keskitettyjen tietojärjestelmien kehittäminen ja integraatio
- tutkimustiedon ja uusien läpimurtoteknologioiden hyödyntämisen nopeuttaminen
- kansalaisten omaehtoisen terveyttä edistävän toiminnan lisääminen.

Keskeisinä kehityskohteina nähdään keskitetty kansallinen sote it -arkkitehtuuri ja keskitetty sote-tiedonhallinta, joista annetaan kymmenen kohdan suositukset tiedonhallinta-alustan käyttöönotolle ja siinä tarvittaville ominaisuuksille. Neittaanmäki ja muut (2019) näkevät, että keskitetyn tiedonhallinta-alustan käyttöönotto ja kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojärjestelmä sekä läpimurtoteknologioiden hyödyntäminen ovat edellytyksenä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluprosessien tehostumiselle ja kustannussäästöille. (Mts. 92.)

Sosiaali- ja terveysministeriössä on laadittu strategia sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuuden tietojärjestelmäratkaisuista. Soten ohjaukseen luodaan selkeät yhteistyörakenteet kansallisesti ja alueellisesti, jolloin saadaan valtakunnallisesti yhteneväiset tiedot ja toimivat tietojärjestelmät. Sen lisäksi sote-alueet rakentavat yhteistyössä kansallisesti toimivan alustan päälle sähköiset omahoito- ja asiointipalvelut kansalaisille. Sote-tietojen saatavuus organisaatioiden käyttöön turvataan kansallisilla ratkaisuilla hyödyntämällä Kanta-palveluita ja avoimia rajapintoja. (Neittaanmäki ym. 2019, 63–64.). Sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuuden tietojärjestelmäratkaisut on kuvattu kuviossa 9.



Kuvio 9. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäratkaisut (Neittaanmäki ym. 2019, 64)

Sote-tietojärjestelmien kehittämisessä pisimmällä on tällä hetkellä HUS:in ja sen alueen kuntien yhteinen Apotti -hanke, jonka tarkoitus on rakentaa alueellisesti yhteinen sosiaali- ja terveydenhuollon tieto- ja toiminnanohjausjärjestelmä. Vuonna 2012 alkanut hanke yhdistää ensimmäisenä maailmassa sosiaali- ja terveydenhuollon tiedot samaan järjestelmään. Järjestelmän ensimmäinen käyttöönotto tapahtui HUS:n Peijaksen sairaalassa vuonna 2018, jonka jälkeen se on vaiheittain otettu käyttöön viimeistään vuonna 2020. (Apotti hankkeena N.d.) Toinen iso käynnissä oleva julkisten sosiaali- ja terveystietojärjestelmien yhteistyöhanke on UNA Kaari -hanke, jossa mukana on 19 sairaanhoitopiiriä, kuntia, kuntayhtymiä ja muita kumppaneita. Hanke koostuu kolmessa eri vaiheessa toteutettavista ohjelmista UNA Ydin, UNA Kaari ja UNA Lomake, joista UNA Ydin -ohjelman vaihe on ajoitettu vuosille 2018-2020. (UNA Kaari N.d.) Sekä Apotti että UNA Kaari -hankkeisiin on perustettu inhouse-periaatteella toimivat julkisomisteiset yhtiöt, jotka mahdollistavat järjestelmien hankinnan ja toimittamisen sekä tuki-, ylläpito- ja kehityspalvelut yhteistyössä kustannustehokkaasti.

Myös Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä, Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä sekä Vaasan sairaanhoitopiiri ovat yhteistyössä kilpailuttamassa uutta tulevaisuuden asiakas- ja potilastietojärjestelmää (APTJ). Jos sosiaali- ja terveystalvelujen rakenneuudistuksen valmistelu johtaa siihen, että kuntien nykyisten sote-palvelujen järjestämisvastuu siirtyy kunnilta maakunnalle (HE15/2017), uusi APTJ -järjestelmä tulisi ensimmäisenä palvelemaan Jyväskylään valmistuvaa uutta sairaalaa ja Keski-Suomen sote-maakuntaa vaiheittain vuosien 2023-2025 aikana. (Asiakas- ja potilastietojärjestelmä 2017.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmiä, niiden valmistajia sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja antavia ohjaa laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) ja THL:n määräykset. Valvira ohjaa ja valvoo lain noudattamista sekä ylläpitää tietojärjestelmien rekisteriä. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmät jaotellaan käyttötarkoituksensa ja ominaisuuksien perusteella luokkaan A, johon kuuluu Kansaneläkelaitoksen ylläpitämät Kanta-palvelut sekä Kanta-palveluihin suoraan tai välityspalvelun kautta liitettävät tietojärjestelmät ja luokkaan B kuuluvat kaikki muut järjestelmät. (Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmät N.d.)

4 Tutkimusasetelma

Keski-Suomen Seututerveyskeskus on kahdeksan kunnan perustama kunnallinen liikelaitos, joka tuottaa perusterveydenhuollon, suun terveydenhuollon ja sosiaalityön lähipalvelut sopijakuntiensa asukkaille. Seututerveyskeskuksen johto asetti toiminnan ja talouden raportoinnin kehittämisen strategiseksi tavoitteeksi vuoden 2019 toimintasuunnitelmaan (Toimintasuunnitelma 2019 2018, 16). Tavoitteen toteuttamiseksi perustettiin sopijakuntien ja toimeksiantajan välille työryhmä, jonka tehtävänä on talouden suunnitteluprosessin, raportoinnin ja tiedonkulun kehittäminen (Johtokunnan pöytäkirja 3/2019). Tämä opinnäytetyö liittyy johdon strategiseen tavoitteeseen kehittää sopijakunnille tuotettavaa raportointia.

Tässä luvussa avataan aluksi tutkimusongelma ja siihen johtavat tutkimuskysymykset. Seuraavissa alaluvuissa kerrotaan käytetty tutkimusmenetelmä, aineistonkeruumenetelmä ja analyysimenetelmä. Kolmannessa alaluvussa kuvataan Seututerveyskeskusta palveluntuottajana ja tuodaan esille keskeiset talouden ja toiminnan luvut sekä päätöksenteon ja raportoinnin prosessit.

4.1 Tutkimusongelma

Tieteellisessä työssä, jota myös opinnäytetyö edustaa, pitää aina olla ongelma ja ilman ongelmaa ei voi tehdä tieteellistä tutkimusta. Tutkimusongelma muutetaan edelleen tutkimuskysymyksiksi, joiden avulla kysymyksiin pyritään vastaamaan ja siten saamaan ratkaisu ongelmaan. (Kananen 2014, 32, 36.) Opinnäytetyötä voidaan pitää myös tutkimuksellisenä kehittämistyönä, kun se saa alkunsa organisaation kehittämistarpeesta tai halusta muutokseen. Kehittämistyön päämääränä on käytännön parannuksia tai uusia ratkaisuja uusien käytäntöjen, palvelujen tai tuotteiden tuottamista tai toteuttamista. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 19.) Tässä tutkimuksessa ongelmana on riittämätön raportointi, joka ei täytä Seututerveyskeskuksen sopijakuntien päätöksentekijöiden tietotarpeita. Tutkimuksen käytännön tavoitteena on luoda tietojärjestelmiä hyödyntämällä uusia raportointimalleja ja muuttaa nykyistä raportointiprosessia.

Tutkimuksella pyritään selvittämään millaista seuranta- ja raportointitietoa toimeksiantajan sopijakunnat tarvitsevat Seututerveyskeskuksen tuottamista palveluista ja mitä päätöksiä tietojen perusteella tehdään. Jotta raportointia voidaan kehittää ja ongelma ratkaista täsmennetään tutkimusongelmaa apukysymyksillä:

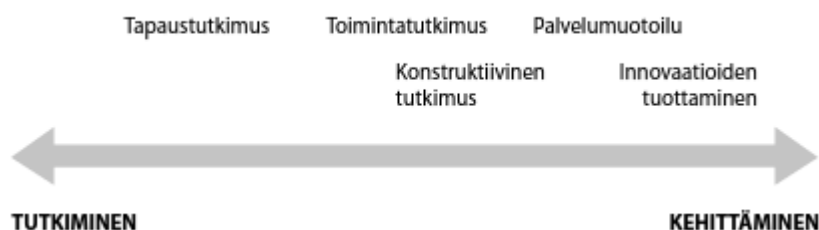
- Miten sopijakunnan talouden ja toiminnan suunnitteluprosessi on yhteydessä toimeksiantajan talouden ja toiminnan suunnitteluun?
- Miten toimeksiantajan tuottama seuranta- ja raportointitieto on yhteydessä sopijakunnan päätöksentekoon?
- Miten toimeksiantajan tuottama seuranta- ja raportointitieto vaikuttaa päätöksentekoon?

