

TIEDOLLA JOHTAMINEN  
IKÄÄNTYNEIDEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON  
PALVELUIDEN JÄRJESTÄMISESSÄ  
RAI-tieto ikääntyneiden palveluiden johtamisessa

Oinas Rita

Opinnäytetyö  
Hallinnon ala  
Tiedolla johtamisen asiantuntija  
Sairaanhoitaja (YAMK)

2021

Tiedolla johtamisen asiantuntija  
Hallinnon ala  
Sairaanhoitaja (YAMK)

<b>Tekijä</b>	Rita Oinas	<b>Vuosi</b>	2021
<b>Ohjaaja(t)</b>	Marita Turulin		
<b>Toimeksiantaja</b>	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos		
<b>Työn nimi</b>	Tiedolla johtaminen ikääntyneiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. RAI-tieto ikääntyneiden palveluiden johtamisessa.		
<b>Sivu- ja liitemäärä</b>	92 + 5		

Tämän opinnäytetyön lähtökohtana oli lokakuussa 2020 muuttunut laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista (980/2012 § 15), joka velvoittaa kaikki ikääntyneiden palveluita järjestävät organisaatiot käyttämään sosiaalihuollon asiakkaille RAI-arviointimenetelmää 1.4.2023 mennessä. RAI-arvioinneista muodostuu vertailutietoa, jota voidaan käyttää organisaatioiden tiedolla johtamisessa ja palveluiden kehittämisessä. Tutkimuksen tietoperusta muodostuu tiedolla johtamisesta ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalveluissa sekä RAI-tiedosta ja sen hyödyntämisestä johtamisessa.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata RAI-tiedon käyttöä ja hyödyntämistä ikääntyneiden palveluita järjestävissä organisaatioissa. Tavoitteena oli kuvata, mitä RAI-tietoa käytetään ikäihmisten palveluiden järjestämisessä ja miten RAI-tietoa hyödynnetään strategisen tason johtamisessa. Tämän opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Tutkimus toteutettiin kahden organisaation tapaustutkimuksena. Tutkimusaineiston muodostivat tapausorganisaatioiden johdon haastattelut, ikääntyneiden palveluita ohjaavat strategiset asiakirjat sekä näiden sisältämiä tavoitteita kuvaavat RAI-vertailutiedot.

Tutkimustulokset kuvaavat RAI-tiedolla johtamisen menetelmiä ja kulttuuria ikääntyneiden palveluiden strategisessa johtamisessa. RAI-tiedon avulla kuvattiin palveluiden järjestämisen ja kohdentamisen periaatteita sekä arvioitiin palvelujärjestelmän toimivuutta. Asiakasrakennetiedon avulla kuvattiin asiakkaiden tarpeita sekä niiden vaatimaa resurssia. Asiakasrakenne- ja laatuindikaattoritietoa hyödynnettiin toiminnan laadun arvioinnissa, kehittämisessä sekä palveluiden lakisääteisessä valvonnassa. RAI-mittareita ei suoraan käytetty strategisten tavoitteiden arvioinnissa. RAI-tiedon avulla voitiin silti kuvata strategisten tavoitteiden toteutumista. RAI-tietoja käsiteltiin systemaattisesti johdon eri tasoilla ja osaamisverkostoissa. RAI-tiedon luotettavuutta ylläpidettiin huolehtimalla RAI-arviointiosaamisesta ja hyödyntämällä RAI-asiantuntijaverkostoa. RAI-tietoa hyödynnettiin palveluiden jatkuvan kehittämisen työkaluna. Tämän tutkimuksen tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää kaikissa ikääntyneiden palveluita järjestävissä organisaatioissa.

**Avainsanat** Tiedolla johtaminen, RAI, ikäihmisten palvelut, strateginen johtaminen

Specialist in Knowledge Management  
Master of Nursing (M.Eng)

---

<b>Author(s)</b>	Oinas Rita	Year	2021
<b>Supervisor(s)</b>	Marita Turulin		
<b>Commissioned by</b>	Department of Health and Welfare		
<b>Subject of thesis</b>	Knowledge Management in Social and Health Care for the Elderly. RAI Information in the Management of Services for the Elderly.		
<b>Number of pages</b>	92 + 5		

---

The basis for this thesis was the amended Act of October 2020 on Supporting the Functional Ability of the Elderly Population and Social and Health Services for the Elderly (§ 15 of 980/2012). It obliges all organizations organizing services for the elderly to use the RAI assessment method for social care clients by 1 April 2023. RAI evaluations form comparative information that can be used in knowledge management of organizations and in the development of services. The knowledge base of the study consisted of knowledge management in the social and health care services for the elderly, as well as RAI data and its utilization in management.

The purpose of the study was to describe the use and utilization of RAI information in organizations providing services for the elderly. The aim was to describe what kind of RAI information is used in the organization and how RAI information is used in the management of the strategic level.

The study was conducted as a case study of two organizations. The research material consisted of interviews with the managers of organizations, strategic documents guiding the services of the elderly, and RAI data describing the goals of the strategy.

The research describes the methods and culture of managing case organizations with RAI data in the strategic management. RAI indicators were not used directly to assess strategic goals. The RAI data still described the strategic goals of the organisations. RAI data was used to describe the principles of organizing and offering services and to assess the service system. RAI information was used to describe the customers' needs and the resources required by them. RAI information about the customers and quality indicators were utilized in the assessment and development of the quality of services and in supervising. RAI data was processed regularly at various levels of management and in the networks. The reliability of RAI data was maintained by taking care of RAI assessment expertise and utilizing the RAI expert network. RAI information was used as a tool for developing. The results of this study can be utilized in all organizations providing services for the elderly.

Key words: Knowledge Management, RAI, elderly care, strategic management

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	1
2 TIEDOLLA JOHTAMINEN IKÄÄNTYNEIDEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN STRATEGISESSA JOHTAMISESSA .....	3
2.1 Tiedolla johtaminen .....	3
2.2 Tiedolla johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa.....	6
2.3 Strateginen johtaminen.....	8
2.4 Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäminen ja johtaminen .....	9
3 RAI-TIETO IKÄÄNTYNEIDEN PALVELUIDEN JOHTAMISESSA .....	14
3.1 RAI – Resident Assessment Instrument .....	14
3.2 RAI asiakasohjauksessa .....	15
3.3 RAI-vertailutieto .....	17
3.4 RAI-tiedon hyödyntäminen ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluiden johtamisessa .....	18
4 TUTKIMUSMENETELMÄ .....	21
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA AINEISTOT .....	24
5.1 Tapaukset.....	24
5.1.1 Tapaus 1: Kainuun sote .....	24
5.1.2 Tapaus 2: Oulun kaupunki .....	25
5.2 Aineistot.....	26
5.2.1 Haastattelut.....	26
5.2.2 Strategiset asiakirjat .....	27
5.2.3 RAI-tiedot.....	28
5.3 Aineiston käsittely ja analysointi .....	28
5.3.1 Haastatteluaineisto .....	29
5.3.2 Strategiset asiakirjat .....	31
5.3.3 RAI-tiedot.....	31
6 TUTKIMUSTULOKSET .....	34
6.1 Johdon haastattelutulokset Kainuun sotessa .....	34

6.1.1	Palveluiden järjestäminen: strategia ja sen tavoitteet .....	34
6.1.2	Tieto ikääntyneiden palveluiden johtamisessa .....	35
6.1.3	Tiedolla johtamisen menetelmät ja kulttuuri.....	37
6.2	Kainuun soten tavoitteet ikäihmisten palveluiden järjestämisessä .....	39
6.3	Kainuun soten RAI-tuloksia strategisten tavoitteiden näkökulmasta...42	
6.3.1	Palvelurakenne, palveluohjaus ja palveluiden yhteensovittaminen...43	
6.3.2	Hyvinvointiin, toimintakykyyn ja palvelutarpeeseen vaikuttaminen ...46	
6.3.3	Monituottajuus ja valvonta .....	49
6.3.4	Asiakastarpeen mukainen resurssointi .....	49
6.3.5	Kuntoutumisen edistäminen.....	51
6.3.6	Asiakasosallisuus .....	53
6.4	Johdon haastattelutulokset Oulun kaupungissa .....	54
6.4.1	Palveluiden järjestäminen: strategia ja tavoitteet .....	54
6.4.2	Tieto ikääntyneiden palveluiden johtamisessa .....	56
6.4.3	Tiedolla johtamisen menetelmät ja kulttuuri .....	59
6.5	Oulun kaupungin tavoitteet ikäihmisten palveluiden järjestämisessä .....	61
6.6	Oulun kaupungin RAI-tuloksia strategisten tavoitteiden mukaisesti .....	64
6.6.1	Kotona asumisen tuki.....	65
6.6.2	Hyvinvoinnin ja toimintakyvyn edistäminen.....	67
6.6.3	Monituottajuus ja valvonta .....	68
6.6.4	Hoito- ja palveluketjujen toimivuus.....	69
6.6.5	Asiakkaan osallisuus.....	71
6.6.6	Henkilöstön osaamisen vahvistaminen .....	72
6.7	Tulosityhteenvedo .....	73
6.7.1	Mitä RAI-tietoa voidaan käyttää? .....	73
6.7.2	Miten RAI-tietoa käytettiin? .....	75
7	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	78
7.1	Tutkimuksen luotettavuuden arviointi .....	78
7.2	Pohdinta tutkimustuloksista .....	79
	LÄHTEET .....	84
	LIITTEET .....	93

## TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. Palvelurakenteeseen liittyvät muutostavoitteet.....	43
Taulukko 2. Palveluperiaatteiden ja ohjauksen tavoitteet .....	45
Taulukko 3. Palveluiden yhteensovittaminen ja yhtenäiset palveluketjut .....	45
Taulukko 4. Väestön hyvinvointiin ja toimintakykyyn vaikuttaminen.....	46
Taulukko 5. Paljon palveluita tarvitsevien hoito ja hoiva .....	47
Taulukko 6. Monituottajuus ja valvonta .....	49
Taulukko 7. Asiakkaiden hoitoisuus ja resurssivaatimus .....	50
Taulukko 8. Kuntoutus ja sen edistyminen.....	51
Taulukko 9. Asiakasosallisuus .....	53
Taulukko 10. Kotona asumisen tukeminen .....	65
Taulukko 11. Vähäisin sote-palveluin kotona asuvien tuki .....	66
Taulukko 12. Palveluiden järjestäminen MAPLe 0=Omatoiminen- luokassa Oulussa ja koko Suomen aineistossa 2021 .....	67
Taulukko 13. Hyvinvoinnin ja toimintakyvyn edistäminen palveluilla.....	67
Taulukko 14. Laatutavoitteet monituottajuudessa ja valvonnassa .....	69
Taulukko 15. Hoito- ja palveluketjujen toimivuus .....	70
Taulukko 16. Asiakkaan oman vastuun vahvistaminen.....	71
Taulukko 17. Henkilöstön osaamisen vahvistaminen kotihoidossa.....	72

## KUVIOLUETTELO

Kuvio 1. Choon (2002) tiedolla johtamisen prosessimalli.....	4
Kuvio 2. RAI-tiedon hyödyntäminen johtamisessa .....	20
Kuvio 3. Aineistot tapausorganisaatioista. ....	26
Kuvio 4. Tutkimusprosessin kulku.....	33
Kuvio 5. Strategiakartta 2021–2028.....	40
Kuvio 6. Analyysiprosessista tulosten esittämiseen .....	43
Kuvio 7. Huonon kognition (CPS=3–6) osuudet (%) pitkäaikaispalveluiden asiakkuuksissa.....	44
Kuvio 8. Kotona asuvien palvelutarve MAPLe 15-luokitus kunnittain.....	48
Kuvio 9. RUG18- pääluokat toimintayksiköittäin. ....	50
Kuvio 10. Asiakkaiden kuntoutumisen voimavaraluokitus (1-3) toimintayksiköittäin.....	52

Kuvio 11. Oulun kaupungin sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyvät mittarit ja tavoitteet .....	64
Kuvio 12. Toimintakyvyn, kuntoutumisen ja palveluiden laatuindikaattoreita hyvinvointi-alueittain .....	68
Kuvio 13. RUG18- asiakasryhmittely % Oulun kotihoidossa.....	72

## KÄYTETYT MERKIT JA LYHENTEET

ADL	Activities of Daily Living, Arkisuoriutuminen
ADLH	Actives of Daily Living Hierarchy, Hierarkinen arki-suoriutuminen
BMI	Body Mass Index, Painoindeksi
CHESS	Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs, Terveysten vakaus
CMI	Case Mix Index, kustannuspaino
CPS	Cognitive Performance Scale, Kognitiomittari
HaaKu	Hoitajien antama aktiivinen kuntoutus
HC	Home Care, kotihoito
IADL	Instrumental Activities of Daily Living, Välinetoiminnot, arkisuoriutuminen
KP	kustannuspaino
LTC	Long Term Care, pitkäaikaishoito
MAPLe	Method for Assinging Priority Levels, Palvelutarvemit-tari, palvelutarveluokitus
RAI	Resident Assessment Instrument, asiakkaan arviointi-menetelmä
RUG	Resoures Utilization Group, asiakkaiden resurssivaati-muspohjainen ryhmittely, hoidontarveluokitus
THL	Terveysten ja hyvinvoinnin laitos
MDS	Minimum Data Set, vähimmäistietomäärä, tietopohja

## 1 JOHDANTO

Ikääntyneiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämistä haastavat väestörakenteen muutos ja sen myötä kasvava palveluiden tarve. Palvelujen järjestämiseksi, kehittämiseksi ja tiedolla johtamisen tueksi tarvitaan monipuolisia ja luotettavia arviointi- ja seurantajärjestelmiä. Tuotetun tiedon tulee olla läpinäkyvää, yhteismitallista ja vertailukelpoista. Lisäksi tiedon tulee olla myös ajantasaista ja helposti saatavilla olevaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 20.)

Tieto on yhä keskeisemmin osa organisaatioiden tärkeintä pääomaa ja sen hyödyntäminen on osa johtamiskykyä. Tiedon avulla ymmärretään niin menneitä tapahtumia kuin ennakoitaan ja vaikutetaan tulevaan. (Heino & Kalalahti 2020, 6.) Tieto ja tiedolla johtaminen kaikkiaan luovat paremmat edellytykset päätöksenteolle johtamisessa (Leskelä ym. 2019, 54). Tiedolla johtamisen arvo on siis tunnistettu ja ymmärretty yhä useammin. Tieto on usein myös valtaa ja voi toimia myös vallankäytön välineenä. (Laasonen ym. 2018, 52.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) muuttui Suomessa 1.10.2020. Tämän mukaan toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointiin käytetään jatkossa RAI-arviointivälineistöä (STM:n kuntainfo 10/202). RAI tulee sanoista ”Resident Assessment Instrument”. Suomessa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos hallinnoi RAI-järjestelmiä. Järjestelmiä voidaan asiakastyön lisäksi hyödyntää myös vanhus- ja vammaispalveluja tuottavien organisaatioiden johtamis- ja kehittämistyössä. (2020a.)

Kuntien on aloitettava RAI-järjestelmän käyttö viimeistään 1.4.2023 (STM:n kuntainfo 10/2020). Sotkanetin tietokannasta käy ilmi, että RAI-arviointien kattavuus (2019) yli 75-vuotiaiden väestössä oli toistaiseksi vain 14 prosenttia (%). Lisäksi tietokannasta voidaan huomata, että useissa pienemmissä kunnissa ja alueilla RAI-järjestelmä ei vielä ole käytössä. Toisaalta osa erityisesti suurimmista palveluiden järjestäjäorganisaatioista on jo pitkään hyödyntänyt RAI-arviointeja ja RAI-vertailutietoa ikääntyneiden palveluissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tarjoamaa RAI-vertailutietoa käytetäänkin palveluntuottajien ja -järjestäjien toiminnan seuraamiseen ja kehittämiseen. (THL 2020a.)

Tämän opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata tiedolla johtamista ikäihmisten sosiaali- ja



## 2 TIEDOLLA JOHTAMINEN IKÄÄNTYNEIDEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN STRATEGISESSA JOHTAMISESSA

### 2.1 Tiedolla johtaminen

Tiedolla johtamisen käsitettä käytetään laajasti eri yhteyksissä, eri tavoin ja eri termein (Kosonen 2019). Tietojohtaminen ja tiedolla johtaminen ovat myös merkittävässä roolissa poliittisessa ja hallinnollisessa retoriikassa, vaikka näistä käsitteistä tai näihin liittyvistä johtamismalleista ei ole täysin yhteistä ymmärrystä. Tietojohtaminen ei siis ole yksiselitteinen teoria, vaan sitä voidaan luonnehtia erilaisina tutkimuksellisinä lähestymistapoina, jotka pyrkivät ymmärtämään tiedon luonnetta ja roolia organisaatioiden menestyksessä. (Laihonen & Ahlgren-Holappa 2020, 26.) Teknologia liittyy oleellisesti tietojohtamiseen ja digitalisaatio, tekoäly ja koneoppiminen muokkaavatkin osaltaan uusia tutkimussuuntia siihen (Helander ym. 2020, 47.)

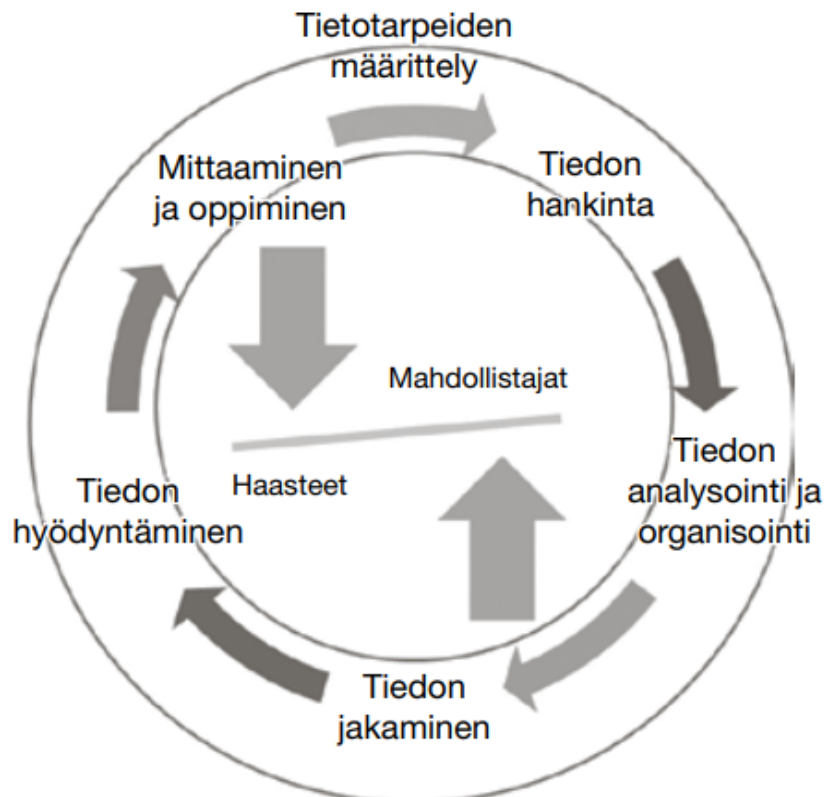
Laihosen ym. (2013, 32) mukaan tietojohtamisen alle on rakentunut kaksi alakategoriaa: tiedon johtaminen ja tiedolla johtaminen. Tiedon johtaminen (information management) on prosessi, jossa organisaatio oppii ja uusiutuu sekä hallitsee ja kerää tietovarantojaan. Tiedon johtamisen kautta päästään tiedolla johtamiseen (knowledge-based management). Tiedolla johtaminen tähtää tietoperustaiseen päätöksentekoon ja sen mahdollistamiseen. Tietoperustainen päätöksenteko taas perustuu tiedon analysointiin. (Helander ym. 2020, 24). Tiedolla johtamisessa voidaan myös tunnistaa ja yhdistää erilaisia tiedon lajeja ja tukea myös siten organisaation päätöksentekoa ja kehittämistä (Helander ym. 2020, 25).

Tietovarantojen hallinnointi, kehittäminen ja tarpeiden tunnistaminen ovat vaiheita, jonka pohjalta voidaan johtaa tiedolla. Tiedolla johtaminen on siis organisaation tapa jalostaa ja hyödyntää tietoa toiminnan johtamisessa. (Laihonen & Lönnqvist, 2013, 10–11; Kosonen 2019.) Dataa voidaan hyödyntää johtamisessa ja kehittämisessä rakentamalla käytäntöjä ja prosesseja, joilla data jalostuu informaatioksi ja tietämykseksi. Haasteita usein kuitenkin on niin datan laadussa, ihmillisessä ajattelussa kuin prosessien tehottomuudessaakin. (Helander ym. 2020, 23.)

Englannin kielessä ”Business Intelligence” (BI) on yksi tiedolla johtamisen parhaimpia käännöksiä, koska se sisältää sekä sisäisen että ulkoisen toimintaympäristön tiedon keräämisen ja analysoimisen. Sillä tähdätään toiminnan

kehittämiseen ja tuetaan päätöksentekoa. Myös suomen kielessä tiedolla johtamisen käsitettä rinnastetaan vahvasti liiketoimintatiedon hallintaan. Englannin kielessä myös ”knowledgebased management” ja ”data/knowledge -based value creation” -käsitteet ovat rinnakkaisia käsitteitä tiedolla johtamiselle. (Partanen 2020, 39–40.)

Helander ym. (2020, 26) kuvaavat tiedolla johtamisen prosessia Choon (2002) mallin avulla (kuvio 1). Prosessi alkaa tietotarpeiden määrittelyllä edeten tiedon hankintaan, analyysiin ja organisointiin. Tämän jälkeen tietoa voidaan jakaa ja hyödyntää. Tiedon lopullinen merkitys todentuu vasta kun sitä on hyödynnetty päätöksenteossa, kehittämisessä ja muutoksissa. Mittaamisen ja oppimisen avulla taas tunnistetaan uusia kehitystarpeita. Mallissa korostuvat teknisen puolen lisäksi tärkeä ihmisiin liittyvä tiedon näkökulma. Tietojärjestelmästä saatu data saa merkityksen vain välittyessään ja muuttuessa käyttäjälle informaatioksi. Informaation käyttäjä lisää siihen oman kokemuksensa, jolloin se muuttuu tietämykseksi. Data on siis muutettava tiedoksi, jotta sitä voi hyödyntää päätöksenteossa. (Pulli 2018, 13.)



Kuvio 1. Choon (2002) tiedolla johtamisen prosessimalli (Helander ym. 2020, 26).

Tiedolla johtamisen kypsyyksmallissa kuvataan organisaatioiden olevan neljällä eri tietojohdamisen tasolla. Hallitsemattomilla olosuhteilla organisaatio on tilassa, jossa kerätään tietoa vain ajankohtaisiin tarpeisiin, mutta johto ei analysoi tai hyödynnä kerättyä tietoa millään tavalla. Toisella tasolla dataa jalostetaan informaatiksi ja tiedoksi, mutta tietoa ei edelleenkään osata systemaattisesti käyttää johdon tukena. Teoriassa tiedetään, mitä tulisi tehdä ja osin käytäntöjäkin on. Hallitun prosessin tasolla tietoa on kerätty systemaattisesti eri tietolähteistä kokonaisuudeksi, mutta tehokas käyttö johtamisessa puuttuu. Korkeimmalla tasolla tiedon johtaminen ja tieto kohtaavat. Johto ja tiedon hallinta ovat vuorovaikutuksessa ja kehittävät tehokkaan tietojohdamisen ympäristön. (Nylander 2017, 118–119)

Jalosen (2015, 4, 13) mukaan nykyorganisaatioiden ongelmana ei ole informaatios puute vaan epärelevantin informaatios ylitarjonta. Hän kannustaa kehittämään organisaatios sisäisiä ja ulkoisia tietovirtoja, visualisoimaan tietoja ja tulkitsemaan niitä moniammatillisesti. Hän näkee tiedolla johtaminen käytännöllisenä johtamisen toimintana, jonka oikeutus on toimintaa parantavassa vaikutuksessa. Tiedolla johtaminen, hallinnonrajoja ylittävä tiedonkulku, keskenään keskustelevat tietojärjestelmät sekä kerätyn datan parempi hyödyntäminen olisivat keinoja lisätä myös julkishallinnon ja julkisten palvelujen tuottavuutta ja vaikuttavuutta. Tiedolla johtamisen keinoin olisi mahdollisuus myös ymmärtää paremmin kansalaisten tarpeita ja tarjota heille osallistavampia palveluita (Helander ym. 2020, 25).

Tieto on yrityksen resurssi kuten aineellisetkin resurssitkin. Organisaatios johdon tulee ymmärtää tiedon merkitys toiminnalleen sekä tietoon tai sen menettämiseen liittyvät riskit. Tiedon ulottuvuudet eheys, saatavuus ja luottamuksellisuus varmistetaan tietoturvallisuuden johtamisella. (Laihonen ym. 2013, 21, 65.)

Tiedolla johtaminen ei ole erillistä organisaatios tavoitteista ja toiminnasta, vaan osa niiden toteuttamista. Tiedolla johtamisen kehittämisessä onkin tärkeää, että se pohjautuu organisaatios strategisiin tavoitteisiin. (Vesiluoma 2012, 116–123.) Kun tietojohdaminen on osa strategista toimintaa, ohjaavat myös tavoitteet ja päätöksenteko tiedon muodostamista (Leskelä ym. 2019, 50.)

## 2.2 Tiedolla johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa

Dahlin (2020, 82) mukaan kuntien poliittinen päätöksenteko perustuu vielä harvoin reaaliaikaiseen ja riittävään tietoon. Tietojärjestelmäympäristö ei useinkaan mahdollista tiedolla johtamisen kehittämistä ja kuntia ohjataan monesti vielä kirjanpitudatan pohjalta (Dahl 2020, 47, 86). Tieto ja tiedolla johtaminen ovat kuitenkin nousseet viime vuosina keskeiseen rooliin sote-organisaatioihin kohdistu-neissa uudistuksissa. Tieto ja tietotoiminta nähdäänkin jo erottamattomaksi osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden ja yhteisöjen toimintaa. (Vakkala & Syväjärvi 2020, 122–123.)

Sote-organisaatioiden tietokulttuuria on toisaalta kuvattu myös sääntöjä noudat-tavaksi kulttuuriksi, jossa faktatiedolla ja säännöillä ohjataan toimintaa. Tietokult-tuurin ongelmiksi johtamisessa on tunnistettu tiedon luotettavuus, saatavuus sekä tietojärjestelmien ja tietotoiminnan välinen toimivuus. Sosiaali- ja terveyden-huollon tietokulttuuria tulisi Vakkala ja Syväjärven (2020, 135) mukaan kehittää suhdeperustaisemmaksi, riskejä ottavaksi ja kohti luovaa sekä innovoivaa tieto-toimintaa. Tämä edellyttäisi kokonaisvaltaista tietotoiminnan, prosessien, ihmis-ten ja johtamisen tarkastelua. (Vakkala & Syväjärvi 2020, 135–136.)

Tietojohdamisen kehittäminen antaa paremmat edellytykset päätöksenteolle niin strategisella kuin operatiivisella ja taktisella tasolla. Tietojohdamisen kehittäminen voi parantaa päätöksenteon oikea-aikaisuutta, ennakointia ja suunnitelmalli-suutta. Se edistää läpinäkyvyyttä ja sidosryhmäviestintää. Sote-ympäristössä tie-tojohtaminen mahdollistaa tietopohjaisen asiakasohjauksen, integroitujen palve-lujen kehittämisen, kokonaisuuden hallinnan sekä kustannustehokkuuden, laa-dun ja vaikuttavuuden seurannan. (Leskelä ym. 2019, 54.)

Laatu- ja vaikuttavuustiedon merkitys tiedolla johtamisen välineinä kasvaa (Iko-nen & asiantuntijaryhmä 2019, 10; Rautiainen 2020). On kuitenkin katsottu, että palvelujen määrästä, laadusta tai vaikuttavuudesta ei ole saatavilla riittävästi tie-toa (Leskelä ym. 2019, 45, 50; Tupala 2020, 87–88). Luotettava tieto toiminnan vaikuttavuudesta auttaa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden johtajia ja henkilöstöä toteuttamaan organisaatioiden toiminnalle asetettuja perustavoit-teita. Tieto laadukkaista ja vaikuttavista palveluista auttaa myös sosiaali- ja ter-veydenhuollon päätöksentekijöitä kohdentamaan rajalliset resurssit mahdollisim-man tehokkaasti. Sosiaali- ja terveysterveystoimet ovat vaikuttavia, kun palvelut

edistävät asiakkaiden terveyttä tai hyvinvointia. Kun tunnetaan palvelujen kustannukset ja vaikuttavuus, voidaankin usein tutkia myös palvelujen kustannusvaikuttavuutta. (Miettinen, Selander & Linnosmaa 2020, 80–81.)

Vuonna 2019 astui voimaan laki sosiaali- ja terveystiedon toissijaisesta käytöstä (552/2019). Toissijaisen käytön lain 41 §:ssä määritellään henkilötietojen käytön perusteet johtamisessa. Tämän mukaan palvelunantaja (järjestäjä tai tuottaja) voi yhdistellä omassa toiminnassaan syntyneitä tai omiin rekistereihin tallennettua tietoja johtamisessa. Toissijaisen käytön laki mahdollistaakin palveluissa tarvittavien tiedolla johtamisen käytäntöjen, tiedontuotantomallien, tietosisältöjen ja järjestelmien kehittämisen.

Laihonen & Ahlgren-Holappa (2020, 48–50) ovat artikkelissaan kuvanneet keskeiset eri aikakausien hallitusohjelmien tietojohdamisen tavoitteet ja painopisteet ja tuoneet kansallisen tietojohdamisen kehittymisen esille 2000-luvulla. Nähtävissä on, että tietojohdaminen kehittyy ja uusiutuu erittäin nopeasti. Lisäksi vuonna 2020 astui voimaan tiedonhallintalaki (Laki julkisen hallinnon tiedonhallinnasta 2019/906 § 1) yhdenmukaistamaan digitalisoituvaa toimintaympäristöämme.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2020c) on myös käynnistänyt Toivo-ohjelman hyvinvointialueiden tiedolla johtamisen ja valtakunnallisten viranomaisten tiedon tuotannon, tietovarantojen sekä tarvittavien tiedonhallintaratkaisujen kehittämiseksi. Sote tiedolla johtamisen, ohjauksen ja valvonnan toimeenpano-ohjelmassa tavoitteena on maakuntien tiedolla johtamisen sekä valtakunnallisten viranomaisten tiedon tuotannon, tietovarantojen sekä niitä tukevien työvälineiden kehittäminen. Ohjelmassa on todettu, että tällä hetkellä tiedolla johtamiseen ei ole tarpeeksi riittävää ja laadukasta sisältö- ja rakennepohjaa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Keskeisenä tavoitteena sote-uudistuksessa on hyödyntää sote-tietoa ja jalostaa sitä tietämykseksi. Tämän katsotaan auttavan sekä palvelujärjestelmää että yksittäistä asukasta.

Valtava-hankkeessa (2020–2023) taas on tavoitteena maakuntien tiedolla johtamisen sekä valtakunnallisten viranomaisten tiedon tuotannon, tietovarantojen sekä niitä tukevien työvälineiden kehittäminen. Valtava-hankkeessa THL:n rooli

on myös määritellä, mitkä RAI-vertailutiedot tarvitaan sote-tietojohdamiseen (Mäkelä, 2021).

### 2.3 Strateginen johtaminen

Andrew & Allen (2020, 7) kuvaavat, että strategista johtamista on määritelty läpi vuosikymmenten. Määrittelyissä korostuu myös sanan ”strategia” alkuperä, joka on peräisin Kreikan armeijasta ja tarkoittaa toimintasuunnitelmaa. Strateginen johtaminen on tulevaisuuteen suuntautunutta ja visionääristä korkean tason kognitiivista toimintaa. He kuvaavat strategista johtamista viitekehykseksi, jossa analysoidaan liiketoimintaympäristöä valmistautuen muutokseen ja arvon luontiin sekä nykyhetkessä että tulevaisuudessa. Se on kehys, joka ohjaa ajattelua. (Andrew & Allen 2020, 7.)

Strateginen johtaminen on toimintaa, joka mahdollistaa pitkän aikavälin menestyksen (Vuorinen 2013, 15). Vaikka strategia on useimmiten ylimmän johdon vastuulla, se on relevantti ja tärkeä jokaiselle työntekijälle ja koko organisaatiolle (Andrew & Allen 2020, 7). Strategisessa johtamisessa sovitetaan yhteen yrityksen sisäinen kyvykkyys ja ulkoiset mahdollisuudet (Minzberg, Ahlstrand & Lampel 1998, 45). Sitä voi kuvata prosessina, jossa johtajat integroivat organisaation toimintoja yhtenäisiksi ja kilpailukykyisiksi toimintamalleiksi muuttuvaan ympäristöön (Andrew & Allen 2020, 7–8).

Strategisessa johtamisessa erotetaan usein ”management”, joka nähdään asioiden johtamisena ja ”leadership”, joka on ihmisten johtamista. Management pitää sisällään strategian laatimisen, suunnitelman ja sen jalkauttamisen. Ihmisten johtaminen on vision konkretisointia, strategian selittämistä, yhteisten tavoitteiden ja arvojen jatkuvaa selkiyttämistä, tuen antamista sekä ihmisten innostamista ja motivointia. (Yukl 2012, 1.) Johtajuuden määritelmät painottavat usein myös vaikutusvaltaa ja vuorovaikutusta (Savolainen 2011, 13–14; Yukl 2012,1).

Johtamisjärjestelmä ohjaa tavoitteiden asettamista ja saavuttamista sekä strategisella että operatiivisella tasolla. Yritys voi suunnitella, toteuttaa ja valvoa strategista toimintaansa johtamisjärjestelmänsä avulla (Kamensky 2008, 19). Johtamisen työvälineitä ovat tavoitteet, toimintasuunnitelma sekä mittaristo, valvontamenettelyt ja muut arviointiperusteet, jotka muodostavat toiminnannasta kertovan datan toimintasuunnitelman toteutumisesta (Kaplan & Norton 2008, 62–77).

Strateginen johtaminen on sekä lyhyen että pitkän aikavälin prosesseja (Andrew & Allen 2020, 7), jossa suunnittelun ja toteuttamisen vaiheet nivoutuvat joustavasti toisiinsa (Valpola ym. 2010, 27; Andrew & Allen 2020, 7). Tiedon rooli on merkittävä kaikissa vaiheissa. Tieto voidaankin ymmärtää sekä strategiseksi varannoksi (strategic asset) että sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ilmeneväksi tietämisen prosesseiksi (knowing) (Maula 2006, 13–20).

Strateginen tiedon ja osaamisen johtaminen merkitsevät tiedon hyödyntämistä selkeästi ja suunnitelmallisesti, ja tietojohdaminen kuuluu organisaatiossa kaikille. Tietotarpeita tunnistaa organisaation nykyistä tietopohjaa täytyy kehittää myös tulevaisuutta varten. Henkilöstö tulee sitouttaa osallistumaan tietopohjan laajentamiseen ennakoivasti ja ulkoisten signaalien tulkitsemiseen. (Vesiluoma 2012, 166–122.)

Kuntayhteisössä tiedolla johtamista tarvitaan niin strategisessa suunnittelussa, poliittisessa päätöksenteossa kuin arjen hallinnossa ja palvelutuotannon ohjauksessa. Tiedolla johtamisen päämäärät eivät kuitenkaan toteudu itsestään. Lisäksi yhteiskunnalliset ilmiöt ovat niin monimutkaisia, että tiedolla johtamiseen on kehitettävä uusia tapoja koota erilaista tietoa yhdessä tulkittavaksi. (Jalonen 2020, 75, 77.) Tutkimustiedon käyttäminen kunnallisessa tai valtionhallinnon kuntia koskevassa päätöksenteossa ei ole suoraviivaista, eikä automaattista (Niiranen 2020, 67). Tieteessä ominainen tiedon objektiivisuuden hyödyntäminen ei kuntapolitiikassa juurikaan ole mahdollista (Jalonen 2020, 75). Myös Niiranen (2020, 65) toteaa, että tiedolla johtaminen on ilmiö, jonka toteuttaminen käytännössä tai länsimaisessa edustuksellisessa demokratiassa ei ole yksinkertaista.

