

# **Kotihoidon asiakassegmentointi RAI-tiedolla**

## **Tiedolla johtamisen kehittäminen**

LAB-ammattikorkeakoulu  
Terveystieteiden yksikkö (YAMK), palvelumuotoilu 2024  
Riikka Leppäkorpi

## Tiivistelmä

Tekijä(t) Riikka Leppäkorpi	Julkaisun laji Opinnäytetyö, YAMK Sivumäärä 54	Valmistumisaika 2024
Työn nimi <b>Kotihoidon asiakassegmentointi RAI-tiedolla</b> Tiedolla johtamisen kehittäminen		
Tutkinto ja koulutusala Terveydenhoitaja (YAMK), sosiaali- ja terveysalan palvelumuotoilu		
Toimeksiantajaorganisaatio (jos opinnäytetyöllä on toimeksiantaja) Päijät-Hämeen hyvinvointialue ikääntyneiden asiakasohjaus		
Tiivistelmä <p>Työssä tutkittiin säännöllisen kotihoidon palveluissa olevien asiakkaiden palveluntarvetta RAI-mittariston avulla ja selvitettiin millä palveluilla palveluntarpeeseen on vastattu. Kotiin vietävien palveluiden kehittämistarve tulee tulevaisuudessa lisääntymään ikääntyvän väestön määrän lisääntyessä ja työikäisten vähentyessä. Kohdentuakseen oikein kehittämistyöhön tarvitaan tietoa ja tiedolla johtamista.</p> <p>Tutkimuksellisen kehittämistyön lähestymistapana käytettiin palvelumuotoilua. Tiedonkeruuta tehtiin määrällisten ja laadullisten menetelmien avulla. Tietoa kerättiin valmiiden RAI-tietojen ja asiakastietojärjestelmien kautta, joista tieto koottiin Excel-taulukoon. Henkilöstö osallistui kehittämistyöhön webropol -kyselyn ja kehittämistapaamisten muodossa. Aineiston analysoinnissa käytettiin samankaltaisuuskaaviota ja teemoittelua.</p> <p>Kehittämistyö eteni palvelumuotoilun mukaisesti kahdessa vaiheessa. Ensimmäisen vaiheen aikana muodostettiin RAI:n avulla asiakassegmentit palvelutarveluokittain ja saatujen tietojen pohjalta luotiin palvelutarveluokittaiset asiakasprofiilikortit. Ensimmäisen vaiheen tuloksien pohjalta havaittiin kehittämiskohde, joka kohdentui vähän palvelua tarvitseviin asiakkaisiin. Toisessa vaiheessa henkilöstön edustajien kanssa lähdettiin etsimään keinoja, joilla voitaisiin ennaltaehkäisevästi tukea vähän palvelua tarvitsevia asiakkaita ja näin voitaisiin viivästyä säännöllisten palveluiden alkamista. Saadut tulokset annettiin Päijät-Hämeen hyvinvointialueella jatkokehittämistä varten.</p>		
Asiasanat RAI-tieto, asiakassegmentointi, kotihoito, tiedolla johtaminen		

## Abstract

Author(s) Riikka Leppäkorpi	Type of Publication Thesis, HUAS	Published 2024
	Number of Pages 54	
Title of Publication <b>Home Care Client Segmentation with RAI Data</b> Developing Data-Driven Management		
Degree, Field of Study Public health nurse (HUAS), Social and health care service design		
Organisation of the client (if the thesis work is commissioned by another party) Wellbeing Services Country of Päijät-Häme, Customer Assistance for Older People		
Abstract <p>In this thesis the need of service on people receiving long-term home care was researched by using the Resident Assessment Instrument (RAI) and what services were used to meet the need was examined. In the future the need to develop the home-based services will grow due to increase of number of aging population and decreasing of working- age population. Order for the development to allocate correctly knowledge and knowledge-based management is needed.</p> <p>Service design was used as a research development method. Data collection was conducted by using quantitative and qualitative methods. Research material was collected by using existing Resident Assessment Instrument (RAI) and client data system information. The data was assembled further into Excel table. The employees took part in research development through webropol survey and research development meetings. Similarity chart and analysis of the material in themes were used.</p> <p>The research development work progressed according to service design model in two stages. During first stage client segments according to service categories were formed by using Resident Assessment Instrument. With that information client profile cards were created according to service categories. First stage results indicated a development area which pointed out low use of services- customers. This target group was focused on with the help of employee representatives when sought ways by which this low use of service customer group could be supported preventively and delay the start of long-term service. The results were given to Wellbeing Services County of Päijät-Häme for further development.</p>		
Keywords Resident Assessment Instrument- knowledge, client segmentation, home care, knowledge- based management		

## Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Kehittämistyön lähtökohdat.....	3
2.1	Kotiin vietävien palveluiden kehittämistarve Päijät-Hämeen hyvinvointialueella.	3
2.2	Yhteistyökumppanit .....	4
3	RAI-järjestelmä .....	6
4	Tiedosta RAI-tiedolla johtamiseen .....	9
4.1	Tieto .....	9
4.2	Tietojohtaminen.....	10
4.3	Tiedolla johtaminen .....	11
4.4	RAI-tiedolla johtaminen .....	12
5	Menetelmälliset lähtökohdat.....	15
5.1	Tutkimuksellinen kehittäminen.....	15
5.2	Tutkimukselliset lähtökohdat.....	15
5.3	Palvelumuotoilu ja kehittämistyön menetelmät .....	16
6	Kehittämistyö .....	19
6.1	Kehittämistyön tavoite, tarkoitus ja kehittämiskysymykset .....	19
6.2	Aikataulu ja kulku .....	19
6.3	Kehityskohteen määrittely ja asiakassegmentoinnin kriteeristön muodostaminen 21	
6.4	Tietojen kokoaminen .....	24
6.5	Excel-taulukon luonti .....	24
6.6	Asiakassegmenttien tarkentavien RAI-tietojen kasaaminen Wordille .....	25
6.7	Profiilikortit MALPLLe5- palvelutarveluokille 1–5 .....	25
6.8	Kehittämistyön loppusuuntaan tulee muutos .....	26
6.9	Kotiutusyksikön henkilöstökysely.....	26
6.10	Kehittämiskokoukset henkilöstön edustajien kanssa.....	27
6.11	Aineiston analysointi.....	29
7	Kehittämistyön tulokset.....	32
7.1	Käytössä olevia palveluja ja niiden jakautumista säännöllisen kotihoidon asiakassegmenttien kesken .....	33
7.2	Palveluiden vastaaminen asiakkaan avuntarpeeseen ja asiakasta passivoivien palveluiden tunnistaminen .....	34
7.3	Palveluiden kohdentaminen yksilöllisemmin asiakkaiden tarpeiden mukaisesti	36
7.4	Profiilikortit ja palvelupolut .....	38
8	Pohdinta ja arviointi .....	40

8.1	Tuotoksen arviointi .....	40
8.2	Toteutuksen arviointi .....	41
8.3	Eettisyys ja luotettavuus .....	43
8.4	Tuotosten hyödynnettävyys ja jatkokehittämisideat .....	46
	Lähteet .....	49

Liite 1. Asiakasprofiilikortit

## 1 Johdanto

Sosiaali- ja terveysministeriön (2024, 76) laatusuositus aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen ja kestävien palveluiden turvaamiseksi 2024–2027 nostaa esiin, että kotiin annettavista palveluista yksi on kotihoito, jonka määrän ja monipuolisuuden kehittämällä voidaan saada lisättyä ikääntyneen väestön hyvinvointia sekä saavuttaa kustannuksissa säästöjä. Tässä kehittämistyössä säännöllisen kotihoidon asiakkaiden asiakassegmentoinnin kautta saatiin laajempaa käsitystä asiakkaiden käytössä olevista palveluista ja niiden jakautumisesta palvelutarpeiden mukaan. Tulokset olivat osin odotetun mukaisia, mutta esiin tuli myös yllättäviä havaintoja, jotka johtivat kehittämisehdotuksiin.

Nykypäivän työelämä on jatkuvien muutosten alla, joihin vaikuttaa mm. globaalit ilmiöt, teknologia, väestön ikärakenne ja sosiaali- ja terveyspalveluja vaivaava henkilöstöpula. Palveluiden kehittämisen merkitys nousee sote-alalla erityisen voimakkaasti esiin edellä mainittujen asioiden ja alaa koskevien uusien lakien ja uudistusten myötä. Tarvitaan uusia innovaatioita ja tutkimustietoa uusien toimintatapojen ja palveluiden löytämiseksi. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2023; Sosiaali- ja terveysministeriö 2020.) Kehittämistyötä on tehty Päijät-Hämeessä jo vuosien ajan valmistautuen tuleviin sosiaali- ja terveyspalveluiden muutoksiin. Vuoden 2023–2025 Päijät-Hämeen hyvinvointialueen strategiassa todetaan, että tehty hyvä kehittäminen ei riitä ja tulevaisuudessa tarvitaan edelleen uusia kustannustehokkaita ja asiakaslähtöisiä tapoja tuottaa palvelua. (Päijät-Hämeen hyvinvointialue 2023a.)

Muutokset ja kehittämistyöt tarvitsevat taakseen tietoa ja johtamista, joissa huomioidaan asijahtamisen lisäksi henkilöstöjohtaminen. Hyvä ja avoin sekä matala hierarkkinen vuorovaikutus johdon ja henkilöstön välillä, henkilöstön mukaan ottaminen ja tarpeen mukaan henkilöstön kouluttaminen edesauttaa kehitystyön onnistumista. Tiedolla johtamisen merkitys korostuu tulevaisuudessa ja tiedon saaminen edellyttää hyvät ja toimivat tietojärjestelmät. Resident Assessment Instrument eli RAI-arviointivälineistöstä saadaan laadukasta tietoa tiedolla johtamisen tueksi. 1.4.2023 alkaen vanhuspalvelulaki ja jo aiemmin voimaan tulleet lait ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 15 a § velvoittavat käyttämään RAI-välineistöä iäkkään henkilön toimintakyvyn arvioinnissa, joten tulevaisuudessa RAI:n kautta saatavaa tietoa on enemmän tarjolla. (Toikko & Rantanen 2009, 94; THL 2023; Valtioneuvosto 2023, 20–39.)

Opinnäytetyö toteutetaan tutkimuksellisena kehitystyönä, jonka tavoitteena on asiakassegmentoinnilla selvittää säännöllisen kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden toimintakykyä, heille kotiin myönnettyjä palveluja ja tarkastella vastaavatko palvelun avuntarpeeseen. Asiakassegmentointi tehdään RAI-mittariston avulla. Kehittämistyön tarkoituksena on pyrkiä turvaamaan asiakkaille myös tulevaisuudessa laadukkaita kotiin annettavia palveluja

sekä tarjoamaan palveluja yksilöllisemmin heidän tarpeidensa mukaisesti. Kehittämistyö tehdään yhdessä Päijät-Hämeen hyvinvointialueen ikääntyneiden asiakasohjauksen kanssa. Päijät-Hämeen hyvinvointialueen strategiassa 2023–2025 yhtenä arvona on oikeudenmukaisuus ja toimeenpanon yhtenä tavoitteena *”vaikuttavat, kustannustehokkaat ja saavutettavat palvelut sekä erinomainen asiakaskokemus”*. Näillä halutaan kohdella kaikkia asiakkaita tasapuolisesti ja kohdentaa palvelut asiakkaan tarpeiden mukaisesti. (Päijät-Hämeen hyvinvointialue 2022.)

## 2 Kehittämistyön lähtökohdat

### 2.1 Kotiin vietävien palveluiden kehittämistarve Päijät-Hämeen hyvinvointialueella

Maailma ympärillämme muuttuu vauhdilla ja etenkin muutokset väestön kehityksessä vaativat uusia tapoja tehdä ja tuottaa asioita. Ilmaston muutos ja ikääntyminen tuovat mukanaan erilaisia terveyshaasteita, joita omalta osaltaan pahentavat hellejaksot, joiden esiintyvyys on lisääntynyt ilmaston lämpenemisen myötä ja ne koettelevat etenkin ikäihmisiä. (Dufva 2020, 22.) Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) Sotkanet-palvelun (2023e) enusteen mukaan Päijät-Hämeessä on vuoteen 2030 mennessä yli 75-vuotiaita 17,7 % väestöstä ja kokonaisväkiluku laskenut 2 %, jolloin alle 65-vuotiaiden määrä laskee ja ikääntyneiden määrä kasvaa. Työikäisen väestön määrän jatkaa laskua seuraavat 20 vuotta. (Tilastokeskus 2021.) THL:n alueellisessa asiantuntija-arvioinnissa tuodaan esiin, että Päijät-Hämeen hyvinvointialueella on hoivapalveluissa henkilöstövajetta ja suurta vaihtuvuutta, vaikka henkilöstömäärää on pystytty lisäämään reilulla 200 työntekijällä vuoteen 2022 verrattuna. Henkilöstön vaihtuvuudessa on ollut kasvua vanhuuseläkkeelle siirtymisistä ja irtisanoutumisista johtuen. Ikääntyneiden määrän kasvu lisää alueen sosiaali- ja terveystalouden kysyntää ja luo siten hyvinvointialueelle tarpeen kyetä tuottamaan palvelua asukkaiden tarpeiden mukaisesti. (THL 2023g, 5–6, 10.)

20.6.2023 julkaistussa Orpon hallitusohjelmassa todetaan edellä mainittujen asioiden kuormittavan sosiaali- terveydenhuollon palveluiden kantokykyä, mutta samalla tuodaan esiin tarve turvata ikäihmisten palvelut mm. yksilöllisillä tarpeiden mukaisilla kotihoidon palveluilla. Tulevaisuudessa palveluiden painopistettä pyritään muuttamaan raskaammista kevyeen ja ennaltaehkäisevään hoitoon ja ohjaukseen sekä kohdentamaan ne oikein ja oikea-aikaisesti, jotta voidaan saavuttaa tehokkaita ja vaikuttavia palveluja. Tavoitteet ikäihmisten palveluille on kovat ja palveluiden kehitystyötä tehdään aktiivisesti koko valtakunnassa ja siinä tarvitaan uutta innovatiivista asennetta (THL 2023b). Päijät-Hämeen hyvinvointialueen ikääntyneiden palveluiden järjestämissuunnitelmassa (2023b) todetaan myös, että alueella tarvitaan muutoksia, jotta tulevaisuudessa pystytään tarjoamaan toimintaympäristön muutoksista ja kustannusten noususta huolimatta alueen ikääntyvälle väestölle laadukkaita palveluja ja arvokas ikääntyminen. Suunnitelman ydintavoitteena on taata *”arvokas ikääntyminen omaehtoisesti, kestävästi ja laadukkaasti”*. Suunnitelmassa on nostettu yhtenä kehityskärkenä *”Laaja-alainen asiakasohjaus ja kotona-asumisen tuen vahvistaminen”*, jonka yksinä alatavoitteina on kehittää arviointimenetelmiä ja segmentointia sekä vaikuttavuusperustaisesti kohdentaa palvelut segmenttien mukaisesti, tavoitellen tuen tarpeen kasvun ehkäisyä ja painottaa kevyempiä palveluja.

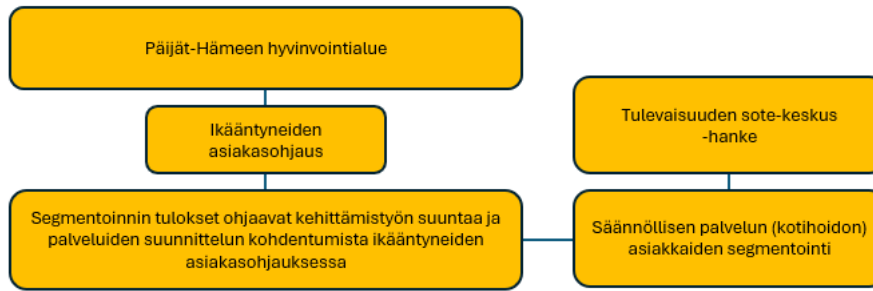
Päijät-Hämeessä 75- vuotta täyttäneistä 93,7 % asuu kotona ja heistä säännöllisen kotihoidon piirissä on 10,6 %. Orpon hallitusohjelman ohjaamana (valtioneuvosto. 2023) ja Päijät-Hämeen hyvinvointialueen strategian (2023a) mukaisesti alueen ikääntyvälle väestölle tarjotaan mahdollisuus asua kotona mahdollisimman pitkään ja elämään omannäköistä elämää. Näiden tavoitteiden saavuttamiseksi on tarkasteltava nykyistä kotihoidon asiakasrakennetta ja palveluja sekä pyrittävä saamaan riittävästi ammattitaitoista henkilöstöä. Alueen ikäihmisten palveluiden henkilöstöstä 45,8 % työskentelee kotihoidossa. (THL. 2024.) 1.1.2023 tapahtuneessa sosiaalihuoltolain uudistuksessa (1301/2014) kotihoidon osalta painotetaan resurssien riittävyyttä, laadun varmistamista ja seuranta. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista (980/2012) 20§ määrittää, että vanhustalvueluiden toimintayksikön henkilöstörakenteen on vastattava yksikössä asiakkaina olevien asiakkaiden määrää ja toimintakyvyn mukaista talvuelun tarvetta, jolla pystytään turvaamaan laadukkaat talvuelut.

## 2.2 Yhteistyökumppanit

Tämä kehittämistyö tehtiin yhdessä Päijät-Hämeen hyvinvointialueen ikääntyneiden asiakasohjauksen kanssa. Päijät-Hämeen hyvinvointialue järjestää sosiaali- ja terveyden huollon sekä pelastustoimen talvuelut alueeseen kuuluvan kymmenen kunnan asukkaille. (Päijät-Hämeen hyvinvointialue 2023.) Ikääntyneiden asiakasohjauksen tavoitteena on antaa laaja-alaista ohjausta, tukea ja neuvoja alueen ikääntyneille ja heidän läheisilleen. Tavoitteena on tukea turvallista kotona selviytymistä ja pyrkiä takaamaan oikeat talvuelut oikeaan aikaan. Ikääntyneiden asiakasohjauksen kautta ohjaututaan alueen ikääntyneiden talvueluihin. (Päijät-Sote 2023.)

Kehittämistyö linkittyi myös Tulevaisuuden Sote-keskus -hankkeeseen ja siinä tarkemmin asiakassegmentointiin. Yhteistyötä tehtiin ikääntyneiden talvueluiden asiantuntijan kanssa ja säännöllisen kotihoidon asiakkaiden asiakassegmentointi linkittyi vahvasti Päijät-Hämeen asiakkuuksien segmentoinnin mallissa suunnitelmallisen tuen tarpeeseen. Kehittämistyössä hyödynnettiin ja paneuduttiin säännöllisen kotihoidon asiakkaiden toimintakyvyn interRAI HC laatumoduulin kautta MAPLe5 -talvuelutarveluokkiin, joiden mukaisesti asiakkaat segmentoitiin. Saatuaan tietoon liitettiin asiakkaan käytössä olevat talvuelut ja tarkasteltiin, vastasivatko myönnetyt talvuelut asiakkaan toimintakyvyn mukaista avuntarvetta. (Innokylä.fi C 2024, 10.)

Alla olevassa kuvassa 1. havainnollistetaan yhteistyön muodostuminen Päijät-Hämeen hyvinvointialueen ja Tulevaisuuden Sote-keskus -hankkeen välillä.



Kuva 1. Kaavio kehittämistyön muodostumisesta.

### 3 RAI-järjestelmä

Resident Assessment Instrument (RAI) kehittäminen sai alkunsa Yhdysvalloissa, kun haluttiin parantaa pitkäaikaishoidon laatua. Vuonna 1983 National Academy of Sciences ja sen Institute of Medicine alkoivat kongressin pyynnöstä tutkia hoivakotien laatua ja laativat raporttia siitä, miten niiden laatua voitaisiin parantaa. Raportissa suositeltiin kehittämään asukaskohtainen kattava ja yhtenäinen asukasarviointijärjestelmä. Esiin nostettiin arvioinnista saatavan tiedon merkitys asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämisessä, hoitosuunnitelmassa ja asukaskohtaisen laadunvarmistamisjärjestelmän toteuttamisessa. RAI kehitettiin usean tutkimusorganisaation yhteistyönä, moniammatillisesti ja sitä testattiin ja muokattiin laajasti. Arviointimääräykset otettiin täysimääräisesti käyttöön vuonna 1991, jolloin ne koskivat Yhdysvaltain hoivakodeista yli 90 %: a. Yhdysvalloissa RAI-mittaristoa käytetään myös hoivakodin maksun määrittelyyn, henkilöstö resurssointiin, päätöksen teon tukena ja valvontaviranomaisten työkaluna sekä kansainvälisessä tutkimustyössä. RAI- välineistö herätti maailmanlaajuisesti suurta mielenkiintoa. (Hawes ym. 1997.) RAI-välineistö on käytössä jo yli 35 maassa ja sitä on käännetty usealle kielelle (interRAI 2024).