Kehittämistutkimuksessa pyritään ongelma poistamaan eikä vain toteamaan ongel-

man syitä tai esittämään ratkaisuehdotuksia. Kun kehittämistyö tehdään organisaatiolle, muutoksen taso ja suuruus riippuu mukana olevien ihmisten ja henkilöstön roolista kehittämisessä. (Kananen 2015, 13.) Tutkimusongelman ratkaisemiseksi kysytään tietoja sopijakuntien päätöksentekijöiltä. Teemahaastattelun avulla selvitetään mitä tietoja he haluavat raporteilta löytää, kuinka usein he tarvitsevat raportit käyttöönsä, miten he raporteja käsittelevät, ja miten raporteilta löytyvä tieto vaikuttaa heidän päätöksentekoonsa. Tutkijan roolina kehittämistyössä on luoda tarvittavat raporttipohjat käytössä olevia tietojärjestelmiä hyödyntämällä, arvioida tuotetun tiedon laatua ja toimia Seututerveyskeskuksen johdon tukena raporttien sekä seuranta-tiedon tuottajana.

4.2 Tutkimusmenetelmät

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä kehittämiskohteen lähestymistavan valinta ei ole yksiselitteistä. Lähestymistavan valinta kehittämistyössä vastaa tutkimusstrategian valintaa tieteellisessä tutkimuksessa, jossa tutkimusstrategiaksi voidaan valita esimerkiksi tapaustutkimus tai toimintatutkimus. Lähestymistavan valinta ohjaa käytettävien tutkimusmenetelmien valintaa, vaikka lähes kaikki menetelmät soveltuvat kehittämistyöhön, esimerkiksi haastattelut. (Mts. 51). Ojasalo ja muut ovat kuvanneet eri lähestymistapoja alla olevalla janalla (ks. kuvio 10):



Kuvio 10. Lähestymistavat tutkiminen-kehittäminen-jatkumolla (Ojasalo ym. 2015, 36)

Lähestymistapana tässä tutkimuksessa voidaan pitää konstruktivistista tutkimusta, koska kehittämistehtävän tavoitteena on saada käytännön ongelmaan konkreettinen tuotos, joka tässä kehittämistyössä on uusi raportointimalli. Toimintatutkimuksessa painopiste on enemmän ihmisten toiminnan muuttamisessa kuin konstruktivisessa tutkimuksessa, jossa muutos kohdistuu johonkin kohteeseen. (Mts. 37.) Konstruktivisessa tutkimuksessa pyritään toimintatutkimuksen tavoin muuttamaan organisaation toimintaa ja käytänteitä (mts. 66.) Uusi raportointimalli ei ole pelkästään tietojärjestelmästä tulostettava uuden mallinen raporttipohja, vaan samalla luodaan koko kuntaraportointia koskeva raportointiprosessi.

Tutkimusmenetelmät jaotellaan laadulliseen eli kvalitatiiviseen tai määrälliseen eli kvantitatiiviseen menetelmään. Tämä tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena, jota käytetään silloin kun tavoitteena on saada ymmärrys tutkitavasta asiasta, tutkimus tapahtuu luonnollisessa ympäristössä ja tutkimusaineisto kerätään vuorovaikutuksessa tutkijan ja tutkittavan kanssa (Kananen 2014, 16–18.) Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen, jossa tutkimuksen kohde on harkittu ja siitä halutaan lisää tietoa. Määrällisessä tutkimuksessa kysytään samoja asioita samassa muodossa isolta joukolta vastaajia ja materiaali analysoidaan tilastollisin menetelmin. Tutkijan rooli on selvästi erillään tutkimuksen kohteesta. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan rooli on aktiivinen ja osallistuva, analysoitavaa aineistoa syntyy usein paljon, jotta ilmiötä voidaan ymmärtää paremmin. (Ojasalo ym. 2015, 105.)

Aineistonkeruumenetelmä

Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmiä ovat sekundääriaineistot eli olemassa olevat dokumentit ja primääriaineistot eli aineistot, jotka kerätään nimenomaista tutkimusongelmaa varten. Dokumentteja ovat kaikki kirjallisuus, raportit, tutkimukset, verkkosivut, kuvat ja muut tallenteet, jotka liittyvät tutkittavaan ongelmaan. Laadullisen tutkimuksen tärkeimmät aineistonkeruumenetelmät ovat havainnointi, haastattelut ja kyselyt. (Kananen 2015, 76.) Tämän tutkimuksen dokumenttipohjainen aineisto rajattiin raportoinnin, tiedolla johtamisen ja tietojärjestelmien käyttöön tiedon hyödyntämisessä ja tuottamisessa liittyviin teemoihin. Primääriai-

neistonkeruumenetelmäksi valikoitui teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu, joka on yksi haastattelun kolmesta muodosta. Muita haastattelumuotoja ovat strukturoitu haastattelu, joka vastaa kyselyä ja sisältää kaikille samat kysymykset ja sen vastakohtana strukturoimaton haastattelu eli avoin haastattelu, jossa haastateltavalle annetaan vain aihe ja haastattelija tarkentaa lisäkysymyksillä aihetta. (Mts. 82.)

Teemahaastattelu koostuu teemoista eli keskustelun aiheista, joista tutkijalla on jonkinlainen ennakkokäsitys. Etukäteen suunnitelluilla teemoilla varmistetaan, että teemat liittyvät tutkittavaan asiaan ja kaikista teemoista tulee keskusteltua. (Kananen 2015, 83.) Teemahaastattelu valittiin tiedonkeruumenetelmäksi siksi, että haastattelutilanteesta haluttiin aidosti vuorovaikutuksellinen tilanne, jossa kysymysten järjestyks voi vaihdella tilanteen, lisäkysymysten ja saatujen vastausten mukaan. Haastattelukysymykset oli suunniteltu etukäteen ja viimeinen kysymys jätettiin avoimeksi, jotta haastateltavalla oli mahdollisuus tuoda esille asioita, joita ei etukäteen osattu ottaa huomioon. (Ojasalo ym. 2015, 41.)

Aikaisemmat tutkimukset

Niiranen, Joensuu ja Martikainen (2013) tutkivat tutkimuksessaan kuntien poliittisen johdon päätöksentekoon vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksessa selvitettiin mistä luottamushenkilöt saivat päätöksenteon perustaksi tarvitsemansa tiedon ja miten poliittisen johdon ja toiminnallisen johdon välinen vuorovaikutus päätöksentekoon vaikuttaa. Tutkimuksesta selvisi, että poliittisen ja toiminnallisen johdon välisellä toimivalla luottamukseen, tiedon käyttöön ja tukeen perustuvalla vuorovaikutuksella on merkitystä päätöksentekoprosessissa. Luottamushenkilöt saavat pääasiassa päätöksentekoon vaikuttavat tiedot toiminnalliselta johdolta. (Niiranen, Joensuu & Martikainen 2013, 9, 66–67.)