Eriyisen haasteelliseksi informaatio-ohjaus on todettu sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja sen tehottomuuden vuoksi lainsäätäjät onkin joutunut ottamaan käyttöön normiohjaukseen pohjautuvia ratkaisuja (Jalonen 2020, 78–79). Tästä esimerkkinä voidaan pitää juuri muutosta lakiin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista (980/2012 § 20), jossa määriteltiin henkilöstömitoitus takaamaan hoivan laatua.

#### 2.4 Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalvueluiden järjestäminen ja johtaminen

Ikääntyneiden osuus väestöstä on kasvussa ja vuonna 2030 voi yli 65-vuotiaita olla Suomessa jo noin 26 prosenttia eli 1,5 miljoonaa. Väestörakenteen muutos

tarkoittaa myös väestöllisen huoltosuhteen heikkenemistä ja siinä eri alueilla on jo nyt suuria eroja. Väestöllisen huoltosuhteen muutos heijastuu selkeästi ikäihmisten palvelujen tarpeeseen ja palveluiden toteuttamiseen maakunnissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020a.)

Ikääntyneiden määrä ja myös muistisairaiden osuus väestöstä kasvaa. Muistisairauteen sairastuu vuosittain 14 500 henkilöä. Muistiliiton mukaan muistisairaita on Suomessa yli 190 000. Muistisairauden on todettu lisäävän erityisesti tehostetun palveluasumisen tarvetta. (Rissanen 2019.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja tuottamisrakenteen uudistus on Suomessa ollut usean hallituksen tavoite ja tehtävä. Pääministeri Sanna Marinin hallituksen suunnitelmat jatkavat osittain jo aiemmin suunniteltua maakuntapohjaista ratkaisua, jossa päävastuu sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta olisi jatkossakin julkisella sektorilla. (Rautiainen ym. 2020, 27.)

Suomessa on tällä hetkellä noin kymmenen isoa julkista maakunnallista sote-yhtymää, joissa sosiaali- ja terveydenhuolto, mukaan lukien perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido, on jo keskitetty saman hallintoon ja tulosvastuuseen. Maakunnallisten organisaatioiden ohella on myös erilaisia kuntayhtymiä ja muita sote-yhteistyön järjestämisen malleja. (Hujala ym. 2020, 133–134.) Ongelmana tällä hetkellä on se, että palveluiden järjestämisessä on suuria eroja. Eroja on myös ikäihmisten palveluiden käytössä ja palveluiden peittävydessä. Tämä kyseenalaistaa ja haastaa miettimään kansalaisten tasa-arvoa ja yhdenvertaisuutta. (Tupala ym. 2020, 84.)

Kansallisella kehittämisellä ja ohjelmilla pyritään palveluiden saatavuuteen liittyvän epätasa-arvon vähentämiseen ja eri palvelujen asiakaslähtöiseen integrointiin (Rautiainen ym. 2020, 32–33). Taustalla on pitkään ollut huolta sosiaali- ja terveyspalvelujen laadusta erityisesti lastensuojelussa ja vanhustalvetuissa. Keskeistä johtamisessa ovat edelleen kuntien tai maakuntien omavalvonta sekä vahva palvelujen ulkopuolinen valvonta. Arvioinnissa ja seurannassa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen rooli on myös edelleen vahvistunut. (Rautiainen ym. 2020, 36.)

Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee ikääntyneen väestön palvelujen kehittämisen suunnan, valmistelee lainsäädännön ja ohjaa uudistusten toteuttamista.

Kunnat järjestävät iäkkäiden ihmisten tarvitsemat sosiaali- ja terveyspalvelut. Kansalaisten sosiaaliturva muodostuu sosiaali- ja terveyspalveluista ja toimeentuloturvasta. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista tuli voimaan 1.7.2013 ja laki oikeuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin niiden tarpeen mukaan. Sekä Sosiaalihuoltolaissa 1301/2014 että Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista säädetään iäkkään palvelutarpeisiin vastaamisesta, palvelujen saatavuudesta ja palveluiden laadusta. Sosiaali- ja terveydenhuollon kunnallisista palveluista säädetään lisäksi Terveysministeriön laissa 1326/2010, Kansanterveyslaissa 66/1972 ja Erikoissairaanhoidolaissa 1062/1989. Omaishoidon tuen järjestelyistä säädetään laissa omaishoidon tuesta 2005/937. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020b.)

Kuntalaki (2015/410) velvoittaa kuntaa tiedottamaan toiminnastaan asukkaille, palveluiden käyttäjille, järjestöille ja muille yhteisöille. Lisäksi kunnan tulee antaa tietoa myös valmistelussa olevista asioista, suunnitelmista ja päätöksistä sekä niiden vaikutuksista. Kunnalla on myös velvoite tehdä strateginen suunnitelma toimenpiteistään ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palvelujen ja omaishoidon järjestämiseksi ja kehittämiseksi (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 5§). Kunnan on otettava suunnitelma huomioon valmisteltaessa päätöksentekoa, talousarviota ja hyvinvointikertomusta valtuustolle. (STM 2020a.) Näin ollen suunnitelma on merkittävä strategisen johtamisen asiakirja ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisessä ja johtamisessa.

Laatusuositus tukee ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä nk. vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanoa ja siihen tehtyjä uudistuksia sekä hallitusohjelman linjauksia. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat aiemmin myös antaneet iäkkäiden ihmisten palvelujen kehittämistä koskevan laatusuosituksen vuosina 2001, 2008, 2013 ja 2017. Laatusuosituksen valmistelussa on aina otettu huomioon ohjaus- ja toimintaympäristössä meneillään olevat muutokset sekä hyödynnetty käytettävissä olevaa tutkimustietoa. Laatusuositus on ensisijaisesti tarkoitettu väestön ikääntymiseen varautumisen ja iäkkäiden palvelujen kehittämisen, arvioinnin ja toimeenpanon tueksi kuntien ja yhteistoiminta-alueiden päättäjille ja johdolle sekä valvonnan tueksi. (Sosiaali- ja

terveysministeriö 2020a) Laatusuosituksen hyödyntämisellä on vahva perinne palveluiden järjestämisen ja strategisen johtamisen tukena.

Suomalainen vanhuspolitiikka on pitkään korostanut kotona asumisen ensisijaisuutta. Pääministeri Sanna Marinin (2019) hallitusohjelmassa tavoitellaan terveiden elinvuosien määrän lisääntymistä, toimintakyvyn paranemista ja palvelujen toimimista oikea-aikaisesti ja tehokkaasti. Myös omaishoitajien tukeminen on ollut tärkeää. Kotihoidon määrää ja monipuolisuutta tulisi edelleen lisätä ja kehittää pitäen mielessä digitalisaation ja hyvinvointiteknologian mahdollisuudet. Myös vapaaehtoistyötä halutaan lisäävän. Kotona asumisen tukemiseksi on myös tarpeen lisätä erilaisia asumisen vaihtoehtoja. Kun pitkäaikaista laitoshoidon määrätietoisesti vähennetty Suomessa, pääasiallinen ympärivuorokautinen hoito muodostuukin nykyisin tehostetusta palveluasumisesta. Arviolta vain noin yksi prosentti 75 vuotta täyttäneestä väestöstä tarvitsisi pitkäaikaista laitoshoidon erityisillä lääketieteellisillä perusteilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020a.)

Vuonna 2018 omaishoidon tuen ja säännöllisten palvelujen piirissä oli joka neljäs 75 vuotta täyttänyt (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020a). Kaikista 75 vuotta täyttäneistä 13 prosenttia (%) tarvitsi paljon palveluja. Intensiivistä kotihoitoa (vähintään 60 käyntiä kuukaudessa) sai säännöllisen kotihoidon asiakkaista vuonna 2017 noin 20 000, eli lähes joka kolmas paljon hoivapalveluja tarvitsevista. (Rissanen 2019.)

Rissanen (2019) mukaan Suomessa ikääntyneiden palvelut ovat omaksutun politiikan mukaisesti siirtyneet laitospalveluista kotiin annettujen tai kodinomaisten palvelujen suuntaan. Ikäihmisten palveluasuminen on jo lähes korvannut laitospalveluhoivan, ja erityisesti ympärivuorokautinen palveluasuminen on lisääntynyt. Yksityiset toimijat vastaavat lähes puolesta palvelujen tuotannosta.

Kotiin annettuja palveluja tuotetaan aiempaa enemmän. Kotihoidon painopiste on siirtynyt huonokuntoisena kotonaan asuvien palveluun. Vähemmän apua tarvitsevien saama kotipalvelujen määrä on vähentynyt. Lisäksi vuodesta 2018 alkaen valvontaviranomaisten huomio on kiinnittynyt erityisesti sosiaalihuollon palveluiden järjestämisessä, tuottamisessa ja ohjauksessa havaittuihin ongelmiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020a.) Puutteet ovat liittyneet muun muassa lääkitysturvallisuuden asianmukaisuuteen, omavalvontasuunnitelmiin, asiakkaiden

hoito- ja palvelusuunnitelmien päivittämiseen, terveydenhuollon palveluiden järjestämiseen, henkilöstön riittävyyteen suhteessa asiakkaiden palvelutarpeeseen sekä henkilökunnan tehtävien organisointiin (Valvira 2019).

Suomessa ympärivuorokautisen hoivan kustannukset ovat kasvaneet. Vuonna 2017 erikoissairaanhoidon osuuden sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannuksista (38 %). Ikääntyneiden palvelujen osuus oli toiseksi suurin, noin 14 prosenttia (%). Yksin asumispalvelujen kustannukset ovat kasvaneet vuodesta 2015 noin 12 prosenttia (%). Väestörakenteen muutoksen perusteella sosiaali- ja terveydenhuollon menojen ennakoitaankin kasvavan vuoteen 2030 mennessä keskimäärin 20 prosenttia (%). (Rissanen 2019.) Oletettavaa on, että näiden taloudellisten haasteiden ja laadun epäkohtien vallitessa monipuolisella tiedolla on merkittävä rooli päätöksenteossa sekä strategian luomisessa, toteutuksessa ja arvioinnissa.

### 3 RAI-TIETO IKÄÄNTYNEIDEN PALVELUIDEN JOHTAMISESSA

#### 3.1 RAI – Resident Assessment Instrument

Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen (2020a) määritelmän mukaan ”RAI-järjestelmä on standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin välineistö, joka on tarkoitettu vanhus- tai vammaispalvelun asiakkaan palvelutarpeen arviointiin ja hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen.” Lyhenne RAI tulee sanoista ”Resident Assessment Instrument”.

RAI-järjestelmä koostuu useista eri käyttötarkoituksiin ja eri kohderyhmille suunnitelluista asiakkaan arviointivälineistä (THL 2020 a). RAI:ssa keskeisiä arviointikysymyksiä nimitetään: Minimum Data Set (MDS). Arviointia, hoidon seulontaa sekä tarkempaa asukkaiden arviointia varten on määritelty tiedon protokollat kahdensantoista (18) ongelma- tai riskitekijän osa-alueilla. Kaikki nämä tiedon elementit ovat välttämättömiä yksilöllisen hoitosuunnitelman toteuttamisessa. Arvioinnin ensisijainen käyttö on kliinistä, jolloin arvioidaan asiakkaan pääsyä hoivan piiriin tai siinä olevan asiakkaan tilanteen muutoksia vähintään puolen vuoden välein. RAI-arviointi on suunniteltu tuottamaan luotettavaa tietoa hyvin abstrakteista, mutta luokitelluista käsitteistä, standardoidulla määritelmällä asukkaan tilanteen selvittämiseksi, tietyllä ajanjaksolla ja useita tiedon lähteitä hyödyntäen. (Hawes ym. 1997, 19–25; Sgadari ym. 1997, 27–30.) RAI-arviointi sisältää kliiniset perus arviointiasteikot (esim. kognitiivisen suorituskyvyn asteikko, masennuksen luokitusasteikko), jotka ovat validoitu useissa kansainvälisissä tutkimuksissa (Wagner ym. 2020).

RAI-arviointijärjestelmä on yksi eniten tutkituista ja maailmanlaajuisesti implementoituja geriatriseen arviointiin käytettyjä hoidon laadun mittareita (Parsons ym. 2013, 536). Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että RAI-arviointijärjestelmällä on korkea luotettavuus ja pätevyys (mm. Chou ym. 2001, 43–54; Hirdes ym. 2008, 277–287; Poss ym. 2008, 33–39; Onder ym. 2012; Hoogeveen, Chen & Hirdes 2017, 1–15; Wagner ym. 2020).

RAI-järjestelmiä kehittää interRAI-tutkijaverkosto (2021), joka on tutkijoiden ja ammattilaisten kansainvälinen, yli 35 eri maan yhteistyöverkosto. Konsortio pyrkii edistämään näyttöön perustuvaa kliinistä käytäntöä sekä päätöksentekoa keräämällä ja tulkitsemalla korkealaatuista tietoa erilaisissa terveys- ja

sosiaalipalveluissa. ”interRAI network of integrated care& aging (iNICA)” on keskittynyt erityisesti ikääntyneiden palveluita ja tilaa koskeviin asioihin. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos on interRAI-verkoston jäsen ja hallinnoi RAI-järjestelmien käyttöä Suomessa (THL 2020a).

### 3.2 RAI asiakasohjauksessa

Palveluiden järjestämisen näkökulmasta yhdenvertaisella palveluiden tarjonnalla on lainsäädännölliset edellytykset Suomen perustuslaissa (1999/731). Yhdenvertaisuuslaki (1325/2014) 5§ edellyttää viranomaisilta yhdenvertaisuuden edistämistä toiminnassaan. Yhdenvertaisuus korostuu iäkkäiden asiakas- ja palveluohjauksessa, palvelujen myöntämisen perusteissa ja tarvearvioon pohjautuvissa palvelupäätöksissä.

Osana uudistuvaa sosiaali- ja terveysalaa on asiakaslähtöinen palveluohjaus keskeisessä roolissa mahdollistaen myös asiakkaan aseman vahvistumisen (Ristolainen ym. 2020, 262). Asiakkaiden osallisuutta vahvistetaan palvelujen käyttäjinä ja vaikuttajina palvelujen kehittämisessä ja arvioinnissa yhdessä muiden toimijoiden kanssa (Hujala & Taskinen 2020, 270). Säänneilyt hyvän hallinnon periaatteet ovat erityisen tärkeitä yksilön oikeuksien kuten osallisuuden toteutumisen kannalta (Kivinen ym. 2020, 275). Osallisuus kytkeytyy voimakkaasti asiakaslähtöisyyteen tai itsemääräämisoikeuteen. Nämä korostuvat menettelysäännöksissä asiakkaan osallisuutena asiakassuunnitelman laatimisessa (Laki asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812 § 7 ja § 8; Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 § 36).

Sosiaalihuoltolakia (1301/2014) täydentää vanhuspalvelulain 15 §:n säännökset iäkkään henkilön palveluntarpeiden selvittämisestä. Iäkkään henkilön palvelutarve on selvitettävä kokonaisvaltaisesti ja palvelut järjestettävä hänen toimintakykynsä edellyttämän yksilöllisen palveluntarpeen mukaisesti luotettavia arviointimenetelmiä käyttäen.

Vanhuspalvelulain muutoksen myötä sääntelyä on tarkennettu kunnan velvoitteella käyttää iäkkään henkilön toimintakyvyn arvioinnissa RAI-arviointivälineistöä. RAI-arviointi on tehtävä, jos iäkäs henkilö tarvitsee tai saa ammattihenkilön arvion mukaan säännöllisesti annettavia sosiaalipalveluja. RAI-arvioinnista vastaa tuolloin sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö, joka on saanut

koulutuksen arviointimenetelmän käyttöön. Arviointi perustuu ammattilaisten havainnointiin ja keskusteluun muiden asiakkaan hoitoon osallistuvien henkilöiden kanssa. RAI-arviointi tulisi tehdä moniammatillisena yhteistyönä ottaen arviointiin mukaan myös asiakas ja omaiset. Syntyvä arviointitieto on osa asiakas- ja potilasasiakirjatietoa. (STM:n kuntainfo 10/2020.)

Yhtenäisen toimintakykymittarin käytön ajatellaan myös lisäävän palvelujen myöntämisen yhdenmukaisuutta ja tekevän myöntämisperusteista nykyistä läpinäkyvämpiä (Tupala ym. 2020, 10). Harmonisoituihin palvelun myöntämisen perusteisiin pitäisikin suhtautua perusteltuina reunaehtoina ja keinona yhdenvertaisuuteen, vaikka yksilöllisiä tarpeita arvioidaankin. Neuvonnan ja asiakasohjauksen toteuttaminen laaja-alaisena toimintana ja jopa koko järjestämisalueen keskitettynä toimintana auttaa hallitsemaan palvelujen järjestämistä ja tuottamista. (Tupala ym. 2020, 81).

RAI:ssa palveluntarvetta kuvaava luokittelija (MAPLe) voi toimia validoituna työkaluna päätöksen teon ja tarpeiden priorisoinnin tukena ja resurssien allokoimisessa (Hirdes, Poss & Curtin-Telegdi 2008). Vähäkangas ym. (2017, 41) myös totesivat, että palvelutarpeiden kartoitus RAI-järjestelmällä antaa tiivistetysti keskeiset toimintakykyulottuvuuksien mittarit sekä palvelutarpeen ryhmittelyn (MAPLe-15), jotka tukevat palvelutarpeiden selvittelyä sekä asiakas- tai palveluohjausta.

Kotihoidon RAI:n on todettu jopa yksistään sisältävän riittävästi tietoa tunnistaa asiakkaan laitoshoitoon joutumisen riskitekijöitä (Nuutinen ym. 2019, 293). Tämän havainnon rinnalla on kuitenkin myös todettu, että yleensä palveluohjauksen vaikutuksien arviointi toteutuu heikosti (You, Dunt & Doyle 2016), vaikka sen tulisi olla olennainen osa palveluohjausprosessia.

Asiakasohjaukseen liittyvä RAI-tieto auttaa arvioimaan palvelujärjestelmän toimivuutta ja kehittämään sitä. Esim. THL:n RAI Asiakasohjauksen vertailutietokannassa voi katsoa asiakkuuksia ja erilaisia asiakasryhmiä sekä heidän saamia palveluita tietyn seurantajakson aikana. (THL 2020c.)

### 3.3 RAI-vertailutieto

RAI-arvioinnista syntyvästä yksilötiedosta koostetaan tietoja, jotka kuvaavat organisaation asiakkaita ja heidän tarpeitaan, mutta myös palvelujen toimintaa ja muutoksia. Näistä tiedoista käytetään käsitettä RAI-vertailutieto. Vertailutiedon avulla voidaan tarkastella asiakasryhmiä ja organisaatiotason tietoja ilman mahdollisuutta tunnistaa sieltä yksittäistä henkilöä. Vertailutietoa voidaan käyttää johtamisessa mm. henkilöstöressurssien ja -mitoituksen seuraamiseen. Vertailutieto on palvelun järjestäjien ja tuottajien tarkasteltavissa RAI-tietokannoista. (Noro ym. 2005, 29–30; Itkonen ym. 2007,9; Heikkilä ym. 2016, 16; THL 2020c.)

Vertailutieto on tarkoitettu palveluntuottajille ja palveluiden järjestäjille. Se toimii sekä oman toiminnan seuraamisessa että kehittämisessä. Organisaatiot voivat siis seurata omien yksiköidensä tietoja ja kehitystä ja verrata niitä muihin organisaatioihin tai valtakunnallisiin vertailutietoihin. (Noro ym. 2005, 29–30; Heikkilä & Mäkelä 2016, 16; Itkonen ym. 2007,9; THL 2020b.) Kaikille RAI-järjestelmää käyttäville organisaatioille tuotetaan vertailutietoja, mutta osa organisaatioista on sopinut yhteistoiminnallisesta vertailukehittämisestä, jolloin heillä on käytössä laajemmat vertailutiedot ja mahdollisuus osallistua yhteiskehittämisen hankkeisiin (Itkonen ym. 2007, 9; THL 2020b).

Laadun mittaamisen välineinä käytetään RAI-järjestelmän laatuindikaattoreita organisaation oman toiminnan laadun seurantaan. RAI-tietoa hyödynnetään vertailukehittämisessä, joka on organisaation oman toiminnan vertailua muihin vastaviin yksiköihin ja organisaatioihin. Se on tiedon ja osaamisen jakamista sekä jatkuvaa toiminnan ja palvelujen kehittämistä. (Noro 2005, 65; Noro ym. 2005, 9, 29–39; Heikkilä & Mäkelä 2015, 16; THL 2020c.)

Vertailutietokannat ovat erilaisia niiden käyttötarkoituksen mukaan. Asiakasohjaustietokanta on tarkoitettu asiakas- ja palveluohjauksen toiminnan ja kehittämisen tueksi sekä seurantaan. Palauteraportin avulla seurataan oman yksikön toimintaa ja vertaillaan yksiköitä oman organisaation sisällä. Se on kaikkien RAI:ta käyttävien organisaatioiden käytössä. (Noro ym. 2005, 9, 29–39; Heikkilä ym. 2015, 16; THL 2020c.)

Yhteisrahoitteiseen toimintaan osallistuvilla organisaatioilla on lisäksi käytössä laajemmin tietoja sisältävät tietokannat: EasyRAlder-tietokanta, jossa on

nähtävillä kaikki organisaatiot ja yksiköt sekä koko Suomen vertailutiedot. Tilaa-  
jatietokantaa palvelunjärjestäjä voi käyttää esim. ostopalveluyksiköiden tarkaste-  
luun ja vertailuun. Järjestäjätietokanta on tarkoitettu lähtökohtaisesti palveluiden  
järjestämisen alueelliseen tarkasteluun kunta- järjestäjä- ja maakuntakohtaisella  
tasolla. (THL 2020c.)

RAI-tietoa johtamiseen tarjoavat myös RAI-tietojärjestelmän toimittajat kuten  
RAIsoft (2021). Heidän tarjoamat toimintaraportit, laatumoduuli ja johtajamoduuli  
tarjoavat tietoa asiakasrakenteesta, tuottavuudesta, toimintakyvystä ja vaikutta-  
vuudesta (Wentus & Svenfeld 2021). Ikääntyneiden palveluiden järjestämiseen  
ja johtamiseen on siis tarjolla useita RAI-tiedon lähteitä, jotka tarjoavat sekä oman  
organisaation tietoa että vertailumahdollisuuden.

#### 3.4 RAI-tiedon hyödyntäminen ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalveluiden joh- tamisessa

Vaikkakin RAI-arvioinnin pääasiallinen käyttötarkoitus on suunnitella hoitoa, koti-  
hoidon RAI:n osia ja asteikkoja käytetään myös prosessin ja lopputulosten arvi-  
oimiseen (Noro ym. 2005, 7; Heikkilä & Mäkelä 2015, 22; Vaarama 2015, 3; Wag-  
ner ym. 2020). RAI-järjestelmä mahdollistaa hoidon ja palveluiden laadun sekä  
kustannusten mittaamisen ja seurannan. RAI on myös työväline päätöksenteon  
ja johtamisen tueksi. RAI-vertailutieto on näyttöön perustuvaa tietoa ja vertailu-  
tietoa hyvistä käytännöistä. (Hirdes ym. 2011, 373; Finne-Soveri 2013, 3; Finne-  
Soveri 2015, 167; Vaarama 2015, 3–4.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2020, 60) julkaisemassa laatusuosituksessa oh-  
jataan seuraamaan palveluiden laatua keräämällä tietoa asiakkaiden toimintaky-  
kyä, palvelutarpeesta ja hoitoisuudesta, turvallisuudesta ja hyvinvoinnista luotet-  
tavilla ja vertailukelpoisilla menetelmillä. Myös vanhuspalvelulaki edellyttää van-  
hustenhuollolta systemaattista hoidon suunnittelua, laadun ja kustannusten seu-  
rantaä sekä johtamista (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta  
sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 980/2012.)

RAI-järjestelmän avulla voidaan vastata lain ikääntyneen väestöä koskevien la-  
kien velvoittamiin haasteisiin (Finne-Soveri 2013, 3; Vaarama 2015, 3–4). Väes-  
törakenteen muutos ja taloudelliset haasteet edellyttävät tehokkaampien toimin-  
tatapojen kehittämistä. Väestölle tulee taata laadukkaat talvelut samalla, kun

huolehditaan resurssien riittävyydestä ja oikeasta kohdentamisesta. (THL 2020b.) RAI-arviointivälineistön avulla voidaan parantaa iäkkäiden henkilöiden palveluja koskevaa tietopohjaa ja seurata palvelun laatua (STM:n kuntainfo 10/2020). Strategisen johtamisen välineenä RAI-vertailutieto auttaa tavoitteiden toteutumisen arvioinnissa sekä palveluiden järjestämisen yhdenvertaisuuden toteutumisessa myös monituottajamalleissa (Rautiainen 2020.)

RAI-järjestelmä on käytössä useissa maissa ja mm. Islannissa se on valtakunnallinen vanhuspalvelujen laadun arviointiväline, johon kokonaisvaltainen vanhuspalvelujen suunnittelu perustuu poliittista päätöksentekoa myöten (THL 2020 a.) RAI-arviointijärjestelmän avulla kerätyn tiedon on todettu olevan niin luotettavaa ja pätevää, että sitä voidaan hyödyntää päätöksenteon välineenä (Foebel ym. 2015, 6; Hoogeveen ym. 2017, 1–15).

RAI-vertailutiedon laatu riippuu siitä, kuinka kattavasti organisaation asiakkaita on arvioitu ja miten huolellisesti RAI-arvioinnit tehdään. Tämän vuoksi RAI-järjestelmän käyttö edellyttää myös johdon sitoutumista ja henkilöstön RAI-osaamista. (Noro 2015, 17; THL 2020 b; Rautiainen 2020)

RAI-tiedon hyödyntämisestä on tehty tutkimuksia ja selvityksiä. Wagner ym. (2020) tutkivat laatuindikaattoreita Sveitsin kotihoidossa ja esittivät 18 laatuindikaattoria kansalliseen hoidon laadun ja vaikutusten seurantaan. Heidän mukaansa laatuindikaattorit antoivat kuvan kotihoidon laadusta. Laatuindikaattoreiden käytöstä johtamisessa hyötyivät niin organisaatiot kuin poliittiset päättäjät. Valitut laatuindikaattorit mittasivat asiakkaiden kliinistä tilaa, psykososiaalisuutta sekä toiminnallisuutta ja palveluiden käyttöä. Tosin puutteeksi ja jatkokehittämisen aiheeksi huomattiin asiakkaan tyytyväisyyttä ja elämänlaatua mittaavat aiheet.

RAI-järjestelmätiedon hyödyntämisestä on Suomessa tehty useita johtamiseen liittyviä tutkimuksia ja kehittämishankkeita. Heikkilä ym. (2013) tekivät asiakastieto: RUG-III LTC/34- luokitteluun pohjautuvaa tuotteistusta Tampereen kaupungin laitoshoidossa, joka toi tietoa asiakastarpeisiin pohjautuvasta palveluiden kuvauksesta. Moisanen (2018) tutki RAI-tiedon hyödyntämistä osana asiakaslähteisen osaamisen johtamista. Niemelä ym. (2018) tutkivat RAI-tiedon käyttöä ja tuottivat lähijohtajan työkaluja RAI:n käytön johtamiseen.

Vähäkangas ym. (2017) selvittivät ikäihmisten palvelutarvetta ja palveluihin ohjautumista, joka voi olla myös pohjana asiakasohjauksen strategiselle johtamiselle. Nuutinen ym. (2019) tutkivat, miten kotihoidon RAI-arvioinnista saadulla tiedolla voidaan ennustaa laitoshoidon joutumisen uhkaa. Riskien tunnistamisen pohjalta voidaan tehdä myös tavoitteellisia strategisia toimintamalleja. Myös RAI-järjestelmän käyttöönottoa ja tiedon hyödyntämistä johtamisessa on käsitelty useissa korkeakoulutason opinnäytetöissä (esim. Riekkola 2018; Jokela 2019; Kumpulainen 2020; Järvi 2020 ja Metsälä 2020), joista etenkin uusille RAI-järjestelmän käyttöönottajille on hyötyä.



Kuvio 2. RAI-tiedon hyödyntäminen johtamisessa (THL 2020b)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2020c) on kehittänyt yhteistyössä RAI-käyttäjä-organisaatioiden kanssa vertailutietoa eri johtamisen tasoille päivittäisjohtamisesta aina strategisen johtamisen tarpeisiin (kuvio 2). Sen sijaan tutkimustietoa strategisen johdon käyttämistä RAI-tiedosta ei juurikaan ole. THL:n tavoitteena on osana Valtava-hanketta (2020–2023) määritellä palveluiden järjestäjälle RAI-tietoja seuranta- ja johtamista varten.

#### 4 TUTKIMUSMENETELMÄ

Tutkimuksen metodologinen valinta ja tutkimusmenetelmät määräytyivät tutkimusaiheen ja tutkimuskysymysten pohjalta. Valintaan vaikuttivat myös omat oletukseni tutkittavan ilmiöstä ja miten siihen voidaan hankkia tietoa. Laadullisessa tutkimuksessa todellisuus rakentuu yksilöllisesti perustuen kokemuksiin ja käsitteisiin riippuen kontekstista ja muuttuen ajassa. (Puusa & Juuti 2011, 42,43). Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkia todellista elämää mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Eriksson & Kovalainen 2008, 93–96) sekä antamaan ilmiölle teoreettisesti mielekäs tulkinta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85.) Tiedolla johtamisen ilmiöön vanhustenhuollossa sopivat laadullisen tutkimuksen lähtökohdat tutkia ilmiötä myös ihmisten kautta.

Laadullisen tutkimuksen taustalla olevia pääsuuntauksia ovat hermeneutiikka ja fenomenologia. Hermeneuttinen tarkastelutapa tähtää tekstien tulkintaan ja ymmärtämiseen. Hermeneutiikkaan liittyy esiymmärrys ja hermeneuttinen kehä. Esiymmärrys voi olla tutkijan tieto, näkemys tai kokemus kohteena olevasta aihepiiristä tutkimuksen alkuvaiheessa. (Puusa & Juuti 2011, 42, 43). Hermeneuttisen kehän tarkoitus on selventää, korjata tai syventää kohteena olevaa aihetta mahdollisesti jopa useita kertoja tutkimuksen aikana. Tutkijan oma historia ja etiikka korostuvat, jos tutkijalla on aikaisempaa kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. (Puusa & Juuti 2011, 42, 43). Voidaan todeta, että esiymmärrykseni tutkimuskohteesta perustui teorian lisäksi pitkään työkokemukseeni ikäihmisten palveluiden strategisesta johtamisesta ja kehittämisestä, jonka vaikutuksen tässä tutkimuksessa olen tiedostanut ja kuvannut.

Tapaustutkimus sopii tilanteisiin, joissa ilmiö on monimutkainen, laaja ja jäsenytymätön. Aiheesta voi olla vähän empiiristä tutkimusta tai kohteena on jokin tämänhetkisessä ajassa vaikuttava ilmiö. (Eriksson & Koistinen 2014, 1, 5; Njie & Asimiran 2014, 36.) Strategisen johtamisen ilmiötä ikäihmisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa voidaan pitää monimutkaisena ja haasteellisena ilmiönä, jossa tiedolla johtamisen tarve on nyt myös korostuneesti esillä. Tapaustutkimuksessa tutkimuskysymykset ovat muotoa mitä-, miten- ja miksi (Yin 2014, 9; Eriksson & Koistinen 2014, 5; Njie & Asimiran, 2014, 39). Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat, mitä RAI-tietoa käytetään johtamisessa ja miten organisaatiot sitä hyödyntävät.

Tapausten kautta pyritään lisäämään tietoa ja ymmärrystä kuvaamalla ilmiöiden tekijöitä ja keskinäisiä merkityksiä sekä jäljittämään muutosta tulkitsemalla toimijoiden antamia merkityksiä (Laine & Peltonen 2007, 104,105.) Tapaustutkimus on usein pragmaattista ja tapaustutkimuksella voi olla myös välineellinen merkitys, kun sillä halutaan ymmärtää jotain muutakin kuin vain kyseistä tapausta. (Eriksson & Koistinen 2014, 1, 5.) Tässä opinnäytetyössä haluttiin ymmärtää tiedolla johtamisen tekijöitä ja merkityksiä ikääntyneiden palveluiden johtamisessa. Tällä tutkimuksella on hyödynnettävyyttä laajemmin kaikissa ikääntyneiden palveluita järjestävissä organisaatioissa.

Laadullisessa tutkimuksessa painotetaan enemmän aineiston laatua kuin määrää, koska siinä keskitytään tutkittavan ilmiön kuvaukseen aineistosta käsin. Laadullisessa tutkimuksessa voidaan käyttää useita aineistonkeruumenetelmiä yksittäin tai eri yhdistellen. (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003, 609–615.) Keskeisiä tutkimusmenetelmiä tapaustutkimuksessa ovat olleet havainnointi, avoimet haastattelut ja erilaisten dokumenttien keräys ja analysointi. Tapaustutkimuksessa voidaan käyttää monenlaisia aineistoja ja lähteitä rinnakkain. (Eriksson & Koistinen 2014, 30.)

Tapaustutkimuksessa voidaan tarkastella yhtä tai useampaa tapausta, joiden määrittely, analysointi ja ratkaisu on tapaustutkimuksen keskeisin tavoite (Eriksson & Koistinen 2014, 3). Tapauksen tulee olla rajattu, kuten yksilö, ryhmä tai ohjelma. Joitakin vaikeammin rajattavia ovat erilaiset prosessit, tapahtumaketjut, toimijoiden väliset suhteet tai ilmiöt kuten johtaminen. Tutkittavan tapauksen määrittäminen on tutkimuksen kriittinen vaihe ja se voi tapahtua ennen aineiston keruuta tai sen jälkeen. (Eriksson & Koistinen 2014, 4.)

Tapaustutkimus on kontekstuaalista, eli tutkittavan tapauksen ympäristöön sidottua, joka määritellään suppeana tai laajempaan. Konteksti on usein monitasoinen, jolloin on määriteltävä kuinka laajasti ottaa sitä tutkimukseen mukaan. Ulkoinen konteksti voi muodostua toimialasta, jossa tapaus toimii. Sisempi konteksti voi olla organisaation oma rakenteellinen ympäristö. (Eriksson & Koistinen 2014, 7–8.) Tämän tutkimuksen konteksti on ikääntyneiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen, ja tapaus/tapaukset näitä palveluita järjestävät organisaatiot sekä niiden strateginen viranhaltijajohto.

Tässä opinnäytetyössä tutkimuksellista ajattelutapaa voi pitää myös monimene-  
telmällisenä (vrt. Greene 2007, 20). Tässä ajattelutavassa aineistojen erilaiset  
lähestymistavat täydentävät vuorovaikutuksessa toisiaan ja mahdollistavat koko-  
naisvaltaisemman ymmärryksen tutkimuksen kohteesta. (Creswell ym. 2003,  
183–184; Mertens ym. 2016, 3) Tässä tutkimusaineiston muodostivat ikäihmisten  
palveluiden johtajien yksilöhaastattelut, tapausorganisaatioiden strategisen joh-  
tamisen dokumentit sekä THL:n tietokannoissa oleva RAI-vertailutieto. Aineiston-  
keruu tapahtui vaiheittain, ensin tutustumalla tapausorganisaatioiden taustatie-  
toihin ja niiden strategisiin asiakirjoihin, sitten haastattelemalla vanhuspalvelui-  
den johtajia ja päälliköitä ja lopuksi tarkastelemalla strategisten tavoitteiden oh-  
jaamana tapausorganisaatioiden RAI-vertailutietoja THL:n tietokannoista.