Vuonna 2000 RAI-välineistö otettiin käyttöön Suomessa. RAI-välineistö on standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin välineistö, joka muodostuu RAI-mittareiden, arviointilomakkeen, arviointi käsikirjan, herätteiden ja herätekäsikirjan kokonaisuudesta. Suomessa RAI-välineistöä käytetään iäkkäillä, mielenterveys- ja kehitysvammapalveluiden asiakkailta, niin julkisella, yksityisellä kuin kolmannellakin sektorilla. Kansainvälinen tutkijaverkosto interRAI omistaa sen oikeudet ja ylläpitää sekä kehittää sisältöä. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos (THL) ylläpitää suomalaisia versioita sekä seuraa, että niiden käytössä noudatetaan interRAI lisenssisopimusehtoja. Sote organisaatiot saavat RAI-välineistön käyttöönsä tekemällä THL:n kanssa maksuttoman alilisenssisopimuksen, joka antaa käyttöoikeuden RAI-välineisiin. Sopimus velvoittaa organisaatiota toimittamaan toimintayksikön tunnisteita ja organisaatorakennetta koskevat tiedot sekä arviointien tiedot säännöllisesti THL:ään, joka koostaa tiedoista vertailutietoja. Organisaation on myös nimettävä RAI-yhdyshenkilöt. Liittymällä yhteisrahoitteiseen RAI-toimintaan yritys saa laajat vertailutiedot tiedolla johtamisen ja kehittämisen tueksi sekä asiantuntija ryhmät ja verkostot sekä hankkeet toiminnan tueksi ja kehittämiseksi. RAI-arviointitiedoista THL tuottaa tutkimusta ja vertailutietoa, joiden avulla palveluja voi kehittää asiakaslähtöisemmiksi ja tuloksellisemmiksi. RAI-järjestelmä on tarkoitettu asiakkaiden palvelutarpeiden arviointiin, hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelmien laadintaan. RAI-järjestelmän eri maihin ja eri kohderyhmille sekä käyttötarkoituksiin suunnitellut arviointivälineet ovat keskeisiltä osilta samansisältöisiä, joten vertailutietoa on saatavilla myös ulkomailta. Käyttämällä RAI-järjestelmää pystytään arvioimaan monipuolisesti

ja yhdenmukaisesti toimintakykyä ja palveluntarvetta sekä kohdentamaan palvelut oikein niitä tarvitseville. (THL 2023; THL 2024a; Metsälä 2020, 7–8.)

Päijät-Hämeessä Lahti oli ensimmäinen, jossa RAI-järjestelmä otettiin käyttöön kaupungin vanhuspalveluissa vuonna 2011. Seuraavaksi RAI:n ottivat käyttöön entiset Oiva-kunnat vuonna 2014 ja Aava-kunnat vuoden 2017–2018. (Lehtinen 2018.) Heinolan kaupungissa RAI-järjestelmä on otettu käyttöön ikäihmisten palveluissa vuosien 2015–2016 aikana (Heinolan kaupunki, 2017, 32).

RAI-järjestelmän käyttö palvelutarpeiden arvioinnissa antaa laaja-alaisesta tietoa asiakkaan voimavaroista sekä avuntarpeista ja siten auttaa ammattilaista arvioimaan yhdessä asiakkaan ja läheisen kanssa asiakkaan tarvitsemat tuet tai palvelut. Suomessa ikääntyneiden palveluissa käytetään RAI-välineistä palvelutarpeen arvioinnissa ja asiakasohjauksessa interRAI-CHA tai interRAI-CA + Helsa, kotihoidossa interRAI-HC ja ympärivuorokautisessa hoidossa interRAI-LTCF (THL 2023). RAI-järjestelmä tuottaa paljon mittaritietoa ja yksittäinen mittaritulos muodostuu useista eri kysymyksistä, jota ammattilainen tarkastelee laajasti. Yhdellä tapaamisella voidaan käydä läpi useita satoja kysymyksiä, joiden avulla käydään kattavasti läpi asiakkaan fyysinen, psyykinen ja kognitiivinen tilanne sekä toimiminen arjen askareissa ja näiden kysymysten vastausten pohjalta muodostuu saatava mittaritieto. Huomionarvoista on, että vaikka asiakkailla olisi täysin samat RAI-pisteet, eivät heidän avuntarpeensa ole samanlaisia vaan kokonaisuuteen vaikuttaa myös mm. asiakkaan voimavarat, odotukset, sairaudet, elämäntilanne, yksinäisyys, taloudellinen tilanne, päihteet ja elämän kriisit. Arviointi työn helpottamiseksi RAI-välineistöissä on mittareita, herätteitä (CAP tai RAP), päättelysääntöjä ja mittarikäsikirja, jotka auttavat päätöksenteossa, mutta ne eivät korvaa ammattilaisen tekemää arviota kokonaisuudesta, vaan tukevat ja ohjaavat sitä. RAI-koulutukset ovat ammattilaisille tärkeitä välineistön hyödyntämistä ja tulkin-taa varten sekä, luotettavan tuloksen ja mittaritulosten vertailukelpoisuuden näkökulmasta. Yksittäisen asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia voidaan seurata RAI-mittaritulosten perusteella ja siten muuttaa palveluja asiakkaan avuntarvetta vastaaviksi. (Mäkelä 2021, 12–16; Heikkilä & Kakko 2021, 91.) *Alla olevassa taulukossa 1. on Mäkelän (2021, 14) nostamat keskeiset mittari ja niiden aihealueet.*

<b>Aihealue</b>	<b>Ensisijaiset mittarit</b>	<b>Muita mittareita</b>
<b>Arkisuoriutuminen</b>	ADL-H, IHIER-C	ADL-L, ADL-S, FUNH, ADL0, SCI, SRA
<b>Kognitio</b>	CPS, CPS2	CPS0
<b>Psyykkiset haasteet</b>	DRS, ABS, AUDIT	DRSSR
<b>Sosiaalinen osallistuminen</b>	RISE (SES), SOCWD	
<b>Terveysten epävakaus</b>	CHESS, PAIN	PURS, FALLS
<b>Palvelutarveluokka</b>	MAPLE15	MAPLE5

Taulukko 1. ”Keskeisiä RAI-mittareita (Mäkelä 2021, 14)”.

RAI-mittaristossa oleva palvelutarveluokitus MAPLe5 on hyvin toimiva mittari asiakkaiden segmentoinnissa palvelutarpeiden mukaisesti. Palvelutarveluokituksen tulos ilmoitetaan asteikolla 1–5, mitä alhaisempi luku sitä, vähemmän palveluntarvetta. Yleisesti keskusteluissa ja teksteissä mittarista käytetään nimitystä MAPLe5-palvelutarveluokka. MAPLe5-palvelutarveluokitus muodostuu kahdesta mittarista (ADLH ja CPS) ja 17 yksittäisistä kysymyksestä, joissa käydään läpi mm. päätöksentekokykyä, käyttäytymistä, ravitsemukseen ja lääkitykseen liittyviä asioita sekä ihon kuntoa, liikkumista, asuinoloja ja turvallisuuteen liittyviä asioita sekä geriatrisesta seulasta. Pohdittaessa asiakkaan tarpeiden mukaisia palveluja antaa MAPLe5-palvelutarveluokka ja siihen yhdistetty sosiaalisten voimavarojen tieto, etenkin läheisauttajista hyvää lisätietoa ammattilaiselle palvelupäätösten tueksi. (Pesonen ym. 2022, 3; Mäkelä 2021, 16.)

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän ikääntyneiden palveluissa on käytössä Vitec Raisoftin toimittamana laaja sote-paketti, joka pitää sisällään useita RAI-instrumentteja sekä lisämoduuleita. RAI-osaaminen on monikerroksista ja RAI osaaminen sekä RAI-tiedon hyödyntäminen vaihtelee yksiköiden välillä. (Lehtinen 2018.) Hawes ym. (1997, 25) tuovat esiin, että osa hoitajista koki RAI:n tekemisen lisäävän paperityötä, mutta koulutuksen avulla ammatitaitoa ja myös tulosten laatuun voitaisiin vaikuttaa. THL:n tavoite saada on RAI-kouluttajia kaikkiin ikäihmisten palveluja tuottaviin organisaatioihin ja siten taata laadukkaiden ja vertailukelpoisten RAI-tietojen saatavuus tulevaisuudessa (THL 2023f).

## 4 Tiedosta RAI-tiedolla johtamiseen

### 4.1 Tieto

Tieto on kokonaisuutena moniulotteinen ja laaja. Tiedon jäsentelyyn on monia erilaisia tapoja ja yksi yleinen tapa on jaotella tieto hiljaiseen tietoon ja eksplisiittiseen tietoon (Laihonen ym. 2013. 17–18). Haack tuo artikkelissaan esiin, että Nonaka ja Takeuchi (1995) määrittelevät hiljaisen tiedon olevan henkilökohtaista, kokemukseen perustuvaa, epävirallista ja asiayhteyteen perustuvaa. Laihonen ym. kuvaavat hiljaista tietoa osaamisena, jota on hankala sanoittaa ja siirtää toiselle. Eksplisiittinen tieto on kirjallista, muodollista, teknistä ja kodifioitua ja sitä voi helposti siirtää sekä tallentaa. Eksplisiittistä tietoa muodostuu sosi-aali- ja terveystietopalveluissa, kun ammattilainen tekee kirjauksia asiakas- ja potilastietojärjestelmiin sekä erilaisten tutkimuksien ja selvitysten, kyselyiden ja viranomaisten järjestelmien kautta. (Haack 2005; Laihonen ym. 2013; THL 2024b.)

Tiedon saatavuudessa ei nykyään ole ongelmaa, kun internetin kehitys eteni vauhdilla etenkin 1990-luvusta lähtien, jonka jälkeen tietoa on saatavilla tietotekniikan avulla suuria määriä eri tietolähteistä. Myös yritysten omat järjestelmät ovat kehittyneet ja tarjoavat tietoa organisaatioiden käyttöön. Tiedon määrä, laatu ja sen käyttö terveydenhuollon organisaatioissa on kehittynyt ja lisääntynyt. (Chen, Chiang & Storey 2012.) Sote-tiedon laadulla on merkittävää vaikutusta sen jatkokäyttöä ajatellen ja siten käytössä olevissa asiakas- ja potilasjärjestelmissä on käytettävä tietorakenteita, jotka THL on määritellyt. Sote-tiedon laadun varmistamiseksi THL ohjeistaa myös kansallisissa kirjaamiskäytännöissä. (THL 2023h.) Hyvinvointialueilla on tällä hetkellä menossa uusien yhdyspintojen luominen tietoliikennettä varten. Hyvinvointialueille on tullut uusien määräyksien ja lainsäädännön myötä tiedontuotantovelvoitteita koskien koko hyvinvointialuetta. Tässä kohdassa merkittävään rooliin nousee oikeat valinnat indikaattoreista, jotta esiin saadaan nousemaan tiedontarpeisiin vastaavat tiedot. (Hyvil 2023, 8–9.)

Kotiin vietävissä palveluissa olevasta asiakkaasta muodostuu paljon erilaista tietoa sote-alan ammattilaisten kirjatessa potilas- ja asiakastietoja. Asiakkaan perustiedoista tulee henkilön tunnistetiedot, yhteystiedot, mahdolliset lähiomaiset ja sosiaalihuoltolainmukainen omatyöntekijä. Tahdonilmaisut kuten hoitotahto, tietojen käsittelyyn liittyvät suostumukset tai kiellot. Asiakkuustiedoista löytyy mm. palvelu- ja maksupäätökset. Erilaisia testi-, mitaus- ja seurantatietoja mm. verenpaine, paino, verensokeri ja FROP (lyhyt kaatumisvaaran arviointitesti) sekä EKG. Asiakkaiden käyntitekstistä muodostuu myös tietoa asiakkaan arjessa selviytymisestä ja toimintakyvystä. (Niemelä ym. 2023, 68–73.) InterRAI HC arviointivälineistö ja sen laatumoduuli antavat laadukasta tietoa hoidon suunnittelun ja laadun

seurannan avuksi. Vertailutietoa on saatavilla laajasti ympäri maailmaa. Hyvinvointialueilla on velvollisuus toimittaa RAI tiedot 2 kertaa vuodessa THL:lle, joka kokoaa niistä tietoja seurantaan, vertailua ja kehittämistä varten. (De Almeida Mello ym. 2023; THL 2024b.)

## 4.2 Tietojohtaminen

Suomalainen asiasanasto- ja ontologiapalvelu Finto (2020) määrittelee tietojohtamisen omana tutkimusalana sekä pääkäsitteenä, jonka tavoitteena on edistää organisaatioiden kykyä luoda arvoa osaamisella ja tiedolla. Tällä hetkellä tietojohtaminen on ilmiönä ajankohtainen, niin yksityisellä kuin julkisellakin sektorilla. Julkisissa keskusteluissa tietojohtamiseen liitetään seuraavia termejä tiedonhallinta, tietämyksenhallinta, tiedolla johtaminen, tietoperustainen päätöksenteko sekä tietopohjainen johtaminen. (Helander ym. 2020, 22.)

Tietojohtamista voidaan tarkastella tiedon johtamisen ja tiedolla johtamisen näkökulmasta. Tiedon johtaminen pitää sisällään tiedon hankintaan, varastointiin, suojaukseen ja siirtämiseen liittyvää datan hallintaa. Englanninkielinen käsite ”information management” on lähellä tiedon johtamista. (Hyvil 2023, 6; Leskelä ym. 2019, 15.) Tietojohtamisen alalla yksi yleinen tapa on jaotella tieto kolmeen eri käsitteeseen, jotka kuvaavat tiedon eri tasoja. Tässä tiedon tasoja kuvaavia käsitteitä ovat data, informaatio ja tietämys. Taulukossa 2. kuvataan miten eri tiedon tasot vaikuttavat toisiinsa. Lopullisen tiedon laatu riippuu käytettävissä olevan datan laadusta ja oikeellisuudesta. Tiedosta syntyy laatua, kun sitä hyödynnetään tarkoituksen mukaisesti varsinaisessa työssä sekä toiminnan kehittämisessä. Asioiden ymmärtäminen, uuden tiedon luominen ja päätöksen teko tarvitsevat pohjakseen tietoa. (Laihonen ym. 2013. 11–12, 17–19.)



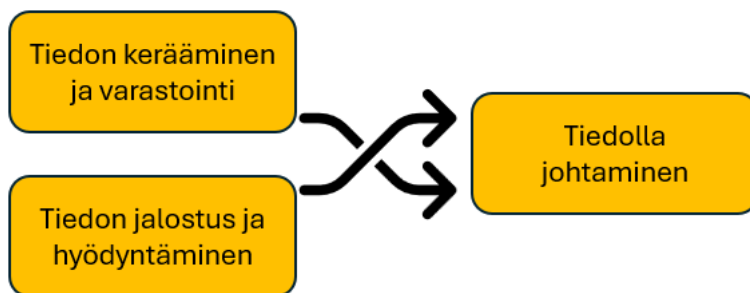
Taulukko 2. Tiedon tasot ja niiden määritelmät sekä muovautuminen tiedolla johtamisen vaiheisiin (mukaillen Laihonen ym. 2013, 18–19; Helander ym. 2020, 24).

Kotiin vietävissä palveluissa aiemmin mainittujen muodostuvien tietojen lisäksi muodostuu asiakastietojärjestelmien kautta erilaisia tilastoja, toteuma- ja seurantatietoja, joista kuvastuu mm. käyntimäärät ja toiminnan toteutumista kuvaavia tietoja (Niemelä ym. 2023, 69). Sosiaali- ja terveystieteissä erilaisten asiakastietojärjestelmien raporttityökalut ovat tärkeässä roolissa tiedon analysoinnissa ja hyödyntämisessä. Näiden vuoksi tiedonhankinnassa korostuu tiedon kertyminen osana arjen toimintoja ja että, tieto on helposti saatavilla sekä tulkittavissa. (Siitonen 2020, 22.) Sote- tiedon hallinnassa on juuri nyt meneillään valtakunnallista kehittämistä THL:n johdolla ja siinä tavoitteena on saada tietoa helpommin kanta-arkiston kautta, jonne tietoa siirtyy yhdenmukaisella sisällöllä ja kirjaamisella asiakas- ja potilasjärjestelmistä (THL 2024c).

### 4.3 Tiedolla johtaminen

Tiedolla johtaminen on tietojohdamisen osa-alue, jonka tavoite on tietopohjainen päätöksenteko (Finto 2020). Käsitteenä tiedolla johtaminen on toimintatapa, jolla saatua tietoa hyödynnetään ja jalostetaan johtamisessa. Tavoitteena on tietämyksen lisääntyminen ja sen hyödyntäminen strategisessa suunnittelussa, päätöksenteossa ja toiminnan kehittämisessä. (Hyvil 2023, 6.) Tiedolla johtaminen on systemaattinen ja kokonaisvaltainen prosessi, jonka tarkoituksena on saada kerättyä, varastoitua ja jalostettua laadukasta ja ajantasaista tietoa niin, että sitä voidaan käyttää organisaation toiminnan ja päätöksenteon kehittämisessä. Organisaation hiljaista tietoa voidaan tunnistaa ja yhdistää eksplisiittiseen tietoon tiedolla johtamisen avulla. Organisaatio saa tietoa sisäisistä ja ulkoisista tietolähteistä ja onkin tärkeää ymmärtää niiden merkitys organisaation kilpailuetua pohdittaessa. Tietotekniikan kehityksen myötä tietojen yhdistäminen useista paikoista ja niiden varastoiminen, auttaa kokoamaan spesifiä tietoa, jolla saadaan hyötyä organisaation kilpailukykyyn. Tiedolla johtamisen avulla julkinen sektori voi parantaa toimintaa ja saada tietoa, joka auttaa ymmärtämään asiakkaiden tarpeita ja ohjaa tarjoamaan heille palveluja heidän tarpeiden pohjalta. Tietoon perustuvalla johtamisella organisaatiolla on mahdollisuuden huomioida kestävä kehitys, resurssien riittävyys ja kohdentaa henkilöstön osaamista asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. (Helander ym. 2020, 25; Grant 1996, 110–112; Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2024, 82.)

Englanninkielinen käsite ”knowledge-based management” voisi olla lähellä tiedolla johtamista. Kuvassa 2. on kuvattu yksinkertaistettuna tiedolla johtamisen muodostuminen. (Leskelä ym. 2019, 15.)



Kuva 2. Tiedolla johtaminen (mukaillen Hyvil 2023, 6; Leskelä ym. 2019, 15).

Kotiin vietävistä palveluista on myös saatavilla erilaista tietoa, joka on hyödynnettävissä tiedolla johtamisen välineenä yksikön omia palveluja tarkasteltaessa. Samasta tiedosta tuotetaan myös mm. indikaattoritietoa, jota viranomaiset käyttävät ohjaus-, seuranta- ja valvontakäyttöön. Tästä esimerkkinä THL:n keräämä tieto kotiin vietävistä palveluista osana Hilmo-tiedonkeruuta, jossa palveluntuottajat ovat velvollisia toimittamaan tiedot avohilmo tiedostomuotoa tai sähköistä tiedonsiirtoa käyttäen. THL kokoaa saamastaan datasta seurantatietoa, josta voi alueittain tarkastella mm. kotihoidon asiakkuuksien määrää, ikäryhmiä, kotihoidon intensiivisyyttä ja käyntimääriä. Alueet voivat käyttää saatavaa tietoa mm. vertailutietona tiedolla johtamisen apuna. (THL 2023a.) Kotiin vietävien palveluiden asiakastietojärjestelmistä ja InterRAI HC -arviointivälineestä on myös saatavilla paljon tietoa asiakkaiden terveydestä, hyvinvoinnista, toimintakyvystä, voimavaroista ja niiden tukemisesta sekä heille suunnitelluista palveluista. Näitä tietoja voidaan käyttää mm. palveluiden ja hoidon laadun, kustannustehokkuuden ja vaikuttavuuden seurantaan ja parantamiseen, resurssien kohdentamisessa tarkastelemalla esimerkiksi käyntien toteutumista ja välittömän asiakastyön aikaa sekä RAI-tietojen vertailuanalyseissä. (Siitonen 2020, 22; De Almeida Mello ym. 2023.)

#### 4.4 RAI-tiedolla johtaminen

RAI-järjestelmästä saadaan ajantasaista ja oikeaa tietoa mm. yksittäisen asiakkaan toimintakyvystä, kuten kyvystä selviytyä arjen askareista, hygieniasta, pukeutumisesta, se tuo myös esiin kognitiiviset ongelmat ja muistin heikkenemisestä johtuvat haasteet, kuntoutumisen voimavarat, sosiaalisen aktiivisuuden ja läheisverkoston antaman tuen. Lisäksi RAI vertailutiedon avulla voidaan tarkastella mm. asiakasrakennetta, hoidon vaativuutta ja henkilöstön resurssitarpeista. Tämän laajan tietomäärän vuoksi se on tiedolla johtamisessa laadukas työkalu. Se tuottaa vertailukelpoista dataa asiakas- ja organisaatiotasolla ja laajemmin suomen sisällä, mutta myös ulkomailta. RAI-tiedon avulla organisaatio pystyy seuraamaan omaa kehitystään ja löytämään kehityskohtia, joihin kohdentaa resursseja, jolloin saadaan myös taloudellista hyötyä. RAI-vertailutiedon avulla pystytään tarkastelemaan

yrityksen omaa asiakaskantaa ja sen tarpeita sekä seuraamaan miten palvelut toteutuvat ja mitä muutoksia niissä tapahtuu. (THL 2023c; Siitonen 2020, 40–41.)

1.4.2023 alkaen RAI-välineistön käyttö ikääntyneiden palveluissa on ollut vanhuspalveluissa laissa määrättyä, ja sen myötä tulevaisuudessa tulemme saamaan parempaa RAI vertailutietoa, jonka avulla hyvinvointialueet ja organisaatio voivat tarkastella muun muassa asiakkaiden ohjautumista, asiakasprofiileja, palveluiden käyttöä, laatua ja vaikuttavuutta sekä saavatko asiakkaat kuntoutuksen voimavaroja vastaavaa kuntoutusta. Vaikka RAI-välineistön käytöstä on laissa määritelty, tarvitsee se siltikin taakseen johdon tuen ja etenkin lähijohdon tuki on laadukkaiden RAI- arviointien toteutumisen kannalta tärkeässä roolissa. Henkilöstöllä on hiljaista tietoa, jonka tekeminen näkyväksi on haastavaa, mutta käymällä henkilöstön kanssa yhdessä esimerkiksi visuaalisessa muodossa olevia RAI-tietoja läpi, voidaan saada myös hiljainen tieto näkyväksi ja siten organisaation käyttöön. Palveluiden laadun mittaamisen välineenä voidaan käyttää RAI-laatuindikaattoria, jonka avulla voidaan havaita kehityskohteita mm. hoidossa tai kuntoutuksessa. (Heikkilä ym. 2021, 22–27; THL 2023c.)