Valtuutetut talousinformaation käyttäjinä -tutkimuksessa Oulasvirta, Sinervo ja Haapala (2019) tutkivat kunnanvaltuutettujen taloudellisen tiedon käyttöä. Tutkimuksessa kysyttiin valtuutetuilta millaista taloustietoa he käyttävät, kuinka usein ja minkä tiedon perusteella he muodostavat käsityksen kunnan taloudellisesta ase-

masta ja mikä on heidän käsityksensä omasta taloustiedon ymmärtämisestä. Tutkimuksesta ilmeni, että valtuutetut kiinnittivät huomiota kokonaisuuden sijasta tiettyihin osa-alueisiin, esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuoltoon tai omiin kiinnostuksen kohteisiin ja ajamiin asioihin. Tutkijat pitivät mielenkiintoisena tulosta, joka osoitti valtuutettujen käyttävän tiedonlähteenä useimmin muita kuin virallisia asiakirjoja, esimerkiksi talousjohdon suullisia esityksiä, puolueryhmän sisäisiä keskusteluja ja keskusteluja kunnan yleis- tai talousjohdon kanssa. Tiedon riittämättömyys palvelujen laadun ja vaikuttavuuden osalta nousi tutkimuksesta myös esille. Talousarviokokonaisuuden ymmärtäjinä ja tilinpäätösinformaation hyödyntäjinä valtuutetut kokivat olevansa vähintään tyydyttävällä tasolla. (Oulasvirta, Sinervo & Haapala 2019, 14–15, 19, 20.)

Ojala (2017) käsittelee opinnäytetyössään sisäisen raportoinnin kehittämistä sosiaali- ja terveydenhoitoalalla toimivassa yrityksessä. Tutkimusongelmana oli sisäisen raportoinnin toimimattomuus. Tutkimuksessa selvitettiin yrityksen johtoryhmän tietotarpeita päätöksenteon tueksi. Tutkimuksesta selvisi, että raportoinnin hyödyntämiseen vaikutti johtoryhmän jäsenten rooli ja erilaiset tietotarpeet sekä tietojärjestelmän käytön eritasoinen osaaminen. Raportin sisällön osalta selvisi, että raportoitavien tietojen oikeellisuudella ja ajantasaisuudella oli merkitystä päätöksiä tehtäessä. Myös raportin ulkomuodolla, miten selkeästi ja visuaalisesti tiedot on esitetty, on merkitystä sisällön hahmottamisessa. (Ojala 2017, 4, 34–35.)

Neittaanmäki, Lehto, Ruohonen, Kaasalainen ja Karla (2019) tutkivat Suomen terveysdataa ja sen hyödyntämistä yhtenä osa-alueena suuremmasta hankekokonaisuudesta. Hankkeissa tutkittiin tekoälyn käyttöä terveysdatan hyödyntämisessä, palveluprosessien tehostamisessa ja liittämässä osaksi kansalaisten omaehtoista terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä terveysdatan hyödyntämistä yksilö- ja aluetasolla ja kansallisesti. Tutkimus toteutettiin samaan aikaan sosiaali- ja terveydenhoitoalan tietojärjestelmien ja lainsäädännön uudistamisen kanssa. Neittaanmäki ja muut (2019) esittävät tutkimuksen pohjalta kymmenen toimenpide-ehdotusta alan kehittämistyölle, tiedonhallinta-alustan käyttöönotolle ja sen ominaisuuksille sekä arviot säästöpotentiaalista, it-tekniikan ja tekoälyn mahdollisuuksista sote-toimintojen tehostamiseksi. (Neittaanmäki, Lehto, Ruohonen, Kaasalainen & Karla 2019, 7.)

4.3 Seututerveyskeskus palveluntuottajana

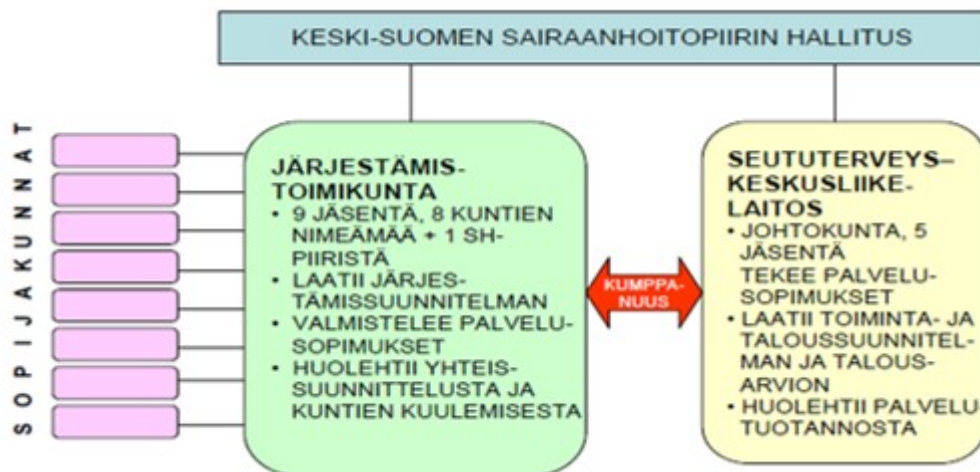
Keski-Suomen seututerveyskeskus aloitti toimintansa 1.1.2011. Perustamissopimuksella kahdeksan kuntaa (Keuruu, Konnevesi, Laukaa, Luhanka, Multia, Petäjävesi ja Toivakka) siirsivät perusterveydenhuollon ja siihen läheisesti kuuluvat sosiaalihuollon lähipalvelut sekä suun terveydenhuollon järjestämisen Keski-Suomen sairaanhoitopiirille. Palvelujen tuottaja -organisaatioksi muodostettiin kunnallinen liikelaitos. (Perustamissopimus 2009). Sopijakuntien yhteenlaskettu väestömäärä 31.12.2018 oli tilastokeskuksen mukaan 44 451 (liite 1). Yhtiön liikevaihto vuonna 2018 tilinpäätöksessä oli 38,2 miljoonaa euroa ja henkilöstöä oli 480, josta lääkäreitä oli 59, hoitohenkilöstöä 346 ja muuta henkilöstöä 75. Jokaisessa sopijakunnassa on avoterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon vastaanotot, Keuruulla ja Laukaassa lähipäivystysvastaanotot, suun erikoishoidon yksikkö Jyväskylässä sekä kolme terveyskeskussairaalaa Joutsassa, Keuruulla ja Laukaassa. (Toimintakertomus 2018 2019,3.)

Seututerveyskeskuksen organisaatorakenne koostuu neljästä vastuualueesta: Hallinto, Avoterveydenhuolto, Sairaalahoido ja Suun terveydenhuolto. Avoterveydenhuollon vastaanotoilla kävi vuonna 2018 yhteensä 37 762 eri asiakasta, eli 84,9 % sopijakuntiin kuuluvista kuntalaisista. Heillä oli käyntejä yhteensä 198 802. Avoterveydenhuollon palvelujen myyntinä sopijakunnille toteutui 20 787 386 miljoonaa euroa. Terveyskeskussairaaloissa hoidettiin saman vuoden aikana 2 292 eri potilasta, eli 5,1 % kuntalaisista ja heillä oli yhteensä 18 566 hoitopäivää. Sairaalahoidon palvelujen myyntinä toteutui 5 937 521 miljoonaa euroa. Suun terveydenhuollossa hoidettiin vuoden 2018 aikana 46 % kuntalaista, eli yhteensä 20 517 eri asiakasta, joilla oli 54 837 käyntiä. Suun terveydenhuollon palvelujen myynti sopijakunnille oli 5 602 447 miljoonaa euroa. Seututerveyskeskukseen kuuluvat sopijakunnat maksoivat perusterveydenhuollon palveluista yhteensä 32,3 miljoonaa, eli 720 euroa per asukas. Edellisenä vuonna vastaava luku oli 687 euroa per asukas ja hoitopalveluina toteutui 31,1 miljoonaa euroa. (Toimintakertomus 2018 2019, 3.)