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA AINEISTOT

### 5.1 Tapaukset

Toimeksiantajan kanssa määriteltiin sopivaksi tapausmääräksi 2–3. Rekrytointi tapauksiksi aloitettiin helmikuussa (24.2.2021) lähettämällä sähköpostia Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa yhteisrahoitteisen RAI-vertailukehittämisen sopimuksen omaaville, laajalle väestöpohjalle palveluita järjestävälle viidelle (5) palveluiden järjestäjäorganisaatiolle, joille tarjottiin mahdollisuutta osallistua tutkimukseen.

Organisaatioista ensimmäisinä halukkuuden ilmaisivat Kainuun sote ja Oulu, jotka valikoituivat tutkimustapausorganisaatioiksi. Tutkimusluvut haettiin molempiin organisaatioihin erikseen.

Tutkimuksen analyysiyksikkönä on ikäihmisten palveluita järjestävä organisaatio, jota tutkitaan haastattelemalla palveluiden strategisen tason johtoa: vanhuspalveluiden johtajia ja päälliköitä sekä analysoimalla organisaatioiden strategisia asiakirjoja ja RAI-tietoja.

#### 5.1.1 Tapaus 1: Kainuun sote

Tapausorganisaation kuvaus laadittiin Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän talousarvio 2021 ja taloussuunnitelma 2022–2024 ja läkkäiden maakunnallisen palvelukokonaisuus Kainuussa (2018) -asiakirjojen pohjalta.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän (Kainuun sote) taustalla on Kainuun maakunta hallintokokeilu vuoteen 2012. 1.1.2013 perustettu Kainuun sote järjestää seitsemän kunnan (Hyrnsalmi, Kajaani, Kuhmo, Paltamo, Ristijärvi, Sotkamo ja Suomussalmi) sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut. Puolangalla palvelut on järjestetty kokonaisulkoistuksen avulla ja se on osajäsenenä kuntayhtymässä. Kainuun sote tuottaa alueen kunnille myös tietohallinnon palveluja sekä osan talous- ja henkilöstöhallinnosta. Erilaisia työyksiköitä on lähes sata ja työntekijöitä n. 3500 henkilöä. Kuntayhtymän kokonaisbudjetti on 375,6 milj. euroa vuonna 2021. (Tolonen 2018, 8; Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän talousarvio 2021 ja taloussuunnitelma 2022–2024,1.)

Kuntayhtymän toiminta-ajatuksena on perussopimuksen mukaan ”1. edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista

turvallisuutta, 2. kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja, 3. toteuttaa väestön tarvitsemien palveluiden yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta.” (Tolonen 2018, 8; Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän talousarvio 2021...,1.)

Kainuun väkiluku vuonna 2021 oli 71664. Tilastokeskuksen ennusteen mukaan väestö vähenee vuoteen 2040 mennessä vajaaseen 60 000 asukkaaseen. (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän talousarvio 2021..., 8.) Vanhempien ikäluokkien osuus kasvaa ja nuorten osuus pienenee, jolloin väestöllinen huoltosuhde muuttuu edelleen heikommaksi. Haja-asutusta maakunnassa on runsaasti. Kainuussa haasteena ovat ikääntymisen lisäksi pitkät välimatkat, kohtuullisen alhainen koulutustaso sekä korkea sairastavuus. (Tolonen 2018, 1,3.)

Kuntayhtymäjohtaja Ahopelto totesi talousarviosuunnitelmassa 2021, että sosiaali- ja terveystalouden uudistuessa ja muuttuessa laajemmille hyvinvointialueille tarvitaan toimivia tietojärjestelmä, tiedonhallintajärjestelmiä, kattavaa tietopohjaa ja yhtenäisiä tapoja raportoida. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden ja johtamisen kehittäminen edellyttää tutkittua tietoa ja tiedolla johtamista. Meillä olevassa rakenneuudistuksessa Kainuussa johtamisen tavoitteena oli järjestämistehtävän selkiyttäminen, ja keskiössä olivat myös järjestämisen tietotarpeet. (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän talousarvio 2021..., 1–2.)

### 5.1.2 Tapaus 2: Oulun kaupunki

Tapausorganisaation kuvaus laadittiin Oulun kaupungin talousarvio 2021 ja taloussuunnitelma 2022–2024, sekä Ikävoimainen Oulu 2021- asiakirjoja hyödyntäen.

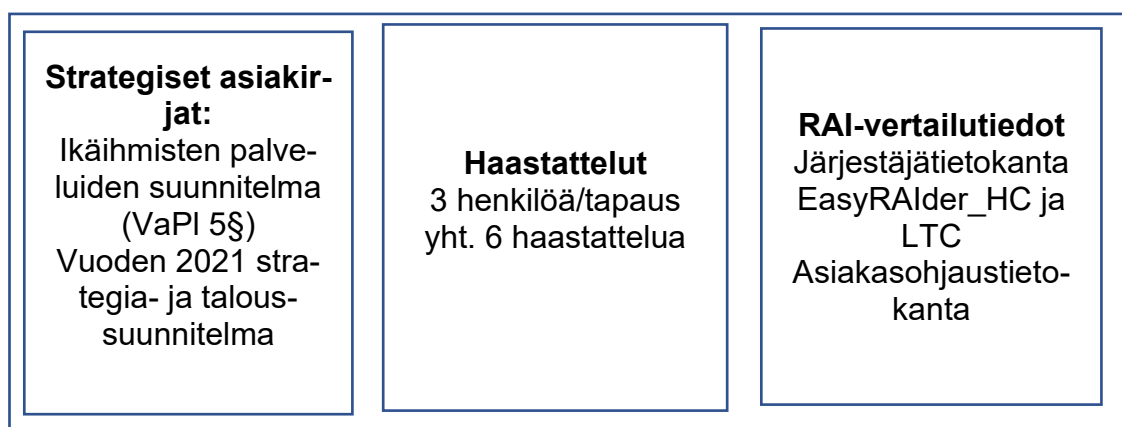
Oulun kaupungin väkiluku vuonna 2020 oli 205 489. Väestönkasvua edellisvuodesta oli 1 922 asukasta (0,9 %). Oulun väkiluvun kasvun taustalla on korkea ja tasaisena pysynyt luonnollinen väestölisäys. Vuonna 2019 muuttovoitto oli 1 171 henkilöä. Oulun väestörakenne on nuorta (keski-ikä 38,8 v.), mutta suurten ikäluokkien ikääntyminen näkyy vanhempien ikäluokkien aiempaa voimakkaampana kasvuna. Vuonna 2019 yli 65-vuotiaiden määrä kasvoi 1 206 henkilöllä. (Oulun kaupungin talousarvio 2021 ja taloussuunnitelma 2022–2024, 11, 85.)

Oululaisten ikäihmisten terveyttä ja hyvinvointia oli arvioitu vuonna 2015. Aikuis-  
ten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimuksen (ATH) mukaan yli 75-vuotiaista  
oululaisista kolmasosa (29,6 %) koki suuria vaikeuksia arkiaskareista selviytymi-  
sessä ja 16 % koki vähintään suuria vaikeuksia itsestä huolehtimisessa. Eläke-  
läisten tulotaso oli hieman noussut vuosittain, mutta ikävakioitu sairastavuus-  
indeksi oli korkea (107,8) vuonna 2018, ja erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja  
oli Oulussa keskimääräistä enemmän. (Ikävoimainen Oulu 2021, 12)

Oulun kaupungin palveluiden järjestämisen taustalla on pitkä ja systemaattinen  
monituottajuuden kehittäminen, joka näkyy myös tiedolla johtamisen tarpeissa ja  
sen pitkäjänteisenä kehittymisenä. Oulu oli mukana useissa valtakunnallisissa  
strategiseen tiedolla johtamiseen liittyvissä hankkeissa. (Oulun kaupungin talous-  
arvio 2021...)

## 5.2 Aineistot

Tutkimuksen aineistot muodostuivat tapauksittain strategisista asiakirjoista, joh-  
don haastatteluista ja RAI-vertailutiedoista. Aineiston keruu tapahtui kevään ja  
kesän 2021 aikana (kuvio 3).



Kuvio 3. Aineistot tapausorganisaatioista.

### 5.2.1 Haastattelut

Teemahaastattelu on yksi suosituimmasta tavoista kerätä laadullista aineistoa. Teemahaastattelussa haastattelun aihepiirit ovat etukäteen määriteltä, mutta kysymyksille ei ole tarkkaa muotoa eikä järjestystä. Puolistrukturoitu haastattelu-  
muoto antaa rakennetta haastattelutilanteeseen siten, että kysymykset ovat

kaikille samat, mutta haastateltava vastaa omin sanoin. Puolistrukturoidulla teemahaastattelulla varmistetaan, että tutkielman kannalta keskeiset aiheet käydään läpi selkeiden kysymysten kautta. (Eskola & Vastamäki 2010, 26–29; Hyvärinen, Suoninen & Vuori 2021.) Haastattelukysymykset laadittiin tietoperustan pohjalta kolmen eri teeman alle (liite 2).

Tutkimuskysymykset teemoitettiin koskemaan:

1. Palveluiden järjestämistä: strategiaa ja sen tavoitteita
2. Tieto ikääntyneiden palveluiden johtamisessa ja
3. Tiedolla johtamisen menetelmiä ja kulttuuria

Haastattelukysymyksiä oli kolmetoista (13). Haastateltaville lähetettiin kokouskutsu haastatteluun sekä haastattelukysymykset noin viikkoa ennen haastattelua.

Vanhuspalveluiden johtajien kanssa määrittelimme strategiseen johtoon kuuluvat, haastateltaviksi kutsuttavat henkilöt. Haastatteluun kutsuttaville lähetin sähköpostilla henkilökohtaisen kutsuviestin. Siinä kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta sekä informoitiin osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä tutkimusaineiston käsittelystä ja käytöstä. Haastatteluajat sovittiin kunkin kanssa erikseen heille sopivalle ajankohdalle. Haastattelut toteutettiin Microsoft Teams-tapaamisina, joka tallennettiin. Haastattelut olivat kahden välisiä yksilöhaastatteluja. Haastatteluaineisto kerättiin aikavälillä 29.3.2021–27.4.2021.

### 5.2.2 Strategiset asiakirjat

Vanhuspalvelujohtajien kanssa sovittiin tapausorganisaatioiden perustietojen toimittamisesta ja kuvauksesta. Strategiset asiakirjat nimettiin ja sovittiin tapauskohtaisesti. Sain asiakirjat sähköpostilla tai latsin ne organisaation verkkosivuilta. Asiakirjat olivat organisaation osoittamia: suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi (Lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystaloudesta (2012/980) 5§) sekä vuoden 2021 talousarvioasiakirja. Asiakirjat sisälsivät kuvausta toimintaympäristöstä, strategisista tavoitteista, johtamisjärjestelmästä ja seurantamittareista. Tiedot olivat julkisia asiakirjoja. Strategiset asiakirjat keräsin kevään 2021 aikana.

Strategiset asiakirjat kuvasivat johtamisen ilmiötä tutkimuskohteena olevan organisaation sisäisessä kontekstissa: ikääntyneiden palveluiden järjestäminen

sosiaali- ja terveydenhuollossa (Eriksson & Koistinen 2014, 7–8). Analyysin kohteena olivat strategiset asiakirjojen sisältämät kuvaukset strategisista tavoitteista ja niihin liittyvistä toimenpiteistä, jotka olivat keskeisiä ikääntyneiden palveluiden johtamiselle.

### 5.2.3 RAI-tiedot

RAI-vertailutiedot haettiin THL:n vertailutietokannasta tapausorganisaation tutkimusluvan mukaisesti THL:stä annetuilla tietokannan käyttöoikeuksilla.

Vertailutietokantojen tietoja tarkasteltiin organisaatioiden strategisten tavoitteiden ohjaamana. Vertailutietoja analysoitiin vuosilta 2017 lähtien. Viimeisimmät tiedot olivat vuoden 2021 ensimmäistä aineistoa, jotka olivat käytettävissä kesäkuussa 2021. Vertailutietokannat olivat: Järjestäjätietokanta, EasyRAIder-tietokannat: HC ja LTC sekä Asiakasohjaustietokanta. Määritellyt tiedot haettiin tietokannoista ja tallennettiin ne Excel-taulukkomuotoisena. Hakukriteerit näkyivät kussakin tallennetussa tiedossa. RAI-tieto on kuvailevaa, absoluuttisia numeerisia mittarikohtaisia asiakasmäärätietoja tai prosenttiosuuksia arvioiduista asiakkaista. Kaikkien mittareiden/indikaattoreiden kuvaukset löytyvät RAI-tietokannasta ja THL:n RAI-verkkosivuilta (THL 2021).

### 5.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Kvalitatiivisen tutkimuksen vaiheet: aineiston keruu, analysointi, tulkinta ja raportointi usein kietoutuvat toisiinsa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95). Tapaustutkimuksessa aineistoja ja lähteitä usein käytetään rinnakkain. Käyttämällä useita aineistoja voidaan rikastaa kuvausta ja aineistojen ristiriitaisuuksiakin voidaan käsitellä mielenkiintoisina kysymysten lähteinä. (Eriksson & Koistinen 2014, 30–31). Tässä tutkimuksessa hyödynnettiin siis laadullisia haastatteluaineistoja ja organisaation strategisia dokumentteja sekä näiden määrällisiä, numeerisia RAI-tietoja.

Analyysi on hajanaisesta aineistosta esiin nousevien merkitysten selkiyttämistä ja informaatioarvoa kasvattavaa (Eskola & Suoranta 2008, 208–209). Tämän tutkimuksen aineistoanalyysi on teoria- ja aineistolähtöisen analyysin välimuotoa teoriasidonnaista analyysia, koska tutkijalla oli kohdeilmioistä tutkimuskirjallisuuden lisäksi työkokemukseen perustuvaa ymmärrystä. (Ruusuvoori ym. 2010,

11–13). Haastattelukysymykset laadittiin teorialähtöisesti, mutta analyysi jatkui tämän jälkeen myös aineistolähtöisesti (Eriksson & Koistinen 2014, 33).

Tutkimusaineistojen yhdistelyssä aineistot olivat erilaisessa asemassa suhteessa toisiinsa (Seppänen-Järvelä, Åkerblad & Haapakoski 2019). Tässä tutkimuksessa laadulliset aineistot kerättiin ensin, jonka jälkeen tarkasteltiin RAI-tietoja aineistosta syntyneiden tulosten ohjaamana. Tiedon integraatiota toteutettiin aineistojen analysoinnin ja tulkinnan tasoilla (Mertens ym. 2016, 4).

Haastatteluaineistojen ja strategisten asiakirjojen analyysissä hyödynnettiin laadullisia sisällönanalyysin menetelmiä kuten teemoittelua ja luokittelua (Vuori 2021). Jossain määrin käytettiin myös Staken (1995, 9, 71) määrittelemää suoraa tulkintaa. RAI-tietojen analyysissä taas hyödynnettiin kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä. Lopuksi havaintoja ja löydöksiä tulkittiin tulososioon yhteenvetona tutkimuskysymyksittäin. Tutkijana oma tulkintani on ollut vahvasti mukana kaikissa analyysivaiheissa.

### 5.3.1 Haastatteluaineisto

Haastattelun aluksi informoitiin haastateltavaa tutkimuksen aiheesta, tarkoituksesta sekä tutkittavan vapaaehtoisuudesta, anonymiteetin säilyttämisestä sekä aineiston käsittelystä aineistohallintasuunnitelman mukaisesti. Haastattelun aluksi todennettiin tutkittavien ja tutkijan henkilöllisyys. Tutkittavat kertoivat myös johtamisen tehtävästään, johdettavasta vastuualueesta sekä työkokemukseltaan ikäihmisten palveluiden johtamisessa. Informanttien valinta oli harkittua ja tarkoitukseen sopivaa, sillä ilman laajaa ja moniulotteista, eri toimijoiden näkökulmia huomioivaa aineistoa ja teoreettisten käsitteiden apua tutkimuskysymykseen olisi ollut vaikea antaa kattavaa ja vakuuttavaa vastausta (Eriksson & Koistinen 2014, 24).

Tutustuin organisaation tietoihin ja strategisiin asiakirjoihin ennen haastatteluja. Haastateltavia oli yhteensä kuusi henkilöä, kolme henkilöä tapausorganisaatiota kohden. Haastateltavat olivat nimikkeiltään vanhuspalveluista vastaavia johtajia ja päälliköitä. Heidän työkokemus organisaationsa johtotehtävissä vaihteli vuodesta yli kymmeneen vuoteen. Esimiestyön kokemusta alalta kaikilla oli silti useita vuosia. Suurin osa haastatelluista oli tutkijalle ennestään tuttuja aikaisemmista työrooleista johtuen.

Haastattelut toteutettiin Teams-yhteyden avulla. Haastattelut tallennettiin. Tutkija käytti tapaamisissa kameraa, mutta osa haastatelluista ei. Haastattelun aluksi haastateltava ja haastattelija tunnistettiin ja kerrattiin haastateltavan saama informaatio tutkimuksesta, ja tiedon käyttötarkoituksesta. Haastattelun aikana tein pieniä kenttämuistiinpanoja. Haastateltavat olivat saaneet tutkimuskysymykset etukäteen ja keskustelu sujui pääasiassa kysymysten mukaisessa järjestyksessä ja teemojen aiheissa. Teknisiä ongelmia Teams-haastatteluissa ei ollut. Haastatteluaineistoon ei myöskään jälkikäteen tullut kysyttävää tai täydennettävää.

Haastattelut kirjoitettiin tekstimuotoon pian haastattelun jälkeen. Litteroituja haastatteluaineistoja oli noin 5–7 sivua haastattelua kohden. Yhteensä haastatteluaineistoa litteroituna oli 34 sivua: 18 sivua tapauksessa yksi (1) ja 16 sivua tapauksessa kaksi (2).

Laadullisen tutkimuksen analyysitekniikoina käytetään teemoittelua, tyypittelyä, sisällönerrittelyä, diskurssianalyysiä ja keskusteluanalyysiä (Hirsjärvi ym. 2015 224). Sisällönanalyysiä käytetään laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmänä. Sitä voidaan pitää sekä metodina että väljänä teoreettisena kehyksenä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 78.)

Litteroitu aineisto jaettiin pääteemojen alle. Teemoittelu voi olla myös aineiston alkuvaiheen jäsentämistapa (Juhila 2021). Teoria ohjasi alkuvaiheen analyysirunkoa siten, että ensimmäiseen osa sisälsi palveluiden järjestämiseen liittyvää strategiaa ja sen tavoitteita koskevaa sisältöä. Toinen teema sisälsi tietoa ikään-tyneiden palveluihin liittyvästä tiedolla johtamisesta. Kolmas teema liittyi tiedolla johtamisen menetelmiin ja kulttuuriin. Haastatteluaineiston analyysiä voidaan tässä pitää teoriaohjaavana (Tuomi & Sarajärvi 2018, 82).

Analyysiyksikkönä toimivat lausumat ja ajatuskokonaisuudet (Tuomi & Sarajärvi 2018, 91). Haastatteluaineistossa samaa teemaa saattoi olla usean kysymyksen vastauksessa ja toisaalta tiedonanto saattoi liittyä useampaan teemaan. Huomioin annettuja tietoja useammassa teemassa ja näin ennakkojäsennys ei kuitenkaan liikaa ohjannut analyysiä (Juhila 2021). Käytin analyysiyksiköiden koodaamiseen korostusvärejä, ryhmittelin samansisältöisiä ilmaisuja ja nimesin ne pelkistetyiksi käsitteiksi. Ryhmittely toimi pohjana myös tulosten esittämisessä.

(vrt. Tuomi & Sarajärvi 2018, 92, 93.) Esimerkki sisällönanalyysistä on kuvattu liitteessä 5, jossa on käsitelty osaa teemasta ”Tieto ikääntyneiden palveluissa”.

### 5.3.2 Strategiset asiakirjat

Strategisten asiakirjojen tutkimusaineistona käytettiin tapausorganisaation talousarvioasiakirjoja sekä suunnitelmia ikääntyneen väestön tukemiseksi. Tässä tutkimusasetelmassa strategisten asiakirjojen tarkoituksena oli vahvistaa ja selkiyttää tilannekuvaa strategisen johtamisen toimintaympäristöstä sekä tavoitteista ikääntyneiden palveluiden johtamisessa, joihin RAI-tietoja ja tiedolla johtamista voitiin sitten yhdistää.

Strategia-asiakirjojen analyysissä etsittiin tekstistä ilmaisuja, joissa kuvattiin strategisia ja merkityksellisiä tavoitteita, joita myös haastatteluaineistosta oli noussut esille. Lopuksi tehtiin tiivistetty ja pelkistetty kuvaus strategisten asiakirjojen sisältämistä tavoitteista, jota hyödynnettiin analyysin seuraavassa vaiheessa RAI-tietojen keruun pohjaksi. Tapausorganisaatioiden johtajat tarkastivat ja hyväksyivät strategisten asiakirjojen pohjalta tehdyn kuvauksen ja tulkinnan.

### 5.3.3 RAI-tiedot

RAI-tiedot haettiin organisaatioittain THL:n RAI-vertailutietokannoista: Järjestäjätietokannasta, kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon EasyRAIder-tietokannoista sekä Asiakasohjaustietokannasta. Tiedon haun ohjaamiseksi ja määrittelymiseksi tehtiin taulukko keskeisistä tapausorganisaation strategisista tavoitteista (liite 4 ja 5), johon listattiin mittaritiedot sekä tietokannat, missä tiedot olivat haettavissa. Tiedon määrittelyssä ja tulkinnassa hyödynsin myös toimeksiantajan RAI-asiantuntijuutta.

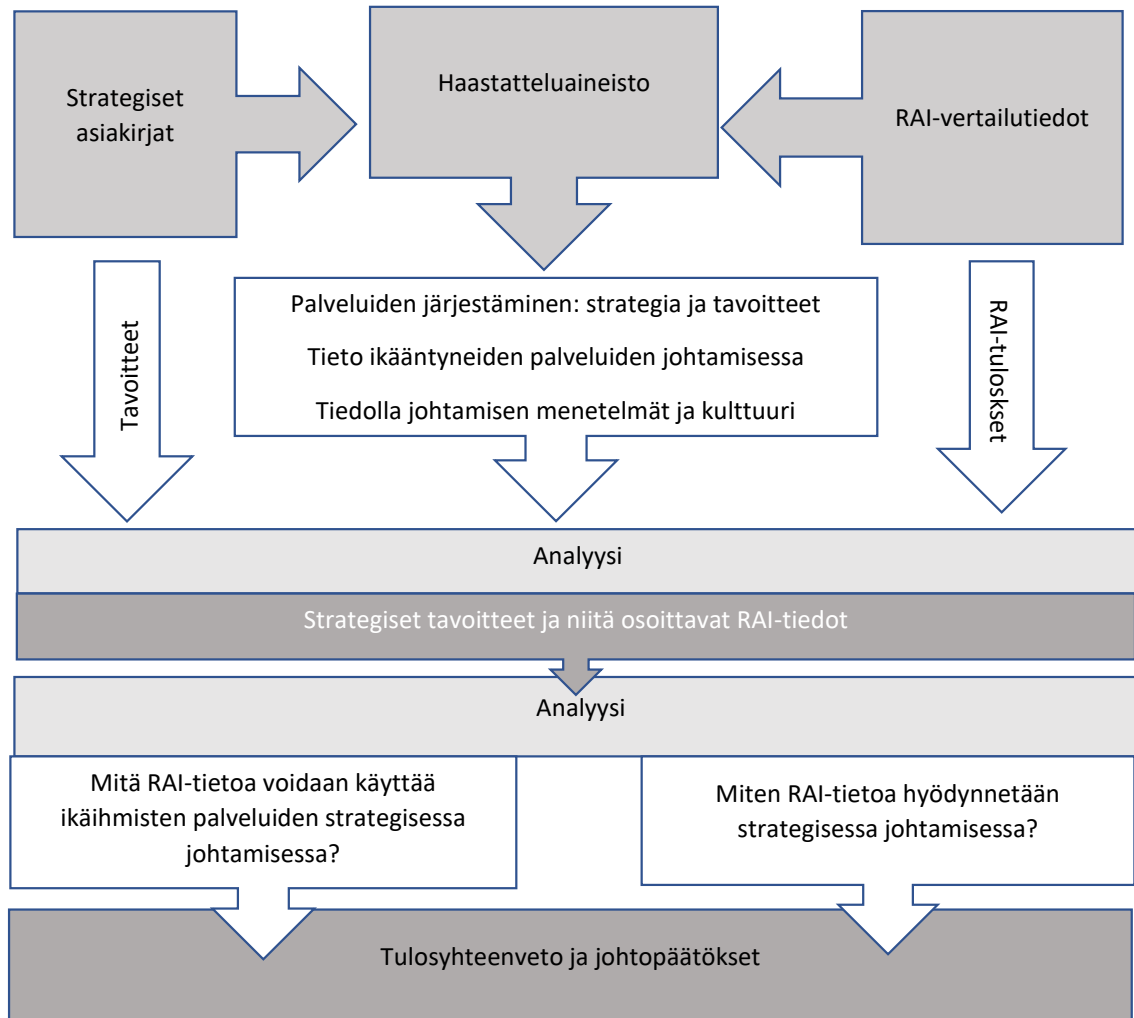
Tietokannoista saadut tiedot tuotiin analysoitavaksi Excel-muotoisena taulukoina. Tiedot tallennettiin ja nimettiin organisaatiokohtaisesti, ja niissä oli nähtävillä tiedon haun määrittelyt/rajaukset. Tietojen kuvaajat analysointiin käyttäen Microsoft Excel-ohjelman kvantitatiivisia analyysimenetelmiä: yhden tai kahden muuttujan arvojen jakaumia ja niiden graafisia tarkasteluja (Mattila 2021).

RAI-vertailutietoja tarkasteltiin ensisijaisesti tapausorganisaation sisällä vertaillen toimintayksiköitä tai alueita toisiinsa. Vertailua tehtiin jonkin verran myös julkisen ja yksityisen palvelutuotannon välillä. Lisäksi vertailua tehtiin myös koko Suomen

vastaavaan aineistoon. Tietoja tarkasteltiin pääasiassa vuosilta 2018–2020 ja joiltain osin vuodelta 2021.

RAI-tiedot olivat kuvailevaa määrällistä tietoa, lukuarvoja sekä prosenttiosuuksia asiakaskunnasta tietyin THL:n ja inter-RAI:n määrittelemien ehdoin (THL RAI-sivut 2021). Tämän tutkimuksen analyysi oli kuvailevaa tilastoanalyysiä numeerisen tiedon vahvistamana, ja niiden esittämistä diagrammeina. Mittarit kuvaavat muuttujien keskilukuja. Joistakin on esitetty myös vaihteluväli ja laskettu keskihajonta. (Mattila 2021.)

Kuviossa 4 on kuvattu aineistojen analyysin eri vaiheet. Haastatteluaineistosta sekä strategisista asiakirjojen pohjalta määriteltiin organisaation keskeisimmät tavoitteet, jotka ohjasivat RAI-tietojen hakua vertailutietokannoista. Analyysissä tulkittiin tietoja organisaation tavoitteisiin peilaten. Eri aineistojen ja analyysin pohjalta syntyi tutkimustulos, jolla vastattiin kysymyksiin, mitä RAI-tietoa voidaan käyttää ikääntyneiden palveluiden johtamisessa ja miten RAI-tietoa voidaan hyödyntää strategisessa johtamisessa.



Kuvio 4. Tutkimusprosessin kulku.

## 6 TUTKIMUSTULOKSET

### 6.1 Johdon haastattelutulokset Kainuun sotessa

Haastattelutulokset kuvataan kolmen pääteeman mukaisessa kokonaisuudessa: palveluiden järjestämisen strategian ja tavoitteiden, tarvittavan ja käytetyn tiedon sekä tiedolla johtamisen menetelmien ja kulttuurin mukaisesti.

#### 6.1.1 Palveluiden järjestäminen: strategia ja sen tavoitteet

Palveluiden järjestämistä ohjasivat strategiset tavoitteet. Haastateltavat kertoivat strategisen johtamisen perustuvan koko sotien arvoihin, hallituksen päätöksiin ja kansalliseen ohjaukseen sekä organisaation lyhyen ja pitkän tähtäimen suunnitelmiin ja tavoitteisiin. Strategisen johtamisen menetelminä mainittiin: BSC-tuloskortti, vuosikello, johtoryhmätyöskentely sekä muut kokouskäytännöt organisaation johtamisjärjestelmässä. Strategisessa johtamisessa tavoitteet määriteltiin ja niitä vietiin johtamisen eri tasoille: sote-tulosalue-vastuualueet-yksikkökohtaiset tavoitteet.

Keskeisimmäksi tavoitteeksi nimettiin kotona asumisen mahdollistaminen erilaisilla ratkaisuvaihtoehdoilla, riittävillä ja oikea-aikaisilla palveluilla sekä oman palvelutuotannon että ostopalvelutuotannon toteuttamana. Asiakaskohtaiset ratkaisut perustuivat palvelutarpeen arviointiin, jossa huomioitiin asiakkaan omat voimavarat, läheisapu sekä omaishoidon mahdollisuus.

Keskeistä oli arvioida ympärivuorokautisten hoitopaikkojen oikeaa määrää. Tavoitteena oli edelleen vähentää laitoshoidon, saada riittävästi lyhytaikaishoitopaikkoja ja toteuttaa vanhuspalvelulain edellyttämää henkilöstömitoitusta sekä turvata riittävä osaaminen.

*– – kyllä se on se kotona asumisen tukeminen ja eri ratkaisuvaihtoehtojen miettiminen niihin, että se lähtökohta aina mietitään ensin niinku, että ne tekee RAI- arviointiin pohjautuvan palvelutarpeen arvioinnin, miettivät ne asiakkaan omat voimavarat ja sitten sen läheisavun.*

Keskeisimmäksi organisaation saavutukseksi nimettiin palvelurakenteen muutoksen toteutuminen ja siinä onnistuminen. Laitoshoidon oli vähennetty, palveluasumisen määrää oli ylläpidetty ja kotihoitoon oli panostettu. Maakunnan perustamisesta alkaen kuntien erilaisia palvelukäytäntöjä oli yhdenmukaistettu. Palveluihin pääsyn kriteereitä oli yhtenäistetty.

*– – silloin kun tämä Kainuun maakunnan kuntayhtymä aloitti tässä ja silloin oli se suurin tavoite yhdenmukaistaa eri kuntien palvelu käytännöt, ja se oli varsin kirjava se lähtötilanne – –*

Toimintaa oli tehostettu sulkemalla pieniä, taloudellisesti kannattamattomia yksiköitä, laitoshoidtoa oli vähennetty ja muutettu tehostetuksi palveluasumiseksi. Teknologiaa oli lisätty palveluihin. Asiakasohjausta ja palvelutarpeen arviointia oli kehitetty ja keskitetty. Palvelurakenteen muutoksen tulos määriteltiin vastaavan kansallista tavoitetta.

*– – sieltä sitä lähdettiin muuttamaan sitä palvelurakennetta kaiken kaikkiaan ja kyllähän me on siinä onnistuttu hyvin – –*

Saavutukseksi kuvattiin myös asennemuutos RAI:n käytössä sekä riittävän henkilöstömitoituksen toteutuminen. Taloustavoitteet oli saavutettu ja ulkoiset kulut olivat kasvaneet maltillisesti.

Toimenpiteinä tavoitteisiin pyrkiminen oli edellyttänyt johdonmukaisuutta, määrätietoisuutta ja systemaattisuutta. Tavoitteisiin pyrkimistä olivat edistäneet johdon tuki, oma käytännön kokemus hyödynnettäväksi henkilöstöviestinnässä sekä johtajien vertaistuki.

#### 6.1.2 Tieto ikääntyneiden palveluiden johtamisessa

Haastateltavat tunnistivat johtamisessa tarvittaviksi tiedoiksi erilaisia toimintaympäristöön ja palveluihin liittyviä tietoja ja mittareita, kuten kansallisen laatusuosituksen indikaattorit. He totesivat tarvittavan asiakkaisiin liittyvää tietoa kuten asiakasrakenne, asiakkaiden palvelutarve sekä hoitoisuus. Asiakastietoa tavoiteltiin hyödynnettävän myös henkilöstöressurssin kohdentamiseen. Toimintaan liittyvistä tiedon tarpeista mainittiin mm. palveluiden käyttöasteet ja palveluihin liittyvät laatu-tiedot. Taloustietona tarvittiin sekä menoihin että tuloihin liittyviä kustannustietoja. Henkilöstöön liittyvistä tiedosta mainittiin työhyvinvointikyselyllä kerättävä tieto, sairaspöissaolojen taloudelliset vaikutukset ja koulutuspäivien toteuman seuranta. Talousseurantaa tehtiin tiheästi.

*No euroja tietysti seurataan ihan montakin kertaa kuukaudessa, että miten ne kehittyvät ja miten tulot kehittyvät, ja mitkä on käyttöasteet.*

Palveluiden järjestämisessä seurattiin palveluihin hakeutuvia, tehtyjä palvelupäätöksiä ja palveluihin pääsyä odottavia. Lisäksi seurattiin, kuinka kauan asiakkaat olivat olleet ympärivuorokautisen hoidon piirissä. Myös asiakaspolkujen ja niiden kustannusten seuraaminen todettiin tärkeäksi.

Organisaatiossa tuotettiin erilaisia tilastoja, koska tietotarpeen skaala oli suuri. Tietoja kerättiin neljännesvuosittain ja johtajille tuotettiin omia raportteja. Oleellista olivat määrittelyt, mitä seurataan ja millä asiaa mitataan. Lisäksi tietojen seuraamisesta ja säännöllisyydestä tuli sopia.

*– – tiedon skaala on kuitenkin aikamoinen. Nyt pitää olla henkilöstöstä tietoa, pitää olla taloustietoa ja pitää olla sieltä toiminnasta tietoa, että ihan raakoja lukuja että paljonko on käyttöasteet ja niin edelleen... toisaalta tänä päivänä on aika paljon sitä tietotulvaa, mutta mikä pitää sitten pystyä kohdentamaan– –*

RAI-tiedon osalta seurattiin sovittuja mittareita ja arvoja. Asiakkaiden hoitoisuutta seurattiin, jotta tiedettäisiin, olivatko he palvelujärjestelmässä oikealla paikalla. Tietoa seurattiin myös kunnittain. Tiedon avulla tarkasteltiin ja tarvittaessa muokattiin myös palveluihin pääsyn kriteereitä. Hoitoisuuden osalta seurattiin RUG-arvoja ja vertailtiin yksiköitä tämän pohjalta. Asiakkaiden hoitoisuustietoa voitiin hyödyntää myös henkilöstöressurssin kohdentamisessa.

*– – ja sitten toisaalta niinku RAI-tuloksista ku itse voidaan reaaliaikaisemmin seurata niitä laatu- ja johtamisen moduulin kautta niitä hoitotietoja niin oikeastaan on ollut ihan hieno huomata että yksiköissä on sitten myös tätä henkilöstöressurssia ruvettu siirtämään isoissa yksiköissä niiden hoitoisuuksien mukaan.*

Vertailukehittämisen laatutuloksia hyödynnettiin. Seurattiin yksiköiden kaatumistapahtumia, vuoteeseen hoidettavia ja sitä kuinka asukkaat olivat osallistuneet hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen. Näitä kuvattiin mm. toimintakertomuksessa ja muussa raportoinnissa.

Tiedon luotettavuus liittyi osaamiseen. Haastateltavat arvioivat RAI-tiedon olevan luotettavaa, koska järjestelmä oli ollut pitkään käytössä, työntekijöille oli järjestetty systemaattisesti koulutusta ja tietoa oli voitu vertailla valtakunnallisesti. Henkilöstön vaihtuvuus toi osaamisen ylläpitämisen haasteita. Osaamisen kehittyminen vei uusilla työntekijöillä aikaa. Yksilötasolla luotettavuutta arvioitiin lisäksi vertaamalla RAI-arviointia myös muuhun käsitykseen asiakkaan tilanteesta.