Tässä opinnäytetyössä RAI-tiedon ja asiakastietojärjestelmistä saatavan tiedon yhdistämisellä lähdetään hakemaan ymmärrystä siitä minkä tyyppisiä asiakkaita Päijät-Hämeen hyvinvointialueen kotihoidon asiakkaina on ja mitä palveluja heillä on käytössä. Opinnäytetyön teon hetkellä tämän kaiken tiedon yhdistäminen ei onnistu ohjelmistojen avulla, vaan työ vaatii henkilön etsimään ja yhdistämään tiedon. RAI-välineistön avulla saadaan tietoa asiakkaan toimintakyvystä ja diagnooseista, mutta hänen käytössensä olevista palveluista ja niiden sisällöstä ei sitä kautta saada tietoa. Terveys LifeCaresta saadaan haettu asiakkaalle myönnetyt tukipalvelut ja säännöllisen kotihoidon palvelutunnit, mutta ei sitä mikä on myönnetyn säännöllisen kotihoidon palvelun sisältö tai käyntikerrat. Palvelun tarkempi kuvaus on tällä hetkellä löydettävissä Terveys LifeCaren palsu -lehdeltä, jonne asiakasohjaaja on sen kirjannut palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. Vammaispalveluiden asiakkuustietoja saadaan Sosiaali LifeCaren kautta. Tämän työn jälkeen alueen RAI-tiedolla johtamisen tueksi saadaan tietoa, jota tältä alueelta ei aiemmin ole saatu näkyväksi, vaikka se on ollutkin osittain hyvin henkilöstön tiedossa, hiljaisena tietona. Tästä voi olla esimerkkinä hoitajien kokemus, että kotihoidossa jonkin asiakasryhmän määrä on lisääntynyt, mutta tätä ei ole tietona saatu näkyväksi. Kun saadaan RAI-tiedon ja muun tiedon yhdistelmällä ymmärrys asiakasprofiileista, voidaan lähteä tarkastelemaan ja etsimään kohdetta, joka olisi ensisijaisen tärkeä palveluiden kehittämisen kannalta. Tässä työssä RAI-tieto antaa hyvinvointitalolla suuntaa palveluiden kehittämiseen. RAI-tietoa voidaan käyttää myös yksikötasolla oman toiminnan ja asiakaskunnan hoitoisuuden tarkasteluun. Hoitajilla voi olla hiljaisena tietoa, omana kokemuksena, että asiakaskuntamme on muuttunut raskashoitoisemmiksi ja

RAI-tuloksia tarkastellessa tämä asia voidaan tuoda myös näkyvään muotoon. Toki tämä edellyttää, että johdon kautta on mahdollistettu RAI- arviointien teko ajallaan ja huolehdittu koulutusten kautta henkilöstön riittävä RAI-osaaminen.

## 5 Menetelmälliset lähtökohdat

### 5.1 Tutkimuksellinen kehittäminen

Tämä kehittämistyö tehtiin tutkimuksellisena kehittämistoimintana, joka käsitteenä kuvaa yhteyttä kehittämis- ja tutkimustoiminnan välillä ja jossa tarkastellaan etenkin näiden risteyspaikkaan. Tätä risteyskohtaa voidaan lähestyä tutkimuksen ja kehittämistoiminnan suunnista. Kehittävä tutkimus etenee tutkimuksellisen kysymysasettelun ja metodologian tarkastelusta konkreettiseen kehitystoimintaan, jossa tietoa muodostuu käytännön kehitysprosesseissa. Tutkimuksellisen kehittämisen tuottamaa tietoa saadaan tutkimuksellisten menetelmien ja asetelmien avulla oikeista käytännön toimintaympäristöistä ja sitä ohjaa käytännöstä nousevat kysymykset ja ongelmat. Varsinainen kehittämistyö alkaa, kun löydetään tai havaitaan kohde, joka kaipaa kehittämistä tai jota kehittämällä voidaan saavuttaa mm. kustannustehokkuutta ja valittua kohdetta päätetään lähteä kehittämään. Kehittämisen onnistumisen kannalta, on erityisen tärkeää tavoitteen selkeä määrittely, oli tavoitteena sitten uusi tuote tai palvelu, palvelun kehittäminen, prosessin tai työkuultuurin uudistaminen. Kaikilla kehittämiseen osallistuvilla pitää olla selvillä miksi kehitetään sekä sama käsitys kehityskohteesta ja tavoitteesta, menetelmästä, arvioinnista ja lopullisen tuotoksen esittämisestä. Kehittämisessä tärkeää on tavoitteellisuus, jolla tähdätään kehittämiskohteen parantamiseen tai tehokkaampaan toimintatapaan, hyödyntäen ja tuottaen tietoa. Kehittämisellä tähdätään havaitun kehittämiskohteen muutokseen konkreettisen toiminnan kautta. (Ojasalo ym. 2015, 23; Salonen ym. 2017, 29; Toikko & Rantanen 2009, 14–16, 21–22, 57.)

### 5.2 Tutkimukselliset lähtökohdat

Tieteellisen tutkimuksen menetelmäsuuntauksen, kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen avulla pyritään erilaisten lähestymistapojen, traditioiden, aineiston keruun ja analyysimenetelmien avulla kokonaisvaltaiseen ymmärrykseen tutkimuksen kohteen ominaisuuksista, laadusta ja merkityksestä. Aineistolähtöisyys liitetään vahvasti laadulliseen tutkimukseen, mutta laadullinen tutkimus ei ole koskaan pelkästään aineistolähtöistä vaan siinä on aina mukana määrälliseen eli kvantitatiiviseen tutkimukseen liittyvää teorialähtöisyyttä. Joten nämä kaksi menetelmäsuuntausta eivät siis ole toisiaan poissulkevia vaan täydentäviä ja toisinaan niitä käytetäänkin yhdessä. Laadullisen aineiston perinteisiä hankintamenetelmiä on mm. haastattelut ja havainnointi, mutta aineiston keruussa voidaan luvan saannin jälkeen käyttää myös määrällisiä aineiston hankintamenetelmiä, kuten valmiita dokumentteja, joita ovat esimerkiksi organisaation tietojärjestelmien aineistot. Tutkimuksen aineiston koontiin voidaan käyttää kvantifiointia, jossa laadullisesta aineistosta saatavaa tietoa muokataan määrälliseen muotoon, esimerkiksi taulukkoon lasketaan, kuinka monta kertaa jokin

asia esiintyy aineistossa. Menetelmien valinnassa ja aineiston analysoinnissa on tärkeimpänä asiana pitää mielessä se, mitä varten tutkimusta tehdään, miksi taulukko on luotu, mitä tietoa tutkimuksesta halutaan saada ja näiden pohjalta tehdä valinnat käytettävistä menetelmistä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, luku 7.3.3, 7.3.4, 1.2.1, 6, 6.6.)

### 5.3 Palvelumuotoilu ja kehittämistyön menetelmät

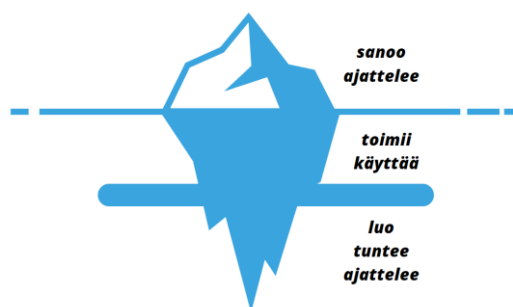
Palvelumuotoilun käyttäminen kehitystoiminnassa on lisääntynyt ja se onkin tämän kehittämistyön lähestymistapa. Palvelumuotoilulla palveluja kehitetään käyttäjälähtöisesti ja pyritään luomaan käyttäjän tarpeita vastaavia palveluja, joiden tuottaminen olisi palveluntarjoajalle vaikuttavuutta lisääviä ja taloudellisesti kannattavia. Muotoiluajattelulla tarkoitetaan, että palveluja kehitetään asiakasymmärryksen kautta, ottaen huomioon palveluiden teknologinen toteutettavuus ja taloudelliset hyödyt. Palvelumuotoilun prosessi kuvataan usein tuplatimantti prosessimallina (the "Double Diamond" Process), jonka brittiläinen Desing Counciliin esitteli vuonna 2005. Mallissa on kaksi toisiaan seuraavaa timanttia, jossa ensimmäisen *"ratkaise oikea ongelma"* aikana tunnistetaan ja ymmärretään ongelma ja toisen timantin *"ratkaise ongelma oikein"* aikana löydetään ratkaisu ongelmaan. Timantit jaetaan vielä neljään päävaiheeseen löydä ja määritä, kehitä ja tuota. (Koivisto ym. 2019, 33–34, 42–43, 47.) Seuraavassa kuvassa 3. palvelumuotoilun prosessimalli on esitetty havainnollistaen.



Kuva 3. Palvelumuotoiluprosessi. (mukaillen Koivisto ym. 2019, 42–43).

Ensimmäisen timantin, **löydä vaiheessa** kerätään tietoa asiakkaiden tarpeista ja palveluntarjoajan tavoitteista. Ennen aineiston keräämistä pitää kuitenkin olla selkeästi määritelty mitä tietoa halutaan saada. Asiakkaiden tarpeiden selvittämiseen voi käyttää erilaisia tutkimusmenetelmiä, kuten valmiita dokumentteja, jotka kuitenkin poikkeavat palvelumuotoilun tavanomaisesta tavasta asiakasymmärryksen keräämisessä, joita ovat esimerkiksi

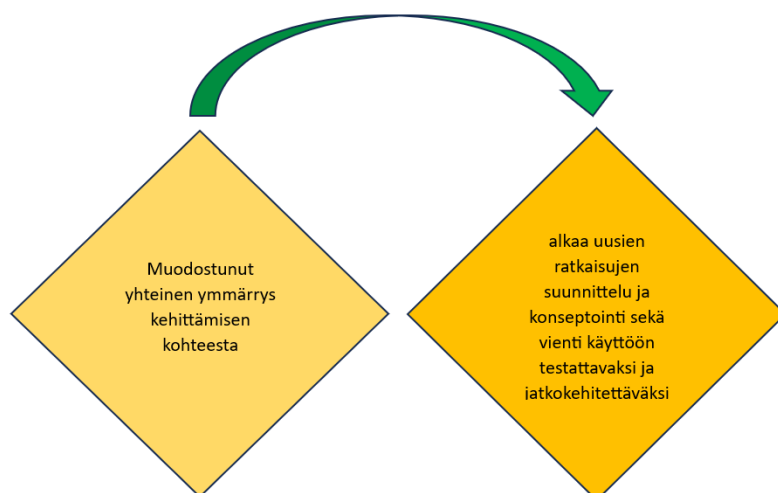
haastattelut ja havainnointi. Asiakas- ja käyttäjäymmärrystä haetaan yleisesti kolmitasoisesti, sanoilla ilmaistuja (perustutkimus menetelmät) ja havainnoitaviin (kontekstuaalinen tutkimus) tarpeisiin mutta, myös piileviin tiedostamattomiin (eksploraatiivinen tutkimus) tarpeisiin. Asiakas- ja käyttäjäymmärryksen keruumenetelmät usein esitetään jäävuorimetaforalla ja tästä alla kuva 4. RAI-toimintakyky mittari antaa tietoa kaikilta näiltä osa-alueilta, myös hiljaista tietoa ja on siten laadukas väline asiakasymmärryksen saamiseen. (Koivisto ym. 2019, 44; Vilka 2021, 94; Mäkelä 2021, 13; THL 2023d.)



Kuva 4. Jäävuorimetafora (mukaillen Koivisto y. 2019, 45).

Ensimmäisen timantin, **määritä vaiheessa** kerätty aineisto analysoidaan, kootaan ja luodaan ymmärrys esimerkiksi samanlaisuuskaaviota käyttäen. Analysoinnissa nostetaan esille liiketoiminnan kannalta mielenkiintoisia havaintoja ja analyysin perustana pitää olla asiakastarpeet. Vaiheen lopussa aineistosta luodaan helposti käytettävä tiivistys, asiakasprofiilit tai palvelupolut. (Koivisto ym. 2019, 46.)

Alla olevassa kuvassa 5. havainnollistetaan mitä ensimmäisen timantin aikana olisi tavoite saavuttaa ja mitä toisen timantin aikana olisi tarkoitus lähteä tekemään.



Kuva 5. Timanttien sisältö (mukaillen Koivisto ym. 2019, 44).

Toisen timantin, **kehitä vaiheessa** ideoidaan, miten havaittuun ongelmaan löydetään parannuskeinoja tai vaihtoehtoisia tapoja tuottaa palvelua. Ideoinnin pohjana käytetään aiemmin muodostunutta ymmärrystä asiakastarpeista. Yhteiskehittämisellä päästään parhaimpaan lopputulokseen, jotta saadaan laajasti käyttöön eri näkemyksiä ja luovia parannusehdotuksia. (Koivisto ym. 2019, 46.) Yhteiskehittämisessä voidaan käyttää menetelmänä aivoriihä, jossa ryhmä tuottaa ideoita nopeaan tahtiin, eikä niitä tässä vaiheessa karsita, vaan kaikki otetaan mukaan. Ennen aivoriihen alkua käydään läpi aihe, jota käsitellään ja johon kaivataan ideoita. Myöhemmin yhdessä katsotaan läpi, mitkä ovat jatkoon kelpaavat ideat. (Innokylä.fi A.) Yhteiskehittämisessä voidaan käyttää myös kuusi hattua menetelmää, jossa ajatus on, että huomiota kiinnitetään yhteen asiaan kerrallaan ja se auttaa siten lähestymään asiaa käytössä olevan näkökulman mukaan. Kuusi hattua menetelmässä asiaa voidaan lähestyä prosessi, luovuus, faktat, tunteet, heikkoudet ja edut näkökulmasta. (Innokylä.fi B.)

Toisen timantin, **tuota vaiheessa** syntyneistä ideoista poimitaan ne, joista olisi hyötyä jatkokehittämisessä ja päätöksenteossa ja vaiheen lopussa tehdään päätös, lähdetäänkö kehitettyä ratkaisua viemään käytäntöön (Koivisto ym. 2019, 46).

## 6 Kehittämistyö

### 6.1 Kehittämistyön tavoite, tarkoitus ja kehittämiskysymykset

Tämän kehittämistyön tavoitteena oli segmentoinnin avulla selvittää tällä hetkellä säännöllisen kotihoidon palveluiden piirissä olevien asiakkaiden toimintakykyä ja heille myönnettyjä kotiin annettavia palveluja. Tarkastella vastaako nykyiset palvelut asiakkaiden palveluntarvetta ja ovatko palvelut tarkoituksen mukaiset. Tavoite oli segmentoinnin kautta luoda kotihoidossa nykyisin oleville asiakkaille asiakassegmentit RAI-toimintakykymittarin avulla ja löydettyjen tulosten pohjalta luoda asiakasprofiilit ja tehdä palvelupolkuja. Profiilikortit oli tarkoitus tehdä MAPLe5 -palvelutarveluokittain ja siten, että jatkossa ne olisivat työntekijöiden käytettävissä, kun asiakkaan palveluja suunnitellaan.

Kehittämistyön tarkoituksena oli pyrkiä turvaamaan asiakkaille myös tulevaisuudessa laadukkaita kotiin annettavia palveluja sekä tarjoamaan palveluja yksilöllisemmin heidän tarpeidensa mukaisesti. Tarkoituksena oli kohdistaa huomiota etenkin vähän palveluja tarvitseviin asiakkaisiin ja pohtia heille palveluja, jotka tukisivat varhaisemmassa vaiheessa itsenäistä selviytymistä ja siirtäisi raskaampien palveluiden piiriin siirtymistä. Palveluiden oikein kohdentumisen tarkoituksena on tukea asiakkaan itsenäistä arkea ja pyrkiä turvaamaan hoitajien riittävyyttä sekä hillitsemään kustannusten kasvua.

Kehittämiskysymykset ja tehtävät:

1. mitä palveluja on käytössä ja miten ne jakautuvat säännöllisen kotihoidon asiakassegmenttien kesken?
2. vastaako asiakkaiden palvelut avuntarvetta ja onko tunnistettavissa asiakasta passivoivia palveluja?
3. voidaanko palveluja kohdentaa yksilöllisemmin asiakkaiden tarpeiden mukaisesti?
4. luoda asiakassegmenteille asiakasprofiilikortit ja palvelupolut

### 6.2 Aikataulu ja kulku

Kehittämistyön tekijä työskentelee Päijät-Hämeen hyvinvointialueen ikääntyneiden asiakasohjauksessa asiakasohjaajana ja kehittämistyöstä keskusteltiin ensimmäisen kerran jo joulukuussa 2022. Enemmän aiheesta keskusteltiin tammikuussa 2023 ja samalla tehtiin suullinen sopimus työn tekemiseen. Tutkimuslupa haettiin Päijät-Hämeen hyvinvointialueelta ja saatiin 28.4.2023. Yhteistyösopimus ikääntyneiden asiakasohjauksen kanssa allekirjoitettiin 8.8.2023. Kehittämistyön tekeminen alkoi helmikuussa 2023, kun varmistui että

kehittämistyötä varten on mahdollista hakea tutkimuslupa työn aloittamisen jälkeen. Helmikuussa kehittämistyön aiheeseen perehdyttiin syvällisemmin ja aloitettiin tietojen kerääminen. Tietojen koontia varten tarvittavan Excel-taulukon luonti tehtiin yhdessä Ict-partnerin kanssa ja lopullinen Excel-taulukko oli valmis 14.3.2023 ja sen jälkeen saatuja tietoja lähdettiin syöttämään taulukkoon. Toukokuussa 2023 voitiin aloittaa koottujen tietojen analysointi ja MAPLe5-palvelutarvekohtaisten asiakasprofiilikorttien luominen. Saatuja tuloksia ja luotuja asiakasprofiilikortteja käytiin 1.6.2023 esittelemässä Päijät-Hämeen hyvinvointialueen ikääntyneiden palvelujen ja kuntoutuksen johtoryhmässä. Tämän jälkeen kehittämistyön painopiste suuntautui vähän palveluja tarvitseviin asiakkaisiin ja kotiin vietävien palveluiden oikein kohdentumiseen. Kehittämistyöhön otettiin kiinteästi mukaan henkilöstöä kyselyn ja kehittämistapaamisten kautta. Alla olevassa kuvassa on kuvattu kehittämistyön eteneminen.

- Kehittämistyöhön liittyvään aiheeseen perehtyminen ja tiedon kerääminen alkoi helmikuussa 2023 hanketyön yhteydessä.
- 14.3.2023 Excel -taulukko oli valmis. Tiedonkeruu ja vienti taulukkoon jatkui.
- Huhti- ja toukokuusta eteenpäin analysoitiin tuloksia ja luotiin MAPLe5 -palvelutarveluokittain asiakasprofiilikortit.
- Huhtikuussa todettiin, että ikääntyneiden asiakasohjaukseen on jo luotu ajantasaiset palveluprosessit, jotka on viety IMS-järjestelmään. Tälle työlle ei siis ollut nyt tarvetta.
- 1.6.2023 segmentoinnista saadut tulokset käytiin esittelemässä Päijät-Hämeen hyvinvointialueen ikääntyneiden palvelujen ja kuntoutuksen johtoryhmässä.
- Kesäkuussa 2023 tehtiin Päijät-Soten kotiutusyksikön henkilöstölle Webropol kysely siitä, miten he kokivat tällä hetkellä pystyvänsä työssään tukemaan vähän palveluja tarvitsevia ja mitä he kokevat tarvitsevansa työnsä tueksi.
- Elo- ja syyskuussa 2023 pidettiin tiiviit kehittämiskokoukset asiakkaan hoitopolulla olevien yksiköiden, kotiutusyksikön, ikääntyneiden asiakasohjauksen ja kotikuntoutuksen kanssa. Kehittämiskokouksiin pyydettiin osallistumaan 2–4 työntekijää kustakin yksiköstä. Samassa aikataulussa käytiin myös yksiköiden palaverissa kertomassa kehittämistyöstä ja pyydettiin laajemmin henkilöstön ajatuksia siitä, miten kotona asumista voitaisiin tukea tehokkaammin ja varhaisemmassa vaiheessa.
- syyskuussa 2023, heti kehittämiskokousten jälkeen aloitetaan aineiston analysointi ja koonti.

- Tulevaisuuden soite-keskus -hanke päättyi 31.12.2023.
- Kehittämistyön päättymisen jälkeen jatkuu opinnäytetyön kirjoittaminen saatujen tulosten pohjalta.



Taulukko 3. Kehittämistyön aikataulu.

### 6.3 Kehityskohteen määrittely ja asiakassegmentoinnin kriteeristön muodostaminen

Helmikuussa kehittämistyöntekijä pohti yhdessä Päijät-Hämeen hyvinvointialueen RAI-koordinaattorin kanssa, mitä tietoja asiakkaista tarvitaan, jotta asiakassegmentointi olisi riittävän laaja ja saataisiin vastauksia kehittämistehtävän kysymyksiin, parempi käsitys kotihoidossa tällä hetkellä olevista asiakkaista, heidän palvelutarpeistaan ja käytössään olevista palveluista. Tässä huomiota kiinnitettiin etenkin, miten saadaan esiin kotiin vietävissä palveluissa olevat erityisryhmät eikä segmentoinnissa otettu huomioon erikseen muistisairauksia. Asiakassegmentoinnin ajankohdaksi valittiin 1.1.2023 – 31.1.2023 säännöllisen kotihoidon palveluissa olleet asiakkaat, joille oli tehty iRAI-HC arviointi. Tämä ajankohta valittiin, koska haluttiin saada mukaan kaikki 1.1.2023 aloittaneen Päijät-Hämeen hyvinvointialueen säännöllisen kotihoidon asiakkaat. Segmentointivalikon keskusteluissa ja pohdinnassa olivat mukana myös ikääntyneiden asiakasohjauksen koordinaattori ja tulosaluejohtaja. Alla olevaan taulukkoon 4. on koottu käytetyt hakukriteerit ja niiden selitykset.