Seututerveyskeskuksen päätöksenteko- ja raportointiprosessi

Seututerveyskeskuksen päätöksenteko on organisoitu johtokunnalle ja järjestämistoi-

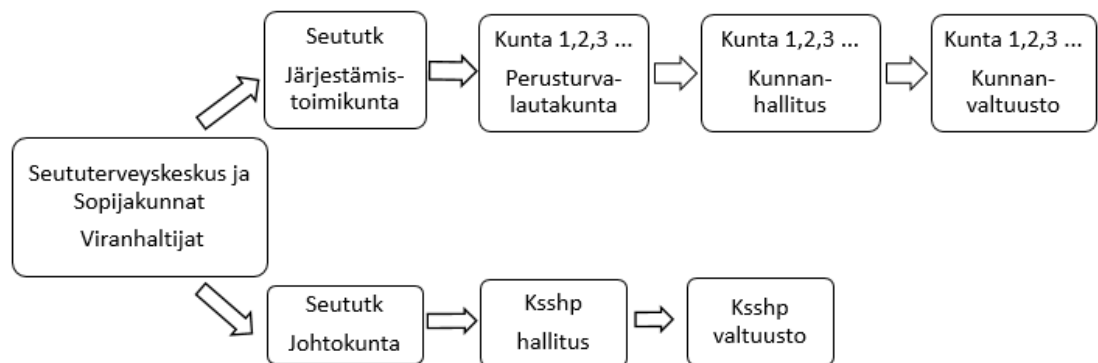
mikunnalle. Johtokunta edustaa tilaaja-tuottajamallin mukaista tuottajaa eli liikelaitosta, joka tekee palvelusopimukset, huolehtii palvelutuotannosta ja laatii toiminta- ja taloussuunnitelman sekä talousarvion. Järjestämistoimikunta edustaa tilaajaa, joka vastaa kuntalaisten ja kuntapäätäjien näkökulmasta palvelutarpeiden ja -tason määrittelyssä ja päättää millä kustannus- ja laatu tasolla palveluja tuotetaan, millainen palvelurakenne on ja kuka kuntalaisten palveluita tuottaa. (Päätöksenteko 2016.) Liikelaitoksen operatiivisesta johtamisesta vastaa toimitusjohtaja ja vastuualueiden yllähoitajista ja ylilääkäreistä koostuva johtoryhmä. Päätöksenteon organisointi on kuvattu alla olevassa kaaviossa (ks. kuvio 11):



Kuvio 11. Päätöksenteon organisointi (Päätöksenteko 2016)

Seututerveyskeskuksen ja sopijakuntien virkamiehet valmistelevat vuosittaisen talous- ja toimintasuunnitelman sekä talousarvion sopimusohjausneuvotteluissa, jonka ensimmäisessä vaiheessa määritellään euromääräinen raami ja palvelutarve. Sen jälkeen käydään sopijakuntien päätöksentekijöiden kanssa kuntakohtaisia neuvotteluja. Sopimusohjausneuvottelujen toisessa vaiheessa määritellään tarkemmat sopijakuntakohtaiset palvelutarpeet ja euromäärät, jonka jälkeen kuntakohtaiset talousarvio-

esitykset etenevät kunkin sopijakunnan omaan päätöksentekoprosessiin ja seututerveyskeskus -liikelaitoksen talous- ja toimintasuunnitelma ja talousarvioesitys johtokuntaan ja sieltä edelleen Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hallituksen ja valtuuston hyväksyttäväksi. Prosessin etenemistä eri päätöksentekoelimisissä voidaan kuvata alla näkyvän kaavion (ks. kuvio 12) mukaisesti:



Kuvio 12. Talousarviovalmistelun eteneminen

Seututerveyskeskuksen henkilöstö- ja taloushallinnon palvelut, ICT-palvelut ja -laitteet, tekniikan palvelut sekä hankinta- ja puhtauspalvelut tuottaa Keski-Suomen sairaanhoitopiiri joko suoraan tai palvelut tuottavat sairaanhoitopiirin neuvottelemien sopimusten mukaiset yhteistyökumppanit. Vuoden 2019 alusta Keski-Suomen sairaanhoitopiiri siirtyi hoitopalvelujen laskutuksessa jäsenkuntiensa osalta tasasummaan perustuvaan kuukausilaskutukseen aiemman toteumaan perustuvan laskutuksen sijaan. Hoitopalvelulaskutus, joka kohdistuu muihin kuin jäsenkuntiin on edelleen toteumaan perustuvaa. Koska Seututerveyskeskuksen sopijakunnat ovat myös Keski-Suomen sairaanhoitopiirin jäsenkuntia, muuttui sopijakuntien laskutus vastaavasti.

Seututerveyskeskus -liikelaitoksen talouden ja toiminnan seurantatiedot sisältyvät Keski-Suomen sairaanhoitopiirin tuottamaan raportointiin, jota sairaanhoitopiiri toteuttaa jäsenkunnilleen oman prosessinsa mukaisesti. Sopijakunnilleen Seututerveyskeskus tuottaa yksittäisiin palveluihin liittyviä tietoja sopimusneuvottelujen yhteydessä ja kuntakohtaisia tietoja kuntien toimielinten kokouksiin sekä muihin erilaisiin kuntatilaisuuksiin. Seututerveyskeskus -liikelaitosta koskevat talousraportit: tuloslaskelma, tase ja rahoituslaskelma toimitettiin aiemmin vain johtokunnan jäsenille, mutta siitä luovuttiin viime vuoden aikana. Seututerveyskeskus laatii toiminnastaan kaksi kertaa vuodessa osavuosisikatsauksen ja vuosittain toimintakertomuksen. Seututerveyskeskus tuottaa tietoja omalle organisaatiolleen vastuualue- ja kuntakohtaisesti toteutuneista perussuoritteista. Perussuoritteita ovat avo- ja suun terveydenhuollon käynti- ja potilasmäärät sekä hoitopäivät ja hoidettujen potilaiden määrä sairaalahoidossa. Sairaanhoitopiirissä käytöön otetaan uutta Prodacapo Region -raportointijärjestelmää, joka mahdollistaa hoitopalvelujen raportoinnin laajemmin, huomioiden mm. kunnittaiset tietotarpeet suorite- ja euromääräkohtaisesti, väestön sairastavuustietoja alueittain ja ikäluokittain sekä ennustemalleja.

5 Tutkimustulokset

Tiedonhankinta toteutui pääosin vuoden 2019 kesän ja alkusyksyn aikana. Tutkimusprosessin aikana tietoperustaa muokattiin ja tarkennettiin esimerkiksi haastatteluista nousseiden asioiden perusteella. Teemahaastattelut toteutuivat loka-marraskuussa 2019, jonka jälkeen aineistot purettiin ja analysointiin. Tammikuussa 2020 tutkimuksen tulokset esitettiin palveluntuottajalle. Tässä luvussa kerrotaan, miten teemahaastattelut toteutettiin käytännössä ja sen jälkeen esitetään keskeiset teemahaastatteluista nousseet asiat luokiteltuina kolmeen ryhmään. Ensimmäinen on asioiden, jotka liittyvät raportoitujen tietojen hyödyntämiseen päätöksenteossa ja tietojen vaikutuksista päätöksentekoon. Seuraavaksi on koottu asiat, jotka liittyvät raporttien julkaisuun ja ulkomuotoon ja lopuksi esitetään asiat, jotka liittyvät tietojen jakamiseen ja yhteistyöhön muiden päätöksentekijöiden kanssa.

Kaikki tutkimuksessa tehdyt haastattelut toteutuivat haastateltavien luona virka-aikana ja ne äänitettiin. Tutkija oli valmistautunut haastatteluihin tuomalla keskustelun pohjaksi kirjallisena haastattelukysymykset ja raporttimalleja, joiden tiedot pohjautuivat kunkin haastateltavan edustamaan kuntaan sekä Seututerveyskeskus -liikelaitoksen tuloslaskelman. Raporttimallien tarkoituksena oli saada vastauksia tietojen visuaaliseen esittämistapaan ja siihen, mihin tietoon haastateltava kiinnittää ensimmäisenä huomiota. Haastattelut litteroitiin kirjoittamalla tekstit yleiskielisinä puhtaaksi tekstinkäsittelyohjelmalla. Yleiskielisessä litteroinnissa teksti on tiivistetyssä muodossa ja siitä on poistettu puhekielen ilmaisut (Kananen 2012, 110). Litteroitu aineisto purettiin teema-alueittain hyödyntämällä excel -taulukointia ja sen jälkeen luokiteltiin kolmeen eri ryhmään.