*Minusta luotettavuus käy käsi kädessä tämän mittarin käytön ja sen osaamisen kanssa.*

Haastateltavien mukaan RAI-tiedon ymmärrettävyys oli ulkopuolisille haasteellista. Lyhenteitä ja termejä oli vaikea muistaa. Muille toimijoille kuten henkilöstöpalveluihin oli kuitenkin annettu ao. tietoa mm. työn vaativuuden määrittelyyn.

Tiedon ymmärtämisessä auttoi luotettava, asiantunteva RAI- erityisosaaja. Tiedon haku vaati myös erityisosaamista.

Tavoitteeksi oli myös asetettu, että tietoa pitäisi hyödyntää enemmän. Haastattelvien mukaan RAI-tietoa hyödynnettiin enemmän yksikkötasolla. Asiakasohjaajat hyödynsivät tietoa asiakastapausten kautta yhdessä ratkaisua hakien. Lisäksi todettiin, että myös johtajista riippui, miten tietoa osataan käyttää enemmän ja kehittyä siinä.

### 6.1.3 Tiedolla johtamisen menetelmät ja kulttuuri

RAI-tietolähteinä olivat erilaiset tietojärjestelmät ja tietokannat. Tietojärjestelmiksi nimettiin RAIsoftin järjestelmät: kotihoidon ja laitoshoidon arviointityökalut sekä ns. riskityökalu, esim. kaatumisriskin tunnistamiseen ja toimenpidesuunnitelman laatimiseen. Tiedon lähteinä mainittiin myös THL:n vertailutietokannat. Lisäksi mainittiin RAI-mittaristot ja RAI-järjestelmään liittyvät palveluiden laadun seurannan laatuindikaattorit, johtamiseen liittyvät tietojärjestelmät sekä THL:n vertailutietokannat (mm. TIKU-tiivistykset).

*Meillä on kotihoidon RAI ja ympärivuorokautisen hoidon RAI, mutta sitten meillä on se NHG:n riskityökalu, sehän poimii RAI:sta ne tiedot ja sitten tietenkin THL sivuilta on mahdollisuus katsoa niitä vertailutietoja, niitä on ihan älyttömästi tullut nyt sinne kyllä.*

Lisäksi kaikki haastateltavat mainitsivat tietojärjestelmiä olevan käytössä enemmän kuin mitä he itse käyttivät. Järjestelmien käyttö ja tiedon haku vaativat säännöllistä tekemistä, harjaantumista jotta tiedot olisivat luotettavia. Tietoja voitiin siten käsitellä yhdessä.

RAI-järjestelmien mainittiin toisaalta olevan tietomäärältään raskas ja osaamista vaativa. RAI-erityisosaaja ohjasi ja neuvoi tietojärjestelmien käytössä ja teki raportteja johdon toivomalla tavalla. Erityisosaaja teki myös erillisiä raportteja. Tietoja käsiteltiin johtamisjärjestelmän eri tasoilla. Kotihoidon palvelupäälliköt tarkastelivat vertailutietoja, esim. asiakasrakennetta kotihoidon tiimitasolla ja raportoivat näistä myös vastuualuepäällikölle. Organisaatiossa oli koulutettu ja nimetty RAI-osaajia, jotka kouluttavat ja opastavat muita arviointijärjestelmän käyttäjiä. Johtamis- ja laatumoduulia haluttiin käyttää tehokkaammin.

*– – meillä tuota auditoitiin tämä RAI-järjestelmän käyttö joku vuosi sitten, niin sen myötä tehtiin näitä perehdytyskortteja ja toimenpidesuunnitelmia RAI-asioiden kehittämässä niin kyllä mä aina pyrin*

*sitten näihin raportteihin mitä tehdään neljännesvuosittain tai toimintakertomuksiin sit kuvaamaan, että mikä se RAI-maailmakin on sitten ollut täällä ja mikä se kehitys on – –*

Sekä asiakas- että yksikötasolla tietoja käsiteltiin yhdessä. Lisäksi RAI:n käytön tukena oli ohjausryhmä. RAI-erityisosaaja ylläpiti osaamista koulutusten avulla. RAI oli haastateltavien mukaan vakiintunut jo osaksi johtamisen arkea. RAI-tietojen pohjalta laadittiin toimenpidesuunnitelmia ja tietoja raportoitiin neljännesvuosittain ja toimintakertomuksiin. Näiden avulla myös päättäjillä oli mahdollisuus tutustua tietoihin.

RAI-tietoa käytettiin palvelujärjestelmän puutteiden tunnistamiseen, palveluratkaisujen kehittämiseen ja asiakassegmentointiin. Palveluiden järjestämisen näkökulmasta jo asiakasohjauksessa voitiin arvioida ovatko asiakkaat oikeiden palveluiden piirissä. Palvelujärjestelmässä oli havaittu puutteita RAI-tiedon pohjalta, kuten kevyemmän palveluasumisen puuttuminen. Palveluihin ohjautumisen perusteita ja kriteereitä oli määritelty RAI-tiedon pohjalta.

*Kyllä sieltä nyt saa täytyy enemmän sitten hyödyntää nimenomaan siinä, että nimenomaan siinä minkälaisella asiakas rakenteilla meillä ollaan kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa, että onko palveluohjauksessa onnistuttu.*

RAI-tietoa käytettiin lakisääteiseen valvontaan. Lisäksi omavalvonnassa arvioitiin myös, miten RAI-arvioinnit tehdään ja toteutuvat.

RAI-tietoa käytettiin muutosten johtamisessa. Esimerkiksi mainittiin kuntoutumiseen huomion kiinnittäminen ja niiden tulosten kuvaaminen yksiköissä. Fysioterapiaoasaamisen lisäämisen jälkeen oli alettu seuraamaan kaatumisen riskiasiakkaita, kuntoutusta ja kuntoutumisen edistymistä sekä asukkaiden osallistumista ja aktiivisuutta. Myös ympärivuorokautisen hoidon henkilöstömitoitusta oli lisätty hoitoisuustiedon pohjalta.

*– – sit on ihan seurattu tiiviimmin, kun saatiin fysioterapeutteja meidän yksiköihin, niin on aktiivisemmin ruvettu seuraamaan sit näitä kuntoutusta ja kuntoutumisen edistymistä kuvaavia alueita.*

Kokemuksena haastateltavat kertoivat, että RAI-mittaristo oli hyvä tiedolla johtamisen väline. Erityinen hyöty siitä oli kuitenkin asiakastyössä. Enemmän tietoa haluttiin hyödyntää palveluohjauksen onnistumisen arviointiin, asiakasrakenteiden tarkasteluun sekä henkilöstöresurssien ohjaamiseen. Enemmän haluttiin myös tehdä kustannuspainoon pohjautuvaa vertaiskehittämistä yksiköiden

välillä. RAI-tietoa oli paljon ja se arvioitiin luotettavaksi. Sen pohjalta koettiin olevan mahdollisuus puuttua asioihin ja kehittää toimintaa.

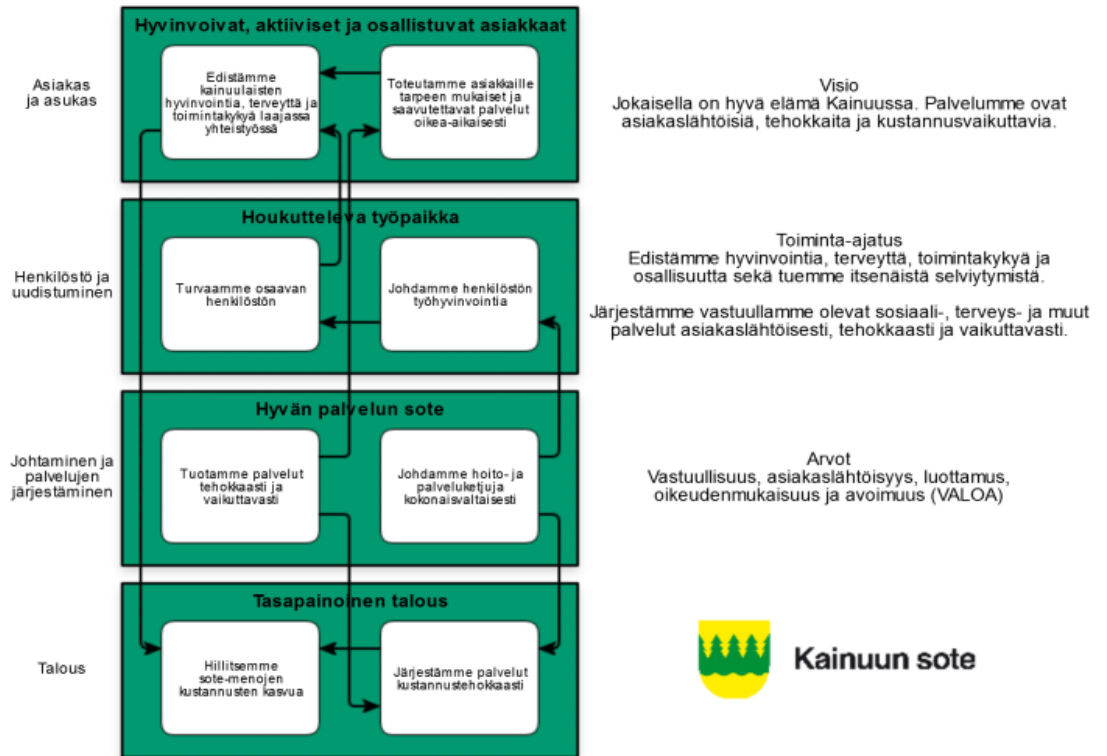
## 6.2 Kainuun soten tavoitteet ikäihmisten palveluiden järjestämisessä

Strategisten asiakirjojen tutkimusaineistona käytettiin vanhuspalvelujohtajan kanssa määriteltäjä ”Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän talousarvio 2021 ja taloussuunnitelma 2022–2024” sekä ”Iäkkäiden maakunnallisen palvelukokonaisuus Kainuussa” (2018) -asiakirjoja.

Kainuun sotella on ollut terveydenhuollon järjestämissuunnitelma, joka on sisältänyt myös vanhuspalvelujen lakisääteisen suunnitelman. Järjestämissuunnitelma on ohjannut palvelustrategian laatimista sekä sosiaali ja terveystalouden järjestämisen ja tuottamisen keskeisiä linjauksia. Kainuun soten strategiakartta (ks. kuvio 5) ja strategiakäsikirja ovat olleet apuvälineitä esimiehille strategiseen johtamisen tavoitteiden toteutumiseksi päivittäiseen työn kautta. Käsikirjaa on täydentänyt lisäksi Kainuun soten arvokirja, joka auttaa ymmärtämään ja tulkitsemaan arvoja ja niiden toteuttamista. (Tolonen 2018, 9.)

## Strategiakartta 2021–2028 (kaksi valtuustokautta)

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän yhtymähallitus 16.9.2019 § 260



Kuvio 5. Strategiakartta 2021–2028 (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän talousarvio 2021 ja taloussuunnitelma 2022–2024, 36, 85)

Talousarvioon 2021 keskeisesti oli kirjattuna sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden integraatio ja tavoitteet sen eri tasoilla. Tämä edellytti mm. hoito- ja palveluprosessien johtamista kokonaisvaltaisesti yli tulosaluerajojen. Palveluiden yhteensovittamisessa tavoitteena olivat yhtenäiset palveluketjut ja erityisesti paljon palveluja tarvitsevien ihmisten hoidon ja hoivan kehittäminen. Perustason palvelut tuotettaisiin lähellä ihmistä ja kotiin vietäviä palveluja lisättäisiin jatkamalla digitaalisten ja etäpalvelujen kehittämistä. Tietopohjaa yhtenäistettäisiin palveluiden laadun kehittämiseksi. Painopisteinä olivat myös palveluiden saatavuuden ja vaikuttavuuden tarkastelu. Tiedolla johtamisen kehittämiseksi ja kyvykkyyden lisäämiseksi oltiin mukana useissa kansallisissa hankkeissa. Soten asiakas- ja palveluketjujen uudistaminen on liittynyt vahvasti myös Uusi Sairaala-hankkeeseen, jonka viimeisten vaiheiden arvioitiin valmistuvan vuonna 2021. (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän talousarvio 2021 ja taloussuunnitelma 2022–2024, 15, 17, 19.)

Talousarvion 2021 mukaan tavoitteena on toteuttaa asiakkaille tarpeen mukaiset ja saavutettavat palvelut oikea-aikaisesti. Asiakaskokemukselle oli asetettu tyytyväisyystavoitteita. Lisäksi tavoiteltiin sairastavuuden vähenemistä sekä terveyden edistämisen parhaita aktiivisuutta vertailussa muihin Suomessa. Sote-menojen kasvua haluttiin hillitä ja nettokustannuksen eroa kaventaa valtakunnalliseen keskiarvoon nähden. (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän talousarvio 2021..., 37, 42.)

Henkilöstön saatavuus oli muodostunut erityiseksi haasteeksi ja tilanteen ennustettiin vielä heikentyvän. Henkilöstön osalta tavoiteltiin uudistumista ja houkuttelevuutta. Haluttiin lisätä henkilöstön liikuteltavuutta ja kohdentaa resurssia uudelleen sekä johtaa työhyvinvointia tavoitteellisesti. (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän talousarvio 2021...61, 91.)

THL:n asiantuntija-arvion mukaan 8/2019 iäkkäiden alueellinen palvelukokonaisuus vaikutti toimivalta. Omaishoidon tukea hyödynnettiin maan eniten. Kotihoitoon ja kotisairaalaan oli satsattu ja myös yöaikaista palvelua oli tarjolla enemmän kuin muualla. Tehostetun palveluasumisen saatavuudessa ei todettu puutteita vuonna 2018. Erikoissairaanhoidon päivystyskäynnit yli 75-vuotaisilla olivat kuitenkin korostuneet. Vaikka palvelurakenne on hyvällä tasolla kansallisesti tarkasteltuna, on Kainuussa todettu välttämättömäksi jatkaa edelleen rakenteellisia muutoksia ja palvelujen sisällöllistä kehittämistä. (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän talousarvio 2021..., 17, 90; Tolonen 2018, 17)

Iäkkäiden palveluissa tavoitteena on, että ikäihminen voi asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään ja elää omannäköistä elämää. Kainuun sotessa iäkkäiden palvelujen kivijalan kuvataan muodostuvan keskitetystä, ratkaisukeskeisestä asiakasohjauksesta ja jokaisen kunnan alueella 24/7 toimivasta kotihoidosta. (Tolonen 2018, 18.)

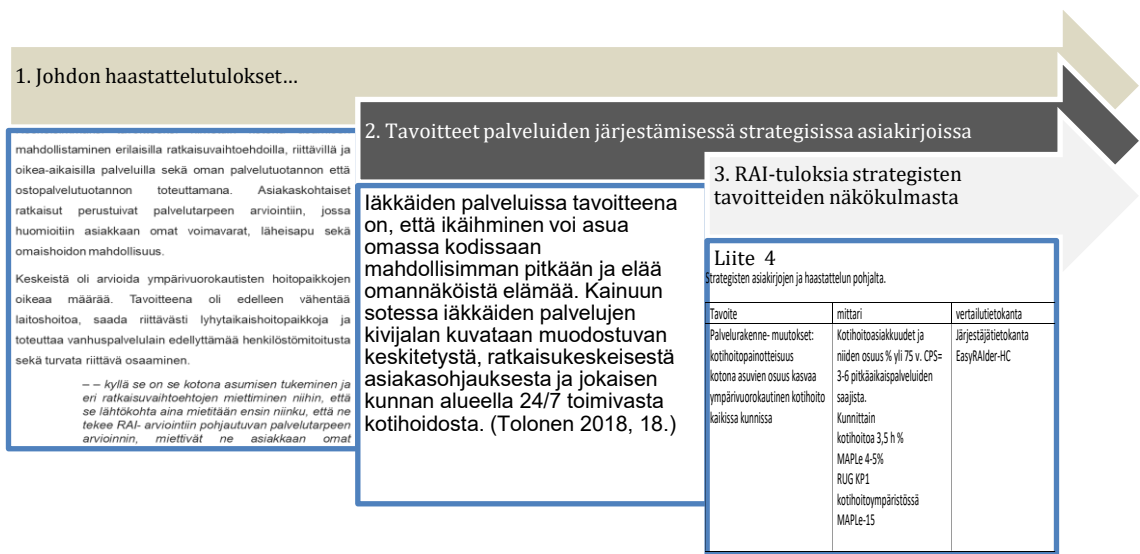
Talousarvio 2021 mukaan vanhuspalveluissa tavoiteltiin palvelutarpeen vähenemistä ja ympärivuorokautisen hoivan tarpeen pienenemistä. Näitä mitattiin kotihoitoon ja ympärivuorokautisen hoivan kattavuudella yli 75-vuotailta. Palvelurakenteen tavoiteltiin olevan kotihoitopainotteinen. Palveluita tuli kuitenkin järjestää lain edellyttämässä määrääjoissa. Asiakastytyväisyyttä haluttiin edistää ja sen mittaamista kehittää. (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän talousarvio 2021..., 90–91.)

Ikäihmisten palvelujen tulosalueella järjestetyt ja tuotetut palvelut ovat pääasiassa lähipalveluita eikä niiden laaja-alaista keskittämistä nähty mahdollisena. Tulosalueella järjestettäisiin ja tuotettaisiin laadukkaita palveluita, joilla vastattiin asiakkaiden selvitettyihin palvelutarpeisiin vaikuttavasti ja kustannustehokkaasti. Tavoitteena oli ylläpitää asiakkaiden toimintakykyä, aktiivisuutta, osallisuutta ja omatoimisuutta turvaten silti hyvä hoito ja hoiva elämän loppuvaiheessa. Toimintalinjaukset ja periaatteet olivat samat kotikunnasta ja asuinpaikasta riippumatta. (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän talousarvio 2021..., 90.)

Lisäksi tavoiteltiin taloudellisesti kestäviä ratkaisuja, joilla muokattaisiin ja kevennettiin palvelurakennetta. Haluttiin kehittää myös kotona asumista tukevia ratkaisuja ja korvata tehostettua palveluasumista kevyemmällä asumisen ratkaisuilla yhteistyössä eri toimijoiden kanssa. Tavoitteena oli, että teknologiat hillitsivät jatkossa mm. hoitajien fyysisten käyntien tarvetta. Taloudellisten tavoitteiden toteuttaminen nähtiin tärkeänä, joskin sopeuttamista ja toiminnan virtaviivaistamista vaativana sekä palvelutarpeen kasvun ja yleisen talouskehityksen kanssa haastavana. (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän talousarvio 2021..., 91.)

### 6.3 Kainuun soten RAI-tuloksia strategisten tavoitteiden näkökulmasta

Strategisten tavoitteiden ja haastattelujen pohjalta määriteltiin ja pelkistettiin tavoitteet ja niitä kuvaavat RAI-tiedot (liite 4). Tavoitteita vastaavat RAI-tiedot haettiin THL:n Asiakasohjaus- ja Järjestäjätietokannasta sekä kotihoidon ja ympäri- vuorokautisen hoidon EasyRAIder-tietokannoista. Näiden sisältämien mittareiden määrittelyt löytyvät THL:n (2021) raporttikäsikirjoista. RAI-tuloksia esitetään tässä tulososiossa analyysiprosessin mukaisesti strategisten tavoitteiden ohjaamana (kuvio 6). Tuloksia kuvataan ja tulkintaa perustellaan RAI-mittareiden arvoilla, niiden muutoksilla sekä vertaillen muihin vastaaviin aineistoihin tai yksiköihin.



## Kuvio 6. Analyysiprosessista tulosten esittämiseen.

Tietokantojen mukaan RAI-arvioiteja tehtiin Kainuussa 1188 kpl vuonna 2020, joka on 10 prosenttia (%) vähemmän kuin edellisenä vuonna. RAI-arvioitujen osuus palvelujen saajista oli lähes puolet (48 %) vuonna 2019. RAI-vertailutiedot kuvaavat asiakaskuntaa Kainuussa keskimääräistä kattavammin.

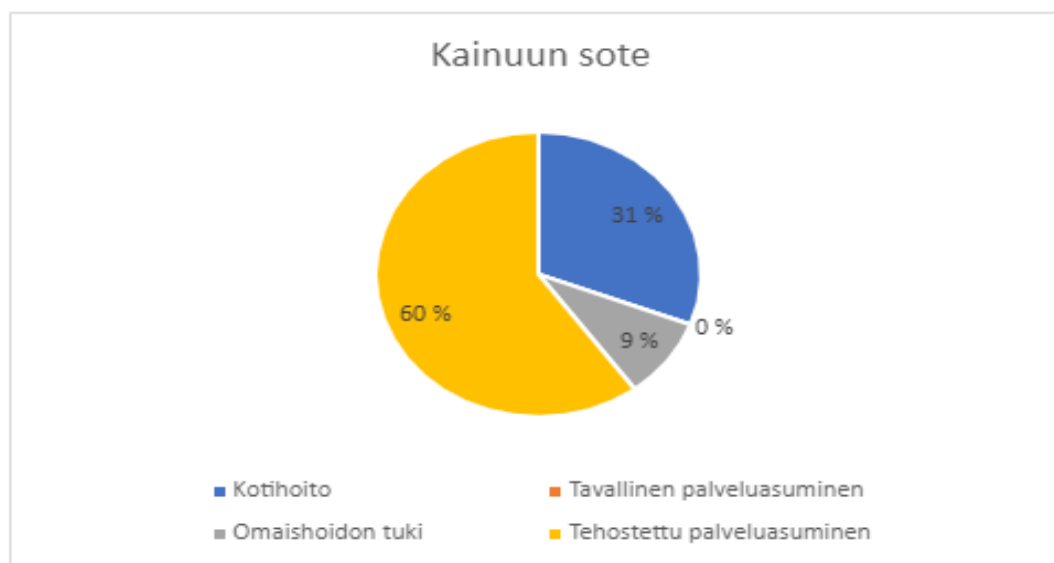
### 6.3.1 Palvelurakenne, palveluohjaus ja palveluiden yhteensovittaminen

Palvelurakenteen muutostavoitetta, eli kotihoitopainotteisuutta arvioitaessa tarkasteltiin huonon kognition (CPS 3–6) omaavien yli 75-vuotiaiden asiakkaiden määrää ja osuutta pitkäaikaispalveluita saaneista (taulukko 1). Tiedot haettiin Järjestäjätietokannasta.

Taulukko 1. Palvelurakenteeseen liittyvät muutostavoitteet

Tavoite	mittari	vertailutietokanta
Palvelurakenne- muutokset: kotihoitopainotteisuus kotona asuvien osuus kasvaa ympärivuorokautinen kotihoito kaikissa kunnissa	Kotihoitoasiakkuudet ja niiden osuus % yli 75 v. CPS= 3–6 pitkäaikaispalveluiden saajista. Kunnittain kotihoitoa 3,5 h % MAPLe 4–5% RUG KP1 kotihoitoympäristössä MAPLe-15	Järjestäjätietokanta EasyRAlder-HC

Kokonaisuudessaan uusia pitkäaikaispalveluita saaneita v. 2020 arvioiduissa oli 43 prosenttia (%) vähemmän kuin vuonna 2019. Kotihoidon asiakkaiden osuus (kuvio 7) heistä oli lähes kolmannes (31 %), kun koko maan vastaava osuus oli 19 prosenttia (%). RAI-vertailutiedon mukaan asiakkaiden määrä kotihoidossa oli kasvanut lähes kaikissa kunnissa ja koko Kainuun sotessa 5 prosenttia (%) vuoden aikana. Vuodesta 2018 kasvua oli 13 prosenttia (%). Ympäri vuorokautisen hoivan asiakasmäärän kasvu vuodesta 2018 oli ollut maltillisempaa, vain 5 prosenttia (%).



Kuvio 7. Huonon kognition (CPS=3–6) osuudet (%) pitkäaikaispalveluiden asiakkuuksissa. THL järjestäjätietokanta 14.6.2021.

Lisäksi tarkasteltiin kotihoidon asiakkuuksia kotihoidon EasyRAlder- tietokannasta (ks. taulukko 1). Kainuun strategisena palveluiden järjestämisen tavoitteena oli kotona asumisen tuki ja yhtenä palveluiden kulmakivenä oli ympärivuorokautinen kotihoito kaikkien kuntien alueilla. Kotona asuvien asiakkaiden asiakasrakenteen muutoksia tarkasteltiin myös kunnittain. Kotihoidon asiakkaiden hoitoisuus/palvelutarve oli kasvanut. Kotona asuvien palveluissa, yli 75-vuotiaiden asiakkaiden toimintakyky ja terveydentila näytti heikentyneen. Kaikkien toimintakykyindeksien keskiarvot olivat kasvaneet kymmenyksen (0,1) edellisvuodesta. Suuren palvelutarpeen asiakkuuksien (MAPLe= 4–5 %) osuus oli kasvanut 11 prosenttia (%) vuodesta 2018. Kotihoidon asiakkaiden hoitoisuutta kuvaavat kustannuspainot (RUG18–KP1) olivat kaikissa kunnissa korkeampia kuin koko aineistossa (ka. 1,16). Kainuun soten kustannuspaino ka. vaihteli kunnittain (W= [1,24 ja 1,38]). Kotihoitoa vähintään 3,5 h viikossa saaneiden osuus

Kainuussa (64 %) oli hieman korkeampi kuin koko aineistossa (59 %). Kainuun kotihoidon palveluita toteutettiin siis yhä huonokuntoisemmalle asiakaskunnalle, joka selittää myös ympärivuorokautisen kotihoidon tarvetta.

Taulukko 2. Palveluperiaatteiden ja ohjauksen tavoitteet

Tavoite	mittari	vertailutietokanta
Yhtenäiset palveluperiaatteet ja asiakkaiden oikea ohjautuminen asiakas- ja palveluohjauksen yhtenäisyys palveluiden saatavuus kustannustehokkaat palvelut	Arvioidut, joilla heikentynyt arkisuoriutuminen (ADLH=1-6) ja heikentynyt kognitio (CPS= 1–6), läheisapu: kyllä ja alkaneet palvelut ja MAPLe 1–2 ja alkaneet palvelut	Asiakasohjaustietokanta

Palveluihin ohjautumisen yhdenmukaisuutta sekä palveluiden kohdentumista tarkasteltiin Asiakasohjaustietokannan tietojen avulla vertaillen Kainuuta koko Suomen aineistoon (taulukko 2). Heikentyneen kognition (CPS=1–6) ja heikentyneen arkisuoriutumisen (ADLH=1–6) asiakkaita oli 180. Asiakastarpeita kuvaavien mittareiden mukaan kainuulaiset asiakkaat eivät juurikaan poikenneet koko Suomen vastaavista. Verrattuna koko Suomen aineistoon Kainuun arvioiduille aloitettiin kotihoidon palveluita useammin. Ympärivuorokautiseen hoivaan sijoittui vain 4 prosenttia (%). Myös lievän palvelutarpeen asiakkaat (MAPLe 1–2) saivat lyhytaikaista kotihoitoa ja tukipalveluita useammin kuin koko aineistossa. Kainuussa palvelutarpeisiin siis vastattiin pääasiassa kotiin annettavilla palveluilla. Palveluita aloitettiin useammin ja keskimääräistä nopeammin.

Taulukko 3. Palveluiden yhteensovittaminen ja yhtenäiset palveluketjut

Tavoite	mittari	vertailutietokanta
Palveluiden yhteensovittaminen yhtenäiset palveluketjut	Eri pitkäaikaisen palvelun (kotihoito ja tehostettu palveluasuminen) asiakkaiden terveyden tilan vakaus (CHES) ja laatuindikaattorit: lääkitys, päivystyskäynnit % sairaalahoito%	RAI-järjestäjätietokanta Asiakasohjaustietokanta Easy RAider HC ja LTC

Palveluiden yhteensovittamisen ja yhtenäisten palveluketjujen näkökulmasta tarkasteltiin asiakkaiden terveydentilaa, lääketieteellisen hoidon toteutumista sekä sairaalahoidon ja päivystyskäyntien esiintyvyyttä (taulukko 3). Kotihoidon

asiakkaiden terveydentila (CHESS 1–5 ka.) oli keskimäärin vakaampi (1,3) kuin ympärivuorokautisen hoivan asiakkailla (1,8). Kotihoidon asiakkaista melkein puolella (48 %) oli monilääkitys (vähintään 9 lääketta) ja 37 %:lla lääkityksessään rauhoittavia, unilääkkeitä tai antipsykootteja. Neljännes kotihoidon asiakkaista oli alipainoisia (21 %). Kovasta päivittäisestä kivusta kärsi 30 prosenttia (%). Päivystyskäyntejä oli viidenneksellä (19 %) ja sairaalahoitoa 35 %:lla 90 vrk aikana. Tehostetussa palveluasumisessa monilääkitys ja rauhoittavien lääkkeiden käyttö oli vähintään yhtä yleistä, mutta alipainon, kivun tai ravitsemuksen ongelmia esiintyi vähemmän kuin kotihoidon asiakkailla. Lisäksi päivystyskäyntejä tai sairaalahoitoa oli vähemmän kuin kotihoidon asiakkailla. Moniammatillisen hoidon toteutuminen näytti toteutuvan näiden tietojen perusteella parhaiten ympärivuorokautisessa hoivassa.

### 6.3.2 Hyvinvointiin, toimintakykyyn ja palvelutarpeeseen vaikuttaminen

Ikääntyvän väestön hyvinvointiin, sairastavuuteen sekä toimintakyvyn vahvistamiseen vaikuttaminen oli strategisissa tavoitteissa monialaista ja kokonaisvaltaista. Asiakas- ja palveluohjauksessa oli mahdollisuus tarkastella ikääntyvän väestön tilaa ja ohjauksen keinoin edistää omatoimisten tai lievän palvelutarpeen asiakkaiden hyvinvointia (taulukko 4).

Taulukko 4. Väestön hyvinvointiin ja toimintakykyyn vaikuttaminen

Tavoite	mittari	Tietokanta
Ikääntyneen väestön hyvinvoinnin ja toimintakyvyn vahvistuminen, (ikäohjelma, muistisairaudet, ravitsemuksen laatu, välimuotoiset palvelut) Väestön sairastavuuden lasku	MAPLe15: 0 (Omatoiminen) ja MAPLe 1–2 (Lievä avun tarve) tarkastelua: Hauraus: pitää terveydentilaansa huonona% Mieliala: masennusepäily Läheisavun jatkuvuusriski % Kotiympäristön ongelmat % Osallisuus: ulkoilu, eristäytyneisyys BMI (alle 20 tai 23) % sairaanhoidon tarve (päivystys ja sairaalahoito %)	Asiakasohjaustietokanta Järjestäjätietokanta

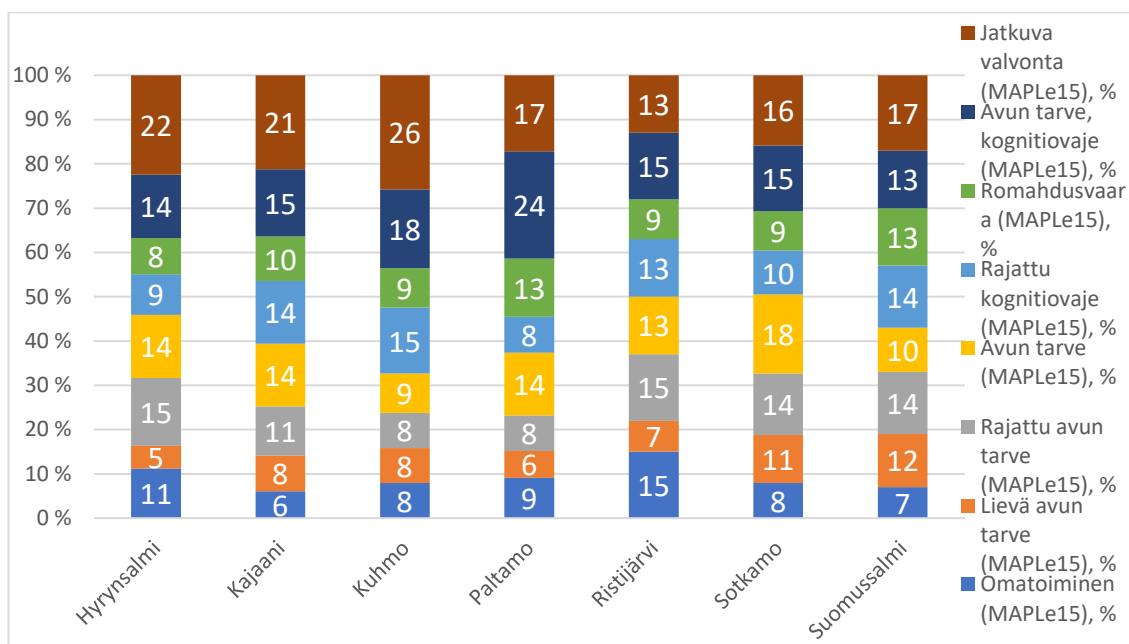
Asiakasohjaustietokannassa oli mahdollisuus tarkastella asiakkaiden näkemyksiä mm. terveydentilastaan ja mielialastaan sekä erilaisia omatoimiseen selviytymiseen liittyviä riskejä (taulukko 4). Asiakasohjaustietokannan mukaan Kainuussa omatoimiseksi luokiteltujen asiakkaiden määrä oli pieni (n= 25). Heillä oli

avun tarvetta yleisimmin raha-asioiden hoidossa ja lääkityksestä suoriutumisessa. Osalla oli ravitsemuksellisia huolia. Osa oli eristäytynyt tai ulkoili korkeintaan kerran viikossa. Osa tunsu itsensä yksinäiseksi. Suurimmalla osalla oli ollut sairaalahoitoa tai päivystyskäyntejä. RAI-arviointien pohjalta oli siis myös mahdollisuus ennakoita palvelutarpeita, mahdollistaa varhainen puuttuminen riskeihin ja tukea omatoinisuutta.

Taulukko 5. Paljon palveluita tarvitsevien hoito ja hoiva

Tavoite	mittari	Tietokanta
Paljon palveluita tarvitsevien hoidon ja hoivan kehittäminen Ympäri vuorokautisen hoivan tarpeen väheneminen ja riskiasiakkaiden tunnistaminen	Kotona asuvien yli 75-v. asiakkaiden, joiden CPS =3–6 ja ADLH=3–6 laatuindikaattorit Riskityökalu: riskiluokat (NHG+RAIsoft) MAPLe 15 MAPLe -15 ryhmät: 32, 33, 43, 45 ja 54	Järjestäjätietokanta Asiakasohjaustietokanta RAIsoft Laatumoduuli

Kainuun tavoitteena oli vähentää ympärivuorokautisen hoivan tarvetta, tunnistaa ympärivuorokautiseen hoivaan siirtymisen riskissä olevia ja toisaalta myös kehittää kotona asuvien paljon palveluita tarvitsevien hoivan ja hoitoa (taulukko 5). Käytössä heillä oli RAIsoftin laatumoduuli yksilötason ja yksikkötason riskien tunnistamiseen. Palvelutarve-luokituksen (MAPLe- 15) avulla voitiin tarkastella alueellisesti kotona asuvien palvelutarvetta.



Kuvio 8. Kotona asuvien palvelutarve MAPLe 15-luokitus kunnittain. lähde: THL: RAI-järjestäjätietokanta, päivitetty 14.6.2021

MAPLe15-luokituksen mukaisessa palvelutarpeen jakaumassa oli jonkin verran eroja kunnittain. Ristijärvellä, Sotkamossa ja Suomussalmella näytti palvelutarve ja hoitoisuus vähäisemmältä kuin Kuhmossa, Paltamossa, Hyrynsalmella ja Kajaanissa (kuviot 8). Kuhmossa jatkuvaa valvontaa tarvitsevien osuus oli lähes 26 prosenttia (%) asiakkaista. Myös kognitiovajeesta johtuva avun tarve oli suurempi kuin muilla alueilla. Palvelutarpeen MAPLe 15- alaluokista on mahdollista tunnistaa asiakasryhmiä, joiden kotona asumisen tukeen olisi panostettava erityisesti.