## Segmentoinnin valikko

Tietojärjestelmä	hakuluokka	tarkempi kuvaus ja lukeman merkitys
RAI	CPS	Kognitio, 1-6
	ADLH	Arkisuoriuttuminen, perustoiminnot, 1-6
	IADLCH	Arkisuoriutuminen (oletettu), välinetoiminnot, 1-6
	MAPLe5	Palvelutarveluokka, 1-5
	CAPs (heräte)	PAIN, kipu
		PACTIV, fyysisen toiminnan edistäminen
	AUDIT-C	Alkoholinkäytön tunnistaminen, 1-12 Naiset 5 tai enemmän. Miehet 6 tai enemmän
	Ikä	Alle 65-vuotias
	Kysymys	Yksinäisyys (omakokemus)
	ICD-10 luokat	Mielenterveys: F20-F22, F30-F34, F38-F41
Päihde: F10		
Terveys LC	Palvelut	Myönnetyt tunnit, käyntikerrat, lääkeautomaatti, kuvapuhelin
Sosiaali LC	Palvelut	Vammaispalveluista huomioidaan henkilökohtainen avustaja ja palveluesumisen päätös kotiin.

Taulukko 4. Hakukriteerit ja niiden selitykset.

Segmentointivalikkoa kootessa voitiin jo todeta, että tarvittavat tiedot ovat hajallaan ja eri järjestelmien takana, joten tämä työvaihe tulisi viemään paljon aikaa. Tietojen hakua täytyi tehdä sosiaali- ja terveys LifeCaresta sekä RAI-järjestelmästä. Tietojen koontia varten todettiin tarve Excel-taulukolle, josta saadut tiedot ovat saatavilla pseudonymisoituna ja selkeästi tulkittavassa muodossa. Tietosuojan kannalta huomioitiin, että vain kehittämistyöntekijällä oli tiedossa, miten asiakkaat saatiin tarvittaessa takaisin tunnistettavaan muotoon.

Päijät-Hämeen hyvinvointialueen kotihoitoa ja asiakkaiden palveluja haluttiin pystyä tarkastelemaan kokonaisuutena, mutta myös erikseen ostopalvelun ja oman tuotannon kotihoitona. Tällä haluttiin saada selville, onko asiakassegmenteissä eroa ostopalvelulla tai omalla tuotannolla. Asiakassegmenttejä pohdittaessa sukupuolella ei ajateltu tässä yhteydessä olevan suurta merkitystä, joten se jätettiin kriteeristöstä pois. Sen sijaan asiakkaiden ikä otettiin mukaan ja haluttiin saada selville minkä verran säännöllisen kotihoidon asiakkaissa on alle 65-vuotiaita ja mitkä heidän palvelunsa ovat.

Palveluista haluttiin saada selville asiakkaille myönnetyt säännöllisen kotihoidon palvelut tuntia/ kuukaudessa ja käyntikerrat päivässä tai viikossa. Käyntikerroissa rajaus oli, että päivittäiset käynnit merkittiin kohtaan käyntikerrat päivässä ja ei päivittäiset käynnit merkittiin käyntikerrat viikossa kohtaan. Lisäksi haluttiin tietää asiakkailla käytössä olevat turva- ja ateriapalvelut sekä etähoivapalveluista kuvapuhelin ja lääkeautomaattipalvelut. Lääkehoitoon myönnetty aika haluttiin myös saada näkyväksi, jotta saataisiin havaintoa siitä, onko

tämän palvelun kohdentumisessa huomioitavaa. Osa edellä mainituista palveluista saatiin helposti Terveys LifeCaren tiedoista, mutta mm. käyntikerrat, lääkehoitoaika ja etäpalvelut jouduttiin hakemaan PALSU –lehdeltä, jonne ikääntyneiden asiakasohjauksesta kirjataan asiakkaan palvelusuunnitelma.

Asiakassegmenteistä haluttiin saada myös näkyviin vammaispalveluiden asiakkaat ja heidän käytössään olevat palvelut. Segmentointiin otettiin mukaan vammaispalveluiden asiakkaat, joilla oli myönnettynä henkilökohtaista apua tai palveluasumisen päätös kotiin. Kaikki muut vammaispalveluiden myöntämät palvelut siis rajattiin tästä asiakassegmentoinnista pois. Nämä tiedot haettiin Sosiaali LifeCaren kautta.

RAI-mittariston laatumoduulin kautta haettiin asiakkaat MAPLe5 -palvelutarveluokittain ja tietoja täydennettiin mm. mittaristohaulilla CPS, ADLH, IADLCH ja AUDIT-C, yksittäisellä kysymyksellä yksinäisyydestä, CAPs herätteillä PAIN ja PACTIV, ICD-10 koodeilla ja suodattamalla ikää. Käytettyjen hakukriteerien tarkemmat selvitykset löytyvät alempana olevasta taulukosta 4.

RAI:n CAPs-herätteiden kautta haettiin asiakkaiden PAIN, kipu kokemus ja PACTIV, fyysisen toimintakyvyn edistäminen. Näiden tietojen avulla haluttiin saada selville, kuinka monella säännöllisen palvelun asiakkaalla olisi kuntoutumisen voimavaroja ja miten kiputunteisuus näkyy asiakassegmenttijakaumassa.

RAI:sta haettiin vielä yksittäisenä kysymyksenä asiakkaan kokema yksinäisyyden tunne ja tämä otettiin mukaan, jotta saadaan tietoa, miten sen esiintyvyys jakautuu asiakassegmenteissä.

Päihde- ja mielenterveysasiakkaat haluttiin saada näkyväksi omina ryhminään, jotta saatiin myös heidän käytössängä olevat palvelut tarkasteluun. Nämä tiedot haettiin vain RAI- välineistön kautta ja tässä kohdassa siis tiedostettiin se, että saatavat tiedot eivät ole täysin paikkaansa pitävät. Tässä kohdassa tiedon epäluotettavuus johtuu siitä, että saatu tieto on riippuvainen siitä, onko asiakkaan kohdalla lääkäri tehnyt diagnoosin ja onko sen diagnoositieto syötetty RAI-järjestelmään arviota tehdessä. Haettaessa mielenterveysasiakkaita käytettiin ICD-10 koodeja F20-F22, F30-F34, F38-F42. Diagnooseja ei mitenkään eritelty vaan Excel-tilukoon merkittiin K, jos asiakkaalla on diagnoosi tai diagnooseja. Päihdeasiakkaiden kohdalla käytettiin samaa periaatetta ja haettiin ICD-10 koodeista F10 sekä RAI:n AUDIT-C tieto. AUDIT-C:n kohdalla tieto merkittiin Excel-tilukoon K, jos naisella oli pisteet 5 tai yli ja miehellä pisteet 6 tai yli.

## 6.4 Tietojen kokoaminen

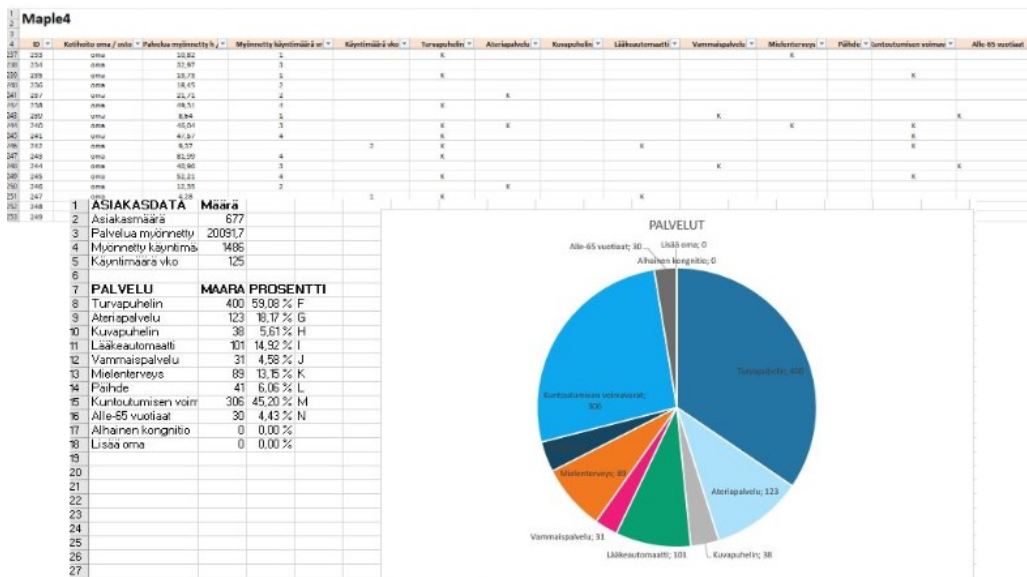
Tietoja koottiin yhteen RAI-mittaristosta, Terveys- ja Sosiaali LifeCaresta. Pohdintojen ja muutaman epäonnistuneen kokeilun jälkeen selkeimmäksi tavaksi muodostui ottaa RAI laatumoduulin kautta asiakkaista lista MAPLe5-palvelutarveluokittain ja kerätä käsin tähän listaan lisätiedot muista potilastietojärjestelmistä. Asiakkaista kerättiin koontitietoa myönnettyjen palvelujen sisällöstä tyyliin ravitsemus, hygienia, lääkehoito ja myös asiakkaat, joiden luona tehtiin parikäyntejä, merkittiin ylös, jotta voitiin tarkastella vastaako palvelut avuntarvetta ja onko tunnistettavissa asiakasta passivoivia palveluja. RAI laatumoduulin hakuun lisättiin erikseen suodatuksena PACTIV, ikä on pienempi kuin 65, ICD-10 luokitukset ja AUDIT-C, jolloin saatiin nämä tiedot merkittyä oikein asiakaskohtaiseen koontiin. RAI:n mittaritason tiedot haettiin yleisellä tasolla esimerkiksi, kuinka monella asiakkaalla oli MAPLe5 -palvelutarveluokka 3 ja CPS 0.

## 6.5 Excel-taulukon luonti

Asiakkaiden käytössä olevien palvelujen ja niiden tarkastelua varten tarvittiin MAPLe5 -palvelutarveluokittain Excel-taulukot ja niiden suunnittelussa saatiin apua Ict-partnerilta, joka loi taulukot tarvittavien tietojen pohjalta. Yhdessä käytiin läpi mitä Excel-taulukoista olisi saatava esiin ja missä muodossa. Taulukoita muutettiin muutamia kertoja, jotta saatiin esiin ne tiedot, jotka nähtiin tärkeimmiksi, jotta asiakkaiden palveluntarve, siihen vaikuttavat taustat ja käytössä olevat palvelut saatiin selkeään muotoon. Excel-taulukoista tietoja pystytään hakemaan eri sisällöillä ja ne päivittyvät samalla myös graafiseen muotoon, joka helpottaa tulosten tarkastelua. Tässä opinnäytetyössä graafisena pohjana päädyttiin käyttämään piirakkamallia, joka tuo tässä työssä tiedot paremmin esille, kuin pylväsmalli. Tavoitteena on, että saatavat tiedot ovat samoja käyttäjistä riippumatta.

Tietojen syöttäminen Excel-taulukkoon oli aikaa vievää ja tarkkuutta vaativaa työtä. Tätä tehtiin suurelta osin yhdessä Päijät-Hämeen hyvinvointialueen ikääntyneiden asiakasohjauksen asiantuntijan kanssa, jolloin työ nopeutui ja virheiden määrää saatiin minimoitua. Yhdessä tehdessä toinen keskittyi luettelemaan tietoja, joita toinen merkitsi samalla taulukkoon ja sipisi ääneen mitä laittaa, joten tarkastusta tuli samalla tehtyä. Täysin ei sekaannuksitta tästä selviydytty ja yhden MAPLe5 -palvelutarveluokituksen kohdalla työ tehtiin uudelleen, kun havaittiin virhe eikä sitä saatu paikannettua luotettavasti.

Alla olevissa taulukossa 5. on nähtävissä Excel-taulukko, johon syötetty MAPLe5 -palvelutarveluokka 4 asiakkaista ja siitä saatava raportti osuus.



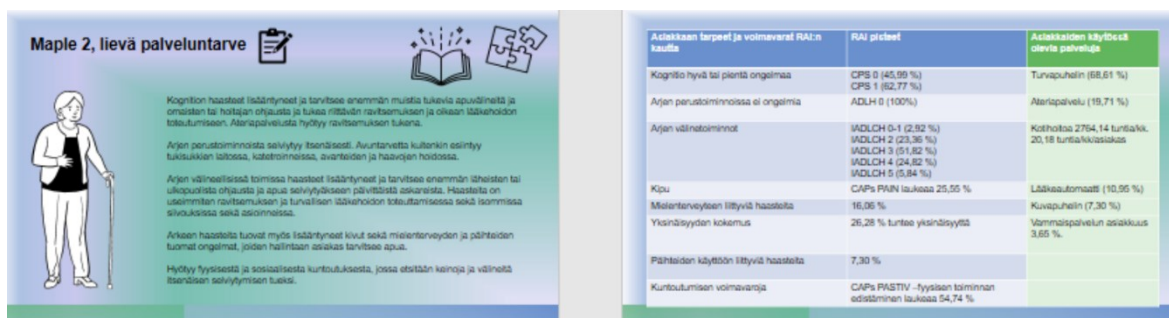
Taulukko 5. Aineiston Excel ja raportti.

## 6.6 Asiakassegmenttien tarkentavien RAI-tietojen kasaaminen Wordille

Excel-taulukon palvelutietojen lisäksi tarvittiin asiakasprofiilikortteja varten kaikista MAPLe5 -palvelutarveluokista yksityiskohtaisempia RAI-tietoja, joista tehtiin palvelutarveluokittain koonti Wordille. Tässä koonnissa eriteltiin RAI:n tiedot edellä esitetyn kaavion mukaisesti ja tietojen koonnissa huomioitiin vahvasti fyysisen toimintakyvyn edistämisen PASTIV CAPs:n laukeaminen. Koontiin tehtiin myös erilaisia RAI-mittariston hakuyhdistelmiä aiemmin esiteltyjen mittareiden yhdistelmillä sekä huomioitiin lääkehoito- ja parikäyntiasiakkaat.

## 6.7 Profiilikortit MALPLLe5- palvelutarveluokille 1–5

Asiakasprofiilikorttien luomisessa taustalla pidettiin kehittämistyön tavoite saada tietoa asiakkaiden avuntarpeista ja heillä käytössä olevista palveluista. Koontiin tehtiin esiintyvyyden mukaan ja nostettiin esiin havaintoja asiakassegmentin erityispiirteistä. Alla olevaan kuvaan on havainnollistettu asiakasprofiilikortin muodostuminen MAPLe5 -palvelutarveluokka 2.



Kuva 6. Asiakasprofiilikortit.

## 6.8 Kehittämistyön loppusuuntaan tulee muutos

Kehittämistyössä oli alun alkaen tarkoitus tehdä palvelupolut MAPLe5-palvelutarveluokitain. Tästä kuitenkin luovuttiin, kun hyvinvointialueella oli juuri palveluprosessit kuvattu palveluittain ja tarvetta palvelupolkujen luonnille ei näin ollut. Samaan aikaan pinnalla oli keskustelu segmentoinnista saaduista tuloksista ja niistä noussut kehittämistarve MAPLe5 - palvelutarveluokille 1–2. Keskustelujen pohjalta lähdettiin selvittämään, voidaanko ohjausta ja palveluja kohdentaa yksilöllisemmin asiakkaiden tarpeiden mukaisesti varhaisemmassa vaiheessa ja miten näitä asiakassegmenttejä voitaisiin tukea niin, että he eivät ajautuisi säännöllisten palveluiden piiriin. Alkuun päätettiin lähteä kysymään henkilöstön valmiutta antaa asiakkaille varhaista tukea ja ohjausta. Ikääntyneiden asiakasohjauksessa käytiin keskustelua ja pohdintaa siitä, mitkä yksiköt ovat tämän asiakasryhmän tukemisessa avainasemassa ja päädyttiin kotiutusyksikköön, johon asiakkaita ohjautuu mm. sairaalasta kotiutumisen yhteydessä, kotikuntoutukseen, jonka antama kuntouttava ja ohjaava työ voisi olla merkittävässä asemassa ehkäisemässä säännöllisiin palveluihin ajautumisessa sekä ikääntyneiden asiakasohjaus, jonka kautta alueen säännölliset kotiin vietävät palvelut myönnetään.

Tätä suunnitelmaa lähdettiin saattamaan alkuun sillä, että ensin haluttiin Webropol -kyselyn avulla saada tietoon mitä valmiuksia kotiutusyksiköllä on varhaisessa vaiheessa tukea kyseistä asiakassegmenttiä. Sen jälkeen kotiutusyksikön, kotikuntoutuksen ja ikääntyneiden asiakasohjauksen henkilöstöedustajien kanssa pidettiin kehittämistapaamiset, joissa pohdittiin aivoriihen avulla, miten voitaisiin tätä asiakasryhmää tukea ja luodaan alkuun suunnitelmaa jatkokehittämiseksi.

## 6.9 Kotiutusyksikön henkilöstökysely

Päijät-Hämeen hyvinvointialueen kotiutusyksikön henkilöstölle tehtiin Webropol -kysely, jolla haluttiin saada henkilöstöltä ajatuksia ja ehdotuksia siitä, miten he kokevat pystyvänsä ohjaamaan ja tukemaan asiakkaiden itsenäistä selviytymistä ja mitkä nykyisissä palveluissa toimii ja mitä voitaisiin kehittää, jotta asiakkaita voitaisiin tukea yksilöllisemmin heidän avun- tarpeensa mukaisesti. Kysymykset olivat 1) työsuhde, vakinainen/sijainen/varahenkilö, 2) työsuhteen kesto, alle 3 kk/ 3–12 kk/ yli 12 kk, 3) koetko, että käytössäsi olevat työvälineet tukevat työskentelyäsi? 4) koetko, että sinulla on käytettävissäsi riittävästi tietoa, jolla pystyt tukemaan asiakkaan itsenäistä selviytymistä? 5) miten tarvitsemasi tieto olisi parhaiten saatavillasi? 6) tunnistatko työtavoissa asioita, jotka auttavat sinua tukemaan asiakkaan itsenäistä selviytymistä? Jos vastasit ei, perustele vastuksesi, 7) Tunnistatko työtavoissa

asioita, jotka estävät tai haittaavat asiakkaan itsenäistä selviytymistä? Jos vastasit kyllä, perustele vastauksesi, 8) tukeeko eri tahojen välillä tehtävä yhteistyö sinua työssäsi? Jos vastasit ei tai osittain, perustele vastauksesi, 9) tunnistatko jonkin asiakasryhmän, jonka kohtaamiseen tarvitsisit lisäkoulutusta / tukea? 10) tunnistatko jonkin toimintatavan, joka tukee sinua työssäsi? 11) tunnistatko jonkin toimintatavan, joka haittaa sinua työssäsi niin, ettet pysty tukemaan asiakkaan itsenäistä selviytymistä? Jos valitsit kyllä, miten tätä toimintatapaa voisi muuttaa, jotta se tukisi työskentelyäsi? 12) mikä käytössä oleva toimintatapa sinun mielestäsi tukee hyvin asiakkaan itsenäistä selviytymistä esim. uuden asiakkaan tai jo palveluissa olevan asiakkaan sairaalasta kotiutumisen yhteydessä? 13) tukevatko sinun mielestäsi nykyiset kotiin vietävät palvelut asiakkaan itsenäistä selviytymistä? tarkennuksena mitkä palvelut, 14) tunnistatko käytössä olevia palveluja, jotka estävät asiakkaan itsenäistä selviytymistä? jos vastasit kyllä, tarkennus mitkä palvelut, 15) tunnistatko, onko asiakkailla käytössä enemmän palveluja kuin he tarvitsevat ja jos on niin mitä?

Kysely toteutettiin 31.5-11.6.2023 välisenä aikana. 41 kotiutusyksikön työntekijälle lähetettiin sähköpostiin linkki kyselyyn ja heidän tiimitoimistollensa toimitettiin paperisia kyselyitä ja kirjekuoria. Kotiutusyksikön esihenkilö jakoi tietoa kyselystä ja kannusti siihen vastaamaan. Kyselystä lähetettiin vielä ennen kyselyyn vastaamisen määräajan päättymistä muistutusviesti, jonka toivottiin lisäävän saatavien vastausten määrää. Vastauksia määräaikaan mennessä saatiin 9 kappaletta, joista 7 sähköisesti ja 2 paperisena.

Vastaukset koottiin teemoittelemalla siten, että saataisiin vastauksia kysymyksiin miten vähän palvelua tarvitsevien asiakkaiden yksilöllisempi avuntarpeen mukainen ohjaaminen ja tukeminen työssä onnistuu ja mitä pitäisi kehittää, jotta se onnistuisi. Aineistoa analysoitiin jakamalla ensin hyvään ja kehitettävää osioon, josta sitten siirrettiin yleisyyden mukaan mielenkiintoista ja kehitettävää osioon, josta kiteytettiin neljä osa-aluetta. Kehittämistarpeet on nähtävissä alla olevassa kuvassa 7.

- Yhteistyö sidosryhmien kanssa
- kuntouttavan työotteen lisääminen työssä
- yksityisten ja itsehankittavien palveluiden tietoisuutta
- tietoa muista sidosryhmistä mm. omaishoidosta

Kuva 7. Kotiutusyksikön Webropol -kyselystä esiin nousseet kehittämistarpeet.

## 6.10 Kehittämiskokoukset henkilöstön edustajien kanssa

Kehittämiskokoukset pidettiin nopealla aikataululla Päijät-Hämeen hyvinvointialueen kotiutusyksikön, kotikuntoutuksen ja ikääntyneiden asiakasohjauksen henkilöstöedustajien



6.9.23 ja siinä olivat molemmat edustajat paikalla. Kirjaukset tehtiin myös tässä tapaamisessa suoraan canva-pohjaan. Kaikissa tapaamisissa alussa käytiin läpi, miksi ollaan kokonnut ja mitä olisi tarkoitus saada aikaiseksi. Jokaisen tapaamisen alussa oli havaittavissa hieman epätietoisuutta, mitä ollaan tekemässä, mutta keskustelu lähti alun jännityksen lauettua sujumaan ja ideoita sekä ajatuksia syntyi. Tapaamisten antina saatiin myös hyviä kriittisiä ja kehitystä tukevia näkökulmia.