Raportoinnin hyödyntäminen päätöksenteossa

Tutkimuksesta ilmeni, että kaikki haastatellut eivät saa seututerveyskeskusta koskevia tai seututerveyskeskuksen tuottamia raportteja tai seurantatietoja säännöllisesti tai suoraan itselleen. Yksi haastateltava käytti Keski-Suomen sairaanhoitopiirin internet-sivustoa, jossa on sairaanhoitopiirin jäsenkunnilleen tuottamia tietoja. Kysyttäessä kenelle seututerveyskeskuksen tulisi ensisijaisesti toimittaa tietoja sen tuottamista palveluista nimettiin saajiksi talousjohtaja, perusturvajohtaja ja kunnan johtaja. Pääsääntöisesti haastatellut käsittelevät saatuja raportteja itsenäisesti ja hyödyntävät niitä omaan päätöksentekoonsa, mutta toimittavat niitä myös tiedoksi esimerkiksi perusturvalautakuntaan, kunnan johtoryhmään tai keskustelun pohjaksi muihin erisidosryhmien kanssa käytäviin yhteistyöpalavereihin. Jos tiedoissa havaitaan poikkeamia, ne käsitellään yhdessä muiden kunnan viranhaltijoiden kanssa.

Kaikkien haastateltavien kohdalla seututerveyskeskuksen tuottamilla tiedoilla on suora vaikutus talousarviosta tehtäviin päätöksiin ja niiden osuuteen kunnan omasta talousarviosta ja tilinpäätöksestä. Talouspaineisuus ja kunnan taloudellinen kokonaistilanne on korostuneempi taloudesta vastaavilla päätöksentekijöillä. Talouden toteumaa seurataan säännöllisesti, vaikka Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin siirryttyä tasasummana toistuvaan kuukausilaskutukseen talousarvion toteuman seuranta ei koeta kuukausitasolla niin kriittisenä kuin aiemmin. Kaikki haastateltavat toivat esille sen, että kunnan tulisi saada tietoa siitä, miten tasalaskutus on toteutunut suhteessa

aiempaan toteumaan perustuvaan laskutukseen ja onko se ollut sen mukaista kuin on arvioitu. Jos tuloksena on poikkeamaa, voidaan arvioida, millainen vaikutus sillä on seuraavien vuosien hoitopalvelujen laskutukseen.

Tutkimuksella saatiin vastauksia siihen, millaista tietoa päätöksentekijät tarvitsevat. Keskeisinä perustietoina nähdään omat kuntakohtaiset tiedot suoritekohtaisesti euroarvoina. Tiedot siitä, mihin raha on mennyt ja mitä rahalla on saatu aikaan, miten kuntalaiset ovat palveluja käyttäneet ja millaisia poikkeamia palvelujen käytössä on mahdollisesti ollut, olivat haluttuja tietoja riippumatta haastateltavan virka- asemasta. Ennustettavuustiedot esimerkiksi väestörakenteen kehittymisestä ja tehtyjen päätösten vaikuttavuudesta tuli esille kaikkien haastateltavien kohdalla. Näillä tiedoilla on merkitystä myös kunnan omiin strategisiin toimenpide- ja kehittämissuunnitelmiin liittyvässä päätöksenteossa. Myös vertailutietoja tarvitaan päätöksenteon tueksi, esimerkkinä mainittiin saman kokoluokan kunnat seututerveyskeskuksen sopijakuntien välillä tai muualla Suomessa ja miten niissä on palveluja käytetty.

Perusturvasta vastaavien viranhaltijoiden vastauksissa oli nähtävissä palvelujen käyttöön ja järjestämiseen liittyviä tarkemman tason tietotarpeita. Kuntalaisten sairastavuuteen liittyvät tiedot kuten diagnoositaso, vuodeosastolle ottamisen syistä kertovat tiedot ja terveysasemilla tarjottavien erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöön, kustannuksiin ja vaikuttavuuteen liittyvät tiedot. Tiedon poikkeamista tuleviin ilmiöihin liittyviä tietotarpeita on esimerkiksi silloin, kun jonkun tietyn palvelun kysyntä kasvaa ja siihen tarvitaan selittäviä tekijöitä. Myös Seututerveyskeskuksen henkilöstön resurssointiin ja käyttöön liittyen haluttiin tietoa siitä, minkälainen henkilöstöresurssi on käytettävissä kunnan toimipisteissä, onko lääkäripalveluja saatavilla riittävästi ja miten eri ammattiryhmien palveluja on saatavilla. Henkilöstön käyttöön liittyviä tietotarpeita ovat ammattiryhmäkohtaiset tiedot: paljonko asiakkaat ovat käyttäneet eri ammattiryhmien palveluita ja miten moniammatillinen yhteistyö, ja tehtävien siirto hoitohenkilöstölle näkyy palvelujen käytössä. Esille nostettiin myös verkkosivuilla näytettävät raporttimallit, joista kuntalaiset itse voisivat seurata kiinnostuksensa mukaan, miten omassa kunnassa palveluita käytetään.

Raportointiväli, ulkomuoto ja julkaiseminen

Tutkimuksella saatiin vastauksia myös tietotarpeiden yhteydestä kunnan talouden ja toiminnan suunnitteluprosessiin. Kaikki haastateltavat olivat yksimielisiä siitä, että kuukausittain toistuva perustietopaketti kuntalaisten palvelujen käytöstä on tarpeen, jotta tietoja voidaan hyödyntää päätöksenteossa ja mahdollisiin muutoksiin voidaan reagoida mahdollisimman reaaliaikaisesti. Haastateltavat kokevat, että tietoihin täytyy olla riittävästi aikaa paneutua eikä tiheämpi raportointiväli tuota tässä mielessä lisäarvoa. Osavuosisraportointi ajoittuu samaan aikaan Seututerveyskeskuksessa ja kunnissa ja siihen liittyvät tietotarpeet nähdään laajempaan kuin kuukausittain toistuvassa perustietopaketissa.

Tutkimuskysymyksellä millaista tietoa päätöksentekijät tarvitsevat, saatiin vastaus myös raporttien ulkomuotoon liittyviin asioihin. Tietojen tulee olla yksinkertaisessa, visuaalisessa ja helposti ymmärrettävässä muodossa esitetty. Lukuja sisältävien taulukoiden tukena tulee olla graafisia kaavioita tai pylväs- tai palkkidiagrammeja ja tarvittaessa niiden yhteydessä tulkintaa tarkentavia aputekstejä. Raportit tulisi olla käytettävissä ajasta ja paikasta riippumatta ja niin, että erilaisia raportointityökaluja hyödyntämällä niitä voisi pyöritellä silloin, kun on tarve. Tiedot tulisi raportoida myös excel-muodossa, jotta niitä pääsee tarpeen mukaan itse jalostamaan ja raporteilla käytetyt laskentakaavat ovat jäljitettävissä.

Raportoitavien tietojen jakaminen ja yhteistyö

Kaikki haastateltavat ilmaisivat, että raportit tulisi lähettää tai olla käytettävissä samaan aikaan nimetyillä saajilla. Lähetystapana voi olla joko sähköposti tai sähköpostiin tuleva impulssi siitä, että raportit on päivitetty uusimmilla tiedoilla ja käytettävissä yhteisesti sovitussa ja tiedossa olevassa paikassa. Vuoden 2019 aikana kokoonoutuivat ensimmäiset seututerveyskeskuksen johdon asettaman strategian mukaiset talousjohtajien ja perusturvajohtajien yhteiset työryhmät. Haastateltavat kokevat nämä tapaamiset positiivisena, tervetulleena muutoksena aiempaan tilanteeseen. Työryhmätyöskentely nähtiin hyödyllisenä foorumina yhteistyön, tietojen jakamisen ja vaihtamisen kannalta.