Hoidon laatua tarkasteltiin laatuindikaattoreiden avulla rajaten sitä yli 75-vuotiaiden huonon kognition (CPS= 3–6) ja toimintakyvyn (ADL =3–6) asiakkuuksiin. Useiden indikaattoreiden mukaan laatuongelmat olivat vähentyneet. Erityisesti monilääkittyjen osuus oli laskenut merkittävästi vuodesta 2017 ja rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttäjien osuus oli laskusuuntainen. Sairaalahoitoa ja päivystyskäyntiä tarvinneiden osuus oli vähentynyt. Sen sijaan kaatuneiden osuus oli viime vuosina ollut nousussa, samoin puremisongelmat ja suun kipu. Ravitsemusongelmaisten (alipainoisten) osuus oli pysynyt samalla tasolla. Tunnettuja riskitekijöitä tarkkailemalla ja hoidon laatuindikaattoreita seuraamalla voitiin kehittää erityisesti paljon hoivaa ja palveluita tarvitsevien palveluita.

### 6.3.3 Monituottajuus ja valvonta

Kainuun soten velvollisuutena oli valvoa palveluita omavalvontavelvoitteen mukaisesti. Lisäksi palveluiden järjestäjinä valvottiin myös yksityistä toimintaa. Monituottajuuteen liittyi myös sopimusvelvoitteiden ja palvelun laadun seuranta (taulukko 6). Vertailutietokannoista erityisesti Tilaaajatietokannassa voi tehdä tuottaja-vertailua ja tarkastella laatua toimintayksikkötasolla.

Taulukko 6. Monituottajuus ja valvonta

Tavoite	mittari	Tietokanta
Monituottajuus, palveluiden laatu valvonta	julkinen/yksityinen: laatuindikaattorit	Järjestäjätietokanta EasyRAlderHC ja LTC Tilaaajatietokanta

Laatuindikaattoreiden mukaan yksityisen ja julkisen palvelutuotannon laadussa ei ollut suuria eroja eikä asiakasrakenne (MAPLe-15) -vertailussa ollut eroavaisuuksia, jotka olisivat vaikuttaneet laadun vertailuun. Yksityisessä kotihoidossa asiakkaiden ulkoilu ja kuntoutumisammattilaisen antama palvelu toteutuivat paremmin kuin julkisen kotihoidon asiakkailla. Yksityisessä kotihoidossa monilääkittyjä sekä kaatumisia oli vähemmän. Tehostetussa palveluasumisessa taas yksityisessä palvelutuotannossa monilääkittyjä oli enemmän, samoin kaatumisia ja ravitsemukseen tai suun kipuun liittyviä ongelmia.

Kainuun tehostetun palveluasumisen yksiköitä tarkasteltiin myös omavalvonnan ja hoivan laadun kehittämisen näkökulmasta. Merkittävät poikkeamat (+/- 10 %) koko Kainuun keskiarvosta havainnoitiin ja indikaattoreista laskettiin keskihajonta. Laatutulokset näyttivät vaihtelevan taloittain, ei niinkään yksiköittäin/osastoittain. Vertailutiedon avulla ja vertailukehittämisen keinoin voitiin edistää ja yhdenmukaistaa palvelun laatua.

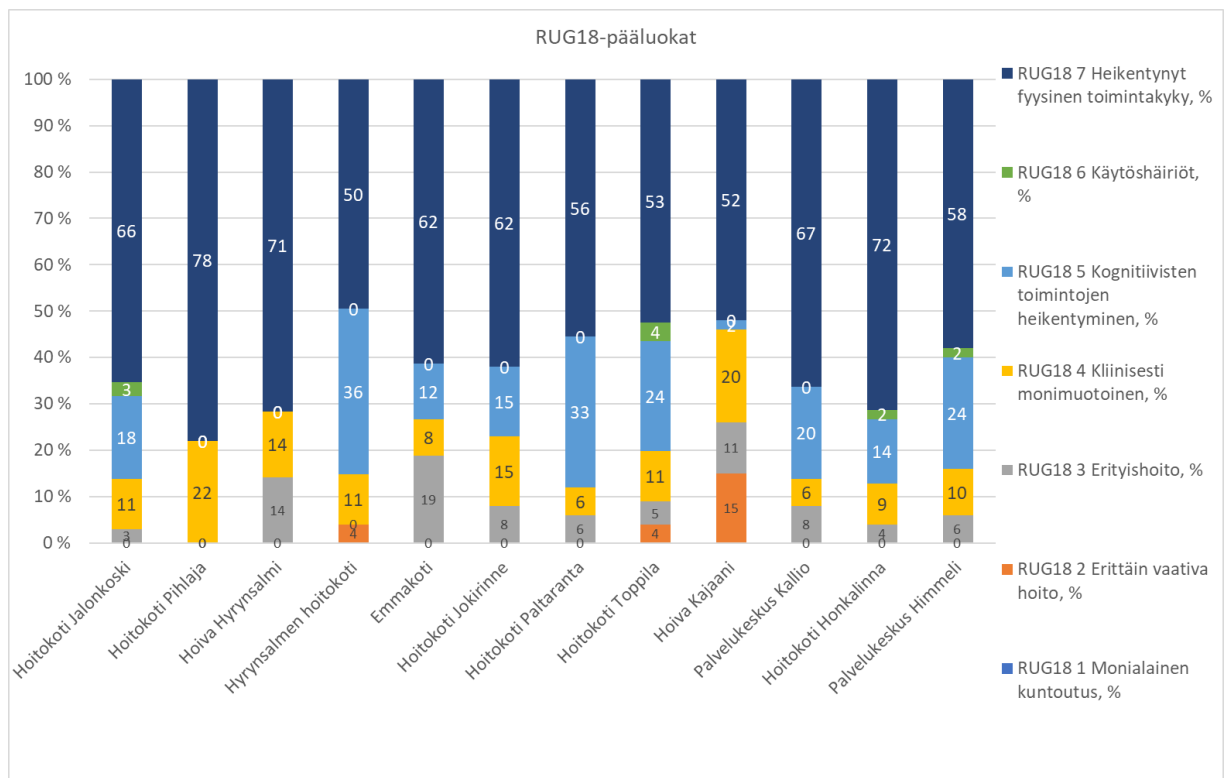
### 6.3.4 Asiakastarpeen mukainen resurssointi

Kainuussa oli tavoitteena kohdentaa ympärivuorokautisen hoidon resursseja asiakkaiden palvelutarpeiden mukaisesti. Asiakastietoa oli hyödynnetty myös työn vaativuuden arvioinnissa. Henkilöstön liikkuvuutta haluttiin edistää toimintayksiköiden välillä. Henkilöstöresurssivaatimusta ja osaamisen kohdentamista tarkasteltiin eri RAI-asiakasrakenneluokitusten (RUG) ja kuntoutumisen voimavarojen (Kuntoutumisen voimavaraluokitus 1–3) näkökulmista (taulukko 7).

Taulukko 7. Asiakkaiden hoitoisuus ja resurssivaatimus

Tavoite	mittari	Tietokanta
Asiakkaiden hoitoisuus, työn vaativuus ja henkilöstömitoitus eri yksiköissä	RUG-pääloukat RUG KP 2 ja Laaja ADL Kuntoutumisen voimavaru- luokitus, Kuntoutumisen erityistyönte- kijä %	EasyRAlder LTC

Yksiköiden resurssivaatimusta osoittavat kustannuspainon keskiarvot (RUG 18 KP2) vaihtelivat. Terveyskeskuksen pitkäaikaisosastojen kustannuspainot Hoiva Hyrynsalmi (1,06) ja Hoiva Kajaani (1,07) olivat korkeimmat. Emmakoti (1,02) ja Jokirinne (1,02) olivat myös tehostetun palveluasumisen yksiköistä keskimääräistä korkeammilla kustannuspainoilla.



Kuvio 9. RUG18- pääloukat toimintayksiköittäin. THL EasyRAlder LTC- vertailutietokanta 3.6.2021

Yli puolet toimintayksiköiden asiakkaista olivat RUG-pääloukassa "heikentynyt fyysinen toimintakyky" (kuvio 9). Hoitotyön erityisosaamisalueet, kuten sairaanhoidon osaaminen korostuivat erityisesti terveyskeskusosastoilla, koska siellä oli "erityishoitoisia" (RUG 18-3) - ja "kliinisesti monimuotoisia" (RUG 18-4) enemmän

kuin muissa yksiköissä. Toisaalta ”kognitiivisten toimintojen heikentymisen” (RUG 18-5) asiakkuuksien merkittävät osuudet (%) osoittivat hoitokodeissa vaatimusta hyvään muistisairaiden hoivan ja kuntoutuksen osaamiseen.

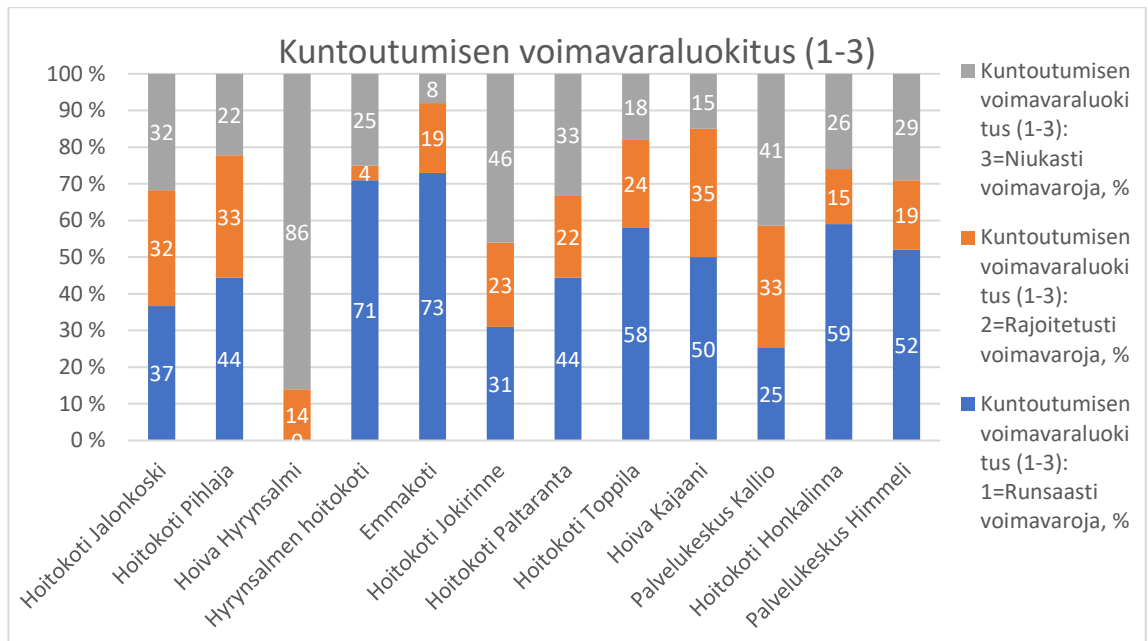
### 6.3.5 Kuntoutumisen edistäminen

Kuntoutumista tarkasteltiin asiakkaiden kuntoutumisen voimavarojen, kuntoutumisuskon sekä useiden kuntoutumisen mahdollisuuksia ja tuloksia mittaavan laatuindikaattorin avulla (taulukko 8). Tiedot haettiin sekä ympärivuorokautisen hoivan että kotihoidon EasyRAlder -tietokannoista.

Taulukko 8. Kuntoutus ja sen edistyminen

Tavoite	mittari	Tietokanta
Kuntoutus ja sen edistyminen	<p><i>ympäri vuorokautinen hoiva:</i> kuntoutumisen voimavaraluokitus (1–3) Kuntoutumisen erityistyöntekijä % Kaatuminen 30 vrk aikana % ei aktiviteettejä % niukasti kuntoutumista edistävää toimintaa (HaaKu_17) % Vuoteessa elävät %</p> <p><i>kotihoito:</i> kuntoutumisusko % jokin hoidon tavoite saavutettu % kipu: kova päivittäinen, häiritsevä kipu % riittämätön ravinnon saanti, alipaino % ulkoilu korkeintaan kerran viikossa % arkisuoriutumisen heikentynyt (Laaja ADL 0-28) % ei kuntoutusta, vaikka mahdollisuus kuntoutua % kaatuminen 90 vrk aikana %</p>	EasyRAlder-HC ja LTC Järjestäjätietokanta

Noin puolella (49 %) asiakaskunnasta oli runsaasti kuntoutumisen voimavaroja, mutta heidän osuutensa (%) asiakaskunnassa erosi toimintayksiköittäin. Hyrynsalmen hoivan asiakkailla oli huomattavasti vähemmän kuntoutumisen voimavaroja verrattuna esim. Hyrynsalmen hoitokotiin tai Emmakotiin (kuvio 10). Hoitotyön ja kuntoutuksen erilaiset osaamistarpeet erosivat toimintayksiköittäin.



Kuvio 10. Asiakkaiden kuntoutumisen voimavaraluokitus (1-3) toimintayksiköittäin. THL EasyRAlder LTC- vertailutietokanta 3.6.2021

Kuntoutumista voitiin lisäksi tarkastella asiakkaiden kuntoutumisuskon sekä kuntoutustyöntekijän avun kohdentumisen näkökulmista. Kuntoutus- ja erityistyöntekijän apu kohdentui yksiköissä eri tavoin. Joissakin yksiköissä sitä ei ollut saatavilla ollenkaan. Parhaimmillaan sitä sai lähes viidesosa (18 %) yksikön asiakkaista. Näissä myös asiakkailla oli kuntoutususkoa (76 %) ja yli puolella (58 %) siihen myös runsaasti voimavaroja. Kolmessa yksikössä kuntoutustyöntekijän apua kohdentui vain niukasti (0–4 %), vaikka kuntoutususkoa oli paljon (73–75 %), ja asiakkaista suurimmalla osalla (59–73 %) oli runsaasti kuntoutumisen voimavaroja.

Kuntoutustyöntekijän apua oli saatavilla terveystieteiden pitkäaikaisosastoilla, vaikka asiakkailla siellä oli enää niukasti tai rajoitetusti kuntoutumisen voimavaroja. Terveystieteiden pitkäaikaisosastolla ja joissakin tehostetun palveluasumisen yksiköissä ei juurikaan ollut kuntoutususkoa, vaikka niiden asiakkailla näytti olevan kuntoutumisen voimavaroja. Noin puolella yksiköistä kuntoutumisusko ja asiakkaiden kuntoutumisen voimavarat näyttivät olevan toisiinsa nähden tasapainossa.

Kuntoutumisen edistämisen toimintaa tarkasteltiin vielä joidenkin laatuindikaattoreiden avulla. Suurimmalla osalla ympärivuorokautisen hoivan yksiköistä (70 %) oli saatavilla niukasti kuntoutumista edistävää hoitajan toimintaa (HaaKu\_ 17).

Vuoteessa elävien osuus vaihteli yksiköittäin ( $W = [11,89] \%$ ), ja heidän osuutensa oli selkeästi suurempi Kainuussa kuin koko aineistossa (15 %). Samoin arkisuoriutumisen heikentymistä, nivelten jäykistymistä sekä vähäistä aktivointia oli Kainuussa enemmän kuin koko aineistossa. Kuntoutumisen edistämisen kulttuuri näkyi vaihtelevan toimintayksiköittäin. Suurin hajonta yksiköiden välillä oli ”liikuntarajoitteisten niukasti aktivoivassa hoitotyössä” ( $s = 20,7 \%$ ), kuntoutumista edistävässä (HaaKu\_17) toiminnassa ( $s = 18,8 \%$ ) ja vuoteessa elävien osuudessa ( $s = 18 \%$ ). Näihin indikaattoreihin myös haastattelutulosten mukaan oli erityisesti haluttu kiinnittää huomiota.

Kotihoidon asiakkailla yleisesti arvioiden oli runsaasti kuntoutumisen voimavaroja. Asiakkaista kuitenkin vain noin puolella oli kuntoutumisuskoa (48 %). Yli puolet asiakkaista (59 %) oli saavuttanut jonkin hoidon tavoitteen. Mahdollisia kuntoutumisen esteitä, kuten kovaa, häiritsevää kipua oli kolmanneksella (30 %) ja alipainoa oli 21 prosentilla (%). Yli puolet (64 %) asiakkaista ulkoili korkeintaan kerran viikossa. Juuri kukaan (92 %) ei saanut kuntoutusammattilaisen palvelua. Arkisuoriutuminen (Laaja ADL 0–28) oli heikentynyt lähes kolmasosalla (29 %) ja kaatumisia oli (27 %) lähes kolmanneksella. Kuntoutumisen edistämiseen ja sen kehittämiseen oli RAI-tiedon osalta tarjolla monipuolisesti eri näkökulmia.

### 6.3.6 Asiakasosallisuus

Asiakastyytyväisyyttä tarkasteltiin asiakkaan ja läheisen osallistumista kuvaavien laatuindikaattoreiden avulla (taulukko 9).

Taulukko 9. Asiakasosallisuus

Tavoite	mittari	Tietokanta
Asiakastyytyväisyys asiakkaan osallistuminen hoitoon ja palveluun	Asiakas on määrittänyt hoidolle ainakin yhden tavoitteen % Asiakas ei itse osallistunut arviointiin % Läheinen ei osallistunut arviointiin %	EasyRAlder HC ja LTC Järjestäjätietokanta Asiakasohjaustietokanta

Osallistamisen kulttuuri vaihteli toimintayksiköittäin. Tavoitteiden asettamisessa asiakkaan kanssa oli toimintayksikkökohtaisia eroja. Kotihoidossa lähes viidesosa asiakkaista (19 %) oli asettanut tavoitteita, mutta lähes puolet (48 %)

asiakkaista ei itse osallistunut arviointiin. Yli puolella (65 %) eivät läheisetkään osallistuneet arviointiin. Ympäri vuorokautisen hoivan asiakkaista taas vain 10 % oli määritellyt hoidolle tavoitteita. Yksikkökohtainen vaihtelu oli suurta ( $W = [0,53]$  %). Ympäri vuorokautisen hoivan asukkaista 41 % ei osallistunut itse arviointiin eikä suurin osa (86 %) läheisistäkään. Asiakkaiden osallisuuden edistämisen kautta voisi olla mahdollisuus vaikuttaa myös asiakastyytyvyyteen, vaikka sitä ei RAI-arvioinneissa suoraan kysytäkään.

#### 6.4 Johdon haastattelutulokset Oulun kaupungissa

##### 6.4.1 Palveluiden järjestäminen: strategia ja tavoitteet

Palveluiden järjestämistä ohjasivat kaupunkitason strategiset tavoitteet, visio ja arvot. Valtuuston hyväksymänä strategia jalkautui toimialle, toimialalta vastuualueelle ja palvelualueelle. Strategisessa johtamisessa suunniteltiin toimintaa ja asetettiin tavoitteita tiedolla johtamisen näkökulmasta. Lisäksi määriteltiin myös keinoja ja päämääriä.

Haastateltavat kertoivat, että strategisia tavoitteita asetti poliittinen johto. Hyvinvointilautakunnan päätökset ja linjaukset ohjasivat strategian toteuttamista. Lautakunnan linjaukset, kuten monituottajuus ohjasivat organisaation toimintaa johtamisjärjestelmän mukaisesti. Tavoitteet olivat sitovia kaupunkitasolla, toimialatasolla ja vastuualueetasolla, ja ne oli kuvattu käyttösuunnitelmassa.

Ikäntymispoliittinen ohjelma ohjasi koko kaupunkia. Ohjelmat ja käyttösuunnitelmat olivat näkyviä osia strategiasta. Muita strategisia ohjelmia olivat ehkäisevän päihdetyön ohjelma, kulttuurihyvinvointisuunnitelma sekä asumis- ja asunto-poliittinen ohjelma.

*– – meillähän sitä strategista tavoitetta määrittää ihan tämä poliittinen johto, hyvinvointilautakunnan päätökset ja linjaukset, eli sieltä tuleva ohjaus ja sitä mukaa sitä strategiaa täällä lähdetään toteuttamaan täällä ikäihmisten palveluiden johdossa, että niitä linjoja lähdetään, miten on poliittisesti linjattu ja päätetty– –*

Tavoitteiden toteutumista seurattiin ja raportoitiin kuukausittain ja kvartaaleittain. Tavoitteita oli kuvattu suoritemäärinä ja taloudellisina tavoitearvoina. Lisäksi seurattiin palvelurakenteeseen liittyviä tavoitteita ja palveluille asetettuja tavoitteita.

Keskeiseksi tavoitteeksi nimettiin kotona asumisen tukeminen, ikäihmisten mielekäs arki ja palvelujärjestelmään liittyvät tavoitteet. Kotona asumisen tueksi

rakennettiin eri menetelmiä ja tukikeinoja. Tavoitteena oli myös lisätä omaishoitajuuden määrää. Palvelujärjestelmässä oli tavoitteita palveluiden peittävyydelle kotihoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa, sekä palvelujärjestelmän osien kehittämiseksi. Lähtökohtana tavoitteille olivat asiakaslähtöiset palvelut, jotka tuotettiin monituottajuuden periaatteella monialaisesti ja kustannustehokkaasti.

*– – lähtökohtana on asiakaslähtöiset palvelut, jotka tuotetaan monituottajuuden periaatteella monialaisesti ja sitten vielä niin, että ne on kustannustehokkaat ne palvelut ja sitten palvelujärjestelmän eri osille on määritelty sitten niitä eri tavoitteita, mitä on peittävyudet esimerkiksi kotihoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa ja mitä palvelurakenteen osaa pitäis niinku kehittää.*

Tavoitteena oli keventää palvelurakennetta lisäten ennaltaehkäisevää toimintaa, muiden asumismuotojen ja palveluiden vaihtoehtoja kuten välimuotoisia asumisratkaisuja, ympärivuorokautista kotihoidon palvelua ja toteuttamalla sairaanhoidollista tukea kotiin. Palveluiden kehittämisessä mainittiin myös digitaalisuus ja sähköisten palveluiden käyttöönotto. Lisäksi henkilöstön hyvinvointia ja pitovoimaa haluttiin lisätä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatioon liittyviksi tavoitteeksi mainittiin ikään-tyneille järjestettävän tarpeen mukainen sairaanhoidollinen ja lääketieteellinen tutkimus ja hoito kotona tai palvelukodissa oikea-aikaisesti. Päivystyksellisiä tarpeita olisi tällöin mahdollisimman vähän. Tarvittaessa myös ne hoidettaisiin joustavasti ja viiveettä virka-aikana. Päivystyksestä tavoitteena olisi palata kotiin tehostetun hoidon ja palvelun turvin. Mahdollinen sairaalahoito olisi aina lääketieteellisesti perusteltua.

*– – niin yhtä aikaa halutaan keventää tietyllä tavalla palvelurakennetta, elikkä tuoda siihen rinnalle muita asumismuotoja ja palveluita kuin puhdasta kotihoitoa tai hoivahoitoa, että siellä on tietenkin ympärivuorokautisen hoidon peittävyystavoitteet, joita me toivotaan, että pystytään laskemaan kehittämällä välimuotoisia asumisratkaisuja ja rakentamalla enemmän 24/7-kotihoitoa– –*

Keskeisimmiksi saavutuksiksi mainittiin kotihoidon peittävyuden kasvu, kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen asiakkaiden päivystyskäyntien väheneminen ja palveluketjujen sujuvuus. Palvelurakenne oli keventynyt laitosvaltaisuutta purkamalla. Palveluketjujen arvioitiin olevan sujuvampia ja niistä saatiin lisäksi ns. integraatitietoa. Lisäksi mainittiin ulkoisen arvioinnin pohjalta tehtyjen toimenpiteiden toteutuminen ilman laadullista haittaa palveluille tai vanhustyölle.

Saavutetuksi tavoitteeksi mainittiin myös monituottajuus ja sen kehittyminen. Tällä saavutettiin palveluiden tasalaatuisuutta kuntalaisiin ja asiakkaisiin nähden. Yhtenäiset kehittämissuunnitelmat koskivat kaikkia tuottajia. Kehittäminen tai kouluttaminen ulotettiin kaikille (omaan ja muuhun palvelutuotantoon). Lisäksi mahdollistettiin kaikille tuottajille samat tietojärjestelmät. Näillä mahdollistettiin sama laatuvaatimus ja saavutettiin palveluissa enemmän samankaltaisuutta.

*– – niihin koulutuksiin, että ne on kaikille avoimia ja sitten että mahdollistetaan samat järjestelmät mitä meillä on käytössä asiakastietojärjestelmät ja RAI, ja kunta kaikessa hakee sitä samankaltaisuutta, samat laatuvaatimukset – –*

Muutoksiin pääseminen vaati haastateltavien mielestä asennetta ja ymmärrystä järjestämisen moninaisuudesta ja strategisista linjauksista, kuten monituottajuudesta. Eri esimiestasoilla huomioitiin ja toteutettiin aktiivista yhteistyötä ja vuoropuhelua palveluntuottajien kanssa. Toimenpiteinä tavoitteisiin pyrkiminen oli edellyttänyt mm. kotikuntoutuksen järjestämistä, liikkuvan sairaanhoidon mallia, kotona asumista tukevien palveluiden keskittämisen (KOTAS) -toimintamallia.

Muutosten toteuttaminen edellytti yhteistä tavoitetta, jota oli organisaatiossa yhdessä käsitelty avoimesti ja toistuvasti yhteisen mielipiteen saavuttamiseksi. Keskeiseksi tavoitteiden saavuttamisessa mainittiin myös yhteistyö muiden toimialojen ja kolmannen sektorin kanssa.

#### 6.4.2 Tieto ikääntyneiden palveluiden johtamisessa

Tietotarpeissa tunnistettiin erilaisia määrällisiä tietoja ja mittareita, joilla seurattiin palvelurakennetta, palveluihin pääsyä, palveluiden käyttöä ja niihin liittyviä tunnuslukuja. Toimintaympäristön muutoksesta tarvittiin väestötietoa tulevaisuuden palvelutarpeiden ennakoimista varten myös kaupungin sisäiseen alueiden tarkasteluun.

Strategisten tavoitteiden seurannassa käytettiin asumiseen ja sosiaali- ja terveyspalveluiden käytön peittävyteen liittyviä prosenttiosuuksia yli 75-vuotaiden väestössä. Lisäksi tarvittiin tietoa sairastavuudesta sekä niihin liittyvistä kustannuksista. Vaikuttavuustiedon tarve kohdennettiin erityisesti hoito- ja palveluketjuihin sekä uusien toimintamallien vaikutuksiin. Asiakaskokemuksesta tarvittiin tietoa. Myös henkilöstön hyvinvoinnista, henkilöstörakenteesta ja määrästä tarvittiin tietoa. Taloustiedoksi mainittiin ikääntyvään väestöön kohdennettut kustannukset, palveluiden ja niiden suoritteiden/tuotteiden kustannukset.

Tietojohtamisen haasteeksi mainittiin tietojen osittainen hajanaisuus ja monituottajuumallin tietojohtaminen kuten yhtäläisen ja vertailukelpoisen tiedon saaminen sekä vaikuttavuustiedon tuottaminen.

*Me tarvitaan ne tiedot sieltä yksityiseltä myös siitä toiminnasta eikä vaan siitä omasta toiminnasta, että se asettaa sille tiedolla johtamiselle haasteita ja kaikkia niitä tietoja, joita me omasta toiminnasta ja omista tietojärjestelmistä saadaan niin meillä ei ole siitä yksityisestä toiminnasta – –*

Tietoa oli käytettävissä paljon. Tarjolla oli väestötietoa, palveluiden järjestämiseen ja palveluiden käyttöön liittyvää tietoa. Lisäksi käytettiin yksittäisiin palveluihin liittyvää tietoa, kuten kotihoidon käyntitietoa. Käytettävissä oli myös yksikkö- ja asiakkuuskohtaista tietoa, kuten asiakkaiden hoitoisuus eri palveluissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatioon liittyvien tavoitteiden arvioimiseksi käytettiin päivystyksessä käyneiden, liikkuvan sairaanhoitajan käyttöön ja eri sosiaali- ja terveystietojen käyttöön liittyvää tietoa.

Tiedon jäsentämistä oli rakennettu järjestämisen näkökulmasta niin, että tietoa oli tuottajittain (oma, osto, palveluseteli), alueittain (HVK-hyvinvointikeskuksittain) ja palveluittain (esim. kotihoito/tehostettu palveluasuminen).

Käyttösuunnitelmaan kirjatut tavoitteet ohjasivat RAI-tiedon käyttöä. RAI-tietoa käytettiin sekä asiakastasolla että yksikkötasolla. Vertailtiin omaa toimintaa ja yksityistä toimintaa myös valtakunnalliseen tasoon.

*– – järjestämisen vastuun näkökulmasta pystytään alueellisesti arvioimaan sitä kokonaisuutta sen alueen osalta. Siellä on raporttipaketissa hyödynnetty näitä RAI-tietoja – –*

RAI-arvioiteja käytettiin yksilötasolla palvelutarpeen arvioinnissa ja ohjaamaan palveluiden käyttöä. RAI-arviointi oli peruste asiakassuunnitelmalle. Palvelutarpeen arvioinnissa hyödynnettiin RAI-arviointia. Pyrittiin myös yhdistämään eri RAI-välineiden antamaa tietoa. Myös vaikuttavuutta seurattiin yksilötasolla. RAI-arvioiteja hyödynnettiin myös omaishoidon tuen arvioinnissa ja päätöksissä.

Laatuindikaattorit mainittiin keskeisenä RAI-tietona. Laatutietoa käytettiin myös valvonnan välineenä. Tiedon pohjalta tehtiin seurantaa ja annettiin ohjausta. RAI:ta käytettiin asiakastyön profiloinnissa ja monituottajuuden ohjaamisessa sekä palvelutuottajien tarkastuskäynneillä valvonnassa.

*Monituottajuumallisissa siinä valvonnan tukena, että meillä on määritelty ne laatuksiteerit niin kotihoito, teppä, laitoshoido, että minkälaiset*

*laatukriteerit on ja sitten sitä seurataan kautta linjan ja niitä käydään siellä ohjaus- ja valvontakäynneillä sitten läpi– –*

Kotihoidon asiakkaiden RAI-tietoa käytettiin asiakassegmentointiin ja yksiköiden profilointiin. Siinä tarkasteltiin kotihoidon asiakkaiden palvelutarpeen (MAPLe-luokituksen) sekä suunnitellun palvelun yhteyttä. Lisäksi tämän tiedon pohjalta oli tarkoitus luoda kustannustehokasta mallia oman toiminnan, ostopalvelutoiminnan ja palvelusetelitoiminnan välille. Tieto loi myös kokonaisymmärrystä taustalle, kun suunniteltiin henkilöstömitoitusta tai asiakkaan palvelutarvetta ja palveluiden myöntämistä.

*– – mä aatelen, että se on sen asiakkaan hoidon suunnittelun perusta se RAI-tieto ja sitten taas laajemmassa mittakaavassa sen yksikön oli se sitten kotihoito tai asumisyksikkö, niin se sitten kuvaa sitä asumisyksikön hoitoisuuden profiilia, että sillä tavalla näkisin sen RAI-tiedon hyödyntämisen ja käyttämisen osana sitä johtamista ja johtopäätöksiä, mitä me tehdään toiminnan kehittämiseen– –*

RAI:ta kerrottiin käytettävän erilaisten asiakasryhmien hahmottamiseen ja tunnistamiseen. Lisäksi kotihoidon asiakkuuksia tarkasteltiin useista syistä. Niin sanotusti vähäisempien palvelutarpeen asiakkuuksissa pyrittiin palvelutarpeen syyn tunnistamiseen ja palvelukriteereiden yleiseen arviointiin. Suuren palvelutarpeen asiakkuuksia tarkasteltiin myös palvelu- ja hoitosuunnitelmien kautta.

RAI-tiedon pohjalta oli tehty useita muutoksia toiminnassa. Muutokseksi kaikki haastateltavat mainitsivat mm. moniammatillinen lääkehoidon kehittämisen (farmasia, geriatria/lääketeiede) aikaisempien lääkehoidon laatutulosten pohjalta.

*– – esim. lääkitysasiat, onko ne muuttunut parempaan tai huonompaan ja viimeksi kun oli ollut lääkityksiä tarkistamatta ja monilääkitykset olivat lisääntyneet, niin sitten me oltiin lääkäreiden palaverissa kertomassa ja keskustelemassa miten kotihoidon asiakkaiden lääkitysasioita voitas niinku tarkastella säännönmukaisemmin– –*

Tietoa hyödynnettiin moniammatilliseen palveluiden kehittämiseen ja erityiskysymysten tarkasteluun. Tietoa asiakkaiden hoitoisuudesta, toimintakyvystä, RUG-luokituksesta ja laatuindikaattoreista haluttiin hyödyntää tietyissä toimintamalleissa ja interventioissa kuten monialaisen kuntoutuksen tai kuntoutusjaksojen kohdentamiseen, kulttuurihyvinvoinnin kirjaamiseen, kinestetikan toteuttamiseen sekä palliatiivisen hoidon toteutumisen arviointiin.

### 6.4.3 Tiedolla johtamisen menetelmät ja kulttuuri

Strategisia tavoitteita käsiteltiin säännöllisesti erilaisissa johtoryhmissä kuten hyvinvointipalveluiden johtoryhmässä, ikäihmisten palveluiden johtoryhmässä sekä muissa johtamiseen liittyvissä ryhmissä esim. johtotiimissä.

RAI-tietoa käytettiin RAI-järjestelmistä, THL:n vertailutietokannasta sekä RAI-soft:n RAI-arviointijärjestelmästä ja ns. laatumoduulista. Tietojärjestelmiä oli integroitu potilastietojärjestelmän ja RAI-järjestelmän välillä. Yksilötason tietoa tarkasteltiin sekä RAI-arviointijärjestelmän että laatumoduulin kautta.

RAI-tiedon luotettavuus pohjautui organisaation pitkään käyttö- ja kokemushistoriaan. Haastatteluissa kaikki toivat esille sen, että tiedon luotettavuus lähtee työntekijän osaamisesta ja asenteesta. Osaamista täytyi kuitenkin varmistaa ja johtaa alkaen perehdytyksestä ja vaiheittaisesta koulutuksesta (ns. opintoportaat) sekä tekemällä yhteistyötä yksikön RAI-yhdyshenkilön ja avainosaajaverkoston kanssa.

*Kuitenkin tiedon luotettavuus lähtee sieltä työntekijästä, joka RAI:n tekee ja silloin jos meillä on nämä vastuut ja roolit määritelty, niin vähän niinkö osaamisen varmistamiseen portaat rakennetaan, ja näin toimittais, niin me saadaan sitä luotettavuutta parannettua ja mä nään tässä tärkeänä sen avainosaajaverkoston merkityksen ja avainosaajaverkoston vetäjän merkityksen, että me saadaan tätä prosessia vietyä eteenpäin.*

Organisaatiossa tarkasteltiin ja raportoitiin kuukausittain kotihoidon palvelutarveluokituksia (MAPLe) ja pitkäaikaishoidossa kustannuspainoa (CMI). Laatutietoja (laatuindikaattorit) tarkasteltiin puolen vuoden välein.

Vertailua tehtiin oman toiminnan ja yksityisen toiminnan välillä sekä suhteessa valtakunnan tason tietoihin. Yksikkötasolla ja päivittäisjohtamisessa hyödynnettiin erityisesti laatumoduulia. Sitä käyttivät erityisesti lähijohtajat ja osin palvelupäälliköt.

*– – ainakin se on varmistettu, että laatumoduulit tai laatumoduulit suhteessa kriteereihin käydään läpi johtoryhmässä vastuualueella kaksi kertaa vuodessa, ja silloin me juuri tarkasteltiin se läpi kautta linjan. Sitten yksikkötasolla käytetään ja esimiehet pystyy hyödyntämään sitä laatumoduulia.*

Laatumoduulissa hyödynnettiin valmiita määriteltyjä raportteja ja pohdittiin, mitkä mittarit kuvaisivat tai auttoivat käyttösuunnitelmassa olevien tavoitteiden toteuttamista ja raportointia (esim. kulttuurinen hoitotyö ja kinestetiikka).