Tapaamisista tehtiin yhteinen aineiston koonti, jolloin saatiin luotua henkilöstön näkemyksiä suunniteltuun toimintatapaa ja pilottia ajatellen. Koonti tehtiin pilottiin soveltuvista asiakkaista, hyödyistä pilotin onnistuttua, pilotin onnistumisen mahdollisuuksista ja haasteista sekä lisäselvittelyä kaipaavista asioista.

## 6.11 Aineiston analysointi

Nykyään myöskään tutkimusaineiston käsittelyn jaottelusta puhtaasti määrälliseen tai laadulliseen ei pidetä tiukasti kiinni vaan näitä molempia voi käyttää soveltaen, jos se tutkimusaineiston tuloksen ja luotettavuuden kannalta on paras ratkaisu (Saarinen-Kauppinen & Puusniekka 2006, luku 7.3.3). Aineiston analysointia voidaan tehdä teoria- tai aineistopohjaisesti, kuten tässä kehittämistyössä. Aineistopohjaisessa analyysissä kerätystä aineistosta etsitään ja tiivistetään sekä ryhmitellään kehittämistyön kannalta oleellisiin tietoihin ja muut laitetaan sivuun, mutta ei hävitetä, jotta ne olisivat käytettävissä, jos niiden antamalle tiedolle tulisivatkin käyttöä. Tutkimustuloksen muodostamaa merkityskokonaisuutta yritetään ymmärtää ryhmittelystä muodostuneiden luokittelujen, käsitteiden, ja teoreettisen mallin pohjalta. (Vilka 2021, 163–164.)

### **Asiakassegmentoinnin aineiston koonti ja asiakasprofiilikortit**

Tässä kehittämistyössä valmiista tietokannoista kerättävä aineisto koottiin Wordille ja Excel-taulukon, luoden kaikille MAPLe5 -palvelutarveluokille 1–5 oma taulukko. Vilka (2021, 97) toteaa, että valmiiden tietokantojen käyttö tutkimusaineistona ei ole nopea ja helppo tapa saada tietoa, vaan usein aineistoa joutuu muokkaamaan, jotta siitä saadaan valikoitua oikeat tiedot oman tutkimustyön etenemisen kannalta. Käytettävän aineiston luotettavuuteen vaikuttaa myös se mihin sitä on alun perin käytetty. Tässä kehittämistyössä alkuperäisen aineiston laadun takana ajatellaan olevan laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023) 17§, jossa todetaan ammattihenkilöllä olevan velvollisuus kirjata asiakkaan hoidon ja palvelun järjestämisen osalta riittävät tiedot. Kehittämistyössä määrällisellä menetelmällä haluttiin saada tulokset selkeästi luettavaan muotoon, jotta siitä nähdään mitkä erityiset piirteet asiakassegmenteissa nousevat esiin ja kuinka vahvasti. Kvantifointia käytetään, koska tulos halutaan saada selkeään numeraaliseen ja

graafiseen muotoon, josta se on helposti ja nopeasti sekä luotettavasti katsottavissa eikä ”mutu” tulkinnalle jää tilaa. Aineisto vietiin Excel-taulukkoon, analysoitiin ja tarkistettiin, että Excel-taulukosta saatiin halutut tiedot oikeissa muodoissa. (Saarinen-Kauppinen & Puusniekka 2006, luku 7.3.3.) Excel -taulukon lisäksi tietoa koottiin Wordille, johon kerättiin lukuja aiemmin esitellyistä RAI mittareiden, kysymyksen ja CAPs herätteiden pohjalta. Tässä kohdassa jokaisesta MAPLe5 -palvelutarveluokasta kerättiin samat tiedot samalla tavalla. Saatujen tietojen pohjalta teemoittelemalla luotiin asiakasprofiilikortit, joihin nostettiin kyseiselle MAPLe5 -palvelutarveluokalle 1–5 yleisimmät aineistosta nousevat ominaispiirteet ja palvelut, jotka pohjautuvat aiemmin määriteltyihin asiakassegmentoinnin kriteeristöön (Saarinen-Kauppinen & Puusniekka 2006, luku 7.3.4). Asiakasprofiilikortit ovat raportin liitteenä.

### **Kotiutusyksikön Webropol -kysely**

Webropol -kyselylomake valikoitui käyttöön, kun kotiutusyksikön henkilöstö tekee liikkuvaa vuorotyötä ja tällä tavoin toivottiin saavutettavan suurin osa yksikön työntekijöistä. Tätä puolsi myös ajatus, että palautetta ja kehittämissuhteita annetaan rohkeasti, kun vastaukset voidaan antaa anonymisti. Tässä tapauksessa tapahtui kuitenkin yksi Vilkan (2021, 94–95) esiin nostamista riskeistä, eli vastausprosentti jäi alhaiseksi, vaikka kyselyyn vastaamiseen annettiin muutama tapa ja siihen käytettävä aika oli työaikaa. Kyselyn kautta haluttiin saada selville, miten henkilöstö kokee omat valmiudet tukea vähän palveluja tarvitsevia asiakkaita heidän avuntarpeidensa mukaisesti ja mitä tietoa, keinoja tai toimintatapoja he kokivat tarvittavan, jotta pystyisivät tukemaan asiakkaita paremmin.

Vastauksi tuli siis 9 kappaletta vaikka kyselyä lähetettiin 41 henkilölle. Vastanneet olivat kuitenkin antaneet myös hyvin lisäselvennyksiä ja avointa palautetta, joten aineistoa muodostui hyvin ja näkemyksiä tuli monelta kannalta, joista saatiin nostettua esiin neljä kehittämiskohdetta, jotka esiteltiin aiemmassa kuvassa 7.

### **Henkilöstön kehittämiskokoukset**

Kehittämiskokouksissa tarjottiin henkilöstölle mahdollisuus osallistua myös teamsin välityksellä, jotta voitiin mahdollistaa kauempana olevien työntekijöiden osallistuminen tapaamiseen. Teams kokouksessa tilaisuus olisi ollut mahdollista nauhoittaa osallistujien luvalla ja käyttää teams-alustan litterointi ominaisuutta, mutta tätä mahdollisuutta ei tapaamisissa koettu tarpeelliseksi käyttää. Tapaamisilla tiedot koottiin suoraan Canva-alustalle luodulle kuusi hattua pohjalle ja kaikille asiakkaan hoitopolulle osallistuville yksiköille luotiin omat alustat ja käytiin samat teemat läpi. Aineistot yhdistettiin samankaltaisuuksien mukaan ja luotiin yhteinen näkemys suunnitteilla olevaan vähän palvelua tarvitsevien asiakkaiden - pilottiin sopivista asiakkaista, mitkä ovat hyviä asioita ja mitä pitää kehittää tai huomioida, jotta pilotti voisi onnistua. Kaikista aineistosta nousi esiin hyvin samankaltaisia asioita ja

näkökulmia, vaikka niissä olikin painotusta hieman eri asioissa. (Saarinen-Kauppinen & Puusniekka 2006, luku 7.3.4.)

## 7 Kehittämistyön tulokset

Asiakkaiden segmentoinnissa MAPLe5 -palvelutarveluokittain haettiin tietoa säännöllisen kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden avuntarpeista ja käytössä olevista palveluista ja niiden kohdentumiseen oikein, asiakkaan avuntarpeiden mukaisesti. Tuloksissa prosenttiluvut ylittävät 100 % ja tämä johtuu siitä, että RAI-tulokset on otettu RAI-järjestelmästä ja siinä on mukana kaikki aktiivisena, sillä hetkellä olleet asiakkaat. Tuloksia ja lisätietoja otettaessa muista järjestelmistä on havaittu, että asiakkaiden palveluja on päättynyt, he ovat siirtyneet toiseen palveluun tai ovat menehtyneet. Asiakkaat ovat kuitenkin jääneet aktiiviseksi RAI-järjestelmään, ja heitä ei oltu vielä syystä tai toisesta uloskirjattu. Lopullisiin tiedostojen koontiin heitä ei ole viety ja siitä johtuu virhemarginaali.

Alla olevassa taulukossa 6 on ensin kuvattu MAPLe5 -palvelutarveluokittain palveluiden ja erityisryhmien kokonaistilanteet ja sen jälkeen alle on purettu RAI-tulokset.

Segmentointi MAPLe5 -palvelutarveluokittain					
Asiakasmäärät, käytössä olevat palvelut ja erityisryhmät					
	MAPLe1	MAPLe2	MAPLe3	MAPLe4	MAPLe5
Asiakkaita yhteensä	226 (RAI 240)	137 (RAI 150)	649 (RAI 686)	677 (RAI 765)	187 (RAI 226)
Palvelua, h/kk	3178,34	2764,14	20184,64	20091,69	6904,72
Palvelua, kerta/pv	245	214	1389	1486	479
Palvelua, kerta/vko	108	42	164	125	15
Turvapalvelu	48,67 %	68,61 %	56,09 %	59,08 %	60,96 %
Ateriapalvelu	12,83 %	19,71 %	17,72 %	18,17 %	17,65 %
Kuvapuhelin	7,08 %	7,30 %	5,70 %	5,61 %	1,07 %
Lääkeautomaatti	22,12 %	10,95 %	11,09 %	14,92 %	6,95 %
Lääkehoitopalvelu	83,19 %	81,02 %	86,75 %	92,47 %	93,58 %
Alle 65-vuotiaita	10,18 %	2,19 %	6,16 %	4,43 %	1,07 %
Mielenterveys	18,14 %	16,06 %	12,94 %	13,15 %	13,90 %
Alkoholi	5,31 %	7,30 %	5,86 %	6,06 %	10,70 %
Vammaispalvelu	4,42 %	3,65 %	7,24 %	4,58 %	3,21 %
Kuntoutumisen vv	22,57 %	54,74 %	50,08 %	45,20 %	56,68 %
RAI -tuloksia					
CPS (kognitio)	MAPLe1	MAPLe2	MAPLe3	MAPLe4	MAPLe5
0	80,09 %	45,99 %	36,21 %	6,20 %	2,14 %
1	26,11 %	62,77 %	32,05 %	11,32 %	4,28 %
2			37,44 %	74,89 %	48,13 %
3				15,07 %	48,13 %
4				0,74 %	5,88 %
5				3,69 %	11,76 %
6				1,18 %	0,53 %
ADLH (perustoiminnot)					
0			34,05 %	62,04 %	35,29 %
1			35,13 %	19,79 %	37,43 %
2			16,95 %	13 %	16,04 %
3			12,63 %	9,45 %	18,72 %
4			2,77 %	4,87 %	6,42 %
5			4,01 %	2,36 %	5,88 %
6			0,15 %	1,62 %	1,07 %
IADLCH (välinetoiminnot)					
0	8,85 %	0,73 %	2,31 %	2,22 %	1,07 %
1	24,78 %	2,19 %	4,31 %	4,13 %	1,07 %
2	41,59 %	23,36 %	9,40 %	14,33 %	4,81 %
3	14,60 %	51,82 %	16,02 %	16,99 %	8,56 %
4	13,27 %	24,82 %	19,57 %	18,75 %	17,11 %
5	3,10 %	5,84 %	39,14 %	37,51 %	36,90 %
6			14,95 %	19,20 %	51,34 %
Yksinäisyys (itse ilmaistu)	29,65 %	26,28 %	26,50 %	33,97 %	40,11 %
PAIN (CAPs)	20,35 %	25,55 %	20,65 %	22,01 %	26,20 %

Taulukko 6. Aineiston koonti.

## 7.1 Käytössä olevia palveluja ja niiden jakautumista säännöllisen kotihoidon asiakassegmenttien kesken

Tutkimusaineistosta nousi esiin, että asiakkailla useimmiten käytössä olevat palvelut ovat hygieniaan, ravitsemukseen ja lääkehoitoon liittyvää apua. Kertaviikkoisissa käynneissä taustalla oli useimmiten suihkussa käymiseen liittyvää apua, mutta myös lääkehoitoon liittyvää palvelua.

Tuloksissa palvelutarveluokittain oli nähtävissä ennakkoon hiljaisena tietona tiedossa olevia eroja, mutta myös yllätyksiä löytyi. Yhdet suurimmat yllätykset nousivat esiin MAPLe5 -palvelutarveluokka 1–2 kohdalla, joissa etenkin MAPLe5 -palvelutarveluokka 1 olevien asiakkaiden suuri määrä ja se, että molemmissa MAPLe5 -palvelutarveluokissa 1–2 asiakkaat olivat täysin omatoimisia ADLH toiminnoissa. Samoissa asiakassegmenteissä myös kognitio oli hyvä tai siinä oli lieviä haasteita. MAPLe5 -palvelutarveluokassa 1 palveluja oli kokonaismäärällisesti myönnetty enemmän kuin MAPLe5 -palvelutarveluokassa 2, mutta asiakaskohtaisesti laskettuna jälkimmäisessä on myönnetty palvelua enemmän. MAPLe5 -palvelutarveluokassa 1 on selkeästi muita enemmän alle 65-vuotiaita, joilla on haasteita mielenterveyden kanssa ja myös asiakkaita, joilla on käytössä lääkeautomaatti turvaamassa lääkehoidon toteutumista, joten herää ajatus, että nämä voivat olla osaltaan selittäviä tekijöitä tämän palvelutarveluokan suureen asiakas- ja palvelumäärään verrattuna MAPLe5 -palvelutarveluokkaan 2, mutta tämän todentaminen vaatisi vielä tarkempia lisätutkimuksia.

Seuraavissa palvelutarveluokissa CPS jatkaa jakautumista odotetummalla tavalla. ADLH ja IADLCH jakautuu tasaisemmin asiakassegmenttien mukaisesti. Palvelut jakautuvat MAPLe5 -palvelutarveluokka 3–4 välillä aika tasaisesti. MAPLe5 -palvelutarveluokka 5 poikkeaa taas edellisistä ja tässä asiakasmäärä on selkeästi vähäisempää kuin edellisissä, mutta myönnettyjen palveluiden keskimääräinen tuntimäärä asiakasta kohden on suurempi. Tässä segmentissä myös viikoittaisen avun määrä on selkeästi muita vähäisempää, joka on linjassa avuntarpeen määrän kanssa. Tarkemmassa tarkastelussa tässä ryhmässä korostuu alkoholin tuomat haasteet, jolloin tähän tulokseen osaltaan vaikuttaa MAPLe5- mitarituloksen muodostuminen ja tämä osaltaan selittäisi myös kertaviikkoisten käyntien taustaa, mutta tämän asian todentaminen vaatisi vielä asiakaskohtaisia tarkempia tarkasteluja.

Lääkehoitopalvelu eli kotihoidon kautta tuleva lääkehoito on kaikissa asiakassegmenteissä todella kattavasti käytössä, ollen kaikissa yli 80 %. Tämä herättää ajatuksen, että kohden- tuuko palvelu oikein, onko avuntarve tässä todellinen vai onko kyseessä kotihoidon toimintatapa, joka määrittää tämän palvelu kattavaa käyttöä, etenkin MAPLe5 -palvelutarveluokien 1–2 kohdalla, jossa asiakkaiden kognitiossa ei ole ongelmaa tai siinä on vähäistä ongelmaa.

Turva- ja ateriapalvelu ovat aika lailla tasaisesti käytössä kaikissa asiakassegmenteissä. Ateriapalvelun käyttö kaikissa asiakassegmenteissä on kohtalaisen alhaisella tasolla, kun huomioi, että ravitsemuksen haasteet ovat yksi yleisimmästä syystä säännöllisen kotihoito palvelun käyttöön. Etäpalveluista kuvapuhelinpalvelun käyttö on vielä aika vähäistä ja se painottuu odotusten mukaisesti enemmän vähän palveluja tarvitseviin asiakkaisiin. Lääkeautomaattipalvelu on yleisemmin käytössä ja painotusta on enemmän vähäisemmässä palveluntarpeessa. Palvelukokonaisuutta tarkasteltaessa herää ajatus, että olisiko etäpalveluja mahdollista vielä tehostaa, etenkin vähäisemmissä palvelutarveluokissa.

Kuntoutumisen voimavaroja on yllättäen vähiten MAPLe5 -palvelutarveluokka 1 ja tästä herää mielenkiinto johtuuko tulos asiakkaan omasta kokemuksesta vai hoitajan näkemyksestä ja tätä olisikin hyvä tutkia enemmän, koska tässä palvelutarveluokassa voisi ajatella kuntoutumisen voimavaroja olevan eniten. MAPLe5 -palvelutarveluokka 5 tulee taas yllättäen esille siinä, että kuntoutumisen voimavaroja on eniten. Tässä palvelutarveluokassa kuntoutumisen voimavaroina voidaan ajatella olevan toimintakyvyn ylläpito eikä tavoitella edistymistä, joten tämä ajatus voi olla tässä hyvän tuloksen takana, kun taas vähäisemmässä palvelutarveluokassa tavoite voi olla toimintakyvyn paraneminen.

## 7.2 Palveluiden vastaaminen asiakkaan avuntarpeeseen ja asiakasta passivoivien palveluiden tunnistaminen

RAI-välineistön ja palveluiden yhdistämisen kautta voitiin todeta, että MAPLe5- palvelutarveluokissa 3–5 asiakkaalla käytössä olevat palvelut vastasivat paremmin avuntarvetta, kuin MAPLe5 -palvelutarveluokka 1–2 asiakkaiden kohdalla, joilla oli RAI-mittariston antamaan toimintakykyyn nähden käytössä palveluja, joihin heillä ei ollut ilmeistä RAI-mittariston kautta todentunutta avuntarvetta, kuten lääkehoito. Kotiutusyksikön Webropol kyselystä nousi esiin että, *"kaikki varmuuden vuoksi aloitetut"* ja esimerkiksi *"ravitsemuksen varmistamista"* varten aloitetut palvelut ovat asiakasta passivoivia. Vastaavasti kyselystä nousi myös esiin palveluja, joiden nähdään kohdentuvan asiakkailla oikein.

*"lääkeautomaatti, kuvapuhelin, ateriapalvelu, kauppapalvelut", "kotikuntoutus, ammattitaitoiset hoitajat", "kaikki palvelut, jos ne aloitetaan asiakkaan todelliseen tarpeeseen"*

Kotiutusyksikön Webropol kyselyn kautta henkilöstö nostaa esiin asiakkaan puolesta tekemisen, jonka yhteydessä nostettiin esiin resurssipula ja lääkehoidon hoitajille ottamisen passivoivan asiakkaita. Myös se, että asiakkaan omiin voimavaroihin ei luoteta eikä heitä kannusteta riittävästi itsenäiseen tekemiseen, nousee esiin asiakasta passivoivana tekijänä. Asiakkaan läheisten mukaan ottaminen asiakkaan arjen ja avuntarpeen määrittelyssä

nousee myös kyselyssä esiin, asiakasta tukevana voimavarana. Asiakkaalla voi olla käytössä omaisten antamaa apua, joka ei tule kysymättä esille ja siten tähän voidaan tarjota turhaan palvelua, jolle asiakkaalla ei olisi todellista tarvetta.

*"Lääkkeiden ottaminen aina hoitajan haltuun", "luovat kokeilut usein vesittyä, koska on monia työntekijöitä ja esim. kh:lla tarkat säännöt ja ohjeet, myös resurssipula", "hoitajilla erilaisia tapoja toimia, kuntouttavassa työtavassa olisi tärkeää että kaikki pyrkii siihen asiakkaan voimavara lähtöisesti", "Työotteeni lähtee siitä että asiakkaan tulee näyttää käytännössä miten jakaa lääkkeitä, pääsee liikkumaan, lämmittää ruokaa jne.", "Puolesta tekeminen testaamatta selviytykö asiakas itsenäisesti.", " Ollaan vieressä kannustamassa ja raportoimassa miten asiakas todellisuudessa pystyy toimimaan itsenäisesti.", " Käynneillä annetaan paljon tietoa hoitotarvikkeista, palveluista ja kysellään miten omaiset voivat olla asiakkaan tukena.", " Moni ei usko että osaa, mutta opettelu myötä onnistuu ja siitä saa uutta itseluottamusta."*

Webropol kyselyssä nousee esille asiakasta passivoiva toimintatapa, joka ei koske vain kotiin vietäviä palveluja vaan myös sairaalamaailmaa. Kiireeseen ja vastuuseen vedoten asiakkaalle annetaan lääkkeet hoitajan toimesta eikä häntä opeteta tai kannusteta ottamaan hoidosta itsenäisesti vastuuta, vaikka asiakkaalla ei olisi kognitiossa tai motorikassa mitään haasteita.

*"Käyntiajat lyhyitä, ei voida odottaa, että asiakas tekisi itse rauhassa.", "Lähdetään liian helposti mukaan omaisten huoleen "kyllähän täällä on käytävä hoitajien, kun jotain voi sattua...", "Usein sairaalassa opetettu "puolesta tekemisen malli", josta heitä on todella työläs opettaa siitä pois eli kannustaa oma-toimisuuteen.", "Asiakkaan halukkuus osallistua itsensä hoitoon (ei halua edes yrittää pistämistä insuliinin tai Inhixan kohdalla esimerkiksi). Yleinen hoitovastaisuus."*

Huomion arvoisena tietona tuli kaikkien asiakassegmenttien kohdalla itse ilmaistun yksinäisyyden kokemuksen ja kivun esiintyvyyden suuri määrä. Kipu on subjektiivinen kokemus ja sen vuoksi sen vertailumittaaminen on vaikeaa, kuitenkin näiden tulosten mukaan kivun hoito vaikuttaa olevan osin riittämätöntä. Yksinäisyyden kokemus on myös aina subjektiivinen ja asiakas, jolla ulkopuolisen näkemyksen mukaan näyttäisi olevan runsas lähipiiri, voi kokea itsenäyksi. Yksinäisyyden hoitoon olisi näiden tulosten mukaan tulevaisuudessa hyvä kiinnittää enemmän huomiota. Yksinäisyyden ja kivun tuntemuksen

esiintyvyyden mukaan voidaan pohtia, vastaako säännöllisen kotihoidon palvelu näihin asiakkaan tarpeisiin ja osataanko niihin kiinnittää riittävästi huomiota, jotta asiakas saisi avun näihin.