6 Tiedä ensin, johda sitten

Tarkastelemalla talouden ja toiminnan suunnittelun prosessien yhteyttä Seututerveyskeskus -liikelaitoksen ja sen sopijakuntien välillä on huomioitava kunnallisen, moniportaisen päätöksenteon jakautuminen kunnan poliittisen johdon ja kunnan virkamiesjohdon välillä. Toisaalta on neljän vuoden välein vaihtuvan kunnan ylimmän johdon asettamat pitkän aikavälin tavoitteet, jotka virkamiestasolla on sovitettava talousarviovuoteen liittyvään päätöksentekoon. Sopijakunnat ovat siirtäneet perusterveydenhuollon järjestämisen yhteisesti perustamalleen kunnalliselle liikelaitokselle eli palveluntuottajalle, jonka päätöksenteko jakaantuu liikelaitosta edustavan toimielimen ja kuntia edustavan toimielimen välillä. Tutkimusongelman kannalta päätöksenteon jakaantuminen eri tekijöille tarkoittaa sitä, että tietojen tuottaminen yhtä aikaa ja samansisältöisenä urheilutermejä käyttäen ”kaikille pelissä mukana oleville pelaajille” voidaan ratkaista, kun tutkimuksella saatujen tietojen perusteella tiedetään ketkä ovat ”pelaajia”.

Kun tutkimustuloksista tarkastellaan liikelaitoksen tuottamien tietojen yhteyttä päätöksentekoon ja vaikutuksia palvelujen järjestämiseen, voidaan nähdä kuntien yleinen taloudellisen tilanteen heikentyminen. Julkisin verovaroin toimivat organisaatiot eivät saa toimia tulostavoitteellisesti, vaan niiden on suunniteltava talousarvio siten, että palvelujen tuottamisesta aiheutuvat kustannukset katetaan niistä saatavilla tuloilla. Kunnallisessa sote -palvelujen tilaaja-tuottajamallissa se tarkoittaa palvelujen tuotteistamista ja hinnoittelua, jolloin kunnat tilaavat kuntalaistensa tarpeisiin n-kappaletta lääkärin käynti -tuotetta, y-kappaletta hoitajan käynti -tuotetta, x-kappaletta vuodeosaston hoitopäivä -tuotetta jne. Näin toteutuvien, eurojen pohjalta tehdään vuosittain päätöksiä suuntaan tai toiseen. Markkuja ja Syväniemi (2015, 79) viittavatkin siihen, että jos päätökset perustuvat pelkästään taloudesta saataviin lukuihin, ne voivat johtaa täysin väriin päätöksiin. On myös ymmärrettävä mistä luvut ovat syntyneet. Tiedon määrälläkään ei ole merkitystä, jos sitä ei osata soveltaa käytäntöön (mts. 21). Tutkimusongelma voidaan ratkaista lisäämällä tiedon ymmärrystä ja yhteistyötä. Lukujen takana olevien taustatekijöiden ymmärtämiseen tarvitaan kaikkien päätöksentekijöiden yhteistyötä, tietojen jakamista ja vaihtamista sekä eri ammattilaisten osaamisen ja tietopohjan hyödyntämistä (Tietokiri 2020).

Tutkimustulokset kertovat kuntien valtavasta tietotarpeesta ja haasteista sovittaa entistä niukemmat eurot vielä toistaiseksi kuntien järjestämisvastuulla oleviin sote-palveluihin. Riittämätön raportointi on ongelma, joka voidaan ratkaista tuottamalla tietoa säännöllisesti ja tuottamalla tarkoituksenmukaista tietoa. Raportteja ei tuoteta pelkästä raportoinnin ilosta, eikä sillä kuuluisalla ”mutu” tai ”hitu” tuntumalla. Tutkimuksella saatiin kerättyä tietoa siitä, millaista tietoa päätöksentekijät oikeasti tarvitsevat ja milloin he sitä tarvitsevat. Tiedon visuaalisella esittämistavallakin on merkitystä tiedon luettavuuden ja ymmärtämisen kannalta.

Tutkimusongelman ratkaiseminen käytännössä edellyttää sitä, että palveluntuottajalla on siihen tarvittavat resurssit. Tiedon tuottamiseen tarvittava nykyaikainen tietotuotannon mahdollistava raportointijärjestelmä ja henkilöstö, joka osaa järjestelmää käyttää. Tiedon hyödyntämiseen, jalostamiseen ja analysointiin tarvitaan osaamista organisaation kaikilta tasoilta. Collin ja Saarelainen (2016, 58) väittävät, että monessa tuotantoympäristössä datan puute ei ole ongelma, vaan ongelmana on datan vajaakäyttö tai sen jättäminen tyystin hyödyntämättä sekä datan laaduttomuus. He viittaavat tutkimusyhtiö McKinsey:n arvioon, jonka mukaan maailmanlaajuisesti kerättävästä datasta käytetään alle yksi prosentti. Datan laatuun tulee heidän mukaansa järjestää toiminnan kannalta riittävä ja luotettava jatkuvaluonteinen tiedonhuoltoprosessi ja tiedonhallinnassa tulee ottaa huomioon viisi eri ulottuvuutta. Datan oikeellisuuden, aukottomuuden ja yhdenmukaisuuden varmistaminen. Jotta tulokset eivät vääristy, on varmistettava, ettei samoja tietoja raportoida useaan kertaan. Ja viidenneksi, tiedon tulee olla saatavilla riittävän nopeasti kaikille osapuolille (mts. 310.)

7 Pohdinta

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää millaista seuranta- ja raportointitietoa sopijakuntien päätöksentekijät tarvitsevat Seututerveyskeskuksen tuottamista palveluista. Aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelu soveltui tähän hyvin, koska haastattelulla saadaan kohteesta aitoa tietoa, joka auttaa ymmärtämään ilmiötä ja sen

kanssa toimivia ihmisiä. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointi on vaikeampaa kuin määrällisessä tutkimuksessa, koska luotettavuusmittarit eivät sellaisenaan sovellu tutkimukseen, jossa tutkimuskohteena on ihminen. Käytännössä haastattelujen ajankohta osui juuri hektisimpään aikaan kuntien talousarvio- ja suunnitelmaprosessia, joka vähensi suunniteltua haastattelujen määrää. Vähäisestä määrästä huolimatta aineiston kylläntymispiste, jossa haastattelut eivät enää tuottaneet kehittämistehtävän kannalta mitään oleellista uutta tietoa, saavutettiin. Puuttumaan jääneistä haastatteluista olisi voinut saada monipuolisemmin tietoja ja etenkin isomman kunnan näkökulmasta myös hieman laajemmin tietoja.

Tuloksista saatiin selvitettyä raportteihin liittyvät tietotarpeet, joiden pohjalta voidaan luoda tietojärjestelmiä hyödyntämällä tarpeita vastaavat raporttipohjat. Tutkijalle yllätyksenä nousi haastatteluista se, etteivät kaikki haastateltavat olleet saaneet mitään seurantatietoa palveluntuottajalta säännöllisesti tai suoraan itselleen. Haastatteluista nousi siten merkittävä tieto siitä, ketkä ovat päätöksenteon näkökulmasta oikeita tiedon saajia. Tulosten perusteella saadaan määriteltyä päätöksentekijöiden kannalta riittävä raportointiväli. Tällä tutkimuksella saadut tulokset vastaavat aiempia tutkimuksia ja ne vastaavat myös palveluntuottajan näkemystä siitä, mihin suuntaan raportointia tulee kehittää. Toinen hieman yllättävä haastatteluista esille tullut tieto oli raporttien julkaisumuoto, jonka toivottiin olevan excel. Excel:n käyttö mahdollistaa tietojen jatkojalostamisen ja hyödyntämisen muissa tarkoituksissa ja esimerkiksi laadun näkökulmasta voidaan tarkistaa käytetyt laskentakaavat.