Esimiehille ja johtajille tietoja oli tarjolla kootusti ns. mittaripaketteina ja tietojen yhdistelminä. Laatutiedon kuvaamisessa oli käytössä taulukko, jossa tietoa oli myös visualisoitu värein tavoitteiden ja tulosten havainnollistamiseksi. Tästä tiedosta kirjattiin erikseen keskeiset huomiot ja sovittiin kehittämisen liittyvät toimenpiteet.

*– – ja se exceli on semmonen, johon niinku ajetaan tietoja ja niitä katotaan, että millä tasolla ollaan ja nähdään sitten ne aikaisemmat tasot ja tavoitteet. Ja sitten me käytetään niinku siinä havainnollistamisessa sellasta liikennevaloperiaatetta...ja sitten kun me johtoryhmässä sitä sitten käsitellään, niin ne keskeiset huomiot kirjataan vielä erikseen. Ja sitten mietitään vielä, onko niiden huomioiden perusteella vielä jotakin toimenpiteitä vielä mitä meidän pitäisi vielä aloittaa– –*

RAI-avainosaajaverkosto ja sen vetäjä auttoivat esimiehiä tiedon tuottamisessa. Yhteiset koosteet tiedoista tuotti RAI-yhdyshenkilö. RAI-koordinaatioryhmän RAI-yhdyshenkilöt ja -vastuuhenkilöt, palveluntuottajien valvontaa tekevät sekä päälliköt yhdessä analysoivat tietoja ja valmistelivat raporttia. Raportoinnissa huomiointiin muutokset ja poikkeamat, joiden pohjalta tehtiin kehittämistoimenpiteitä tai ehdotuksia niistä. Asiantuntijaosaajat tekivät RAI-tiedosta tarpeen mukaisesti myös erillistarkasteluja yksittäisiin, esiin nostettuihin ja määriteltyihin kysymyksiin.

*– – ja tämä koordinaatioryhmä itse asiassa valmistelee sitten saatujen RAI-tietojen pohjalta tehostetun palveluasumisen tai hoivahoidon raportin, jossa on sitten juurikin analysoitu niitä tietoja ja vertailtu edellisvuoteen – –*

RAI oli otettu työkaluksi jatkuvaan kehittämiseen ja osaksi johtamisen vuosikelloa, mutta erityisesti se oli arkea lähijohtajien tasolla. Haasteltavat kokivat myös avainosaajaverkoston vetäjän roolin merkitykselliseksi. Esimiesten rooli ja vastuut prosessissa oli kuvattu. Lähijohtajuuden merkitys korostui erityisesti kotihoidossa, jossa todettiin puutteita arviointien kattavuudessa.

Kokemuksena haastateltavat kertoivat, että RAI-tietoja voi ja kannattaa hyödyntää, ja he näkivät siinä paljon mahdollisuuksia. Tiedosta motivoitunut ja sitä ymmärtävä voi kehittää toimintaa pitkälle RAI-tiedon avulla. RAI-tieto muodosti tukirakenteen moniammatilliselle hoiva- ja hoitotyön kehittämiseksi ja yhteiselle keskustelulle. Vertailutieto antoi tilannekuvaa sekä omasta toiminnasta että suhteesta muihin. Myös kansalliset verkostot nähtiin vertaistuen ja -oppimisen kannalta tärkeinä.

## 6.5 Oulun kaupungin tavoitteet ikäihmisten palveluiden järjestämisessä

Strategisten asiakirjojen tutkimusaineistona käytettiin vanhuspalvelujohtajan kanssa määriteltyjä ”Ikävoimainen Oulu, Oulun kaupungin ikääntymispoliittinen ohjelma 2021–2030” sekä ”Oulun kaupungin talousarvio 2021 ja suunnitelma 2022–2023”.

Oulun kaupunkistrategian tavoitteena 2026 oli valovoimainen Oulu. Oulussa haettiin olevan pitovoimaa, elinvoimaa sekä vetovoimaa. Oulun tapa toimia pohjautui arvoihin, tuki strategisia valintoja sekä ohjasi kaupungin omaa toimintaa. (Oulun kaupungin talousarvio 2021 ja suunnitelma 2022–2023, 22.) Päätöksenteon tueksi tarvittiin yhteistä jalostettua tietoa ja toimivaa poikkihallinnollista yhteistyötä. Konsernihallinnon tavoitteena oli tukea tiedolla johtamista mm. valmistelemalla kaupungin yhteistä tietomallia. (Oulun kaupungin talousarvio 2021..., 79.)

Kaupunginjohtaja Päivi Laajala kertoi esipuheessaan Ikävoimainen Oulu- ikäpoliittinen ohjelmassa, että kaupunki halusi viestiä Oulun strategian ”voima-” teeman mukaisesti sitä, että Oulu sai voimaa myös ikääntyneistään. Kaupunkistrategian painopisteiden mukaisesti myös ikääntyneille kuului hyvinvointi kaikissa eri vaiheissa. Ikääntyneistä ja heidän hyvinvoinnistaan huolehtiminen oli koko yhteiskunnan ja koko yhteisön tehtävä. (Ikävoimainen Oulu... 2021–2030.)

Oulun kaupunkistrategian toteuttamisohjelmat, strategiset kärkihankkeet, asukkaiden hyvinvoinnin edistämisen painopisteet ja valtuustoon nähden sitovat tavoitteet täsmensivät strategisten linjausten toimeenpanoa. Ikääntyvän väestön nopean kasvun vuoksi tämä huomioitaisiin erityisesti tulevaisuuden asumisen suunnittelussa. Hyvinvointityötä ikääntyneiden näkökulmasta ohjasivat asuntopoliittinen ohjelma, sivistysohjelma, terveysliikunnan vaikutusten arvioinnin suunnitelma, Oulun kulttuuristrategia 2030 sekä ikäpoliittinen ohjelma. (Oulun kaupungin talousarvio 2021..., 29.)

Oulun kaupunginvaltuuston talousarviossa asettamat tavoitteet olivat sitovia. Kaupunkistrategiaa tukevaksi sitovaksi tavoitteeksi oli asetettu ikäihmisten hyvinvoinnin ja toimintakyvyn paraneminen niin, että kotona asuvien 75-vuotta täyttäneiden osuus kasvaisi (tavoitearvo 92 %), ja vähäisin sote-palveluin kotona asuvien yli 75-vuotiaiden %-osuus kasvaisi myös edelliseen vuoteen verrattuna. (Oulun kaupungin talousarvio 2021..., 17, 47.)

Vuonna 2020 valmistui Oulun ikääntymispoliittinen ohjelma 2021–2030, jonka teemoissa näkyivät kotona asumisen tuen strategiset tavoiteilmaisut, kuten ”koti ja ympäristö sopivat ikääntyneille”, ”kodista lähdetään liikkeelle”, ”ikäntyneistä välitetään sekä terveyttä ja hyvinvointia edistetään”. Ikääntymispoliittisella ohjelmalla ja siihen liittyvillä toimenpiteillä koko kaupunki työskentelisi yhdensuuntaisesti valtuustotason tavoitteiden saavuttamiseksi. (Oulun kaupungin talousarvio 2021..., 31; Ikävoimainen Oulu 2020–2030, sivut 1–2.)

Hyvinvointipalveluiden järjestämisen päälinjaukset olivat asiakaslähtöisyys, monialaisuus, monikanavaisuus, monituottajuus ja talouden hallinta. Palveluita järjestettiin poikkitoiminnallisesti huomioiden asiakkaiden palvelutarpeet elämän eri vaiheissa. Oululaisten hyvinvointipalvelut rakentuivat kotona ja arkiympäristössä tapahtuviin arjen tukeen ja palveluihin, erityyppisiin matalan kynnyksen palveluihin, monialaisiin ja monitoimijaisiin hyvinvointikeskuksen alueellisiin palveluihin sekä kaikkien oululaisten yhteisiin erityispalveluihin. Niitä täydensivät monipuoliset sähköiset palvelut. (Oulun kaupungin talousarvio 2021..., 101)

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä tehtiin laaja-alaisesti yhteistyötä koko kaupungin tasolla muiden toimijoiden kanssa. Hyvinvointipalvelujen järjestäminen toteutui kolmen vastualueen kautta: sosiaalinen hyvinvointi, terveyspalvelut ja ikäihmisten hyvinvointi. Hyvinvointipalvelujen talousarvion 2021 ja taloussuunnitelman vuosille 2022–2023 toteutuminen suunnitellusti perustuisi keskeisten hoito- ja palveluketjujen integraation onnistumiseen. (Oulun kaupungin talousarvio 2021..., 85, 88.)

Henkilöstön osalta hyvinvointipalveluissa kiinnitettäisiin vuonna 2021 huomiota erityisesti työhyvinvoinnin kehittämiseen, työn tuottavuuden parantamiseen, sairaspöissaolojen vähentämiseen ja osaamisen vahvistamiseen. Oulun kaupunki osallistuisi myös maakunnalliseen POPsote – sosiaali – ja terveyspalveluiden uudistamisen hankkeeseen. (Oulun kaupungin talousarvio 2021... 89.)

Strategisena tavoitteena oli, että ikäihminen pystyy elämään ja asumaan kotonaan mahdollisimman pitkään. Lisäksi tähdättiin myös siihen, että ikääntyneet voisivat paremmin ja olisivat toimintakykyisempiä. (Ikävoimainen Oulu 2021–2030, 25.)

Ikäihmisten hyvinvointipalvelut järjestettiin monituottajuutta hyödyntäen. (Oulun kaupungin talousarvio 2021, 93–94.) Hoito- ja palveluketjujen

integraatitavoitteita olivat, että ikäihminen pystyi elämään ja asumaan kotonaan mahdollisimman toimintakykyisenä ja turvallisessa ympäristössä pitkään ja hän pystyisi ylläpitämään mahdollisimman itsenäisesti terveyttään ja hyvinvointiaan. Ikäihmisten sosiaali- ja terveystalouden asukaskohtaisten kustannusten tavoiteltiin laskevan. Ikäihminen saisi myös tarvitsemansa sairaanhoidollisen ja lääketieteellisen tutkimuksen ja hoidon oikeaan aikaan kotona tai palvelukodissa. (Oulun kaupungin talousarvio 2021..., 101)

Ikäihmisten palvelujen integraation painopisteenä olivat yhteistyönä toteutettavat ennaltaehkäisevät ja toimintakykyä tukevat käytännöt, asiakkaan oman vastuun vahvistaminen, palveluohjauksen kehittäminen, turvallisen kotona asumisen tukeminen ja arjessa pärjääminen sairaanhoidollisella ja lääketieteellisellä tuella. Toimintakykyä edistettäisiin kuntouttavain keinoin. Henkilöstön työhyvinvointia edistettäisiin ja osaamista vahvistettaisiin, erityisesti kotihoidossa. Monituottajuutta hyödynnettiin ja palvelujen painopisteen siirrettiin kevyempiin palveluihin. Digi/etäpalveluita hyödynnettiin kotihoidossa. Kotona asumista tukevat palvelut ja välimuotoinen asumisen olisivat ensisijaisia ympärivuorokautisen hoidon sijaan. (Oulun kaupungin talousarvio 2021..., 101)

Ikäihmisten hyvinvointia edistävinä palveluina toteutettaisiin yli 68- vuotiaille kohdenetut hyvinvointiarviot. Palvelutarpeen kasvuun oli tavoitteena vastata edullisemmalla palveluiden kokonaiskustannuksella, kotikuntoutuksella ja monituottajuutta hyödyntäen. Oman kotihoidon kehittämisessä painopisteenä olivat asiakaslähtöisyys, henkilöstön työhyvinvoinnin lisääminen ja osaamisen vahvistaminen. Keskeistä tavoitteissa olivat myös itseohjautuvuuden vahvistaminen ja kotona asumista tukevat teknologiat. Lisäksi kehitettäisiin omaishoitoa, vahvistettaisiin sosiaalityön palveluita ja tehostettaisiin asiakasohjausta. Erityisryhmien hoivan tarve huomioitaisiin myös. (Oulun kaupungin talousarvio 2021...,101, 102, 103.)

Ikäihmisten ympärivuorokautisen palvelun tarpeeseen vastattaisiin laitoshoidon sijaan kotona asumista tukevalla palveluilla, tehostetulla kotihoidolla, välimuotoisella asumisella ja tehostetulla palveluasumisella. Tehostetun palveluasumisen järjestämisessä hyödynnettiin monituottajuutta, pääasiassa palvelusetelillä toteutettuna. Tavoitteena oli, että 8 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä on ympärivuorokautisen hoidon piirissä. Heistä 1 prosenttia (%) olisi välimuotoisessa asumisessa, 6 prosenttia (%) tehostetussa palveluasumisessa ja 1 prosentti (%)

sosiaalihuoltolain mukaisessa laitoshoidossa (kuvio 11). Geriatrian, mielenterveys- ja päihdepalveluiden sekä kuntoutuksen erityisosaamisella haluttiin tukea perustason toimintaa. Ikäihmisten palveluissa toteutettaisiin suunnitelmalliset valvontakäynnit yksityisen palvelutuotannon yksiköihin, ja omiin yksiköihin suunniteltiin sisäistä ohjaus- ja tarkastusmenetelmää. (Oulun kaupungin talousarvio 2021..., 103.)

Kotihoidossa, tehostetussa palveluasumisessa ja laitoshoidossa huomioitaisiin asiakkaan kokemus hänen saamastaan palvelusta. Laatua seurattiin sosiaali- ja terveyspalveluissa säännöllisesti. Laadun arviointia tehtäisiin esimerkiksi RAI-arviointien ja omavalvonnan avulla. Palveluiden riittävyyden arvioinnin apuna käytettiin lakisääteistä hoito- ja palvelutakuuta. (Ikävoimainen Oulu 2021, 24–25.)

MITTARI	TOTEUMA (6/2020)	TAVOITE
Vähäisin sosiaali- ja terveyspalveluin (keskiarvo alle 5000€/asiakas/ vuosi) kotona asuvat yli 75-vuotiaat	73,4 %	Yli 75 %
Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet %	91,3 %	Yli 92 %
Säännöllisen kotihoidon peittävyys yli 75-vuotiailla	14,9 %	Alle 15 %
Omaishoidon tuen peittävyys yli 75-vuotiaalla	4,3 %	yli 6 %
Ympäri vuorokautisen hoidon peittävyys yli 75-vuotiailla	8,7 %	Alle 8 %

Taulukko 1: Sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyvät mittarit ja tavoitteet

Kuvio 11. Oulun kaupungin sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyvät mittarit ja tavoitteet. Ikävoimainen Oulu 2021, 26.

## 6.6 Oulun kaupungin RAI-tuloksia strategisten tavoitteiden mukaisesti

Oulun kaupungin ikäihmisten palveluille asetettuja tavoitteita arvioitiin määrittämällä ensin RAI-tiedot (liite 5). Tavoitteita vastaavia RAI-tietoja haettiin THL:n Asiakasohjaus- ja Järjestäjätietokannasta sekä kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon EasyRAIder-tietokannoista. Lisäksi tarkasteltiin Oulun kaupungin itse tuottamia laadun arviointimatriiseja. RAI-tuloksia esitetään strategisten tavoitteiden mukaisesti. Tuloksia kuvataan ja tulkintaa perustellaan RAI-mittareiden

arvoilla, niiden muutoksilla sekä vertaillen muihin vastaaviin aineistoihin tai yksiköihin.

RAI-arvioiteja tehtiin 5061 vuonna 2020. Arviointien määrässä oli kasvua edelliseen vuoteen 7 prosenttia (%). RAI-arvioitujen osuus palvelujen saajista oli 64 prosenttia (%), joka on huomattavasti kattavammin kuin Suomessa keskimäärin. RAI-vertailutiedot kuvasivat organisaation asiakaskuntaa keskimääräistä paremmin.

#### 6.6.1 Kotona asumisen tuki

Kotona asumisen tukea sekä kotiin annettavien palveluiden ensisijaisuutta arviointiin tarkastelemalla kotona asuvien palveluiden asiakkaita rajaten sitä huonon kognition (CPS= 3–6) omaavien yli 75-vuotiaiden asiakkaiden määrään ja osuuteen pitkäaikaispalveluita saaneista (taulukko 10). Heidän osuutensa oli 24 prosenttia (%) pitkäaikaispalveluiden saajista, ja osuus oli myös kasvanut 14 prosenttia (%) vuodesta 2019. Ympäri vuorokautisen hoivan asiakasmäärä oli pysynyt samana. Kotona asumisen tuki ja ensisijaisuus näkyi myös huonon kognition omaavien asiakkaiden osuuden (%) kasvuna kotona asuvien RAI-tuloksissa.

Taulukko 10. Kotona asumisen tukeminen

Tavoite	mittari	vertailutietokanta
kotona asumisen tukeminen kotona asuvien osuus kasvaa kotiin annettavat palvelut ja välimuotoinen asuminen ensisijaista ympärivuorokautiseen hoivaan nähden palvelujärjestelmän keventäminen	Kotihoitoasiakkuudet ja niiden osuus % yli 75 v. CPS= 3–6 pitkäaikaispalveluiden saajista. Hyvinvointialueittain: kotihoitoa 3,5 h % MAPLe 4–5% RUG KP1 kotihoitoympäristössä MAPLe-15	RAI-järjestäjätietokanta ja Asiakasohjaustietokanta Easy RAlder-HC

Kotona asuvien asiakkaiden toimintakyky oli Oulussa hieman parempi kuin koko aineistossa keskimäärin. Asiakkaiden kustannuspainon keskiarvo (ka. RUG 18 KP1) oli laskenut kymmenyksen vuosittain, eli asiakkaiden resurssivaatimus kotona asuvilla keskimäärin oli pienentynyt. Tämä näkyi myös yksittäisissä toimintakykymittareissa (IADL\_0–6 ja CPS 0–6) ja terveydentilan vakautena. Myös vähäisen palvelutarpeen (MAPLe 1) asiakkuuksien osuus (18 %) oli suurempi kuin koko aineistossa (13 %). Asiakasrakenteen ja toimintakyvyn muutos saattoi olla

myös seurausta siitä, että vähäisten sote-palveluin kotona asuvien tukea ja RAI-arviointeja lisättiin tavoitteellisesti.

Sitovana tavoitteena Oulun strategiassa oli tukea **vähäisin sote-palveluin** olevien kotona asumista (taulukko 11). Asiakasohjaustietokannassa tarkasteltiin tiilannetta vähäisen palvelutarpeen asiakkuuksien (MAPLe=0) avulla (n=110).

Taulukko 11. Vähäisin sote-palveluin kotona asuvien tuki

Tavoite	mittari	vertailutietokanta
vähäisin sote-palveluin kotona asuvien osuuden kasvu arjen tuki ja palvelut, arjessa pärjääminen digi- ja etäpalvelut kotihoitossa kotona asumista tukeva teknologia asiakasohjauksen tehostaminen sosiaalityön vahvistaminen	MAPLe15- (Omatoiminen=0) ja (Lievä palveluntarve=1-2) asiakkuudet ja alkaneet palvelut pitää terveydentilaansa huonona % käyttöoire% läheisavun jatkuvuusriski % MAPLe -15 ryhmät: 32, 33, 43, 45 ja 54	Asiakasohjaustietokanta

Vähäisen palvelutarpeen asiakkuuksien määrä arvioinneissa vuonna 2020 oli kaksinkertaistunut (108 %). Asiakkaiden palveluntarve ei kuitenkaan juuri poikennut edellisen vuoden arvioituista. Arvioituilla oli jo kuitenkin kotihoitoa useammin (40 %) kuin koko aineistossa (24 %). Seuranta-arviointeja sovittiin useammin kuin koko aineistossa (taulukko 12.) Ilman palveluita jäi vähemmän kuin koko aineistossa. Valtaosa sai myös läheisapua. Myös tukipalveluita aloitettiin useammin. Kotihoitoa aloitettiin useammin, ja se aloitettiin nopeammin kuin koko aineistossa. Tulokset olivat samansuuntaisia myös ”Lievän palveluntarpeen” (MAPLe 1-2) asiakkuuksissa (n=62), mutta erot koko aineistoon olivat vähäisemmät. Arviointien määrä ja palveluiden järjestäminen viittasivat näiden tietojen mukaan strategisen tavoitteen suuntaiseen toimintaan.

Taulukko 12. Palveluiden järjestäminen MAPLe 0=Omatoiminen- luokassa Oulussa ja koko Suomen aineistossa 2021.

	Oulun kaupunki	Koko Suomen RAI-arvioinnit
<b>Seuranta-arviointi, %</b>	22	12
<b>Ei alkanutta palvelua, %</b>	50	68
<b>Läheisapu: on saanut, %</b>	75	42
<b>Tukipalvelu, %</b>	13	4
<b>Alkanut kotihoito, %</b>	34	16
<b>Kotihoidon alkuun, päiviä, ka.</b>	14,8	38,4
<b>Alkanut lyhytkestoinen kotihoito, %</b>	17	9
<b>Alkanut pitkäaikainen kotihoito, %</b>	16	7
<b>Monia palveluita käyttäviä, %</b>	18	2

#### 6.6.2 Hyvinvoinnin ja toimintakyvyn edistäminen

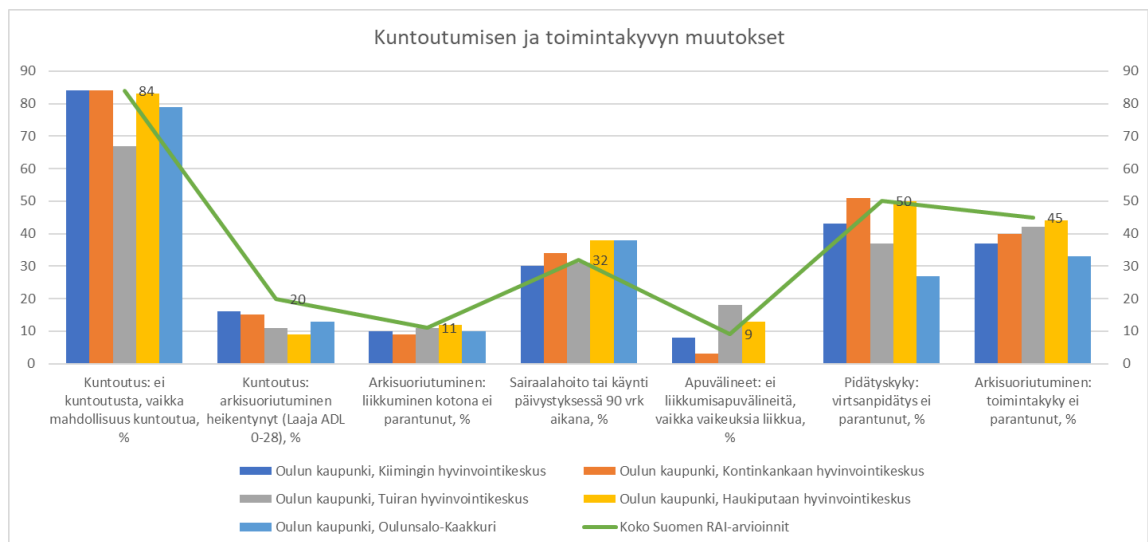
Hyvinvoinnin ja toimintakyvyn säilymistä kotona asuvilla tuettiin tehostetun kotikuntoutuksen, hoidon ja palvelun avulla. Tätä tarkasteltiin eri tietokannoista saatujen laatuindikaattoreiden avulla kotihoidossa (taulukko 13).

Taulukko 13. Hyvinvoinnin ja toimintakyvyn edistäminen palveluilla

Tavoite	mittari	Tietokanta
Hyvinvointi ja toimintakyvyn säilyminen (kotona asuvilla)	Ei kuntoutusta, vaikka kuntoutumisen mahdollisuus % (CPS ja ADLH-luokissa)	EasyRAlder-HC Järjestäjätietokanta Asiakasohjaustietokanta
tehostettu kotikuntoutus tarvittaessa tehostettu hoito ja palvelu	Arkisuoriutumisen heikentynyt (Laaja ADL 0–28) % liikkuminen kotona ei parantunut % toimintakyky ei parantunut % virtsanpidätyskyky ei parantunut % sairaalahoido tai käynti päivystyksessä % kuntoutususkko % palvelut MAPLe-luokittain osallisuus osallisuus: ulkoilu	

Hyvinvoinnin ja toimintakyvyn säilymistä, kuntoutuksen ja tehostetun palvelun tuloksia tarkasteltiin hyvinvointikeskusalueittain (kuviot 11). Arkisuoriutumisen

heikentymistä Oulussa oli kaikkiaan vähemmän (15 %), kuin koko Suomessa (20 %). Muutamilla hyvinvointikeskusalueilla oli toimintakyvyn heikkenemistä jo selkeästi vähemmän kuin aiemmin. Liikkumisen apuvälineitä oli paremmin käytössä Kontinkankaan hyvinvointikeskuksen alueen asiakkailta kuin Tuiran tai Oulunsalo-Kaakkurin alueilla. Kolmasosalla (31 %) oli sairaalahoidossa tai päivystyksessä käyntejä.



Kuvio 12. Toimintakyvyn, kuntoutumisen ja palveluiden laatuindikaattoreita hyvinvointialueittain. THL:n EasyRAlder-HC tietokanta 3.6.2021.

Kuntoutusammattilaisen palvelu näkyi eniten kohdentuvan kotihoidossa huonon arksuoriutumisen (ADLH=3-6) ja hyvän kognition (CPS=0) omaaville asiakkaille. Parhaiten kuntoutusammattilaisen palvelu mahdollistui Tuiran hyvinvointikeskuksen asiakkaille (kuvio 12). Hyvinvointikeskusvertailussa eniten ulkoilevia asiakkaita oli Kiimingin ja Haukiputaan hyvinvointikeskuksen asiakkaina.

### 6.6.3 Monituottajuus ja valvonta

Monituottajuus oli sekä strateginen painopiste että tavoitteellinen päämäärä ikääntyneiden palveluiden järjestämisessä. Yhdenvertaisuuden vuoksi palveluiden laatutavoitteet olivat samat omalle palvelutuotannolle ja yksityiselle palvelutuotannolle. Valvonnassa laadun arviointia tehtiin laatuindikaattoreiden avulla. Palveluiden laatua oli tarkasteltu vuodesta 2016 tehostetun palvelun osalta erillisessä laatumatriisissa puolen vuoden aineistoja keräten. Vertailua oli tehty myös koko Suomen aineistoon.

Taulukko 14. Laatutavoitteet monituottajuudessa ja valvonnassa

Tavoite	Mittari	Tietokanta
Monituottajuus samat laatutavoitteet valvontakäynnit	Laatuindikaattorit julkinen/yksityinen asiakasrakennevertailu	Järjestäjätietokanta Tilaaajatietokanta RAI-HC ja LTC

Laatuindikaattoreille oli asetettu tavoitearvoja. Tiedot koottiin Tilaaajatietokannasta ja EasyRAlder-LTC- tietokannoista (taulukko 14). Laadun tarkastelun näkökulmiksi Oulussa oli valittu: kuntoutumista edistävä hoitotyö, iho, lääkehoito, ravitsemus ja turvallisuus sekä kustannuspainovertailu (RUG 18). Tästä he olivat laatineet erillisen tietotaulukon, jota tässä tarkasteltiin osana RAI-vertailutietoineistoa.

Oulun tietotaulukossa *kuntoutumista edistävän hoitotyön* arviointi liittyi useaan indikaattoriin. Tavoite arkisuoriutumisen heikentymiselle oli alle 20 prosenttia (%), johon omassa toiminnassa oli päästy 1\_2020 aineistossa. Niukasti kuntoutumista edistävää toimintaa (HaaKu\_17) oli omassa palvelutuotannossa hieman enemmän kuin yksityisessä. Aktiviteettien osalta oma toiminta oli kuitenkin kehittynyt ja saavuttanut asetetun tavoitearvon aineistossa 2\_2020. Vuoteessa elävien osuuden tavoite oli alle 5 prosenttia (%), johon ei ollut vielä päästy omassa eikä yksityisessäkään toiminnassa. Liikkumisrajoitteiden päivittäisen käytön tavoitearvoa (alle 10 %) ei vielä saavutettu yksityisessä (16 %) tai omassa (21 %) toiminnassa. Myös *painehaavojen* esiintyvyydestavoite 3 prosenttia (%) jäi vielä tavoitteestaan molemmissa tuotantotavoissa. *Lääkehoidon tavoitteissakaan* (monilääkitys ja psykieläkkeiden käyttö) ei ollut päästy tavoitearvoihin, mutta laatu ei myöskään merkittävästi poikennut yksityisen ja julkisen välillä.

#### 6.6.4 Hoito- ja palveluketjujen toimivuus

Oulun kaupungin strategiassa korostuivat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden integraatitavoitteet ja kotona asumisen tuki. Hoito- ja palveluketjujen toimivuutta tarkasteltiin pitkäaikaisen palvelun, kotihoidon ja palveluasumisen asiakkuuksia vertaillen (taulukko 15).

Taulukko 15. Hoito- ja palveluketjujen toimivuus

Tavoite	Mittari	Tietokanta
hoito- ja palveluketjujen integraatio (toimintakyky, turvallisuus, itsenäisyys, terveys, hyvinvointi) kotiympäristö ja turvallisuus  sairaanhoidollinen tutkimus ja hoito oikea-aikaisesti (kotona tai palvelukodissa) päivystyksellisiä tarpeita vähän sairaalahoidon tarve lääketieteellisesti perusteltua	Eri pitkäaikaisen palvelun asiakkuuksien terveyden tilan vakaus (CHES), lääkitys, päivystyskäynnit % sairaalahoito% Romahdusvaara Asiakasohjauksen: Kotiympäristön ongelma pitää terveydentilaansa huonona % käyttöoire % läheisavun jatkuvuusriski % BMI alle 23 % tai alle 20 % toimintakyky huonontunut % Riskityökalu: riskiluokat (NHG+RAIsoft)	RAI-järjestäjätietokanta Asiakasohjaustietokanta Easy RAIder HC ja LTC

Kotona asuvilla kaatumisia oli enemmän (21 %) kuin ympärivuorokautisessa hoivassa (10 %). Monilääkitys oli yleisempää kotihoidon asiakkaille (68 %) kuin ympärivuorokautisessa hoivassa (56 %). Päivystyskäyntejä oli yhtä yleisesti kotihoidon asiakkaille (15 %) ja ympärivuorokautisessa hoivassa (13 %). Sairaalahoitoa sen sijaan kotihoidon asiakkaille oli enemmän (24 %) kuin ympärivuorokautisessa hoivassa (11 %). ”Romahdusvaarassa” (MAPLe15) olevia asiakkaita oli kotihoidossa 13 prosenttia (%), mutta ympärivuorokautisessa hoivassa vain 4 prosenttia (%). Oulussa olikin tunnistettu ja toteutettu jo useita kotihoidon asiakkaille suuntautuvia hoivaan ja sairaanhoidon kehittämisen liittyviä toimenpiteitä, joiden vaikutuksia voitiin seurata myös RAI-tietojen avulla.

Asiakasohjaustietokannan kautta tarkasteltuna kotona asuvista osa piti terveydentilaansa huonona. Osalla oli kotiympäristön ongelmia ja riskiä läheisavun jatkuvuudessa. Lisäksi voitiin tarkastella asiakkaiden ravitsemukseen liittyviä huolia (BMI alle 23) ja aliravitsemusriskiä (BMI alle 20). Lisäksi voitiin seuranta myös toimintakyvyn muutoksia. Huomattavalla osalla oli myös ollut sairaalahoitoa ja päivystyskäyntejä. Vastaavia havaintoja oli myös koko Suomen aineistossa. Tunnettuihin riskitekijöihin puuttamalla ja riskiasiakkuuksia tunnistamalla voitiin siis tarkastella ja kehittää kaikkien kotona asuvien hoito- ja palveluketjuja.

### 6.6.5 Asiakkaan osallisuus

Asiakkaan omaa vastuuta ja asiakaskokemusta kartoitettiin osallisuuden, läheisavun sekä tavoitteiden saavuttamisen indikaattoreilla (taulukko 16). Tehostetun palveluasumisen laatumatriisissa esitettiin arviointiin osallistumattomien osuuden tavoitteeksi alle 15 prosenttia (%). Toteumassa 2\_2020 oma toiminta pääsi lähes tavoitteeseen (16 %). Yksityisen palvelutuotannon asiakkaista sen sijaan 36 prosenttia (%) ei osallistunut arviointiin.

Taulukko 16. Asiakkaan oman vastuun vahvistaminen

Tavoite	Mittari	Tietokanta
asiakkaan oman vastuun vahvistaminen asiakaskokemus mielekäs arki	läheisapu kyllä % jokin tavoite saavutettu % Jokin tavoite saavutettu % Asiakas ei itse osallistunut arviointiin % Läheinen ei osallistunut arviointiin % kuntoutususkko % Eristäytynyt % Tunsi itsensä yksinäiseksi %	EasyRAlder HC ja LTC Järjestäjätietokanta

Kotihoidossa läheisapua sai yli puolet asiakkaista (60 %). Osalla (16 %) läheiset olivat kuormittuneita. Suurin osa asiakkaista oli saavuttanut jonkin (78 %) hoidon tavoitteen. Asiakkaista vain pieni osa (12 %) ei osallistunut itse arviointiin. Yli puolella (60 %) läheinen ei osallistunut arviointiin. Tässä hyvinvointikeskusalueet kuitenkin erosivat toisistaan. Suurin osa Kiimingin hyvinvointikeskuksen (70 %) ja yli puolet (56 %) Haukiputaan alueen asiakkaiden läheisistä osallistui arviointiin.

Kotihoidon asiakkaista lähes kolmannes (28 %) tunsi itsensä yksinäiseksi. Eristäytyneitä oli 27 prosenttia (%). Suurimmalla osalla asiakkaista (80 %) oli kuitenkin uskoa kuntoutumisen. Asiakkaiden osallisuutta edistävä toimintakulttuuri näytti erilaiselta hyvinvointialueittain. Osallisuutta lisäämällä voitaisiin vaikuttaa tavoiteltuun asiakkaiden omavastuuseen sekä asiakaskokemukseen.

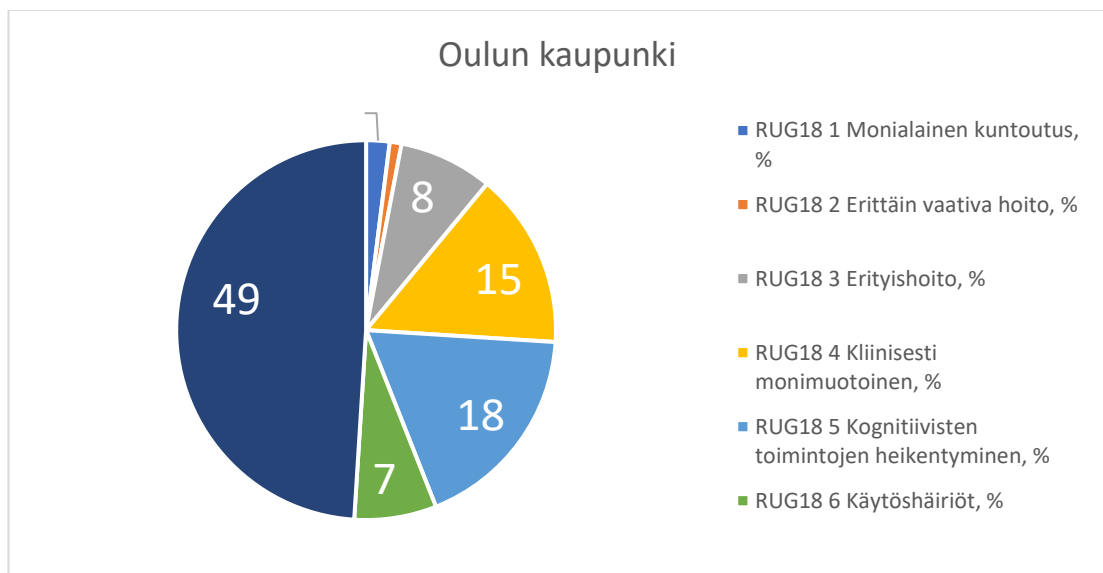
### 6.6.6 Henkilöstön osaamisen vahvistaminen

Kotihoidon henkilöstön osaamisen vahvistamista tarkasteltiin kotihoidon vertailutietokannasta saatavien asiakkaiden RUG-pääloukkien, ts. tarveloukkien sekä laatuindikaattoreiden avulla (taulukko 17).