Alkoholin tuomien ongelmien kohdalla suurempi painotus on MAPLe5 -palveluntarveluokka 5:ssä. Tämän taustalla on todennäköisesti MAPLe5 -palvelutarveluokan muodostuminen. Alkoholi voi tuoda asiakkaalle haastavaa käyttäytymistä ja tällöin palveluiden suunnittelu ja toteutus vaatii erityisiä järjestelyjä sekä henkilöstöltä erityisosaamista. Kotiutusyksikön webropol -kyselyssä nousi esiin henkilöstön tarve päihde- ja mielenterveyspuolen koulutukselle, *”päihdeasiakkaat ja mielenterveyskuntoutujat”*. Tämän asiakassegmentin kohdalla on mahdollisuus, että asiakas ei saa säännöllisen kotihoidon kautta tarvitsemaansa kokonaisvaltaista apua, apua päihdeongelman hoitoon vaan hoito keskittyy alkoholin käytön tuomiin ongelmiin.

### 7.3 Palveluiden kohdentaminen yksilöllisemmin asiakkaiden tarpeiden mukaisesti

Kotiutusyksikön Webropol kyselyn mukaan palveluja voitaisiin kohdentaa yksiköllisemmin asiakkaan avuntarpeiden mukaisesti, mutta tämä tarvitsisi tuekseen henkilöstölle lisätietoa saatavilla olevista palveluista sekä koulutusta. Henkilöstö nostaa esiin kyselyssä esiin kohtia, joihin kaipaisi enemmän tietoa sekä koulutusta.

*” en tiedä riittävästi yksityisistä palveluista.” ”Toisaalta tietoa on kertynyt jo paljon. Toisaalta se, että miten järjestää kauppapalvelua asiakkaalle, jolla ei ole nettiä/ pankkitunnuksia jolla maksaa kauppaostokset. Omaishoidon tuesta ja asioista itse tarvitsisin apua.”, ”ikäihmiset / kehitysvamma”, ”avanne”, ”muitisairauden puhkeamisvaiheessa olevat hoidosta kieltäytyjät”, ”lisäkoulutusta tarvitaan aina”*

Toisaalta esiin nousee myös se, että tietoa on saatavilla, mutta tiedon käyttö ja löydettävyys nousee haasteeksi, kun pohditaan asiakkaan yksiköllinen avuntarve ja siihen vastaaminen.

*”Netistä onneksi löytyy yllättävän helposti palvelutarpeen arvioinnin piirissä olevat palvelut ja opas, josta onneksi tiedon saa hyvin”, ”Jotkut lyhyet tietois-  
kut tai kysymys/vastaus hetket yksikkömme tiimoilta vaikka teamsissa. Itse en aina ole niihin ehtinyt tai niitä hoksannut.”, ” Tärkeä tieto yhdessä paikassa ja niin että se olisi mahdollista myös ”kentällä” katsoa mobiilista.”, ”Jonkinlainen listaus sähköisesti käytössä”*

Webropol kyselyssä ja kehittämiskokouksissa nousi esille, että omaisille suunnatut tietoisuuskurssit ja omaisten mukaan ottaminen tapaamisiin edesauttaa asiakkaan motivoinnissa ja yksilöllisten palvelujen suunnittelua. Esiin nostetaan asiakkaan itsemääräämisoikeus ja mahdollisuus tehdä itse, vaikka toimintakyky olisi laskenutkin. Tässä nousee esiin se, että palvelua ei voida aloittaa ilman asiakkaan suostumusta, vaikka selkeä tarve palvelulle olisikin todennettavissa. Esiin nousee myös arviointijakson käyttö, ennen säännöllisen kotihoidon aloitusta.

*”Tietoisuuskurssit omaisille: kuntouttavaa työtä tarvitaan ja vanhuksenkin on otettava itse. Vanhuksella myös itsemääräämisoikeus: ottaako kh vai ei”, ”Kh:a edeltävä arviointijakso”, ”se, että asiakkaan lisäksi on ensikäynnillä joku läheinen. Auttaa paljon asiakkaan turvallisen ohjauksen vaikkapa muutamalla tukikäynnillä, jolloin saadaan selviteltyä ja ohjattua asiakas selviytymään itsenäisesti kotona.”, ”Asiakkaan motivaation puute. Tärkeää hoitajien motivoida asiakasta kuntoutukseen”, ”tärkeää saada omaiset/ läheiset mukaan”,*

Webropol kyselyn ja kehittämiskokousten mukaan yhteistyön tekeminen kollegoiden ja eri toimijoiden kesken sekä toisen ammattitaidon hyödyntäminen nousee tärkeään asemaan, kun henkilöstö pohtii asiakkaan yksilöllistä avuntarvetta ja siihen vastaamista. Tiedon kulku koetaan tärkeänä osatekijänä ja esiin tulee myös haasteena se, että vuorossa oleva henkilö voi olla ratkaisevassa asemassa yhteistyön onnistumiseen ja asiakkaan saaman avun määrittelyyn. Hoitajan oman luovuuden käyttäminen työssä nähdään hyvänä asiana, kun etsitään asiakkaan yksilölliseen avuntarpeeseen ratkaisua.

*”Toisten kanssa yhteistyö toimii, toisten ei... Riippuu myös työntekijästä joka vuorossa”, ”hajanaista, totuttu toimimaan itsenäisesti (siiloutuneesti)”, ”Palvelutarpeen arvioija voi nähdä asiakkaan tilanteen ihan erilaisena kuin itse taikka kollega”, ”Yhteistyö ft, sh ja koko kotiutusyksikkö.”, ”Delegoinnin osaaminen, kaikkea ei tarvitse tehdä heti, tiedon välitys, kuntouttava työote, asiakkaiden kohtaaminen”, ”tiedon kulku”, ”vastuusairaanhoitaja”, ”Voi käyttää omaa mielikuvitusta ja kokeilla vapaasti, miten tilanne voidaan ko. asiakkaan kohdalla ratkaista luovasti”, ”Minimissään 2 käyntiä tehdään asiakkaalle. Näin tulee kahden hoitajan näkemys, ja asiakas pystyy vielä varmistamaan jatkohoito ohjeita. Nähdään myös, onko käynneille tarvetta. Onko asiakas saanut mitään aamulla itse aikaiseksi”.*

Webropol kyselyssä ja kehittämiskokouksissa nousi esiin kuntouttavan työotteen merkitys ja erityisiä asiakasryhmiä, jotka voisivat hyötyä yhdessä harjoittelusta tai kuntoutuksesta.

Näin toimien asiakas voisi välttää ajautumasta säännöllisten palveluiden piiriin ja saada avun yksilöllisen tarpeen mukaan.

*” Arjenharjoittelua kaipaavat asiakkaat”, ”yksinäiset, toistuvasti akuuttiin soit-tavat asiakkaat”, ”leikkauksen / trauman jälkeiset kuntoutumiset”, ”toiminta-kyky hetkellisesti laskenut, rinnalla kulkijaa hetkeksi”, ” Lääkehoito, harjoittelu lääkkeen otossa, dosettiin jaossa / auttaminen apteekkiasioissa (mm. yh-dessä apteekkisopimuksen teko, jonka jälkeen itsenäinen toiminta voi jatkaa”, ”insuliinit, silmätipat, Klexane”, ” ruokahuolto, ohjataan, että saa ruuan lämmi-tettyä, kahvin keitettyä, tehtyä voileivät jne.”, murtuma/ kipsi, ohjataan ja au-tetaan löytämään toisenlaisia tapoja tehdä arkiset asiat”, ” Tukisukat, silmä-tippa, insuliinin aloitus, pistoshoidot, katetroinnit, haavat, avanne”, ”harjoitel-laan ruuan lämmitystä ja kahvin keittämistä”, ”ohjataan lääkkeiden jakoa”, ”mielenterveyden asiakkaat, joilla jatkuvia/ säännöllisiä sairaalassa käyntejä. Jotka tarvitsee tukea arkeen.”*

Kehittämistapaamisissa nostettiin esiin hyötyjä, joita voidaan saada yksilöllisen tarpeen mu-kaisesta ennakoivasta palvelusta. Esiin tuli myös haasteita, joita palvelun onnistumiseen liitettiin ja joita olisi hyvä tulevaisuudessa tarkastella ja huomioida palveluja kehitettäessä.

*” Asiakas saa taloudellisia säästöjä ja pystyvyyden tunnetta, itsetuntoa ”minä vielä pärjään”, ”jos jo vähän enemmän muistisairaitakin voidaan auttaa ohjauksella ja siir-tää raskaiden palvelujen aloitusta, niin tulee siitä hyötyä asiakkaalle minäpystyvyyden kasvuna ja taloudellisesti ja myös yhtymälle henkilöstöresursseissa sekä taloudelli-sesti”, ” Kuntoutusta ja mielekkäistä vuosia lisää”, ”omaisten huolta vähemmäksi”, ”pitkitetään kotihoidon alkamista”, ” verorahoja säästyy”*

*”asenne”, ”johdon tuki”, ”aika, resurssit”, ”väärä asiakasryhmä”, ” Luotto asiakkaa-seen”, ”kuka kantaa vastuun (pelko)”, ”uskallus olla asiakkaan ja omaisenkin kanssa erimieltä ja tuoda esiin, että minä näen tässä kuntoutumisen potentiaalia”, ”uskallus”, ”osattaisiin arvioida tämän hetken tilanne, eikä annettaisi tunteiden vaikuttaa päätök-seen esim. syöpäpotilaan kohdalla (kun oletus, että palvelut lisääntyvät)”*

#### 7.4 Profiilikortit ja palvelupolut

Segmentointituloksissa esiin tulleiden asioiden yleisyys esiintyvyyden pohjalta luotiin asia-kasprofiilikortit. Profiilikortteihin koottiin aineistosta saatua tietoa ja muotoiltiin se asiakkaan palveluntarvetta ja toimintakykyä kuvaavaan muotoon. Korttien avulla pystytään

hahmottamaan asiakkaiden avuntarvetta MAPLe5 -palvelutarveluokittain. Profiilikortit ovat raportin liitteenä.

Palvelupolut MAPLe5 -palvelutarveluokittain oli tarkoitus luoda saatujen tulosten pohjalta. Kuten aiemmin jo todettiin, niin tästä kuitenkin luovuttiin, kun yhtymässä on palveluittain kuvattu palveluprosessit ja tarvetta palvelupolkujen luonnille ei näin ollut.

## 8 Pohdinta ja arviointi

### 8.1 Tuotoksen arviointi

Kehittämistyön tarkoituksena oli selvittää MAPLe5 -palvelutarveluokittain säännöllisen kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden palvelutarpeet ja tarkastella käytössä olevia palveluja, siten että vastaako ne asiakkaan avuntarpeeseen. Muodostaa MAPLe5 -palvelutarveluokittain asiakassegmentit ja muodostaa heille profiilikortit sekä palvelupolut.

Kerätyt tiedot palveluista oli hyvin saatavilla Excel-taulukosta, josta sai haettua tietoa erilaisista kokoonpanoista. Kaikkia tietoja ei tähän työhön nostettu, vaan tietoja tuotiin niistä asioista, joista tietoa haluttiin tässä kehittämistyössä saada, jolloin asetettuihin kehittämiskysymyksiin saatiin vastauksia. Tietojen keräämisessä käytettiin niitä tietoja, jotka sillä hetkellä olivat järjestelmissä ja niiden oletettiin vastaavan asiakkaan todellista avuntarvetta. Tosiasiassa ainakin joidenkin asiakkaiden kohdalla tulokset eivät varmasti ole olleet ajantasaiset ja tähän on syynä se, että asiakkaan tilanteen muuttuessa asiakkaalle pitäisi tehdä uusi RAI-arviointi, päivittää hoitosuunnitelma ja hakea muutos asiakkaan palveluihin hänen sen hetkisen palvelutarpeen mukaan. Näin ei kuitenkaan todellisuudessa useinkaan pystytä toimimaan ja asiakkaan palvelut on voitu kotihoidon puolelta muuttaa kokonaan tai esim. osittain etähoivaksi, mutta muutospyyntö on jäänyt tekemättä tai asiakkaalle on haettu muutospyyntönsä kautta uudet palvelut, mutta RAI on päivittämättä. Tämä asia on ollut tiedossa, mutta asiakas määrän ollessa näin suuri oletus on, ettei se vaikuta tulokseen merkittävällä tasolla. Tuloksia on kuitenkin tarkasteltava kriittisesti ja tiedostettava myös tämän asian vaikutus taustalla.

ICD-10 koodien käyttäminen RAI-järjestelmän kautta ei ole täysin luotettavaa eikä anna todellista kuvaa tilanteesta. ICD-10 koodit eivät potilastietojärjestelmästä suoraan siirry RAI-järjestelmään, vaan arvioinnin tekijän pitää ne sinne erikseen siirtää ja jos tämä jää tekemättä, ei tulokset ole luotettavia. Toisaalta RAI järjestelmään syötetään käsin vain lääkärin potilastietojärjestelmään, joka tässä tapauksessa on terveys LifeCare määrittelemät sairauskoodit ja jos lääkäri ei tätä ole tehnyt ei arvioinnin tekijä voi tietoa siirtää, vaikka asiakkaalla olisin tiedossa oleva elämänhallintaa häiritsevä päihdeongelma. Täten voidaan todeta, että päihde- ja mielenterveysasiakkaiden nyt saadut tulokset ovat suuntaa antavia ja oletettavasti heidän määränsä asiakassegmenteissä on nyt todettua suurempi.

Asiakasprofiilikortit ovat kiteytyksiä tutkimusaineistosta saaduista tiedoista ja niiden tarkoitus on kuvata tietyn asiakassegmentin ominaispiirteitä ja palveluja. Luodut asiakasprofiilikortit ovat selkeät ja kuvaavat asiakassegmenttejä, jotka on luotu työssä saatujen tietojen pohjalta. (Tuulaniemi 2011, luku 3.)

Webproppol -kysely toteutettiin kotiutusyksikön henkilöstölle. Kyselyn ajankohta ei ollut paras mahdollinen, mutta siihen ei voitu vaikuttaa ja vastauksia saatiin kuitenkin sen verran, että kaivattuihin kysymyksiin saatiin vastaukset. Ennen kyselyn lähettämistä testattiin sitä koehenkilöillä ja muokattiin jonkin verran. Tästä huolimatta vastauksissa oli havaittavissa sitä, että vastaus annettiin hieman eri katsontakannasta kuin oli tarkoitus. Vastaukset purettiin Canva-pohjalle ja koottiin hyvää ja kehitettävää jaotteluun ja yhdistettiin samankaltaiset. Tästä vielä nostettiin mielenkiintoista ja kehitettävää kohtaan tiivistykset ja saatiin 4 kehityskohdetta. Tämä tapa ei ollut kaikista parhain, mutta toimi tässä yhteydessä riittävästi ja kehityskohteet saatiin esiin.

Henkilöstön kanssa pidettyihin kehittämistapaamisiin oli valittu henkilöstön edustus esimiesten toimesta niistä, jotka olivat halukkaita osallistumaan. Tämä mahdollisti sen, että mukana oli ne, joilla oikeasti oli halua kehittää ja ideoita, miten asioita voisi muuttaa. Keskustelut tapaamisilla oli alun epätietoisuuden jälkeen vapautunutta ja esiin nousi hyviä asioita ja myös kriittistä ajattelua ja epäilystä onnistumisen puolesta. Hyvää oli se, että esiin uskallettiin tuoda myös ne kriittiset asiat ja niitä nimenomaan tässä tarvittiin, että ne pystytään jatkossa huomioimaan. Kuusi hattua menetelmän variointi antoi kehittämistyöntekijälle raameja pitää keskustelua ja ajattelua tietystä näkökulmassa, vaikkakin tässä annettiin ajoittain hieman väljyyttä, kun ideoita ja keskustelua lähti syntymään. Ilman tätä rajausta olisi tulos ollut sekavampi ja jokin näkökulma olisi jäänyt tarkastelematta. Aika 1,5 tuntia oli näin pienille ryhmille riittävä ja jokainen pääsi ääneen. Tuloksissa huomasi, että henkilöt ovat ammattilaisia alallaan ja vastauksissa oli paljon samankaltaisuutta vaikka, niitä tarkasteltiin hieman eri näkökulmasta. Tulokset koottiin yhteen samankaltaisuuksien mukaan ja suunnitteilla olevaa ”vähän palvelua tarvitsevien asiakkaiden” -pilottiin saatiin hyviä näkökulmia sopivista asiakkaista, hyvistä puolista ja haasteista. Tuloksista on varmasti apua pilotin suunnittelussa ja edesauttaa sen onnistumista.

## 8.2 Toteutuksen arviointi

Kehittämistyön aihe tuli tiedon tarpeesta käytännön työelämän kehittämistä varten ja siten työlle oli selkeä tarve. Samalla mittakaavalla toteutettua asiakassegmentointia ei löytynyt, joten tämänkin puolesta työ oli ajankohtainen. Aiemman tutkimuksen puuttuessa ei niitä siis voitu hyödyntää siinä, kun pohdittiin mitä, mistä ja miten tietoja kerättäisiin. Pohdintojen ja kokeilujen jälkeen todettiin aineiston keräämisen valmiista RAI ja potilastietojärjestelmistä olevan ainoa ja lopulta toimivin tapa saada kerättyä halutut tiedot. Järjestelmistä ei ollut mahdollisuutta saada kaikkea tietoa valmiina raporttina ulos, vaan kerääminen vaati paljon eri järjestelmistä tiedon kasaamista. Tietojen kasaamisessa RAI-järjestelmän kautta MAPLe5 -palvelutarveluokittain haetut asiakaslistat olivat toimivin tapa käydä asiakkaita

yksitellen läpi ja kerätä tiedot yhteen listaukseen. Työtä hidasti myös tietotekniikasta johtuvat ongelmat, kun mukaan mahtui kohtalaisen paljon päiviä, jolloin tietojärjestelmät toimivat hyvin hitaasti eikä työ tuntunut edistyvän millään. Työn tekoa sujuvoitti rutiininomaisesti samassa järjestyksessä haettavat tiedot, jolloin tuli vähemmän tarvetta palata taaksepäin hakemaan saman asiakkaan kohdalta tietoja uudelleen. Tätäkin tapahtui, etenkin jos jokin asia keskeytti työn tai työ rupesi sujumaan liian rutiinilla eikä ajatus ollut ihan täysin mukana. Taukojen pitämisen tärkeys tulikin selväksi jo työn alkuvaiheessa. Tätä työtapaa ei kuitenkaan voi suositella jatkossa, etenkin näin suuressa mittakaavassa, koska työ vie kohtuuttoman paljon aikaa. Jos tätä ajattelee tällä tyylillä tehtäväksi, on hyvä pohtia useamman henkilön kokoonpanoa ja työn pilkkomista.

Excel-tilin luonti yhdessä Päijät-Hämeen hyvinvointialueen Ict-partnerin kanssa sujui mutkattomasti ja taulukko saatiin parilla etätapaamisella sellaiseen muotoon, että sitä voitiin alkaa täyttämään. Vaikka Exceliin tehtiin myöhemmin muutamia tarkennuksia, jotta siitä saatiin kaikki ne tiedot, jotka haluttiin, oli tämä työvaihe yhteistyön toimivuuden kannalta todella nopea vaihe. Itse tietojen syöttäminen Exceliin olikin sitten vaihe, joka myös vei aikaa. Alkuun kehittämistyöntekijä teki tätä yksin, mutta nopeasti todettiin, että se ei ole ajan eikä tietoihin liittyvien virheiden vuoksi järkevää. Tiedot syötettiin kaksin ikääntyneiden asiakasohjauksen asiantutijan avustuksella ja tällä saatiin työtä nopeutettua ja myös virheiden määrää minimoitua, kun toinen luetteli ja toinen näpytteli tietoja. Tietoja syöttäessä havaittiin virheitä, jotka siinä saatiin korjattua ja yhden MALPe5 -palvelutarveluokan kohdalla tehtiin kokonaan tietojen tarkastus, kun epäiltiin ja havaittiin syöttövirhe. Virheilta ei varmasti pystytty kokonaan välttymään ja ne on kuitenkin riskissä tiedostettu pieneksi kokonaisuutta ajatellen. Excel-tilin luonti osoittautui onnistuneeksi ja tulokset olivat selkeästi saatavilla ja eri yhdistelmien haku toimi onnistuneesti. Tästä saatiin onnistuneet tulokset ja selkeitä tietoja ja suuntia asiakassegmenteistä.

Profiilikorttien luonti oli lopulta ehkä helpoin vaihe, kun tietojen keräämisessä ja kasaamisessa muodostui jo selkeitä tietoja asiakkaiden käyttämistä palveluista ja avuntarpeista. Tietojen saattaminen selkään ja kuvaavaan muotoon onnistui hyvin. Profiilikortit oli alun perin kuvattu toiselle PowerPoint pohjalle ja niiden siirtäminen Päijät-Hämeen hyvinvointialueen pohjalle ei onnistunutkaan ihan helposti, mutta lopulta siirto saatiin tehtyä myös tuolle pohjalle. Tämän työn liitteenä on alkuperäiselle pohjalle luodut asiakasprofiilit, joihin on lisätty Päijät-Hämeen hyvinvointialueen logo.

Palvelupolkujen kuvaaminen todettiin tarpeettomaksi, kun tämä oli jo tehty ja tässä kohdassa oli jo tuloksista noussut esille toinen kehittämistarve. Oli hyvä, kun tieto

palveluprosessien olemassaolosta tuli esiin varhaisessa vaiheessa, eikä tähän siten käytetty turhia resursseja ja työpanos saatiin kohdennettua nopeasti uuteen suuntaan.

Tuloksissa MAPLe5 -palvelutarveluokissa 1–2 havaittiin olevan säännöllisten palveluiden piirissä paljon asiakkaita ja todettiin, että tarvittaisiin toimintatapa, jolla tämän asiakassegmentin säännöllisten palveluiden tarvetta voitaisiin paremmin arvioida ja tarpeen mukaan antaa varhaisemmassa vaiheessa tehostettua tukea. Tätä varten hyvinvointialueella päätettiin lähteä tekemään pilottia, joka kohdentuu tähän asiakassegmenttiin ja tämän kehittämistyön puitteissa lähdettiin hakemaan henkilöstöltä ajatuksia siitä mitä valmiuksia heillä on tukea vähän palvelua tarvitsevia. Mitä he ajattelevat pilotista, jossa vähän palvelua tarvitseville asiakkaille annetaan tehostetusti tukea ja opastusta, mitä hyötyä siitä olisi, mitä esteitä ja mitä pitäisi kehittää, että se onnistuisi.