Tutkimuksen käytännön tavoitteena oli luoda uusi raportointimalli, jossa huomioidaan tietotarpeiden lisäksi raportointiväli ja tietojen saajat sekä tietosisällön lukemista ja ymmärrettävyyttä helpottavat raporttipohjat. Samaan aikaan tutkimusprosessin kanssa uusi raportointijärjestelmä on ollut pilottivaiheessa ja järjestelmään tulevien tietojen poimintaehtoja on määritelty ja sieltä saatavia tietoja on validoitu. Vuoden 2020 raportointia aloitettaessa raportointijärjestelmästä tullaan saamaan kuntakohtaisten perustietojen lisäksi tietoja mm. sairastavuudesta ja hoitokokonaisuuksista, eri ammattilaisten resurssien käytöstä, erilaista kustannustietoa sekä enustamiseen liittyviä tietoja. Liikelaitoksen johdon strategian mukaisesti aloitettiin

sopijakuntien päätöksentekijöiden ja liikelaitoksen johdon välinen työryhmätyöskentely, joka lisää kaikkien osapuolten tiedon ymmärtämistä, tiedon jakamista ja vaihtamista. Sen lisäksi talousarvion ja taloussuunnitelman prosessissa on huomioitu sopimusohjausneuvottelujen osalta uudet ajankohdat.

Jatkotutkimuksen voisi toteuttaa esimerkiksi vuoden tai kahden kuluttua vaikkapa vertaamalla, miten raportoinnin kehittäminen on vaikuttanut sopijakuntien päätöksentekijöiden tekemiin päätöksiin. Onko saatu tieto ollut riittävää, ja onko raporttien tietosisältö vastannut todellisia tietotarpeita. Jatkotutkimuksen voisi toteuttaa myös vertaamalla palveluntuottajan päätöksentekijöiden toimintaa, miten raportoinnin kehittäminen on vaikuttanut eri vastualueiden toimintaan ja uuden raportointivälimen käyttöön. Millä tavoin päätöksentekijät järjestelmää käyttävät, osataanko sitä käyttää ja ymmärretäänkö järjestelmän tuottamaa tietoa ja onko järjestelmän käyttöönotto vaikuttanut omaan vastualueen johtamiseen ja siihen liittyvään päätöksentekoon.

Lähteet

- A 4/1865. Asetus kunnallishallituksesta maalla. Viitattu 10.7.2019.
https://fi.wikisource.org/wiki/Asetus_kunnallishallituksesta_maalla_1865.
- A 8.12.1873/40. Asetus kunnallishallituksesta kaupungissa. Kumottu säädöksellä 1043/1974. Viim. muutos 1.1.1975. Viitattu 10.7.2019.
<https://www.edilex.fi/lainsaadanto/vuosihakemisto/kaikki/1873>.
- Alhola, K. & Lauslahti, S. 2005. Taloutta johtamista varten. Esimiehille ja asiantuntijoille. Helsinki: Edita.
- Apotti hankkeena. N.d. Apotin kuvaus hankkeesta. Viitattu 26.1.2020.
<https://www.apotti.fi/apotti-hanke/>.
- Asiakas- ja potilastietojärjestelmä. 2017. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisu. Päivitetty 20.1.2020. Jyväskylä: KSSHP. Viitattu 26.1.2020. https://www.ksshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Uusi_sairaala_projekti/ICTratkaisut/Asiakas_ ja_potilastietojarjestelma.
- Collin, J. & Saarelainen, A. 2016. Teollinen internet. Helsinki: Talentum.
- HE 15/2017. Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi. Viitattu 26.1.2020.
<https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2017/20170015>.
- Historia. 2018. Mikä on THL?. Helsinki: THL. Viitattu 26.1.2020.
<https://thl.fi/fi/thl/mika-on-thl/historia>.
- Hämäläinen, H. 2015. Sote-tieto hyötykäyttöön –strategia 2020, Tieto hyvinvoinnin ja uudisuvien palvelujen tukena. Helsinki: STM. Viitattu 26.10.2019.
<https://vm.fi/documents/10623/1276245/20150324-KaPA-kickoff-caseSTM-digitaalinen-sotestrategia.pdf/99dbf023-c303-42d4-949c-dde6ab42666f/20150324-KaPA-kickoff-caseSTM-digitaalinen-sotestrategia.pdf.pdf>.
- Itkonen, R. 1950. Kunnallislaki selitettynä, 6. korj.p. Helsinki: Kunnallinen keskustoimisto.
- JHS 205 Kuntien ja kuntayhtymien taloustietojen raportointi. 2018. Helsinki: Kuntaliitto. Viitattu 7.9.2019. <https://www.kuntaliitto.fi/talous/jhs-205-kuntien-ja-kuntayhtymien-taloustietojen-raportointi>.
- Johtokunnan pöytäkirja 3/2019. 2019. Pöytäkirja 25.4.2019. Seututerveyskeskuksen sivustolla. Viitattu 25.7.2019. <http://www.seututk.fi/fi-FI/Seututerveyskeskus/Paatoksenteke/Johtokunta>.
- Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinäytetyönä: miten kirjoitan opinäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2015. Kehittämistutkimuksen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kaupunkien ja kuntien lukumäärät ja väestötiedot. 2019. Helsinki: Kuntaliitto. Viitattu 4.6.2019. <https://www.kuntaliitto.fi/tilastot-ja-julkaisut/kaupunkien-ja-kuntien-lukumaarat>.

Klockars, J. 1899. Kunnallismiehen käsikirja. Helsinki: G.W. Edlund.

Koskimies, E. 1915. Kunnallishallinnon käsikirja. Hämeenlinna: Arvi A. Karisto.

Kuntien talous vuonna 2018. 2019. Kuntataloustilasto. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 4.11.2019. http://www.tilastokeskus.fi/til/kta/2018/kta_2018_2019-09-20_kat_001_fi.html.

L 49/1956. Sairaalaki. Kumottu säädöksillä 561/1965 ja 1062/1989. Viim. muutos 1.1.2018. Viitattu 10.7.2019. <Http://www.finlex.fi>, ajantasainen lainsäädäntö.

L 28.1.1972/66. Kansanterveyslaki. Viitattu 10.7.2019. <Http://www.finlex.fi>, ajantasainen lainsäädäntö.

L 9.2.2007/169. Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta. Viitattu 3.6.2019. <Http://www.finlex.fi>, ajantasainen lainsäädäntö.

L 10.4.2015/410. Kuntalaki. Viitattu 3.6.2019. <Http://www.finlex.fi>, ajantasainen lainsäädäntö.

L 26.4.2019/552 Laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä. Viitattu 3.8.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2019/20190552>.

L 9.8.2019/906. Laki julkisen hallinnon tiedonhallinnasta. Viitattu 3.8.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2019/20190906>.

Leskelä, R.-L. 2013. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asiakkaat Oulussa. Suomen Lääkärilehti 48 sivut 3163-3169. Viitattu 15.11.2019. <https://docplayer.fi/3294713-Paljon-sosiaali-ja-terveyspalveluja-kayttavat-asukkaat-oulussa.html>.

Lind, A. 1972. Mitä uutta kansanterveyslaki tuo tullessaan. Julkaistu 13.1.2014. Päivitetty 11.9.2019. Yle Areena. Viitattu 15.7.2019. <https://yle.fi/aihe/artikkeli/2014/01/13/kansanterveyslaki-toi-terveyskeskuksen-joka-kuntaan>.

Majoinen, K., Hirvelä T., Myllyntaus O., Salenius M., Majala J. & Pauni M. 2008. Toimiva kunta. Helsinki: FCG Efeko.

Markkula, T. & Syväniemi, A. 2015. Analytiikkamatka datasta tietoon ja tiedolla johtamiseen. Helsinki: Suomen Liikekirjat.

Mikä sote-uudistus? N.d. Valtioneuvosto. Viitattu 2.2.2020.

<https://soteuudistus.fi/mika-sote-uudistus>.

Mitä on tiedolla johtaminen? N.d. Tietokiri. Viitattu 2.2.2020.

<https://tietokiri.fi/tiedolla-johtaminen/tiedolla-johtaminen-nain-se-tapahtuu/>.

Mäkelä, K., 2006. Terveystietotekniikka. Helsinki: Talentum Media.

Neittaanmäki, P., Lehto, M., Ruohonen, T., Kaasalainen, K. & Karla, T. 2019. Suomen terveysdata ja sen hyödyntäminen. Loppuraportti vol. 4. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Viitattu 3.8.2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7715-3>.

Niiranen, V., Joensuu, M. & Martikainen, M. 2013. Millä tiedolla kuntia johdetaan?

Helsinki: Kunnallisan alan kehittämiskeskus. Viitattu 3.8.2019. Viitattu 3.8.2019.