Taulukko 17. Henkilöstön osaamisen vahvistaminen kotihoidossa

Tavoite	Mittari	Tietokanta
henkilöstön osaamisen vahvistaminen kotihoidossa	RUG-pääloukat muistisairaat, käyttöoireet Psykiatrinen dg, masennus Terveysten vakaus kuntoutujat lääkitys kivun hoito ravitseminen kaatuminen	EasyRAlder HC

Kotihoidon asiakaskunta oli tarpeiltaan heterogeenistä, vaikkakin puolet (49 %) asiakkaista kuului ns. ”heikentyneen fyysisen toimintakyvyn” luokkaan (kuvio 13). Käyttöoireita oli 16 prosentilla (%) asiakkaista, ja 7 prosentilla (%) se oli pääasiallinen palvelun tarvetta määrittävä asia (RUG18–6= Käytöshäiriöt). Kliinisesti monimuotoisten (RUG18–4) osuus (15 %) myös edellytti riittävää sairaanhoidollista osaamista.



Kuvio 13. RUG18- asiakasryhmittely % Oulun kotihoidossa. THL:n EasyRAlder-HC- tietokanta 3.6.2021.

Muistisairaiden määrä ja osuus kotihoidossa kasvoi. Dementiadiagnoosi oli jo lähes puolella (45 %) asiakkaista. Psykiatrisen sairauden diagnoosi oli kolmanneksella (32 %). Suurimmalla osalla asiakkaista oli avun tarvetta aterioinnissa. Tämän rinnalla osalla oli myös ravitsemuksellisia ongelmia. Tavanomaista oli myös jonkin asteinen terveydentilan heikentyminen (CHESS=1–5) ja usealla oli päivystyksellisiä hoidon tarpeita. Pienellä osalla oli masennusoireilua. Osa kärsi päivittäisestä kivusta. Yli puolet (64 %) asiakkaista olivat monilääkittyjä. Myös rauhoitavia lääkkeitä oli käytössä. Asiakkaiden terveyteen liittyvien tarpeiden heterogeenisyys ja muutosten yksilöllinen huomioiminen haastoivat kotihoidon työntekijöiden osaamista ja toiminnan organisointia. Näitä asiakastarpeita tunnistamalla voitiin kehittää tavoitteena ollutta hoitotyön osaamista.

## 6.7 Tulosityhteenvedo

Tämän tapaustudkimuksen tavoitteena oli kuvata, mitä RAI-tietoa voidaan käyttää ikäihmisten palveluiden johtamisessa ja miten tietoa hyödynnetään strategisen tason johtamisessa. Tutkimustulokset perustuvat vanhuspalveluiden johdon haastatteluihin, organisaatioiden johtamista ohjaaviin strategisiin asiakirjoihin sekä näistä johdettuihin RAI-vertailutietoihin.

Ikäihmisten palveluiden järjestämisen strategiset tavoitteet tulivat hyvin esille sekä tapausorganisaatioiden johdon haastatteluissa että organisaatioiden strategisissa asiakirjoissa, ja aineistot tältä osin tukivat hyvin toisiaan. Tapausorganisaatioiden strategisten tavoitteiden ohjaamana analysoitiin näihin liittyviä RAI-tietoja THL:n RAI-vertailutietokannoista (liitteet 4 ja 5). Tulosityhteenvedo esitetään tässä tutkimuskysymyksittäin.

### 6.7.1 Mitä RAI-tietoa voidaan käyttää?

Organisaatiot tunnistivat erilaisia tietotarpeita strategisen johtamisen tueksi. Kansallinen ohjauksen tarjoamia malleja kuten laatusuosituksen indikaattorit käytettiin ikääntyneiden palveluiden suunnitteluun ja seurantaan. Palveluiden järjestämisessä ja strategisessa johtamisessa käytettiin väestötietoa, asiakastietoa, taloustietoa sekä palveluprosesseihin ja henkilöstöön liittyvää tietoa. Tietojohtamisen haasteiksi mainittiin tietojen osittainen hajanaisuus, tiedon tuotannon monitoimijaisuus, tiedon vertailukelpoisuus sekä vaikuttavuustiedon tuottaminen.

RAI-tietoa tarkasteltiin RAI-järjestelmistä ja THL:n vertailutietokannoista. RAI-vertailutietoa pidettiin tapausorganisaatioissa luotettavana, koska RAI-arviointiosaamista varmistettiin, organisaatioilla oli pitkä käyttökokemus arviointimenetelmästä ja tietoa voitiin vertailla kansallisesti. Asiakastiedon edustavuutta voitiin seurata RAI-arviointien kattavuudella väestössä ja eri palveluiden asiakkuuksissa.

RAI-tunnuslukuja (toimintakyky- ja palvelutarvetietoa) käytettiin kuvaamaan organisaation palveluihin pääsyn kriteereitä palveluiden järjestämisen tukena. Tällä tiedolla kuvattiin palveluiden järjestämisen ja kohdentamisen periaatteita. RAI-asiakasrakennetiedon avulla arvioitiin näin koko palvelujärjestelmän toimivuutta.

RAI-arviointitietoa käytettiin palveluiden järjestämisessä yksilötasolla. Keskitetyssä asiakas- ja palveluohjausmallissa yksilön arviointitiedon avulla suunniteltiin palveluihin liittyvää ratkaisua asiakkaan ja omaisen kanssa. Lisäksi voitiin arvioida asiakkaan oikeaa ja strategian mukaista palveluiden järjestämistapaa. Ympäri vuorokautisen hoidon riskin tunnistamiseen käytettiin myös erillistä validoitua tunnistamismenetelmää. Palveluiden järjestämistä tukivat Asiakasohjaustietokannan tiedot palveluiden suunnittelusta ja toteutumisesta.

Asiakasrakenteen vertailutiedot: palvelutarve (MAPLe 15), toimintakyky- mittarit (CPS, ADLH, IADL, CHESS) ja RUG-kustannuspainon (RUG18-CMI) kertoivat johdolle asiakkaiden palvelutarpeista ja resurssivaatimuksista. Asiakkaiden palvelutarveluokittelulla tunnistettiin erilaisia asiakasryhmiä, heidän ensisijaisia avuntarpeitansa ja kuntoutumisen voimavaroja. Asiakasrakennetietoa, asiakkaiden hoitoisuutta ja resurssivaativuutta voitiin myös vertailla toimintayksiköiden välillä. Asiakasrakennetiedon avulla haluttiin kuvata organisaation toimintayksikön tai alueen asiakkuuksia ja luoda niiden avulla esille asiakasprofiileja.

Asiakastiedosta voitiin eriyttää ja tarkastella strategisesti tärkeitä asiakasryhmiä kuten heikomman toimintakyvyn tai tietyn tyyppisen palvelutarpeen asiakkaita, heidän palveluitaan ja palvelun laatua. Palvelutarpeen ennakoimiseksi voitiin tarkkailla myös palvelutarpeen kasvun riskeihin liittyviä laatuindikaattoreita. Palvelurakenteen muutoksen tavoittelu ja kotona asumisen tukeminen näkyivät muutoksina RAI-vertailutiedoissa molemmissa tapausorganisaatioissa. Kotihoidon asiakasrakenne oli muuttunut strategisten painopisteiden mukaisesti.

Laatutietoja käytettiin toiminnan arvioinnissa ja kehittämisessä. Palveluiden laadun arviointiin ja seurantaan valittiin tiettyjä laatuindikaattoreita ja niille asetettiin tavoitearvoja. Vertailutiedon rakentuminen organisaation rakenteen mukaisesti mahdollisti omien yksiköiden ja alueiden laadun vertailun keskenään. Omaa toimintaa vertailtiin myös yksityiseen toimintaan. Lisäksi laadun vertailua tehtiin toisiin organisaatioihin ja koko Suomen aineistoon. Laadun kehittymistä voitiin seurata eri vertailuaineistojen välillä.

Laatuindikaattoreita käytettiin myös tulostittareina laadun kehittämisen ja moniammatillisen yhteistyön onnistumisen arvioinnissa. Yhdistämällä ja tarkastelemalla eri tietoja voitiin saada monipuolisempi kokonaiskuva tavoitteena olevasta kehittämistoiminnasta. Esimerkiksi yhdistämällä toimintakykytiedoista johdettuja kuntoutumisen voimavaroja, asiakkaan tai hoitajan kokemaa kuntoutumisuskoa sekä kuntouttamisen toteutumisen laatuindikaattoreita ja vielä toimintakyvyn muutoksiin viittaavia laatuindikaattoreita, voitiin kuntoutumista edistävää toimintaa tarkastella kattavammin.

Asiakaskokemusta RAI-mittareilla ei suoraan voitu arvioida, mutta asiakkaan osallisuuteen liittyvillä indikaattoreilla voitiin arvioida asiakkaan omaa ja läheisten osallistumista palvelun ja hoidon suunnitteluun.

#### 6.7.2 Miten RAI-tietoa käytettiin?

Palveluiden järjestämistä ohjasivat strategiset tavoitteet. Ne pohjautuivat sosiaali- ja terveystoimen arvoihin, tehtyihin päätöksiin sekä kansalliseen ohjaukseen. Strategiset tavoitteet ohjasivat johtamista organisaation eri tasoilla. Organisaation tavoitteita käsiteltiin säännöllisesti ja systemaattisesti eritasoisissa johtamisen kokoonpanoissa kuten johtoryhmissä. Yhteisiä tavoitteita käsiteltiin avoimesti ja toistuvasti yhteisen ymmärryksen saavuttamiseksi. RAI-tietoa hyödynnettiin erilaisiin johtamiseen liittyvien tehtävien tunnistamiseen, suunnitteluun ja toteutumisen arviointiin ja raportointiin.

RAI-tiedon avulla johtamisessa tarkasteltiin erilaisia asiakasryhmiä ja näiden palvelutarpeita. RAI-tiedon avulla haluttiin tunnistaa uusia asiakastarpeita ja kehittää uusia palveluratkaisuja, kuten ”välimuotoinen asuminen” ja kotikuntoutus.

RAI-tiedon käyttö ja hyödyntäminen oli koordinoitua, säännöllistä ja pääosin ennalta sovittua. Tiedon hakua ja analyysiä tekivät yksiköiden esimiehet, päälliköt

sekä RAI-erityisosaajat ja -vastuuhenkilöt. Joidenkin tietotyökalujen käyttöä oli vastuutettu tietyille henkilöille osaamisen, tiedon luotettavuuden ja tiedon tuottamisen tehokkuuden varmistamiseksi.

RAI-osaajaverkosto tai koordinaatioryhmä olivat toimintamalleja, joilla tuettiin sekä toimintayksiköitä että johtoa RAI-tiedon käsittelyssä. Tiedon ymmärrettävyyttä, analysointia ja esittämistä edisti RAI-erityisosaajien työ ja asiantuntemuksen hyödyntäminen.

Tiedon hyödyntämisen edellytyksenä oli määrittelyt tarvittavista tiedoista. Yhteisesti sovituista tavoitteista oli laadittu mm. aputyökaluja/matriiseja, joihin RAI-tietoa kerättiin analysoitavaksi ja esitettäväksi. Näihin RAI-tietoa haettiin eri vertailutietokannoista sekä RAI-järjestelmistä. Tietoa visualisoitiin ja käsiteltiin organisaation johtamisen rakenteissa ja erilaisissa osaajaverkostoissa. Johdolle tuotettiin tietoa erillisselvityksin ja ennalta sovittuina raporteina.

RAI-tietoa hyödynnettiin palveluiden järjestämiseen liittyvässä kanssakäymisessä yksityisen palvelutuotannon kanssa. Nämä keskustelut liittyivät sekä palvelusopimuksiin että valvontaan. Tietoa tarkasteltiin näissäkin säännöllisesti ja ennalta sovitusti. Tiedon avulla seurattiin palvelun laatua, keskusteltiin laadun tuloksista ja ohjattiin palvelun tuottajia.

Johtamisen keinoin tuettiin organisaation RAI-osaamista. Organisaatiot olivat luoneet mallin RAI-arviointiosaamiselle ja tiedon käytölle. RAI:n käytön kuvaus sisältyi myös omavalvontasuunnitelmaan. RAI:n käyttöä ja hyödyntämistä oli auditoitu tai itsearvioitu. Laatuindikaattoreita hyödynnettiin palveluiden lakisääteisessä omavalvonnassa.

RAI-tiedon käsittelyn roolit ja vastuut oli määritelty. Prosesseja ja rooleja arvioitiin ja kehitettiin edelleen. Erityisasiantuntijat analysoivat tietoa laajemmin, havainnoivat poikkeamia, selvittivät erilliskysymyksiä ja tekivät kehittämistoimenpideehdotuksia.

RAI-tiedon avulla voitiin ohjata ja kohdentaa henkilöstöresursseja sekä johtaa henkilöstön osaamista. Asiakkaiden palvelutarveluokittelulla tunnistettiin erilaisia asiakasryhmiä ja erilaisia avun tarpeita, jonka pohjalta voitiin arvioida henkilöstömitoitustarvetta, kohdentaa henkilöstöresurssia ja ohjata osaamisen

kehittämistä. Asiakastarpeisiin pohjautuvaa henkilöstön resurssi- ja osaamisvaatimuksia voitiin määritellä RAI-tiedon avulla.

RAI-tiedon koettiin olevan jatkuvan kehittämisen ja muutosjohtamisen työkalu. Toiminnan ja palvelun laatua kehitettiin moniammatillisesti. RAI-tieto oli pohja muutostarpeiden tunnistamiselle ja siitä johdetulle yhteiselle keskustelulle. Kun kehittämistoimenpiteistä oli sovittu, niiden toteutumista voitiin myös seurata RAI-mittareiden avulla.

Yhteenvetona voi todeta, että organisaatiot käyttivät ja hyödynsivät aktiivisesti RAI-tietoja ikäihmisten palveluiden johtamisessa. Lisäksi organisaatioiden johto oli motivoitunut hyödyntämään RAI-tietoa nykyistä enemmän strategisessa johtamisessa. RAI-vertailutieto ja alan kansalliset verkostot nähtiin myös organisaatioiden johdon oppimisen ja kehittymisen tukimuotoina ja mahdollisuuksina.

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

### 7.1 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Tässä opinnäytetyössä tutkittiin RAI-tiedon hyödyntämistä ikäihmisten palveluiden johtamisessa. Tutkimusaihe oli itselleni merkityksellinen ja läheinen, koska virkatyöni on juuri tutkittavaan ilmiöön liittyvää tehtävää, ikäihmisten palveluiden johtamista ja palveluiden järjestämistä. Lisäksi olen työssäni ollut tekemisissä RAI-tiedon kanssa pitkään, ja minulla on siitä käyttökokemusta johtamisessa ja kehittämisessä. Tutkimuskysymysten ajankohtaisuus nousi esille erityisesti vuonna 1.1.2020 tulleen vanhuspalvelulain muutoksen myötä, jossa RAI-arviointivälineistö kirjattiin toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointivälineeksi. Tällöin myös tiedon hyödyntämisen mahdollisuuksia johtamisessa ja päätöksenteossa oli hyvä tarkastella. Tämän tutkimuksen tiedosta hyötyvät erityisesti ikäihmisten palveluita järjestävät organisaatiot.

Laadullisessa tutkimuksessa tarkastellaan tutkimusta kokonaisuutena ja sen osien johdonmukaisuutta. Luotettavuuden arviointi on uskottavuuden, luotettavuuden sekä eettisyyden arviointia. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 75; Puusa ym. 2020). Uskottavuuden arvioinnissa käsitellään tulosten ja aineistojen keräämistä ja analyysiä sekä kuvausten ja johtopäätösten vakuuttavuutta (Juuti & Puusa 2020, 213–214). Tutkimuksen toteutusta, aineistojen keruuta ja käsittelyä kuvattiin raportin osiossa 5. Tutkimusaineistojen keruu sujui ongelmitta, haastateltavat olivat motivoituneita ja valmistautuneita tutkimukseen. Tutkimuksessa käytetyt aineistot olivat monipuolisia, johdattivat tutkimusaineistojen analyysiprosessia luontevasti ja niiden sisällöt liittyivät tutkittavaan ilmiöön keskeisesti. Raportissa on myös perusteltu aineistojen valintaa ja käsittelytapaa. Tulokset esitettiin tapauksittain ja aineistoittain. Lopuksi eri aineistojen ja tapausten tulokset tiivistettiin raportissa tutkimuskysymyksittäin.

Luotettavuutta arvioitaessa tarkastellaan myös tutkimusmenetelmän asianmukaisuutta ja sopivuutta (Juuti & Puusa 2020, 213–214). Tässä tutkimuksessa tapaututkimuksen menetelmät mahdollistivat monimutkaisen, abstraktin ilmiön liittämissä sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen kontekstiin ja eri tutkimusmenetelmien yhdistelmä antoi monipuolisen vastauksen tiedolla johtamiseen liittyviin tutkimuskysymyksiin. Tutkimusmenetelmä on kuvattu siten, että tarvittaessa sitä voi arvioida tai toistaa muussa vastaavassa tutkimuksessa.

Tutkimusaineiston käsittelyssä ja haastateltavien vuorovaikutuksessa noudatettiin eettisiä periaatteita koko tutkimuksen ajan (vrt. Juuti & Puusa 2020, 213–214).

Kerätyt aineistot olivat laajoja ja vaativat analyysissä runsaasti aikaa oleellisen tiedon löytämiseen, tiedon pelkistämiseen sekä tulkintaan. Aineiston käsittelyssä ja tulkinnassa sain tukea toimeksiantajalta THL:n asiantuntijalta. Aineiston analyysivaiheessa oma vahva työkokemukseni auttoi, mutta toisaalta se myös ohjasi tulosten ja johtopäätösten tekemistä. Tapausorganisaatioiden johtajat saivat ottaa myös kantaa strategisten tavoitteiden ja RAI-tulosten tulkintaani tutkimuksen raportointivaiheessa.

## 7.2 Pohdinta tutkimustuloksista

Tässä tutkimuksessa haluttiin selvittää ikäihmisten palveluita järjestävän organisaation tiedolla johtamista sekä tapaa jalostaa ja hyödyntää RAI-tietoa strategisessa johtamisessa. Palveluiden strateginen suunnittelu ja toteuttamisen vaiheet nivoutuivat tulosten perusteella näissäkin organisaatioissa joustavasti toisiinsa (vrt. Valpola ym. 2010, 27.) Lisäksi tiedon merkittävä rooli nostettiin esille kaikissa strategisen johtamisen suunnittelun ja toteutuksen vaiheissa. RAI-tiedon avulla käytiin runsaasti keskustelua erilaisissa johtamisen ja asiantuntijoiden foorumeissa, mikä edesauttoi sekä yhteisten tavoitteiden kirkastamista että RAI-tiedon muuttumista laajemmin tietämykseksi (vrt. Helander ym. 2020, 26).

Tiedolla johtamisen kypsyyttä pohtiessa voidaan todeta, että organisaatioilla oli systemaattinen tapa käyttää RAI-tietoa johtamisen tukena. Organisaatiot käyttivät tietoa eri tietolähteistä, mutta tehokkain tiedon käyttö vielä puuttui. (vrt. Nylander 2017, 118–119). Strategiset tavoitteet ohjasivat selkeästi palveluiden järjestämistä, mutta kaikilta osin RAI-tietoja ei vielä hyödynnetty näiden tavoitteiden arvioinnissa ja seurannassa.

RAI-tiedon kulku asiakkaasta palvelujärjestelmän kautta päätöksentekijöille strategiaan tavoitteisiin ja linjauksiin ei ollut selkeä. Leskelä ym. (2019, 14) toteaa tiedon kulun olevan oleellista strategisen tietojohdamisen kehittämisessä, kuten on myös strategisten tavoitteiden konkretisointi (Leskelä 2019, 45). Lisäksi Dahl (2020, 49) esitti tiedolla johtamisen kehittämisessä mittareiden vähentämistä, olennaisen tiedon esittämistä sekä järjestelmä- ja tietoarkkitehtuurin yhtenäistämistä. Tietojohdamisen kehittämisessä monialaisuuteen voisikin kuulua

jatkossa myös päättäjien osallistaminen ja siten myös heille tiedolla johtamisen selkiyttäminen ja RAI-tietämyksen kasvattaminen.

Tapausorganisaatioiden strategissa tavoitteissa oli paljon yhdenmukaisuutta. Ne olivat pitkälle kansallisen ohjauksen mukaisia ja huomioivat yleisesti ikäihmisten palveluiden järjestämisen, tuottamisen ja ohjauksen liittyviä ongelmia. Kansallinen ohjaus palveluiden järjestämisessä onkin vahvaa, ja tietojohtamisen tavoitteita ohjaavat tällä hetkellä kansalliset raportointivelvoitteet (Leskelä ym. 2019, 46). Johdon haastatteluissa tuli selkeästi esille tiedolla johtamisen haasteet RAI-tiedon laajuuteen ja moninaisuuteen liittyen. Tästäkin syystä seurantatiedon määrittelyyn kaivattiin yhä kansallista tukea ja ohjausta.

Mittareiden määrittely RAI-tietojen pohjalta vaatii osaamista, jossa Terveiden ja hyvinvoinnin laitos tunnistettiin vahvaksi asiantuntijaksi. Koska kansallinen ohjaus palveluiden järjestämiseen on vahvaa, voitaisiin myös kansallisesti määrittellä näihin tavoitteisiin liittyviä RAI-mittareita sekä tutkia ja validoida niiden soveltuvuutta. Nyt vertailutietokannoissa niitä ei suoraan ollut, vaan organisaatiot käyttivät etupäässä muita kansallisen vertailun mahdollistamia mittaritietoja palveluiden käytöstä ja kattavuudesta.

Kuten kansallisissa selvityksissä ja tavoitteissa, niin myös tämänkin tutkimuksen organisaatioissa tavoiteltiin ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalouden palvelurakenteen kehittämistä. Kehittämisen suunta oli nähtävissä myös organisaatioiden RAI-tuloksissa. Tavoitteellinen palvelurakenteen keventäminen ei kuitenkaan ole ratkaistavissa pelkästään sosiaali- ja terveyssektorin keinoin (Tupala ym. 2020, 82), mikä tuo myös haasteen koko hyvinvointialan strategiselle tiedolla johtamiselle. Tietoa pitää pystyä jatkossa seuraamaan kuntien kanssa monialaisina prosesseina, jotta voidaan oikeasti arvioida palvelurakenteen toimivuutta ja kustannusvaikuttavuutta.

Tämän tutkimuksen organisaatioissa palveluiden järjestämistä ja yhdenvertaisuutta toteutettiin keskitetyn asiakas- ja palveluohjaustoiminnon avulla, yhteisillä palveluiden myöntämisperusteilla ja yksilöllistä RAI-arviointitietoa hyödyntämällä. Tupala ym. (2020, 83) mielestä palvelujen myöntämisperusteiden yhtenäisyys onkin tärkeä osatekijä hyvinvointialueiden palveluiden järjestämisessä yhdenvertaisesti ja taloudellisesti kestävästi. Heidän mukaansa toimintakykyyn perustuvat myöntämisperusteet huomioivat paremmin erot sairastavuudessa ja olisivat siksi

myös parempia palvelurakenteen ohjauksessa kuin palvelurakenteeseen suoraan kantaa ottavat suositukset (Tupala ym. 2020, 87).

RAI-tietoon pohjautuvien myöntämisperusteiden arviointi ja kehittäminen oli näissä tapausorganisaatioissa tuotu jo osaksi strategista ikääntyneiden palveluiden järjestämistä ja suunnittelua. Myöntämisperusteet voivat Tupalan ym. (2020,84, 85) mukaan olla apuna myös kuvaamassa palvelurakennetta ja työkaluna palveluverkon kehittämisessä. Organisaatiot voisivat siis hyödyntää RAI-tietoon pohjautuvaa mallia koko palvelujärjestelmän kuvauksissa ja kehittämisessä.

Tässä tutkimuksessa organisaatiot olivat ottaneet RAI-tiedon mukaan monituottajuuden toimintamalliin ja hyödynsivät tietoa myös valvontavelvoitteissaan. Organisaatiot voisivat kuitenkin hyödyntää vertailutietoa vielä vahvemmin omavalvonnassa ja omien tulosten seurannassa. Joidenkin strategisesti tärkeiden laatuindikaattoreiden osalta yksikkökohtainen laadun vaihtelu oli erittäin suurta. Vertailutieto antaa kuitenkin hyvän mahdollisuuden palvelun laadun yhdenmukaisuuteen ja sen seurantaan. Kansallinen tietojen keruu tulisi Leskelän ym. (2019, 46) mukaan ulottaa lisäksi myös yksityisiin palvelutuottajiin, jotta saadaan kattavampi kuva palveluiden kokonaiskäytöstä. Siihen THL:n RAI-vertailutiedon keruu ja tiedon tarjoamisen malli antavatkin jo hyvät edellytykset.

Vaikuttavuustiedon puute tuotiin esille myös tässä tutkimuksessa ja sen kehittäminen koettiin tärkeäksi. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus ovat aina olleet oleellisia mielenkiinnon kohteita strategisessa johtamisessa. Vaikuttavuuden edistämiseksi on arvioitu olevan terveyden ja hyvinvoinnin paranemisen ohella satojenmiljoonien eurojen tehostuspotentiaali (Torkki & Mäki-Opas 2021, 7). Tulevaisuuden palvelutarpeiden kasvun ennusteessa ei ole varaa jättää tätä tietoa käyttämättä ja hyödyntämättä. Vaikuttavuustiedon lisäksi RAI-tietoja voitaisiin hyödyntää enemmän myös ikääntyneiden palveluiden tuottavuuden ja kustannuskehitysten laskennassa ja ennakoinnissa.

Leskelä ym. (2019, 46) mielestä yksittäisten toimijoiden voi kuitenkin olla haasteellista edistää vaikuttavuuden mittaamista ja käyttöä johtamisessa, ja he toivovat kansallista määrittelyä vaikuttavuuden arvioinnille. Vaikuttavuustiedolle onkin ehdotettu perustettavaksi kansallisesti toimivaa vaikuttavuustietokeskusta tukemaan hyvinvointialueiden työtä ja edistämään tiedon hyödyntämistä laajasti arki-työssä, kehittämisessä, johtamisessa ja päätöksenteossa (Torkki & Mäki-Opas

2021, 9). Samaa mallia ehdottaa myös Metsälä (2020, 56) tutkimuksessaan vaikuttavuustiedon hyödyntämisestä vanhuspalveluiden päätöksenteossa.

Vaikuttavuuden mittauksissa tulisi myös kiinnittyä kansainvälisiin standardeihin ja käyttää kansallisesti yhtenevää mittaustapaa vertailtavuuden mahdollistamiseksi (Leskelä ym. 2019, 51). RAI-järjestelmiä kehitetään interRAI-tutkijaverkoston avulla maailmanlaajuisesti, ja tältä osin se täyttää jo useita vaikuttavuuden mittaamisen liittyviä ehtoja (Foebel ym. 2015; InterRAI 2021).

Tupala (2020, 87) on todennut, että kaikista palvelujen myöntämisperusteista palvelurakenteeseen ja palvelujen kehittämiseen sekä toimintaympäristöön liittyvistä asioista tulisi kertyä johtamisen kannalta olennaista tietoa tietokantoihin. RAI-arviointitiedon etu on tiedon kertymisen näkökulmasta siinä, että se on asiakasvuorovaikutuksessa syntyvää tietoa eikä sitä tarvitse kerätä erikseen. Se on jo olemassa erilaisissa tietokannoissa ja sen hyödyntäminen on mahdollista tänäkin päivänä kaikilla johtamisen tasoilla.

Samalla jos kansallista ohjausta lisätään, olisi hyvä pohtia, miten tieto palvelisi parhaiten organisaatioiden omia tavoitteita ja kehittymistä. Tiedon pitäisi olla joustavasti käytettävissä ja määriteltävissä erilaisiksi mittareiksi. Määrittelyä voidaan tehdä organisaatioissa monialaisesti, ja tietojohtamisella on siinä oma vahva roolinsa. Tähän työkaluja osaltaan tarjosi myös RAIsoftan laatumoduuli, joka tämän tutkimuksen organisaatioissa oli otettu tärkeäksi tiedolla johtamisen ja jatkuvan kehittämisen työkaluksi. Se mahdollisti mm. yksittäisten erilliskysymysten selvittämisen ajantasaisesta arviointidatasta. Tulisiko myös ikääntyneiden palveluiden strategisessa johtamisessa siirtyä vahvemmin reaaliaikaista dataa hyödyntävään ja ennakoivaan tiedolla johtamiseen?

Tuloksissa kävi selkeästi ilmi, että resurssia ja osaamista tiedon käsittelyyn ja analysointiin tarvittiin RAI-tietojen hyödyntämisessä. Vastaavan osaamisen puutetta havaitsi myös Metsälä (2020, 49) tutkimuksessaan. Leskelän ym. (2019, 45) mukaan datan käsittelyyn ja hyödyntämisen osaaminen ja resurssit ovatkin usein rajalliset. Tietomäärän haasteissa tekoäly voi jatkossa tuoda avun myös RAI-tietojen analysointiin ja olennaisen tiedon löytämiseen.

Ikäihmisten palveluiden johtajat tunnistivat RAI-tiedon potentiaalın strategisessa johtamisessa, ja organisaatioiden johtajat halusivat oppia hyödyntämään sitä lisää. RAI-tiedon hyödyntämisen osaamista tuetaan mm. RAI-

erityisosaajakoulutuksilla. Niitä tarvitaan jatkossakin, koska myös pienten toimijoiden sekä uusien RAI-käyttäjäorganisaatioiden osaamiseen tarvitaan resursseja ja tukea. RAI-tiedon käyttö ja hyödyntäminen johtamisessa on tulevien vuosien aikana hyvin eritasoista. Näkisin myös, että tulevien hyvinvointialueiden strategisen johtamisen tasolla yhteinen vertaiskehittäminen RAI-tiedon äärellä kansallisesti ohjattuna olisi tarpeen ja myös hyvä tapa tukea johtamisessa.

## LÄHTEET

- Allen, C. A. & Ward, A. 2020. Strategic Management. From Theory to Practice. 2nd Edition. New York. Routledge. Viitattu 14.9.2021  
<https://doi.org/10.4324/9781003000594>
- Choo, C.W. 2002. Information management for the intelligent organization: the art of scanning the environment. Information Today, Inc.
- Chou K-L., Chi I., Lehng, A. Chi-Tat, W. Ming Wu, Y. & Liu C-P. 2001. Validation of Minimum Data Set for nursing home in Hong Kong Chinese elderly. *Clinical Gerontologist* 23 (1–2), 43–54 Viitattu 10.11.2021  
[https://doi.org/10.1300/J018v23n01\\_05](https://doi.org/10.1300/J018v23n01_05)
- Creswell, J., Plano Clark, V., Gutmann, M. & Hanson, W. 2003. Advanced mixed methods research designs, Teoksessa Tashakkori, A. & Teddlie, C. (toim.) Handbook of mixed methods in social and behavioral research. 209–240. SAGE Publications. Thousands Oaks, CA. Viitattu 24.9.2020. [http://www.corwin.com/sites/default/files/upm-binaries/19291\\_Chapter\\_7.pdf](http://www.corwin.com/sites/default/files/upm-binaries/19291_Chapter_7.pdf)
- Dahl, A. 2020. Kuntien tiedolla johtaminen. Kunnallishallinnon tietojärjestelmä-ratkaisun hankinnan vaatimukset ja esteet Tietojärjestelmätiede, pro gradu -tutkielma Viitattu 15.10.2021 [https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/145420/Anne\\_Dahl\\_progradu.pdf?sequence=1](https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/145420/Anne_Dahl_progradu.pdf?sequence=1)
- Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989
- Eriksson, P. & Koistinen, P. 2014. Monenlainen tapaustutkimus. Kuluttajatutkimuskeskuksen tutkimuksia ja selvityksiä 11. Viitattu 20.1.2021 <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/153032>
- Eskola J. & Vastamäki J. 2010. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola J. ja Raine V. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin: 1, Metodien valinta ja aineiston Keruu: Virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-Kustannus, 26–42.
- Finne-Soveri, H. 2013. Resident Assessment Instrument, RAI - laitoshoidon sisältö, laatu ja kustannukset samassa paketissa - sekä avo- että laitoshoidon vanhuspalveluihin. Viitattu 10.11.2020 <https://www.gernet.fi/artikkelit/1298/resident-assessment-instrument-rai-laitoshoidon-sisalto-laatu-ja-kustannukset-samassa-paketissa-seka-avo-etta-laitoshoidon-vanhuspalveluihin>
- Finne-Soveri, H. 2015. Hyvä vai huono Suomi. Teoksessa Rauha Heikkilä & Matti Mäkelä (toim.) Onnistuminen – RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 9 /2015, 167–177.
- Foebel, A., Hein, P., van Hout, P., van der Roest, H, Topinkova, E., Garms-Hololova, V., Frijets, D., Finne-Soveri, H., Jónsson, P., Hirdes, J., Berabei, R. & Onder, G. 2015. Quality of care in European home care programs using the second generation interRAI Home Care Quality Indicators (HCQIs) *BMC Geriatrics* 15:148. DOI 10.1186/s12877-015-0146-5.

Greene, J. 2007. *Mixed methods in social inquiry*. San Francisco: John Wiley & Sons.

Hawes C., Morris Jo. N., Phillips C. D., Fries B. E., Murphy K. & Mor, V. 1997. Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA. *Age and Ageing*;26-S2: 19–25.

Heikkilä, R. & Mäkelä, M. 2015. (toim.) *Onnistuminen- RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa*. Raportti 9/2015. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 9.12.2020 [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126428/URN\\_ISBN\\_978-952-302-478-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126428/URN_ISBN_978-952-302-478-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Heikkilä, R., Noro, A., Asikainen, J., Björkgren, M., Nieminen, J., Tirronen, A., Suojalehto, E., Ripsaluoma, J., Lumio, J., Pulli, M., Marjanmaa, L. & Finne-Soveri, H. 2013. *Asiakasryhmittelyyn pohjautuva tuotteistus RUG-III LTC/34-luokituksen avulla - Tampereen kaupungin laitoshoidon tuoteistus*. Viitattu 16.11.2020 <https://www.julkari.fi/handle/10024/104407>

Heino, O. & Kalalahti, J. 2020. Miten asiantuntija merkityksellistää poikkeuksellisen? Tiedonkäytöstä kriittisen infrastruktuurin häiriötilanteessa. *Focus Localis* 3/2020. ISSN 2489-6357. Julkaisija Focus Localis ry. Painotalo Plus Digital. Viitattu 15.10.2021 <https://journal.fi/focuslocalis/issue/download/7896/1239>

Helander, N. Ahonen, O., Houhala, K. & Jääskeläinen, A. 2020. Tiedolla johtaminen julkisella sektorilla: käytännön tapauksia eri hallinnon aloilta. *Focus Localis* 3/2020. ISSN 2489-6357. Julkaisija Focus Localis ry. Painotalo Plus Digital. Viitattu 15.10.2021 <https://journal.fi/focuslocalis/issue/download/7896/1239#page=24>

Hirdes J. P., Ljunggren G., Morris J.N., Frijters Dinnus H.M., Finne-Soveri, H., Gray L., Björkgren, M. & Gilgen, R. 2008. Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: a 12-country study of an integrated health information system. *BMC Health Services Research* 8, 277–287.