Kotiutusyksikön Webproppol -kysely kohdistui huonoon ajanjaksoon, kun kesälomat olivat juuri alkaneet, mutta tähän ei voitu vaikuttaa. Kyselyyn vastaaminen pyrittiin tekemään mahdollisimman helpoksi ja sen sai tehdä netissä tai paperisena, kumpi itselle oli toimivampi tapa ja vastaaminen oli työaika. Suurin osa vastasi netissä, mutta kaksi paperista vastausta myös saatiin. Huonosta ajankohdasta huolimatta vastauksia saatiin kuitenkin sen verran, että saatiin muodostettua kuva asioista, joita pitäisi kehittää, jotta henkilöstö pystyy tukemaan ja löytämään keinoja tukea asiakkaita itsenäisemmässä arjessa. Itse kyselyssä oli kuitenkin jotain turhia toistoja ja joitain kohtia olisi pitänyt hieman enemmän pohjustaa, jotta täyttäminen olisi ollut helpompaa. Kyselystä saadut tiedot toimitettiin vähän palvelua tarvitsevien asiakkaiden -pilottia suunnittelevalle taholle, jolle niistä varmasti on hyötyä.

Henkilöstön kanssa pidetyt kehityspalaverit saatiin nopealla aikataululla onnistumaan ja esimiehet oli valinneet halukkaista edustuksen. Tapaamisiin varattiin mahdollisuus osallistua Teamsilla, mutta päätavoite oli kokoontua yhteen ja tässä pääasiassa onnistuttiin. Yksi edustaja oli Teamsin välityksellä mukana ja hän osallistui aktiivisesti käytyyn keskusteluun. Tämä henkilöstön halukkuus näkyi myös tapaamisissa, joissa saatiin hyvin aivoriihen avulla koottua tietoa ja ajatuksia Canva -pohjille. Kirjaaminen koneelle ei kuitenkaan ollut se paras tapa, kun se ajoittain keskeytti keskustelua ja jos olisi uusi tapaaminen suunniteltaisiin kirjaaminen käsin, josta ne myöhemmin siirrettäisiin koneelle. Kuusi hattua menetelmä antoi tähän omalta osaltaan hyvän suunnan sille, että keskustelut saatiin pidettyä tietyssä näkökannassa. Aineistosta saatiin kerättyä hyvä paketti annettavaksi pilotin suunnittelun tueksi.

### 8.3 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on vuodesta 1994 lähtien laatinut yhdessä tutkimusyhteisön kanssa Suomessa noudatettavan mallin hyvästä tieteellisestä käytännöstä

(HTK) ja loukkausepäilyjen käsittelystä (HTK-prosessi). Ohjeistus on päivitetty vuonna 2022 ja uusi ohjeistus on ollut käytettävissä 15.3.2023 alkaen. (TENK 2023, 6.) Hyvät tieteelliset käytännöt muodostuvat, koko tämän kehittämistyön ajan mukana kulkeneista perusperiaatteista arvostuksesta, luotettavuudesta, rehellisyydestä sekä vastuunkantamisesta (TENK 2023, 11).

Tutkimusetiikka on ollut läsnä koko tutkimusprosessin ajan ja kehittämistyöntekijä noudatti yhteisiä sovittuja pelisääntöjä ja toimii hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Ne ohjasivat kehittämistyöntekijää olemaan huolellinen, rehellinen ja avoin sekä antamaan muiden töille ja saamalleen tuelle, niille kuuluvan huomion ja arvostuksen. (Vilka 2021, 41, 49; Arene 2019, 8–9.) Opinnäytetyö on prosessi, jossa opiskelijan tulee edistää ammatillista kehittämistään, asiantuntijuuttaan sekä työelämätaitojaan ja näiden saavuttamista varten tulee hänen olla hyvin perehtynyt ja osoittaa tietämyksensä aiheesta (Arene 2019, 16–17). Toiminta, jossa tutkija tietoisesti jättää asioita selvittämättä, toimii huolimattomasti ja välipitämättömällä asenteella luokitellaan hyvän tieteellisen käytännön loukkaukseksi ja johtaa HTK-prosessiin. Tällaisia toimia ovat vilppi, sepittäminen, vääristely ja plagiointi. Toiminnan ollessa lainvastaista voi seurauksena olla lisäksi erillisiä viranomaismenettelyjä ja oikeusprosessi. (TENK 2023, 15–17.) Kehittämistyöntekijällä on taustalla tietoa RAI-järjestelmästä ja tässä kohdassa korostuikin oleellisesti se, että kehittämistyöntekijän piti tietoisesti pitää itseään tietämättömänä ja etsiä kirjattavalle tiedolle luotettava lähde, johon tieto nojaa.

Kehittämistyön tekijä oli kehittämistyön toteuttamisen ajan vuoden 2023 loppuun asti asiantuntijana Tulevaisuuden Sotokeskus -hankkeessa, mutta muutoin työskentelee asiakasohjaajan Päijät-Hämeen hyvinvointialueen ikääntyneiden asiakasohjauksessa. Työskentelysuhteiden takia kehittämistyöntekijä pohti erityisen tarkasti esteellisyyttä, eikä esteellisyyksiä tullut esiin. Kehittämistyöntekijän puolueettomuus on myös tutkimuksen kannalta tärkeä ja myös tämän vuoksi oli tärkeää tarkastella hallintolain esteellisyyssäännökset (ammattikorkeakoululaki 21 § 1 mom.) ja kehittämistyöntekijä toimi koko kehittämistyöprosessin ajan hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Tutkijan suhde tutkittavaan organisaatioon tuotiin keittämistyössä esiin, jotta tämä tieto on kaikkien tutkimuksen käyttäjien tiedossa. (Arene 2019, 16, Vilka 2021, 46.)

Kehittämistyö tehtiin Päijät-Hämeen hyvinvointialueen ikääntyneiden asiakasohjauksen toimialan kanssa, joten yhteistyösopimus tehtiin heidän kanssaan. Yhteistyösopimuksella selkeytettiin opinnäytetyöhön liittyviä asioita mm. aiheesta, ohjauksesta vastuusta, opinnäytetyönä syntyneiden tulosten omistus- ja käyttöoikeuksista ja opinnäytetyön julkisuudesta. Kehittämistyön liittyvä tutkimuslupa haettiin Päijät-Hämeen hyvinvointialueelta. (Arene 2019, 6, 26.)

Tämä kehittämistyö kohdistui aineiston keräämisen osalta henkilötietoihin ja tämän vuoksi tutkimusta tehdessä on huomiota kiinnitetty enemmän eettiseen pohdintaan, periaatteisiin ja tutkimusta ohjaavaan lainsäädäntöön. Näissä nostetaan esiin mm. yksityisyyden suoja julkaisussa, henkilötietojen käsittely tutkimuksessa, tutkittavan kohtelu ja oikeudet sekä tutkimusaineiston avoimuus. Tämän kehittämistyön raportin kirjoittamisessa, kuvissa ja liitteissä on huomioitu se, ettei tulokset ja tiedot mene liian tarkalle tasolle ja siten varmistetaan, ettei asiakkaiden tunnistamiseen ole mahdollisuutta. (Arene 2019, 9.) Tämän tutkimuksen osalta tutkimuslupaa haettaessa käytettiin Päijät-Hämeen hyvinvointialueen keväällä 2023 käytössä olevaa kaavaketta, tietosuojaseloste ja vaikuttavuusarviointi. Kaavakkeessa käsitellään poikkeaminen EU:n yleinen tietosuojasetus 2016/679 (Art 12, 13 ja 14), seloste käsittelytoimista (Art 30), tietosuojalaki 1050/2018 ja toisiolaki 552/2019.

Tämän kehittämistyön kohdalla aineisto oli Päijät-Hämeen hyvinvointialueen tietojärjestelmissä, jonne päästäkseen tarvitaan salasanat, joten tiedostot olivat hyvin salattuja ja riski tietojen päätyminen väriin käsiin oli hyvin vähäinen. RAI-ohjelmassa tutkijan omien käyttäjätunnusten taakse luodut laatumoduulitiedostot hävitetään tutkimuksen päätyttyä. Asiakkaiden tunnistettavia tietoja ei tule lopulliseen työhön, vaan muodostettavaan Excel taulukkoon nostetaan etukäteen pohdittuja ja valittuja RAI-tietoja ja potilastiedoista haetaan kotiin vietävien palveluiden asiakkaisen osalta heille myönnetty palvelut. Tietoja valitessa on pohdittu mitkä tiedot olivat oleellisia tämän kehittämistyön kannalta ja tietoja haettiin vain näiden valittujen asioiden pohjalta.

Tässä kehittämistyössä käytettiin Päijät-Hämeen hyvinvointialueen RAI-ohjelmaa ja sen tiedostoja. Päijät-Hämeen hyvinvointialue on tehnyt THL:n kanssa alilisenssisopimuksen ja siten THL:n tekemät tilastot ja kaikki organisaatiossa kerätty RAI-tieto on käytettävissä tieteilistä tutkimusta ja kehittämistyötä varten. RAI-tiedon osalta tutkimuslupahakemukseen liitetään RAI-tiedon rekisterinpitäjän Vitec Raisoft Oy:n tietosuojaseloste. Tähän kehittämistyön valittu alue on rajattu kotiin vietäviin palveluihin, jotka pitää sisällään kunnallisen ja ostopalvelukotihoidon tuottaman RAI-tiedon. RAI-tiedot haetaan ajalta 1.1-31.1.2023, jolloin saatavilla on uuden Päijät-Hämeen hyvinvointialueen RAI-tiedot. Erillistä rekisteriä ei tehdä vaan tiedot haetaan Päijät-Hämeen hyvinvointialueen RAI-tiedoista jonne tutkijalla, on jo ennestään käyttöoikeus, mutta kehittämistyötä varten käyttöoikeutta oli hieman laajennettu ja tietoa saatiin haettua laatumoduulin kautta. Kehittämistyön päätyttyä tutkijan RAI-käyttöoikeudet palautetaan omien työtehtävien vaatimusta vastaaviksi. Päijät-Hämeen hyvinvointialueen RAI-koordinaattori ohjasi RAI-tiedon hyödyntämisessä ja oli kehittämistyöntekijän työelämän ohjaaja.

Kehittämistyön luotettavuuteen vaikuttaa kaikki työn aikana tehty toiminta. Aineiston keräämisestä lopullisen työn jalkaisemiseen. Määrällisessä tutkimuksessa luotettavuuteen vaikuttaa valitun mittarin kyky mitata sitä mitä halutaan saada selville ja se, että tulos pysyy samana, vaikka mittaria käyttää joku muu kuin tutkija. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuus ei ole aivan yksiselitteinen, kun tulokseen vaikuttaa tutkijan omat valinnat ja tulkinat, joten tutkijan onkin arvioitava ja perusteltava valintansa huolellisesti, jotta luotettavuus ei kärsi. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuus saavutetaan edellisen lisäksi, kun tutkimuskohde ja tulkittu materiaali sopivat yhteen ilman oletuksia tai sattumanvaraisuuksia. (Vilkkä 2021, 193–194, 196, 202–203.)

#### 8.4 Tuotosten hyödynnettävyys ja jatkokehittämisideat

Tässä opinnäytetyössä saatiin RAI-toimintakykymittarin ja potilastietojärjestelmien kautta tietoa asiakkaiden toimintakyvystä ja heillä käytössä olevista palveluista sekä segmentoitua asiakkaat MAPLe5 -palvelutarveluokittain. Tulokset ovat vertailua varten hyödynnettävissä suunnilleen samankokoisissa ja asiakasrakenteeltaan samankaltaisilla hyvinvointialueilla, mutta ennen tähän ryhtymistä on hyvä pohtia toiminnan toteuttaminen ja tietojen saatavuus. Tietojen kokoon saaminen oli hyvin aikaa vievää ja mahdollisuus virheisiin oli koko ajan olemassa. Hyvinvointialueella on käytössä hyviä järjestelmiä, mutta nämä eivät kuitenkaan ole kaikilta osin yhteydessä keskenään ja myös tietoaltaista tietojen saaminen voi vaatia ylimääräistä työtä. Tietojärjestelmien uudistaminen ja yhteensovittaminen vaatii resursseja ja merkittäviä taloudellisia panostuksia. Tulevaisuuden tietoteknisten ratkaisujen suunnittelun tueksi olisi hyvä saada selville kuinka paljon aikaa ja resursseja säästyisi siinä, että tietojärjestelmät ovat työn kannalta sujuvat ja niistä muodostuisi selkeä ja kattava tietopaketti johtamisen tueksi. Tämä selvitystyö olisi tarpeellinen, jotta saataisiin selville, kuinka nopeasti annettu resurssi ja taloudellinen panostus tulisi kannattavaksi.

Tässä opinnäytetyössä segmentoitiin koko hyvinvointialueen säännöllisen kotihoidon asiakkuudessa 1.1.2023-31.1.2023 olleet asiakkaat ja otanta on siten hyvin suuri. Tuloksissa saatiin nousemaan asiakasprofiilit MALe5 -palvelutarveluokittain ja esiin tuli mielenkiintoisia tuloksia ja havaintoja, joiden pohjalta toimintaa voi lähteä jatkokehittämään. Isossa mittakaavassa tiedolla johtamiseen saatiin suuntaviivoja, etenkin vähän palvelua tarvitsevien kohdalla, mutta myös erityisryhmien ja palveluiden käytön suhteen. Ison organisaation pienemmissä yksittäisissä yksiköissä voitaisiin tehokkaammin seurata omia asiakassegmenttejä ja hoidon tarvetta. Tulosten perusteella asiakkailla on käytössä palveluja, joille ei ole näkyvää tarvetta ja näiden asiakkaiden tunnistaminen ja palveluiden kohdentaminen oikein tai tarpeen mukaan jopa päättäminen toisi paitsi asiakkaalle myös hyvinvointialueelle taloudellisia ja resurssi säästöjä. Nykyisen tilanteen ollessa taloudellisesti ja

henkilöstömitoitukselta tiukkaa, onkin hyvä pohtia, onko meillä varaa olla tekemättä tarkempaa analyysiä jo palveluissa olevien asiakkaidenkin kohdalla.

Saatujen tulosten pohjalta voitiin myös todeta, että suurimmalla osalla asiakkaista palvelut kohdentuvat oikein, mutta etenkin vähän palvelua tarvitsevien asiakkaiden kohdalla muiden omien palvelujen, yksityisten, julkisten ja kolmannen sektorin palveluiden sekä itse hankittavan hyvinvointi ja turvateknologian hyödyntäminen, ennen säännöllisen kotihoidon aloittamista kaipaa tehostamista. Tähän havaittuun haasteeseen hyvinvointialue aloittikin jo varhaisessa vaiheessa palveluiden uudelleen suunnittelua. Tästä nouseekin Päijät-Hämeen hyvinvointialueelle yksi jatkotutkimuksen aihe siitä, onko uudella toimintatavalla ollut vaikutusta etenkin MAPLe5 -palvelutarveluokkien 1–2 palveluiden myöntämiseen.

Asiakkaiden käytössä olevien palveluiden tarkastelussa voitiin todeta, että asiakkailla on lääkehoitopalvelu hyvin kattavasti käytössä, ihan kaikissa MAPLe5 -palvelutarveluokissa. Kaikkien asiakkaiden kohdalla avuntarvetta ei tällä osa-alueella ollut, mutta palvelu on silti alkanut. Tämä antaa hyvän suunnan sille, että kotihoidossa olevia käytäntöjä olisi hyvä tulevaisuudessa tarkastella, etenkin siltä kantilta, että onko käytössä palveluja, jotka passiivivat asiakasta eikä niille ole todellista tarvetta. Toisinaan toimintatapoja on otettu käyttöön hoitajien työtä helpottamaan, mutta tällä asialla on siis myös kääntöpuoli, jossa asiakkaalla voi olla liikaa palvelua. Tästä ei koidu vain asiakkaalle turhia kuluja vaan myös hyvinvointialueille ja tilanne pahentaa jo ennestään tiukkaa hoitaja tilannetta.

Tässä opinnäytetyössä kotihoidon erityisryhmiin nostettiin vammaispalveluiden, mielenterveys- ja päihdepalveluiden sekä alle 65-vuotiaat asiakkaat. Näille asiakasryhmille myönnetään säännöllisen kotihoidon palvelut ikääntyneiden palveluiden myöntämisperusteiden mukaisesti. Olisikin mielenkiintoista saada selville, miten näihin erityisryhmiin kuuluvat asiakkaat kokevat ikääntyneiden kotihoidon kautta saamansa palvelun ja etenkin sen kokevatko he saavansa siitä tukea ongelmaansa ja siitä selviytymiseen. Yhä nuorempia henkilöitä on mielenterveys- ja päihdeasiakkaina kotihoidossa ja etenkin tämän vuoksi olisi hyvä saada lisätietoa, ettei ajauduttaisi tilanteisiin, joissa asiakas ei saa apua todelliseen ongelmaan vaan hoidetaan oiretta ja lopulta hän saattaa nykyisellä tavalla olla kotihoidon asiakkuudessa useita vuosikymmeniä. Hyötyisivätkö erityisryhmän asiakkaat enemmän heille kohdennetusta kotihoidosta, jossa henkilöstö olisi tiettyyn suuntaukseen erikoistunut ja pystyisi antamaan erityisempää tukea asiakkaan tarpeiden mukaisesti?

Tässä yhteydessä jatkotutkimuksen aiheena nousee esiin myös ikääntyneiden kotihoidon henkilöstön osaaminen, jaksaminen ja motivoituminen työhön. Nykyisellään kotihoidon asiakkuudessa on siis hyvin moninaisia asiakkaita ja ammattitaitoa vaaditaan hyvin laajasti. Lisätutkimusta tarvittaisiin siitä, miten henkilöstö kokee nykyisen työn ja olisiko heillä

ajatuksia siitä, miten työstä voisi tulla vetovoimaisempaa ja miten omaa osaamista tai erikoistumista pääsisi käyttämään tehokkaammin. Pitäisikö kotihoidon koko toimintamallia jottenkin muuttaa, tarvitaanko tulevaisuudessa omaa kotihoitoa vammaispalveluissa ja mielenterveys- ja päihdepalveluissa ikääntyneiden kotihoidon lisäksi?

## Lähteet

- Arene ry. 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Viitattu 15.7.2023. Saatavissa [AMMATTIKORKEAKOULUJEN OPINNÄYTETÖIDEN EETTISET SUOSITUKSET 2020.pdf \(arene.fi\)](#)
- Chen, H., Chiang, R. H. L. & Storey, V. C. 2012. Business intelligence and analytics: From big data to big impact. *MIS quarterly*. Vol.36 (4), 1165–1188. Viitattu 28.6.2023. Saatavilla [Chen, H., Chiang, R.H. and Storey, V.C. \(2012\) Business Intelligence and Analytics From Big Data to Big Impact. MIS neljännesvuosittain, 36, 1165-1188. - Viitteet - Tieteellisen tutkimuksen julkaiseminen \(scirp.org\)](#)
- Dufva, M. 2020. Mega trendit 2020. Sitran julkaisuja 162. Vantaa: Erweko. Viitattu 23.8.2023. Saatavilla [Sitra Megatrendit 2020](#)
- De Almeida Mello, J., Wellens, N., Hermans, K., De Stampa, M., Cerase, V., Vereker, N., Jónsson, P. V., Finne-Soveri, H., Meehan, B. & Declercq, A. 2023. The Implementation of Integrated Health Information Systems – Research Studies from 7 Countries Involving the InterRAI Assesment System. *International journal of integrated care*. Vol.23 (1), 8–8. Viitattu 13.1.2024. Saatavissa [The Implementation of Integrated Health Information Systems - Research Studies from 7 Countries Involving the InterRAI Assessment System - PubMed \(nih.gov\)](#)
- Finto. 2020. Suomalainen asiasanasto- ja ontologiapalvelu. Viitattu 21.7.2023. Saatavissa <http://finto.fi/tt/fi/page/t90>
- Grant, R. 1996. *Strategic management journal: Toward a Knowledge-Based Theory of the Firm*. Vol.17(S2), 109–122. Viitattu 18.7.2023. Saatavissa <https://ezproxy.saimia.fi/login?&url=https://www.proquest.com/scholarly-journals/toward-knowledge-based-theory-firm/docview/225006502/se-2?accountid=202350>
- Haack, M. 2005. The knowledge Creating Company: How Japanese companies create the dynamic of innovation. *International journal of organizational analysis*. Vol. 5 (1), 101. Viitattu 19.7.2023. Saatavissa [Tietoa luova yritys: Kuinka japanilainen - ProQuest](#)
- Hawes, C., Morris, J.N., Phillips, C.D., Fries, B.E., Murphy, K. & Mor, V. 1997. Age and Ageing: Development of Nursing Home Resident Assesment Instrument in the USA. Vol. 2(S2), 19–25. Saatavissa [\(PDF\) Development of the Nursing Home Resident Assessment Instrument in the USA \(researchgate.net\)](#)
- Heikkilä, R., Havulinna, S. & Niemi, A. 2021. RAI-vertailutiedon hyödyntäminen strategiassa johtamisessa. Teoksessa: Heikkilä, R., Mäkelä, M., Havulinna, S., Hietaharju, P.,

Lind, M. & Noro, A. Valoisa tulevaisuus, RAI-vertailukehittäminen 20 vuotta Suomessa. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos raportti 9/2021. Viitattu 28.8.2023. Saatavissa [Valoisa tulevaisuus – RAI-vertailukehittäminen 20 vuotta Suomessa \(julkari.fi\)](#)

Heikkilä, R. & Kakko, K. 2021. RAI-välineistön kansallistamisen toimeenpanon tuki. Teoksessa: Heikkilä, R., Mäkelä, M., Havulinna, S., Hietaharju, P., Lind, M. & Noro, A. Valoisa tulevaisuus, RAI-vertailukehittäminen 20 vuotta Suomessa. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos raportti 9/2021. Viitattu 28.8.2023. Saatavissa [Valoisa tulevaisuus – RAI-vertailukehittäminen 20 vuotta Suomessa \(julkari.fi\)](#)

Helander, N., Ahonen, O., Houhala, K. & Jääskeläinen, A. 2020. Tiedolla johtaminen julkisella sektorilla: käytännön tapauksia eri hallinnon aloilta. Focus Localis. Vol. 48 (3), 22–42. Tampere: Painotalo plus digitals. Viitattu 20.6.2023. Saatavissa [Vol 48 Nro 3 \(2020\): Focus Localis 3 - 2020 - pdf \(journal.fi\)](#)

Heinolan kaupunki. 2017. Hyvinvointikertomus 2013–2017. Viitattu 14.1.2024. Saatavissa [Microsoft Word - Hyvinvointikertomus 2013-2017 kv 22.5.2017 \(heinola.fi\)](#)

Hyvinvointialueyhtiö Hyvil Oy. 2023. Kuntien ja hyvinvointialueen yhdyspintojen johtamisen tietopohja. Helsinki. Viitattu 29.6.2023. Saatavissa [Kuntien ja hyvinvointialueen yhdyspintojen johtamisen tietopohja \(hyvil.fi\)](#)

Innokylä.fi A. Aivorihi. Viitattu 4.2.2024. Saatavissa <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/aivorihi>

Innokylä.fi B. Kuusi hattua (Six hats). Viitattu 4.2.2024. Saatavissa [Kuusi hattua \(Six hats\) | Innokylä \(innokyla.fi\)](#)

Innokylä.fi C. 2024. Päijät-Häme: Loppuraportti. Tulevaisuuden sote-keskus -hanke 2020–2023. Viitattu 30.3.2024. Saatavissa [Loppuraportti Tulevaisuuden sote-keskus -hanke 2020-2023 0.pdf \(innokyla.fi\)](#)

InterRAI. 2024. About InterRAI. Viitattu 21.1.2024. Saatavissa: <https://interrai.org/about-interrai>

Koivisto, J., Liukko, E., Tiirinki, H. & Lyytikäinen, M. 2020. Palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrittelyn, ohjauksen ja seurannan käsikirja. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos ohjaus 11/2020. Viitattu 16.7.2023. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-581-0>

Koivisto, M., Säynäjäkangas, J. & Forsberg, S. 2019. Palvelumuotoilun bisneskirja. 1.painos. E-kirja. Helsinki: Alma Talent oy. ekirjastot.