<https://kaks.fi/julkaisut/milla-tiedolla-kuntia-johdetaan-3/>.

Ojala, S. 2017. Sisäisen raportoinnin kehittäminen. Opinnäytetyö, AMK. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, liiketalouden tutkinto-ohjelma. Viitattu 3.8.2019.

<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2017060612570>.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2015. Kehittämistyön menetelmät. Helsinki: Sanoma Pro.

Oulasvirta, L. 1996. Miten kunta toimii. Helsinki: Kuntakoulutus.

Oulasvirta, L. & Sinervo, L.-M. & Haapala, P. 2019. Valtuutetut talousinformaation käyttäjinä. Helsinki: Kunnallisan alan kehittämiskeskus. Viitattu 3.8.2019.

<https://kaks.fi/julkaisut/valtuutetut-talousinformaation-kayttajina/>.

Perustamissopimus perusterveydenhuollon ja siihen kiinteästi liittyvien sosiaalitoimen tehtävien järjestämisvastuun siirtämisestä sekä perusterveydenhuollon kunnallisen liikelaitoksen muodostamisesta Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymään. 2009. Perustamissopimus Seutusterveyskeskuksen sivustolla. Viitattu 25.7.2019.

<http://www.seututk.fi/download/noname/%7BAFD86155-82FD-436B-B724-475C9E874F94%7D/60934>.

Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitus (Avohilmo). 2019. Helsinki: THL.

Viitattu 11.8.2019. [https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/ohjeet-tietojen-](https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/ohjeet-tietojen-toimittamiseen/perusterveydenhuollon-avohoidon-hoitoilmoitus-avohilmo)

[toimittamiseen/perusterveydenhuollon-avohoidon-hoitoilmoitus-avohilmo](https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/ohjeet-tietojen-toimittamiseen/perusterveydenhuollon-avohoidon-hoitoilmoitus-avohilmo).

Piipponen, S.-L. 2018. Johtamismallit ja toimielimet Manner-Suomen kunnissa 2017.

Helsinki: Kuntaliitto. Uutta kunnista, 7/2018, 2. Viitattu 22.7.2019.

http://shop.kuntaliitto.fi/download.php?filename=uploads/1956_7_2018toimielimet.pdf.

Päätöksenteko. 2016. Päätöksenteon organisoimisen kuvaus Seutusterveyskeskuksen sivustolla. Päivitetty 6.5.2019. Viitattu 25.7.2019. [http://www.seututk.fi/fi-](http://www.seututk.fi/fi-FI/Seutusterveyskeskus/Paatoksenteko)

[FI/Seutusterveyskeskus/Paatoksenteko](http://www.seututk.fi/fi-FI/Seutusterveyskeskus/Paatoksenteko).

Rosella, L. & Fitzpatrick, T. & Wodchis, W. & Calzavara, A. & Manson, H. & Goel, V.

2014. High-cost health care users in Ontario, Canada. BMC Health Services Research,

532, 3. Viitattu 15.11.2019.

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-014-0532-2>.

Sallinen, S. & Majoinen, K. & Seppälä, J. 2017. Toimiva kunta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Seppälä, T. & Pekurinen, M. 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat. Tampere: THL. Viitattu 4.11.2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-236-2>

Soosalu, I. 2019. Kuntatalous ajautui kriisiin: Kaksi kolmesta kunnasta teki negatiivisen tuloksen. Helsinki: Kuntaliitto. Viitattu 2.2.2020.
<https://www.kuntaliitto.fi/tiedotteet/2019/kuntatalous-ajautui-kriisiin-kaksi-kolmesta-kunnasta-teki-negatiivisen-tuloksen>.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmät. N.d. Helsinki: Valvira. Viitattu 11.8.2019. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/sosiaali-ja-terveydenhuollon-tietojarjestelmat>

Taloustietolaki aiheuttaa kunnille kustannuksia. 2019. Helsinki: Kuntaliitto. Viitattu 7.9.2019. <https://www.kuntaliitto.fi/ajankohtaista/2019/taloustietolaki-aiheuttaa-kunnille-kustannuksia>.

Terveyskeskukset. N.d. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 25.7.2019. <https://stm.fi/terveyskeskukset>.

Terveyskeskusten lääkäritilanne 2018. 2019. Helsinki: Suomen lääkäriliitto. Viitattu 23.7.2019.
https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/terveyskeskusten_laakaritilanne_2018_valmis_2.pdf.

Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena – Sote-tieto hyötykäyttöön strategia 2020. 2014. Valtioneuvoston julkaisuarkisto. Helsinki: STM. Viitattu 26.10.2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3548-8>.

Tietoaineistojen hallinta on järjestettävä jo sote-uudistuksen alkuvaiheessa. 2019. Helsinki: Kuntaliitto. Viitattu 8.9.2019.
<https://www.kuntaliitto.fi/ajankohtaista/2019/tietoaineistojen-hallinta-jarjestettava-jo-sote-uudistuksen-alkuvaiheessa>.

Toimintakertomus 2018. 2019. Seututerveyskeskus. Viitattu 25.7.2019.
<http://www.seututk.fi/download/noname/%7BE9EB0DD7-6CD2-4DC3-A6A7-A310AAFA7563%7D/70564>.

Toimintasuunnitelma 2019. 2018. Seututerveyskeskus. Viitattu 25.7.2019.
https://arkki.medikes.fi/liikelaitokset/seututerveyskeskus/Perustiedot/Toimintasuunnitelmat/SEUTUTK_TOIMINTASUUNNITELMA%20JA%20TA%202019.pdf.

Toisiolaki mahdollistaa sosiaali- ja terveystietojen tietoturvallisen käytön. N.d. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 26.7.2019. <https://stm.fi/sote-tiedon-hyodyntaminen>.

UNA Kaari. N.d. Tampere: UNA. Viitattu 26.1.2020. <https://unaoy.fi/una-ohjelmat/una-kaari/>.

Väestön ennakkotilasto. N.d. Väestörakenteen ennakkotiedot alueittain. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 25.7.2019.
http://www.stat.fi/til/vamuu/2019/09/vamuu_2019_09_2019-10-24_tie_001_fi.html.

Väestörakenne. N.d. Tunnuslukuja väestöstä alueittain, 1990-2018. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 25.7.2019. <http://www.stat.fi/til/vaerak/index.html>.

Liitteet

Liite 1. Seututerveyskeskuksen sopijakunnat

31.12.2018	Asukasluku	Väestörakenne		
		alle 15 v	15 - 64 v	yli 65 v
Koko maa	5 517 919	16,0 %	62,2 %	21,8 %
Seututerveyskeskus	44 451			
Joutsa	4 467	10,8 %	51,3 %	37,9 %
Keuruu	9 762	13,9 %	53,5 %	32,6 %
Konnevesi	2 698	13,7 %	53,8 %	32,5 %
Laukaa	18 927	22,7 %	57,8 %	19,5 %
Luhanka	707	9,3 %	48,5 %	42,1 %
Multia	1 584	13,8 %	51,6 %	34,6 %
Petäjavesi	3 900	19,7 %	56,5 %	23,8 %
Toivakka	2 406	19,1 %	54,0 %	26,9 %

Lähde: Tilastokeskus, tiedot päivitetty 19.6.2019

Tunnuslukuja väestöstä alueittain, 1990-2018

Tunnuslukuja väestöstä muuttujina Alue, Tiedot ja Vuosi

Liite 2. Teemahaastattelurunko

1. Millaisia päätöksiä raporttien perusteella tehdään?
2. Mitä asioita raportoinnista hyödynnät eniten?
3. Mihin tietoon kiinnität ensimmäisenä huomiota?
4. Mitä tietoja raporteista tulisi löytyä?
5. Millainen ulkomuoto raportin tulisi olla?
6. Mikä on sopiva raportointiväli?
7. Kenelle muulle raportit tulisi toimittaa ja miten?
8. Miten ja missä liikelaitoksen raportteja käsitellään?
9. Keneltä kysyt lisätietoja raporteista?
10. Onko jotain muuta mitä haluat sanoa?