Hirdes, J.P., Poss, J.W. & Curtin-Telegdi, N. 2008. The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): A new decision-support system for allocating home care resources. *BMC Medicine* 6:9, Viitattu 20.11.2020 <https://doi.org/10.1186/1741-7015-6-9>

Hirdes J. P., Mitchell L, Maxwell C J. & White N. 2011. Beyond the "Iron Lungs of Gerontology": Using Evidence to Shape the Future of Nursing Homes in Canada. *Canadian Journal on Aging*, 30 (3), 371–390.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2015 *Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, E. 2015 *Tutki ja kirjoita*. 20 painos. Bookwell Oy. Porvoo.

Hoogeveen S. E., Chen J & Hirdes J. P. 2017. Evaluation of data quality of interRAI assessments in home and community care. *BMC Medical Informatics*

and Decision Making. Vol. 17 (1), 1–15. Viitattu 20.11.2020 <https://link.springer.com/article/10.1186/s12911-017-0547-9>

Hujala, A. & Taskinen H. 2020. (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere university press, Tampere, Suomi. Viitattu 9.10.2021 <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/43077>

Hujala, A., Mustonen, E., Klinga, C., Lammintakanen, J., Laulainen, S. & Taskinen, H. 2020. Integroiva johtaminen. Teoksessa Uudistuva sosiaali- ja terveysala, toimittaneet Anneli Hujala & Helena Taskinen, Tampere University Press.

Hyvärinen, M., Suoninen, E. & Vuori, J. 2021. Haastattelut. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. Viitattu 1.8.2021. <https://www.fsd.tuni.fi/palvelut/menetelmaopetus/>

interRAI 2021. Organization. The interRAI Organization: Who We Are. Mission and Vision. Viitattu 10.1.2021 <https://www.interrai.org/organization/>

Ikävoimainen Oulu, Oulun kaupungin ikääntymispoliittinen ohjelma 2021–2030.

lääkäiden maakunnallinen palvelukokonaisuus Kainuussa. Kainuun sote 2018. Eija Tolonen. Muutosagentti I&O- kärkihanke, Sote-koordinaatori. D:32

Itkonen, T., Lindman, K., Corin, H. & Noro, A. 2007. Kokemuksia vanhustenhuollon vertailukehittämisestä ja RAI-tietojärjestelmästä. Stakesin työpapereita 8/2007. Viitattu 9.1.2020 <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/74989/T8-2007-VERKKO.pdf?sequence=1>

Jalonen, H. 2015. Tiedolla johtamisen näyttämö ja kulissit. Tutkimus ja tiedolla johtaminen valtiohallinnon kehittämisessä. Artikkelikäsikirjoitus. Researchgate. Viitattu 2.11.2020 [https://www.researchgate.net/publication/275329037\\_Tiedolla\\_johtamisen\\_nayttamo\\_ja\\_kulissit/citation/download](https://www.researchgate.net/publication/275329037_Tiedolla_johtamisen_nayttamo_ja_kulissit/citation/download)

Jalonen, H. 2020. Tietämättömyyden tunnustaminen on viisauden alku. Focus Localis 3/2020. ISSN 2489-6357. Julkaisija Focus Localis ry. Painotalo Plus Digital. Viitattu 15.10.2021 <https://journal.fi/focuslocalis/issue/download/7896/1239>

Jokela, M. 2019. Tuotteistamalla laadukasta palvelua: Tiedolla johtaminen ja tuotteistaminen kotihoidossa. Vaasan yliopisto. Johtamisen yksikkö. Sosiaali- ja terveyshallintotieteen pro gradu- tutkimus.

Juhila, K. 2021. Teemoittelu. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. Viitattu 1.8.2021. <https://www.fsd.tuni.fi/palvelut/menetelmaopetus/>

Järvi, S. 2020. Pirkanmaa yhteiseen pilveen. Alueellinen RAI yhdenmukaistamaan toimintoja. Opinnäytetyö. Tradenomi (ylempi AMK). Sähköinen asiointi ja arkistointi.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän talousarvio 2021 ja taloussuunnitelma 2022–2024 (yhtymävaltuusto 16.12.2020 § 32)

Kansanterveyslaki 66/1972.

Kamensky, M. 2008. Strateginen johtaminen: menestyksen timantti. Helsinki: Talentum.

Kaplan, R.S., Norton, D.P. 2008. Mastering the management system. Harvard Business Review, 86(1), 62–77.

Kivinen, T., Vanjusov, H. & Vornanen, R. 2020. Asiakkaan ääni- osallisuus ja vaikuttamisen mahdollisuudet. Kirjassa Uudistuva sosiaali- ja terveysala, toimitaneet Anneli Hujala & Helena Taskinen, Tampere University Press.

Kosonen, M. 2019. Tiedolla johtamisen käsikirja. Julkaisija: Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu, Mikkeli Julkaisuvuosi: 2019 ISBN: 978–952–344-183-5 (PDF) ISSN: 2489-3102

Kuntalaki (2015/410)

Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveys- tutkimus; mitä, miten ja miksi? LÄÄKETIETEELLINEN AIKAKAUSKIRJA DUODECIM 2003;119(7): 609–615. Viitattu 20.1.2021 <https://www.duodecim-lehti.fi/duo93495>

Laihonen, H. & Ahlgrén-Holappa, J. 2020. Tieto päätöksenteossa – 10 vuotta tietojohdantamista julkisella sektorilla.: Focus Localis 3/2020 ISSN 2489-6357. Julkaisija Focus Localis ry. Painotalo Plus Digital. Viitattu 15.10.2021 <https://journal.fi/focuslocalis/issue/download/7896/1239#>

Laihonen, H., Hannula, M., Helander, N., Ilvonen, I., Jussila, J., Kukko, M., Kärkkäinen, H., Lönnqvist, A., Myllärniemi, J., Pekkola, S., Virtanen, P., Vuori, V. & Yliniemi, T. 2013. Tietojohdantaminen. Viitattu 20.9.2020. [https://tutcris.tut.fi/portal/fi/publications/tietojohdantaminen\(a387c3b9-6858-46db-96e2-cd7f4875796e\).html](https://tutcris.tut.fi/portal/fi/publications/tietojohdantaminen(a387c3b9-6858-46db-96e2-cd7f4875796e).html)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012)

Laki julkisen hallinnon tiedonhallinnasta (2019/906)

Laki sosiaali- ja terveystiedon toissijaisesta käytöstä (552/2019)

Laine, M. & Peltonen, L. 2007. Ikkuna muutokseen. Teoksessa M. Laine, J. Bamberg & P. Jokinen (toim.) Tapaustutkimuksen taito. Helsinki: Gaudeamus, 93–108.

Leskelä, RL., Haavisto, I., Jääskeläinen, A., Helander, N., Sillanpää, V., Laasonen, V., Ranta, T. & Torkki, P. 2019. Tietojohdantaminen ja sen kehittäminen: tietojohdantamisen arviointimalli ja suosituksia maakuntavalmistelun pohjalta. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2019:42.

Mertens, D., Bazeley, P., Bowleg, L., Fielding, N., Maxwell, J., Mason, G. Molina-Azorin, J. & Niglas, K.: The Future of Mixed Methods: A Five Year Projection to 2020, 2016a. Viitattu 24.9.2021 <https://didier-jourdan.com/wp-content/uploads/2017/04/MMIRA-task-force-report-Jan2016-final.pdf>

Miettinen, J., Selander, K. & Linnosmaa, I. 2020. Sosiaali- ja terveystalouden vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden tutkiminen. Kirjassa Uudistuva sosiaali- ja terveysala, toimittaneet Anneli Hujala & Helena Taskinen, Tampere University Press.

Mintzberg, H., Ahlstrand, B. & Lampel, J. 1998. Strategy safari The complete guide through the wilds of strategic management. London: Pearson Education Limited.

Oulun kaupungin talousarvio 2021 ja suunnitelma 2022–2023, Kaupunginjohtajan esitys 29.9.2020. Kaupunginvaltuusto 7.12.2020 (8/2020) § 105

Njie, B. & Asimiran, S. 2014. Case Study as a Choice in Qualitative Methodology. IOSR Journal of Research & Method in Education. e-ISSN: 2320–7388, p-ISSN: 2320–737X. Volume 4, Issue 3 Ver. I (May-Jun. 2014), PP 35-40. Viitattu 24.9.2021 <https://apprendre.auf.org/wp-content/operat/13-BF-References-et-biblio-RPT-2014/Case%20Study%20as%20a%20Choice%20in%20Qualitative%20Methodology.pdf>

Noro, A. 2005. Tunnusluku benchmarking. Teoksessa Vertaismenetelmät kehittävä arvioinnin välineinä. toim. Riitta Seppänen-Järvelä. Viitattu 9.1.2020 <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77163/vertaismenetelmat.pdf?seq#page=65>

Noro, A. 2015. Pilotista kansalliseksi tavaksi toimia. Teoksessa Rauha Heikkilä & Matti Mäkelä (toim.) Onnistuminen – RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 9 /2015. s. 16–19.

Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. 2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus: RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Viitattu 9.1.2020 <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77767/RAIraportti.pdf>

Nylander, O. 2017. Tietojohtaminen ja tapaus SOTE e-Kirja. BoD-Books on Demand.

Mattila, M. 2021. Tilastollinen päättely ja Hajontaluvut. Teoksessa Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. Viitattu 01.08.2021 <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/>

Mäkelä, M. 2021. Yliääkäri. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Toimeksiantajan ohjauskeskustelu 29.1.2020.

Parsons M., Senior H., Chen, X. M-H., Jacobs, S., Parson, J., Sheridan, N. & Kenealy, T. 2013. Assessment without action: a randomised evaluation of the interrail home care compared to a national assessment tool on identification of needs and service provision for older people in New Zealand. Health and Social Care in the Community 21 (5), 536–544

Partanen, E. 2020. Tiedolla johtamisen käsitteen nykytila. Tampereen yliopisto. Tekniikan ja luonnontieteiden tiedekunta. Kandidaatintyö. Viitattu 2.11.2020

<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/122908/PartanenEssi.pdf?sequence=2>

Poss J.W., N Jutan.M., Hirdes J.P., Fries B.E., Morris J.N., Teare G.F. & Reidel K. 2008. A Review of Evidence on the Reliability and Validity of Minimum Data Set data. Healthcare Management Forum. Gestion des soins de santé-Spring/Princetemps, 33–39. Viitattu 20.11.2020 [https://doi.org/10.1016/S0840-4704\(10\)60127-5](https://doi.org/10.1016/S0840-4704(10)60127-5)

Pulli, K-M. 2018. Tiedolla johtamisen kehittäminen, tapaustutkimus Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Tietojärjestelmätiede, pro gradu.

Puusa, A. & Juuti, P. 2011. Tieteenfilosofisista kysymyksistä laadullisen tutkimuksen näkökulmasta. Teoksessa A. Puusa & P. Juuti (toim.) Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Vantaa: Hansaprint, 11–27.

Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 10.12.2019. Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Valtioneuvoston julkaisuja 2019:31.

RAIsoft. 2021. Tiedon käsittely ja jalostus. RAIsoft-internet-sivut. Viitattu 10.1.2021 <https://www.raisoft.com/fi/ohjelmisto/lis%C3%A4moduulit/moduulit/#Johtajamoduuli>

Rautiainen, I. 2020. RAI strategisen johtamisen työvälineenä monituottajamallissa. Videonauhoite. Raisoft 20v. juhlawebinaari 16.9.2020. Viitattu 20.1.2021 <https://www.raisoft.com/fi/videot/>

Rautiainen, P. Taskinen, H. & Rissanen, S. 2020 Sosiaali- ja terveystalouden uudistaminen – virstanpylväitä menneestä ja suuntia tulevast. Teoksessa Uudistuva sosiaali- ja terveysala, Anneli Hujala & Helena Taskinen (toim.), Tampere University Press.

Riekkola M. 2018. RAI työvälineeksi- käyttöönottoprojekti kotihoidossa 2019–2020. Hämeen ammattikorkeakoulu. Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäyte-työ. Visamäki. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutus. Viitattu 16.11.2020 <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/303162/Opinn%C3%A4ytety%C3%B6%20YAMK.pdf?sequence=3>

Rissanen, P. 2019. Tiedosta arviointiin, tavoitteena paremmat palvelut. Sosiaali- ja terveystalouden Suomessa. Asiantuntija-arviointi, syksy 2018. Viitattu 10.12.2020 [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137729/URN\\_ISBN\\_978-952-343-298-7.pdf](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137729/URN_ISBN_978-952-343-298-7.pdf)

Ristolainen, H., Roivas, P., Mustonen, E. & Hujala, A. 2020. Asiakaslähtöinen palveluohjaus. Teoksessa Uudistuva sosiaali- ja terveysala, Anneli Hujala & Helena Taskinen (toim.) Tampere university press.

Ruusuvuori, J. & Nikander, P. & Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa Ruusuvuori, J. & Nikander, P. & Hyvärinen, M. (toim.). Haastattelun analyysi. Osuuskunta Vastapaino, Tampere. s. 9–36

Savolainen, T. 2011. Luottamusjohtajuus inhimillisen pääoman uudistamisessa. Teoksessa Aineeton pääoma organisaation voimavarana. Puusa.A & Reijonen H.(toim.) UNIpress. 2011, s.117–141. Painettu EU:ssa

Sgadari A., Morris J. N., Fries B. E., Ljunggren G., Jonsson P. V., Dupaquier J-N & Schroll M. 1997. Efforts to establish the reliability of the Resident Assessment Instrument. *Age and Ageing*; 26-S2: 27–30 Viitattu 20.11.2020 [https://doi.org/10.1093/ageing/26.suppl\\_2.27](https://doi.org/10.1093/ageing/26.suppl_2.27)

Seppänen-Järvelä, R., Åkerblad, L. & Haapakoski, K.2019 Monimenetelmällisen tutkimuksen integroivat strategiat. *Yhteiskuntapolitiikka*, 84 (2019):3, s. 332–339. Viitattu 14.9.2021 [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138276/YP1903\\_Seppanen-Jarvelaym.pdf?sequence=2](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138276/YP1903_Seppanen-Jarvelaym.pdf?sequence=2)

Sotkanet 2020: Viitattu 2.11.2020 <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/haku?g=358>

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena - Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020. Viitattu 2.1.2020 [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70321/URN\\_ISBN\\_978-952-00-3548-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70321/URN_ISBN_978-952-00-3548-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2020 a. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023: Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Viitattu 10.12.2020 <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162455>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2020 b. Iäkkäiden ihmisten palveluja ja etuuksia koskevaa lainsäädäntöä. Viitattu 10.12.2020 <https://stm.fi/lainsaadanto/iakkaat-ihmiset>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2020 c: Sote tiedolla johtamisen, ohjauksen ja valvonnan toimeenpano-ohjelma: Toivo-ohjelma: STM029:00/2020 Viitattu: 10.11.2020 <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM029:00/2020>

Stake, R. E. 1995. *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage

Terveys- ja sosiaalihuoltolaki 1326/2010.

Torkki, P., Leskelä R-L, Linna M, Torvinen A, Klemola K., Sinivuori K., Larsio A & Hörhammer I. 2017. Ehdotus sosiaali- ja terveystieteiden uudeksi kansalliseksi mittaristoksi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 36. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-383-5>

Torkki, P. & Mäki-Opas, T. 2021. Vaikuttavuuden vuosikymmentä rakentamassa. Kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuuskeskus -selvitys. Helsingin yliopiston ja Itä-Suomen yliopiston selvitys. Viitattu 26.8.2021. [https://www.helsinki.fi/assets/drupal/2021-08/Raportti\\_Kansallinen%20sote-vai-kuttavuuskeskus.pdf](https://www.helsinki.fi/assets/drupal/2021-08/Raportti_Kansallinen%20sote-vai-kuttavuuskeskus.pdf)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi: Uudistettu laitos*. Kustantaja Tammi.

Tupala, T., Halminen, O., Leskelä R-L., Niemelä, P. Peltonen, E., Hiltunen, A-M., Kaarnasaari, A. & Linna, M. 2020. IKÄPIHA-ikäihmisten pitkäaikaispalvelujen harmonisointi maakunnissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2020:2 ISSN 2342-6799. Viitattu 26.8.2021 [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161988/VNTEAS\\_2020\\_02.pdf](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161988/VNTEAS_2020_02.pdf)

Vakkala, H. & Syväjärvi, A. 2020. Tietokulttuurin ulottuvuudet sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuvissa organisaatioissa – vuorovaikutteisen tiedolla johtamisen haaste. 2/2020. Hallinnon Tutkimus 39 (2), 122–139.

Valtava- hanke 2020–2023. Viitattu 10.11.2020 <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM029:00/2020>

STM:n kuntainfo 10/2020. Viitattu 2.11.2020 <https://stm.fi/-/kuntainfo-vanhuspalvelulain-muutokset-1.10.2020>

THL 2020 a. Palvelutarpeen arviointi RAI-järjestelmällä. Viitattu 2.11.2020 <https://THL.fi/fi/web/ikaantymisen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla>

THL 2020 b. RAI-tiedolla johtaminen. Viitattu 2.11. <https://THL.fi/fi/web/ikaantymisen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/rai-tiedolla-johtaminen>

THL 2020 c. RAI-vertailutietokannat. Viitattu 2.11.2020. 2020 <https://THL.fi/fi/web/ikaantymisen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/rai-vertailutietokannat>

THL 2021. RAI-vertailutietokannan kuvaukset ja tietosisällöt 3.5.2021. Viitattu 14.8.2021 <https://THL.fi/fi/web/ikaantymisen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/rai-vertailutietokannat>

Vaarama, M. 2015 Esipuhe. Teoksessa Rauha Heikkilä & Matti Mäkelä (toim.) Onnistuminen – RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. RAPORTTI 9 /2015, 3–4

Valpola, A., Kvist, H., Heimonen, J., Niutanen, K., Lillkåll, L., Masalin, L. & Kalin, R. 2010. Strategia toimeksi – muutosvoimana ihmiset. Espoo: Painotalo Redfina Oy.

Valvira 2019. Valviran ja aluehallintovirastojen tarkastuskäynnit vanhusten hoivakodeissa – samanlaiset ongelmat toistuivat monin paikoin. Viitattu 10.1.2021. <https://www.valvira.fi/-/valviran-ja-aluehallintovirastojen-tarkastuskaynnit-vanhusten-hoivakodeissa-samanlaiset-ongelmat-toistuivat-monin-paikoin>

Vesiluoma, S. 2012. Strategiaskenaarioista tiedolla johtamisen linjauksiin. Finnish Journal of EHealth and EWelfare, 4(2). Viitattu 2.11.2020 <https://journal.fi/finjehew/article/view/6555>

Vuori, J. 2021. Laadullinen sisällön analyysi. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto [ylläpitäjä ja tuottaja]. Viitattu 14.9.2021 <https://www.fsd.tuni.fi/palvelut/menetelmaopetus>

Vuorinen, T. 2013. Strategiakirja 20 työkalua. Helsinki: Talentum

Vähäkangas P., Niemelä, K., Mäkelä, M. & Noro A. 2017 Ikäihmisen palvelutarve ja palveluihin ohjautuminen RAI-tunnuslukuja hyödyntäen. Viitattu 2.11.2020 [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135810/URN\\_ISBN\\_978-952-302-981-1.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135810/URN_ISBN_978-952-302-981-1.pdf?sequence=1)

Wagner A, Schaffert, R., Möckli, N., Zúñiga, F. & Dratva, J. 2020 Home care quality indicators based on the Resident Assessment Instrument-Home Care (RAI-HC): a systematic review. *BMC Health Services Research* 20:366 Viitattu 2.11.2020 <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05238-x>

Yin R.K. 2014. *Case study research: Design and methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

You E., Dunt D. & Doyle C. 2016. How do case managers spend time on their functions and activities? *BMC Health Services*, 16, 112. Viitattu 29.11.2020 <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-016-1333-6>

Yukl, G. 2012. *Leadership: What Is It? Cases in Leadership*, 3rd. ed. pp. 1–42. Viitattu 21.1.2021 <http://admin.umt.edu.pk/Media/Site/STD/FileManager/OsamaArticle/sep7/laedership.pdf>

## LIITTEET

Liite 1: Haastattelukutsu

Liite 2: Haastattelukysymykset

Liite 3: Esimerkki sisällönanalyysistä haastatteluaineistossa

Liite 4: RAI-vertailutiedot tavoitteiden mukaan\_Kainuu

Liite 5: RAI-vertailutiedot tavoitteiden mukaan\_Oulu

Haastattelukutsu

LIITE 1

Tiedote haasteltaville

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

**Hyvä tutkimukseen osallistuja,**

Pyydän sinua osallistumaan ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyöhöni: TIEDOLLA JOHTAMINEN IKÄÄNTYNEIDEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUIDEN JÄRJESTÄMISESSÄ- RAI-tieto ikääntyneiden palveluiden johtamisessa.

Ikääntyneiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisen haasteena on väestörakenteen muutos ja sen myötä kasvava palveluiden tarve sekä kustannusten kasvu. Palveluiden kehittämisen tueksi tarvitaan tietoa sekä monipuolisia ja luotettavia arviointi- ja seurantajärjestelmiä.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista muuttui 1.10.2020. Se määrittelee toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointiin käytettäväksi RAI-arviointivälineistöä. Monet palveluiden järjestäjäorganisaatioista ovat hyödyntäneet RAI-järjestelmiä jo pitkään sekä RAI-vertailutietoa ikääntyneiden palveluiden johtamisessa.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää, mitä RAI-tietoa käytetään ikäihmisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisessä, strategisessa johtamisessa. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää ikääntyneiden palveluiden järjestämisessä, johtamisessa sekä palvelujärjestelmän kehittämisessä.

Tämän tutkimuksen toimeksiantajana toimii Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimus on laadullinen ja se toteutetaan tapaustutkimuksena, jossa aineistoa kerätään strategisen johtamisen dokumentaatiosta, RAI-vertailutiedosta sekä organisaatioiden johdon haastatteluina.

xxxx xxxx on tapaustutkimukseen valittu organisaatio. Haastattelen ikäihmisten palveluiden johtoa. Haastattelu toteutetaan etähaastatteluna, Teams-palvelun välityksellä ja se kestää noin tunnin. Haastattelukysymykset lähetetään haasteltaville etukäteen. Haastateltavien henkilötietoja ei kerätä eivätkä haastateltavat ole tunnistettavissa. Tutkimusaineisto säilytetään niin, että se on vain tutkijan saatavilla.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voit osaltasi keskeyttää tutkimuksen koska tahansa.

Haastattelut pyrin toteuttamaan huhtikuun 2021 aikana ja tutkimuksen arvioitu valmistuminen on syyskuussa 2021. Tutkimusraportti julkaistaan opinnäytetöiden Thesus-tietokannassa. Myös toimeksiantajalla on oikeus julkaisuun.

**Annan mielelläni lisätietoja tutkimuksesta ja otan sinuun yhteyttä puhelimitse haastattelun ajan sopimiseksi. Vaihtoehtoisesti voit ehdottaa vastaamalla tähän viestiin sinulle sopivia aikoja huhtikuulle.**

Ystävällisesti,

Rita Oinas

Lapin ammattikorkeakoulu

Tiedolla johtamisen asiantuntija (YAMK) opiskelija

[rita.oinas@edu.lapinamk.fi](mailto:rita.oinas@edu.lapinamk.fi)

puh. 050-3504503

1. Palveluiden järjestäminen: strategia ja sen tavoitteet

Miten kuvailisit ikääntyneiden palveluiden strategista johtamista organisaatiossasi?

Mitkä teillä ovat keskeisimmät ikääntyneiden palveluiden järjestämisen tavoitteet?

Mitä tavoitteita olette saavuttaneet ikääntyneiden palveluiden johtamisessa?

Minkälaisia johtamisen toimenpiteitä tavoitteisiin pyrkiminen vaatii/edellyttää?

2. Tieto ikääntyneiden palveluiden johtamisessa

Minkälaista tietoa palveluiden johtamisessa mielestäsi tarvitaan?

Millaista tietoa on käytettävissäsi johtamisen tueksi?

Mitä RAI-tietoa voi mielestäsi käyttää johtamisessa ja päätöksenteossa?

Miten arvioisit RAI-tiedon luotettavuutta, saatavuutta?

3. Tiedolla johtamisen menetelmät ja kulttuuri

Minkälaisissa tilanteissa RAI-tietoa käytetään?

Mitä RAI-tietoon liittyviä tietojärjestelmiä on käytössä?

Miten RAI-tietoja analysoidaan, kuvataan ja raportoidaan?

Minkälaisia kokemuksia RAI-tiedon hyödyntämisestä sinulla on?

Minkälaisia muutoksia toiminnassa on RAI-tiedon pohjalta tehty?

2. Tieto ikääntyneiden palveluiden johtamisessa		
haastattelulitteraatiosta teeman mukaiset lausumat	teema: tieto	teema: tiedolla johtamisen mittareita
<p>-- strategisen johtamisen näkökulmasta niin kaikki tämmöset niinku väestötiedot ja eläkkeellejäämisiät ja sairastavuuden ja kuinka paljon täällä maksetaan Kelan erityiskorvattavia lääkkeitä --  ---tarvitaan sitä toiminnan tietoa ja taloustietoa—  --paljon seurantaan niitä toiminnallisia lukuja ja taloudellisia lukuja ja myös sitä tulevaisuuden ennustamista, että sitä ikäihmisten väestötietoa ja mille alueille --  --palveluiden järjestämiseen liittyvää tietoa-- miten jakaantuu suhde yksityisten palvelutuotannon tai hankinnan ja oman tuotannon suhteen--  -- tarvitaan tietoa ikäryhmittäinkin—  -- kaksi ketjua 65-74 ja sitten yli 75-vuotiaat niin -- miten ne meidän ketjut ja prosessit toimii sitten ja mitkä on keskimääräiset jonotusaajat ja missä ajassa päässä palvelujen piiriin --  --siinä on mittareina tuo kotona asuvien määrä—  --että kotona asuvien prosentuaalinen osuus tuosta 75-vuotta täyttäneistä,  -- sitten meillä on säännöllisen kotihoidon peittävyys, omaishoidon peittävyys ja ympärivuorokautisen hoidon peittävyys ja—  -- sitten seurataan hoito- ja palvelutakuuaikoja ja sitten niinkö kustannusten näkökulmasta, että minkälaiset meillä on nämä asukaskohtaiset kustannukset per 75 vuotta täyttänyt—</p>	<p>Väestötieto</p> <p>Sairastavuus</p> <p>Lääkkeiden erityiskorvattavuus</p> <p>Eläköityminen</p> <p>Taloustieto, kustannukset, talouden tunnusluvut</p> <p>Toiminnalliset tunnusluvut</p> <p>Paikkatieto</p> <p>Palveluiden järjestämistavat: jakauma (%)</p> <p>Asiakastieto ikäryhmittäin</p> <p>Palveluprosessin toimivuus</p> <p>Palveluihin pääsy</p> <p>Jonotusaika</p> <p>Kotona asuvien määrä ja osuus</p> <p>Palveluiden käyttö, peittävyys väestöstä</p> <p>Hoito- ja palvelutakuun toteuma</p> <p>Asukaskohtaiset kustannukset</p>	<p>Toimintaympäristö ja seurantamittarit</p>

## RAI-vertailutiedot tavoitteiden mukaan Kainuu

## LIITE 4

Strategisten asiakirjojen ja haastattelun pohjalta.

Tavoite	mittari	vertailutietokanta
Palvelurakenne- muutokset: kotihoitopainotteisuus kotona asuvien osuus kasvaa ympärivuorokautinen kotihoito kaikissa kunnissa	Kotihoitoasiakkuudet ja niiden osuus % yli 75 v. CPS= 3-6 pitkäaikaispalveluiden saajista. Kunnittain kotihoitoa 3,5 h % MAPLe 4-5% RUG KP1 kotihoitoympäristössä MAPLe-15	Järjestäjätietokanta EasyRAlder-HC
Yhtenäiset palveluperiaatteet ja asiakkaiden oikea ohjautuminen asiakas- ja palveluohjauksen yhtenäisyys palveluiden saatavuus kustannustehokkaat palvelut	Arvioidut, joilla heikentynyt arkisuoriutuminen (ADLH=1-6) ja heikentynyt kognitio (CPS= 1-6), läheisapu: kyllä ja alkaneet palvelut ja MAPLe 1-2 ja alkaneet palvelut	Asiakasohjaustietokanta
Palveluiden yhteensovittaminen yhtenäiset palveluketjut	Eri pitkäaikaisen palvelun (kotihoito ja tehostettu palveluasuminen) asiakkaiden terveyden tilan vakaus (CHESS) ja laatuindikaattorit: lääkitys, päivystyskäynnit % sairaalahoito%	RAI-järjestäjätietokanta Asiakasohjaustietokanta Easy RAlder HC ja LTC
Paljon palveluita tarvitsevien hoidon ja hoivan kehittäminen Ympärivuorokautisen hoivan tarpeen väheneminen ja riskiasiakkaiden tunnistaminen	Kotona asuvien yli 75-v. asiakkaiden, joiden CPS =3-6 ja ADLH=3-6 laatuindikaattorit Riskityökalu: riskiluokat (NHG+RAIsoft) MAPLe 15 MAPLe -15 ryhmät: 32, 33, 43, 45 ja 54	Järjestäjätietokanta Asiakasohjaustietokanta RAIsoft Laatumoduuli
Ikääntyneen väestön hyvinvoinnin ja toimintakyvyn vahvistuminen, (ikäohjelma, muistisairaudet, ravitsemuksen laatu, välimuotoiset palvelut) Väestön sairastavuuden lasku	MAPLe15: 0 (Omatoiminen) ja MAPLe 1-2 (Lievä avun tarve) tarkastelua: Hauraus: pitää terveydentilaansa huonona% Mieliala: masennusepäily Läheisavun jatkuvuusriski % Kotiympäristön ongelmat % Osallisuus: ulkoilu, eristäytyneisyys BMI (alle 20 tai 23) % sairaanhoidon tarve (päivystys ja sairaalahoito %)	Asiakasohjaustietokanta Järjestäjätietokanta

Monituottajuus, palveluiden laatu valvonta	julkinen/yksityinen: laatuindikaattorit	Järjestäjätietokanta EasyRAlderHC ja LTC Tilaajatietokanta
Asiakkaiden hoitoisuus, työn vaativuus ja henkilöstömitoitus eri yksiköissä	RUG-pääluokat RUG KP 2 ja Laaja ADL Kuntoutumisen voimavaruusluokitus, Kuntoutumisen erityistyöntekijä %	EasyRAlder LTC
Kuntoutus ja sen edistyminen	<i>ympäri vuorokautinen hoiva:</i> kuntoutumisen voimavaruusluokitus (1-3) Kuntoutumisen erityistyöntekijä % Kaatuminen 30 vrk aikana % ei aktiviteettejä % niukasti kuntoutumista edistävää toimintaa (HaaKu_17) % Vuoteessa elävät % <i>kotihoito:</i> kuntoutumisusko % jokin hoidon tavoite saavutettu % kipu: kova päivittäinen, häiritsevä kipu % riittämätön ravinnon saanti, alipaino % ulkoilu korkeintaan kerran viikossa % arkisuoriutuminen heikentynyt (Laaja ADL 0-28) % ei kuntoutusta, vaikka mahdollisuus kuntoutua % kaatuminen 90 vrk aikana %	EasyRAlder-HC ja LTC Järjestäjätietokanta
Asiakastyytyväisyys asiakkaan osallistuminen hoitoon ja palveluun	Asiakas on määrittänyt hoidolle ainakin yhden tavoitteen % Asiakas ei itse osallistunut arviointiin % Läheinen ei osallistunut arviointiin %	EasyRAlder HC ja LTC Järjestäjätietokanta Asiakasohjaustietokanta

Strategisten asiakirjojen ja haastatteluiden pohjalta

Tavoite	mittari	vertailutietokanta
<p><b>kotona asumisen tukeminen kotona asuvien osuus kasvaa</b> kotiin annettavat palvelut ja välimuotoinen asuminen ensisijaista ympärivuorokautiseen hoivaan nähden <b>palvelujärjestelmän keventäminen</b></p>	<p>Kotihoitoasiakkuudet ja niiden osuus % yli 75 v. CPS= 3-6 pitkäaikaispalveluiden saajista. Hyvinvointialueittain: kotihoitoa 3,5 h % MAPLe 4-5% RUG KP1 kotihoitoympäristössä MAPLe-15</p>	<p>RAI-järjestäjätietokanta ja Asiakasohjaustietokanta Easy RAlder-HC</p>
<p><b>vähäisin sote-palveluin kotona asuvien osuuden kasvu</b> arjen tuki ja palvelut, arjessa pärjääminen digi- ja etäpalvelut kotihoidossa kotona asumista tukeva teknologia asiakasohjauksen tehostaminen sosiaalityön vahvistaminen</p>	<p>MAPLe15- (Omatoiminen=0) ja (Lievä palveluntarve=1-2) asiakkuudet ja alkaneet palvelut pitää terveydentilaansa huonona % käyttöoire% läheisavun jatkuvuusriski % MAPLe -15 ryhmät: 32, 33, 43, 45 ja 54</p>	<p>Asiakasohjaustietokanta</p>
<p>Hyvinvointi ja toimintakyvyn säilyminen (kotona asuvilla)  <b>tehostettu kotikuntoutus tarvittaessa tehostettu hoito ja palvelu</b></p>	<p>Ei kuntoutusta, vaikka kuntoutumisen mahdollisuus % (CPS ja ADLH-luokissa) Arkisuoriutumisen heikentynyt (Laaja ADL 0-28) % liikkuminen kotona ei parantunut % toimintakyky ei parantunut % virtsanpidätyskyky ei parantunut % sairaalahoito tai käynti päivystyksessä % kuntoutususko % palvelut MAPLe-luokittain osallisuus osallisuus: ulkoilu</p>	<p>EasyRAlder-HC Järjestäjätietokanta Asiakasohjaustietokanta</p>
<p><b>Monituottajuus samat laatutavoitteet valvontakäynnit</b></p>	<p>Laatuindikaattorit julkinen/yksityinen asiakasrakennetavilau</p>	<p>Järjestäjätietokanta Tilajätietokanta RAI-HC ja LTC</p>
<p><b>hoito- ja palveluketjujen integraatio</b> (toimintakyky, turvallisuus, itsenäisyys, terveys, hyvinvointi) kotiympäristö ja turvallisuus</p>	<p>Eri pitkäaikaisen palvelun asiakkuuksien terveyden tilan vakaus (CHES), lääkitys, päivystyskäynnit % sairaalahoito% Romahdusvaara</p>	<p>RAI-järjestäjätietokanta Asiakasohjaustietokanta Easy RAlder HC ja LTC</p>

sairaanhoidollinen tutkimus ja hoito oikea-aikaisesti (kotona tai palvelukodissa) <b>päivystyksellisiä tarpeita vähän sairaalahoidon tarve lääketieteellisesti perusteltua</b>	Asiakasohjauksen: Kotiympäristön ongelma pitää terveydentilaansa huonona % käyttösoire % läheisavun jatkuvuusriski % BMI alle 23 % tai alle 20 % toimintakyky huonontunut % Riskityökalu: riskiluokat (NHG+RAIsoft)	
asiakkaan oman vastuun vahvistaminen asiakaskokemus mielekäs arki	läheisapu kyllä % jokin tavoite saavutettu % Jokin tavoite saavutettu % Asiakas ei itse osallistunut arviointiin % Läheinen ei osallistunut arviointiin % kuntoutususko % Eristäytynyt % Tunsi itsensä yksinäiseksi %	EasyRAlder HC ja LTC Järjestäjätietokanta
henkilöstön osaamisen vahvistaminen kotihoidossa	RUG-pääluokat muistisairaat, käyttöoireet Psykiatrinen dg, masennus Terveiden vakaus kuntoutujat lääkitys kivun hoito ravitseminen kaatuminen	EasyRAlder HC