Koppa. 2014. Tutkimusstrategiat. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 9.3.2024. Saatavissa [Tutkimusstrategiat — Jyväskylän yliopiston Koppa \(jyu.fi\)](#)

Koppa. 2014a. Laadullinen tutkimus. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 9.3.2024. Saatavissa [Laadullinen tutkimus — Jyväskylän yliopiston Koppa \(jyu.fi\)](#)

Koppa. 2014b. Valmiit dokumentit ja tuotetut dokumentit. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 9.3.2024. Saatavissa [Valmiit dokumentit ja tuotetut dokumentit — Jyväskylän yliopiston Koppa \(jyu.fi\)](#)

Laihonen, H., Hannula, M., Helander, N., Ilvonen, I., Jussila, J., Kukko, M., Kärkkäinen H., Lönnqvist, A., Mylläriniemi, J., Pekkola, S., Virtanen, P., Vuori, V. & Yliniemi, T. 2013. Tietojohdaminen. Tampere: Juvenes print. Viitattu 18.7.2023. Saatavissa [tietojohdaminen.pdf \(tuni.fi\)](#)

Laki ammattikorkeakoululaki 932/2014. Finlex. Viitattu 27.7.2023. Saatavilla [Ammattikorkeakoululaki 932/2014 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®](#)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. Finlex. Viitattu 26.7.2023. Saatavissa <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#L3>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä 703/2023. Finlex. Viitattu 28.1.2024. Saatavissa [Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen... 703/2023 - Säädökset alkuperäisinä - FINLEX®](#)

Lehtinen, T. 2018. RAI-osaamiskartoitus Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä Ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus – kehittämiskokonaisuuden toteuttamissuunnitelma. Viitattu 18.1.2024. Saatavissa [Sisäisten kehittäjien valmennus docx .pdf \(tarkeissatoissa.fi\)](#)

Leskelä, R-L., Haavisto, I., Jääskeläinen, A., Helander, N., Sillanpää, V., Laasonen, V. Ranta, t. & Torkki, P. 2019. Tietojohdaminen ja sen kehittäminen: tietojohdamisen arviointimalli ja suosituksia maakuntavalmistelun pohjalta. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2019:42. Viitattu 29.6.2023. Saatavissa [Tietojohdaminen ja sen kehittäminen: tietojohdamisen arviointimalli ja suosituksia maakuntavalmistelun pohjalta \(valtioneuvosto.fi\)](#)

Lind, M., Noro, A., Havulinna, S. & Mäkelä, M. 2020. Kognitio ja iäkkään asiakkaan osallistuminen RAI-arviointiinsa. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 7.1.2023. Saatavissa [SLL402020-2067.pdf \(julkari.fi\)](#)

Metsälä, A. 2020. Vaikuttavuustiedon hyödyntäminen vanhuspalvelun päätöksenteossa. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Kuopio. Viitattu 20.6.2023. Saatavissa [urn nbn fi uef-20200428.pdf](#)

- Mäkelä, M. 2021. Miten hyötyä RAI-tiedosta. Teoksessa: Heikkilä, R., Mäkelä, M., Havulinna, S., Hietaharju, P., Lind, M. & Noro, A. Valoisa tulevaisuus, RAI-vertailukehittäminen 20 vuotta Suomessa. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos raportti 9/2021. Viitattu 2.8.2023. Saatavissa [Valoisa tulevaisuus – RAI-vertailukehittäminen 20 vuotta Suomessa \(julkari.fi\)](#)
- Niemelä, M., Kaartinen, J., Siira, T., Niskasaari, E., Anttila, H. & Vuokko, R. 2023. Kotona asumista tukevat teknologiat ikäihmisille – KATI-viitearkkitehtuuri. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2023:32. Helsinki: Valtioneuvoston julkaisuarkisto Valto. Saatavissa [Kotona asumista tukevat teknologiat ikäihmisille : KATI-viitearkkitehtuuri - Valto \(valtioneuvosto.fi\)](#)
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2015. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3.–4. painos. E-kirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Pesonen, T., Väisänen, V., Corneliusson, L., Ruotsalainen, S., Sinervo, T. & Noro, A. 2022. Asiakkaiden saama hoitoaika suhteessa asiakkaan palveluntarpeeseen ikäihmisten palveluissa: tuloksia aikamittaushankkeesta. THL- tutkimuksesta tiiviisti 37/2022. Viitattu 11.9.2023. Saatavissa [Asiakkaiden saama hoitoaika suhteessa asiakkaan palvelutarpeeseen ikäihmisten palveluissa - tuloksia Aikamittaushankkeesta \(julkari.fi\)](#)
- Päijät-Hämeen hyvinvointialue. 2023. Tietoa hyvinvointialueesta. Viitattu 23.7.2023. Saatavissa <https://www.paijatha.fi/tietoa-hyvinvointialueesta/>
- Päijät-Hämeen hyvinvointialue. 2023a. Hyvinvointialue- strategia 2023-2025. Viitattu 24.7.2023. Saatavissa [Paijat-Hameen hyvinvointialue strategia.pdf \(paijatha.fi\)](#)
- Päijät-Hämeen hyvinvointialue. 2023b. Ikääntyneiden palveluiden järjestämissuunnitelma. Viitattu 6.1.2023. Saatavissa [PowerPoint-esitys \(tweb.fi\)](#)
- Päijät-Sote. 2023. Ikääntyneiden asiakasohjaus. Viitattu 23.7.2023. Saatavissa <https://paijat-sote.fi/apua-ja-tukea-arkeen/ikaantyneille-siirto/ikaantyneiden-asiakasohjaus/>
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 10.9.2023 ja 9.3.2024. Saatavissa [KvaliMOTV - Sisällys \(tuni.fi\)](#)
- Salonen, K, Eloranta, S, Hautala, T & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 108. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 2.8.2023. Saatavissa <https://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>

Siitonen, A-M. 2020. Tietojohtamisen merkitys kotihoidon toiminnassa. Pro gradu - tutkielma. Vaasan yliopisto. Vaasa. Viitattu 19.6.2023. Saatavissa [Tietojohtamisen merkitys kotihoidon toiminnassa: Näkökulmana RAI-tiedolla johtaminen \(uwasa.fi\)](https://www.uwasa.fi/tietojohtamisen-merkitys-kotihoidon-toiminnassa)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelma. Viitattu 24.7.2023. Saatavissa [Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus ohjelma - Sosiaali- ja terveysministeriö \(stm.fi\)](https://stm.fi/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus-ohjelma)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2024. Laatusuositus aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen ja kestävien palveluiden turvaamiseksi 2024–2027. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 23.3.2024. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5436-6>

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Finlex. Viitattu 11.1.2024. Saatavissa [Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX ®](https://www.finlex.fi/lainsaadanto/ajantasainen-lainsaadanto/finlex/1301/2014)

Suomisanakirja. Viitattu 31.7.2023. Saatavissa <https://www.suomisanakirja.fi/segmentti>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2023. Tietoa RAI-järjestelmästä. Viitattu 21.7.2023. Saatavissa [Tietoa RAI-järjestelmästä - THL](https://thl.fi/tietoa-rai-jarjestelmasta)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2023a. Kotihoidon tietojen tiedonkeruu. Viitattu 11.9.2023. Saatavissa [Kotihoidon tietojen tiedonkeruu - THL](https://thl.fi/kotihoidon-tietojen-tiedonkeruu)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2023b. Muuttuvat vanhuspalvelut. Viitattu 9.9.2023. Saatavissa [Muuttuvat vanhuspalvelut - THL](https://thl.fi/muuttuvat-vanhuspalvelut)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2023c. RAI-tiedolla johtaminen. Viitattu 21.7.2023. Saatavissa [RAI-tiedolla johtaminen - THL](https://thl.fi/rai-tiedolla-johtaminen)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2023d. RAI-arviointi asiakastyössä. Viitattu 21.7.2023. Saatavissa [RAI-arviointi asiakastyössä - THL](https://thl.fi/rai-arviointi-asiakastyossa)

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2023e. Sotkanet, tilasto- ja indikaattoripankki. Viitattu 10.12.2023. Saatavissa <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szbysLbQt9a1dLe29AAA&region=szb3sjZysjYJAgA=&year=sy5zsTbS0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.1.1&buildTimestamp=202309010633>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2023f. THL:n RAI-kouluttajakoulutus. Viitattu 24.2.2024. Saatavissa [THL:n RAI-kouluttajakoulutus - THL](https://thl.fi/thl-fi/rai-kouluttajakoulutus)

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2023g. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Päijät-Hämeen hyvinvointialueella: Alueellinen asiantuntija-arvio, syksy 2023. Päätösten tueksi 29/2023. Viitattu 7.12.2023. Saatavissa <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-185-6>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2023h. Sote- asiakastiedon laatu. Viitattu 24.3.2024. Saatavissa [Sote-asiakastiedon laatu - THL](#)

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2024. Sotkanet, tilasto- ja indikaattoripankki. Viitattu 16.1.2024. Saatavissa [Tulostaulukko - Sotkanet.fi, Tilasto- ja indikaattoripankki](#)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2024a. Näin otat RAI-järjestelmän käyttöön. Viitattu 7.3.2024. Saatavissa [Näin otat RAI-järjestelmän käyttöön - THL](#)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2024b. Sote- tietopohja. Viitattu 24.3.2024. Saatavissa [Sote-tietopohja - THL](#)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2024c. Sote- tiedonhallinnan kehittämisenäkymiä. Viitattu 24.3.2024. Saatavissa [Sote-tiedonhallinnan kehittämisenäkymiä - THL](#)

Tilastokeskus. 2021. Syntyvyys ei ole Suomessa ikärakenteen kannalta riittävällä tasolla. Viitattu 25.7.2023. Saatavissa [https://www.stat.fi/til/vaenn/2021/vaenn\\_2021\\_2021-09-30\\_tie\\_001\\_fi.html](https://www.stat.fi/til/vaenn/2021/vaenn_2021_2021-09-30_tie_001_fi.html)

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. uudistettu painos. Tampere: Juvenes Print.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 25.7.2023. Saatavissa [https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje\\_2023.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf)

Tuulaniemi, J. 2011. Palvelumuotoilu. 4. painos. Viitattu 5.1.2024. Helsinki: Talentum Media Oy. Saatavissa [Palvelumuotoilu, Juha Tuulaniemi, Talentum Oyj | Booky.fi](#)

Työ- ja elinkeinoministeriö. 2023. Työelämää kehitetään yhteistyössä. Viitattu 24.7.2023. Saatavilla [Työelämän kehittäminen - Työ- ja elinkeinoministeriön verkkopalvelu \(tem.fi\)](#)

Valtioneuvosto. 2023. Vahva ja välittävä Suomi – Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelma 20.6.2023. Valtioneuvoston julkaisuja 2023:58. Viitattu 23.8.2023. Saatavissa [Vahva ja välittävä Suomi : Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelma 20.6.2023 \(valtioneuvosto.fi\)](#)

Vilka, H. 2021. Tutki ja kehitä. 5. päivitetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

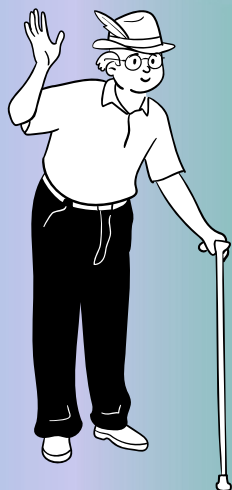
## Liite 1. Asiakasprofiilikortit



## KOTIHOIDON SEGMENTOINTI

RAI - MITTARISTON AVULLA  
LUODUT ASIAKASPROFIILIT

### Maple 1, vähäinen palveluntarve



Asiakkaan kognitio on hyvä tai siinä on pientä ongelmaa. Asiakas tarvitsee muistuttelua mm. lääkehoitoon ja riittävään ravitsemukseen.

Arjen perustoiminnoista asiakas selviytyy itsenäisesti. Avuntarvetta kuitenkin esiintyy mm. tukisukkien laitossa, katetroinneissa, avanteiden ja haavojen hoidossa

Arjen välineellisissä toimissa on lievää haasteita ja tarvitsee läheisten tai ulkopuolista apua selviytyäkseen päivittäistä askareista. Haasteita on useimmiten ravitsemuksen ja turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa sekä isommissa siivouksissa sekä asioinneissa.

Arkeen haasteita tuovat myös kipu, mielenterveyden ja päihteiden tuomat ongelmat, joiden hallintaan asiakas tarvitsee apua.

Hyötyisi fyysisestä ja sosiaalisesta kuntoutuksesta, jossa etsitään keinoja ja välineitä itsenäisen selviytymisen tueksi.



## Maple 2, lievä palveluntarve



Kognition haasteet lisääntyneet ja tarvitsee enemmän muistia tukevia apuvälineitä ja omaisten tai hoitajan ohjausta ja tukea riittävän ravitsemuksen ja oikean lääkehoidon toteutumiseen. Ateriapalvelusta hyötyy ravitsemuksen tukena.

Arjen perustoiminnoista selviytyy itsenäisesti. Avuntarvetta kuitenkin esiintyy tukisukkien laitossa, katetroinneissa, avanteiden ja haavojen hoidossa.

Arjen välineellisissä toimissa haasteet lisääntyneet ja tarvitsee enemmän läheisten tai ulkopuolista ohjausta ja apua selviytyäkseen päivittäistä askareista. Haasteita on useimmiten ravitsemuksen ja turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa sekä isommissa siivouksissa sekä asioinneissa.

Arkeen haasteita tuovat myös lisääntyneet kivut sekä mielen terveyden ja päihteiden tuomat ongelmat, joiden hallintaan asiakas tarvitsee apua.

Hyötyy fyysisestä ja sosiaalisesta kuntoutuksesta, jossa etsitään keinoja ja välineitä itsenäisen selviytymisen tueksi.



## Maple 3, kohtalainen palveluntarve

Kognition haasteet lisääntyneet ja tarvitsee muistia tukevien apukeinojen lisäksi useammin läheisten tai hoitajan apua riittävän ravitsemuksen ja oikean lääkehoidon toteutumiseen. Hyötyy edelleen digi- ja tukipalveluista, etenkin ateriapalvelun tuesta ravitsemuksessa.

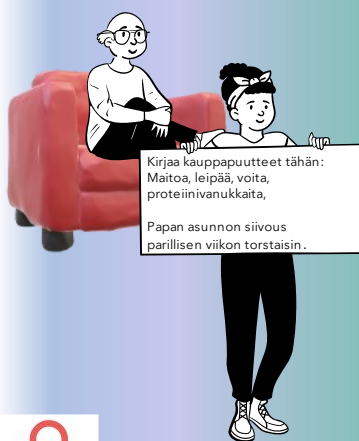
Arjen perustoiminnoissa avuntarve on lisääntynyt. Riittävän hygienian hoitoon tarvitsee päivittäistä tai kertaviikkoista muistutusta ja läheisten tai hoitajan ohjausta ja apua. Avuntarvetta esiintyy myös tukisukkien laitossa, katetroinneissa, avanteiden ja haavojen hoidossa.

Arjen välineellisissä toimissa haasteet lisääntyneet ja tarvitsee usein läheisten tai ulkopuolista apua selviytyäkseen päivittäistä askareista. Haasteita on useimmiten ravitsemuksen ja turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa, taloudellisten asioiden hoidossa sekä isommissa siivouksissa ja asioinneissa kodin ulkopuolella.

Arkeen haasteita tuovat myös kivut sekä mielen terveyden ja päihteiden tuomat ongelmat, joiden hallintaan asiakas tarvitsee apua.

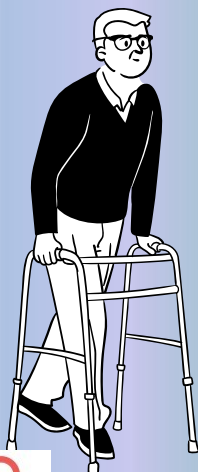
Hyötyy fyysisestä ja sosiaalisesta kuntoutuksesta, jossa etsitään keinoja ja välineitä itsenäisen selviytymisen tueksi.

Monipalveluasiakkaiden ja omaishoidettavien määrä kasvanut ja hyötyvät palveluiden koordinoinnista ja selkeistä palvelusuunnitelmista.



## Maple 4, suuri palveluntarve

Kognition haasteet lisääntyneet, mutta ne painottuen lievään ja keskivaikeaan kognition heikkenemiseen. Tarvitsee muistia tukevien apukeinojen lisäksi enemmän läheisten tai hoitajan apua riittävän ravitsemuksen ja oikean lääkehoidon toteutumiseen. Hyötyy edelleen digi - ja tukipalveluista, etenkin ateriapalvelun tuesta ravitsemuksessa.



Arjen perustoiminnoissa avuntarve on lisääntynyt. Riittävän hygienian hoitoon tarvitsee päivittäistä muistutusta ja läheisten tai hoitajan ohjausta ja apua. Liikkumisen vaikeuksien ja turvallisuuden vuoksi parikäyntien tarve on lisääntynyt.

Arjen välineellisissä toimissa haasteet lisääntyneet ja tarvitsee usein läheisten tai ulkopuolista apua selvytyäkseen päivittäistä askareista. Haasteita on useimmiten ravitsemuksen ja turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa, taloudellisten asioiden hoidossa sekä isommissa siivouksissa ja asioinneissa kodin ulkopuolella.

Arkeen haasteita tuovat myös kivut, yksinäisyyden kokemus sekä mielen terveyden ja päihteiden tuomat ongelmat, joiden hallintaan asiakas tarvitsee apua.

Hyötyy fyysisestä ja sosiaalisesta kuntoutuksesta, jossa etsitään keinoja ja välineitä itsenäisen selvytyksen tueksi

Monipalveluasiakkaiden ja omaishoidettavien määrä kasvanut ja hyötyvät palveluiden koordinoinnista ja selkeistä palvelusuunnitelmista.



## Maple 5, erittäin suuri palveluntarve

Kognition haasteet lisääntyneet painottuen lievään ja keskivaikeaan kognition heikkenemiseen. Tarvitsee muistia tukevien apukeinojen lisäksi läheisten tai hoitajan apua riittävän ravitsemuksen, hygienian ja oikean lääkehoidon toteutumiseen. Hyötyy edelleen digi - ja tukipalveluista.



Arjen perustoiminnoissa avuntarve on lisääntynyt. Riittävän hygienian hoitoon tarvitsee päivittäistä muistutusta ja läheisten tai hoitajan ohjausta ja apua. Kotihoidon käyntejä kertaviikkoisesta avusta 1 -5 kertaan päivässä. Liikkumisen vaikeuksien ja turvallisuuden vuoksi parikäyntien tarve on lisääntynyt.

Arjen välineellisissä toimissa haasteet lisääntyneet ja tarvitsee usein läheisten tai ulkopuolista apua selvytyäkseen päivittäistä askareista. Haasteita on etenkin ravitsemuksen ja turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa, taloudellisten asioiden ja kodin hoidossa sekä asioinneissa kodin ulkopuolella.

Arkeen haasteita tuovat myös yksinäisyyden kokemus, kivut sekä mielen terveyden ja päihteiden tuomat ongelmat, joiden hallintaan asiakas tarvitsee apua.

Hyötyy kuntoutuksesta, jossa ylläpidetään asiakkaan päivittäistä toimintakykyä.

Monipalveluasiakkaiden ja omaishoidettavien määrä kasvanut ja hyötyvät palveluiden koordinoinnista ja selkeistä palvelusuunnitelmista.

