

Kirsi Hynninen

# JOROISTEN KOTIHOIDON KOHDEN- NUSTEHOKKUUDEN TARKASTELU

Opinnäytetyö  
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen (YAMK)

2017



**Kaakkois-Suomen  
ammattikorkeakoulu**

Tekijä/Tekijät	Tutkinto	Aika
Kirsi Hynninen	Sosionomi (ylempi amk)	Toukokuu 2017
<b>Opinnäytetyön nimi</b> Joroisten kotihoidon kohdennustehokkuuden tarkastelu		46 sivua 2 liitesivua
<b>Toimeksiantaja</b> Varkauden sosiaali- ja terveyskeskus		
<b>Ohjaaja</b> Päivi Lifflander		
<b>Tiivistelmä</b> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia Joroisten kotihoidon kohdennustehokkuuden toteutumista. Tavoitteena oli selvittää kotihoidon asiakkaan saaman palveluajan suhdetta suunniteltuun palvelu-aikaan sekä tarkastella lähihoitajien työajan kohdistumista asiakastyössä RAVA®-luokittain. RAVA®-luokat ovat viitteellisiä arvoja, joilla kuvataan asiakkaan avuntarvetta.</p> <p>Tutkimuksen lähestymistapa oli kvantitaavinen eli määrällinen. Aineistona käytettiin sekundääristä dataa Joroisten kotihoidon asiakkaista: säännöllisten kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien suunniteltuja palvelumääriä, lähihoitajien tuottamia asiakaskohtaisia käyntimääriä sekä asiakaskohtaista välitöntä työaika ja RAVA-poikkileikkaustutkimuksen aineistoa. Tutkimus kohdistui 96 (N=96) säännöllisen kotihoidon asiakkaan kotihoitoa koskeviin tilastollisiin aineistoihin. Tilastolliset aineistot kerättiin kotihoidon käytössä olevista tietojärjestelmistä. Aineistoa analysoitiin Excel 2013 -ohjelmaa apuna käyttäen. Tuloksia kuvattiin taulukoiden ja kuvien avulla. Tulosten merkitsevyyttä testattiin tilastomenetelmin.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan kotihoidon asiakkaiden saama palvelu-aika toteutui pääsääntöisesti määrällisesti ylittäen suunnitellun palveluajan. Tulosten mukaan kotihoidon lähihoitajien työaika kohdentui hoidonporrastuksen mukaisesti RAVA-luokittain. Tutkimuksen mukaan Joroisten kotihoidon palvelut ovat tuotettu kohdennustehokkaasti. Horisontaalinen kohdennustehokkuus toteutuu asiakkaalle suunnitellun ja hänen saamansa palveluajan suhteessa sekä vertikaalinen kohdennustehokkuus toteutuu palvelujen oikein kohdennuksena eniten hoitoa ja hoivaa tarvitseville asiakkaille.</p> <p>Toiminnan ohjaaminen ja johtaminen tutkitun tiedon avulla kehittää toimintaa vastaamaan asiakkaiden hoidon- ja palveluntarpeeseen. Tutkimuksen tuottamia tuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa palveluverkoston ja rakenteen suunnittelussa.</p>		
<b>Asiasanat</b> kotihoito, RAVA®-toimintakykymittari, kohdennustehokkuus		

<b>Author (authors)</b>	<b>Degree</b>	<b>Time</b>
Kirsi Hynninen	Masters of Social Services	May 2017
<b>Thesis Title</b> Examining Target Efficiency at Home Care in Joroinen municipality		46 pages 2 pages of appendices
<b>Commissioned by</b> Varkaus Social and Health Care Centre		
<b>Supervisor</b> Päivi Lifflander		
<p><b>Abstract</b></p> <p>The purpose of this study was to study targeting efficiency at home care in Joroinen municipality. The goal was investigate the relationship between the service time and the planned service time for the home care client, as well as to look at the working hours of the nursing staff in client work in the RAVA® category. The RAVA® categories are indicative values that describe a client's need for help.</p> <p>The approach of the study was quantitative. The secondary data used on Joroinen home care clients, included the planned service levels of regular home care clients' care and service plans, the client-specific visits by practical nurses, and the client-specific immediate working time and the RAVA cross-sectional research material. The study focused on 96 (N = 96) regular home care statistics for a regular home care client. The statistical data was collected from the information systems which were used in home care. The material was analyzed using the Excel 2013 program. The results were described using tables and images. The significance of the results was tested by statistical methods.</p> <p>According to the results of the research, the service time received by home care client was mostly quantitatively exceeded the planned service time. Furthermore, the working hours of home care nurses were allocated according to the treatment classification according to RAVA. According to the study, Joroinen home care services have been produced in a targeted manner. Horizontal targeting efficiency is realized in relation to the client's planned and received service time, and vertical targeting efficiency is achieved by correctly targeting services to the clients who needed most care.</p> <p>Controlling and managing the activity with the studied data helps to develop the services to meet client care and service needs. The results of the study can be used in the future to design the services.</p>		
<p><b>Keywords</b> home care, RAVA®-functional meter, targeting efficiency</p>		

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS .....	7
3	VÄESTÖN IKÄÄNTYMINEN JA PAVELUTARPEEN ARVIONTI .....	9
3.1	Ikääntyneiden määrän lisääntyminen ja väestöennuste .....	9
3.2	Hoidon- ja palveluntarpeen arviointi .....	11
3.3	Hoito- ja palvelusuunnitelma .....	12
4	KOTIHOIDON KOHDENNUSTEHOKKUUDEN ARVIOINTI TIEDOLLA JOHTAMISEN VÄLINEENÄ .....	13
4.1	Kotihoito .....	13
4.2	Tuottavuus ja kustannustehokkuus .....	14
4.3	Palvelujen tuottavuus .....	16
4.4	Kohdennustehokkuus.....	17
4.5	RAVA®-mittari.....	18
4.6	Välitön asiakastyöaika kotihoidossa .....	19
4.7	Tiedolla johtaminen .....	22
5	OPINNÄYTETYÖ TARKOITUS JA TAVOITE .....	23
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	24
6.1	Metodologiset lähtökohdat .....	24
6.2	Tutkimusaineiston keruu .....	25
6.3	Aineiston analyysi.....	28
7	TULOKSET .....	29
7.1	Tutkimusaineisto .....	29
7.2	Horisontaalinen kohdennustehokkuus.....	30
7.3	Vertikaalinen kohdennustehokkuus.....	31
8	POHDINTA.....	35
8.1	Tulosten tarkastelu .....	35

8.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus .....	37
8.3	Johtopäätökset ja kehittämishaasteet .....	38
	LÄHTEET.....	40
	LIITTEET	
	Liite 1 Tutkimuslupa	47

## 1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö liittyy Joroisten kunnan vanhusten kotiin annettavien palvelujen järjestämisen kokonaisuuteen. Opinnäytetyön aihe, kotihoitopalvelun kohdennustehokkuus, on noussut viime päivinä taas tarkastelun alle niin valtakunnallisesti kuin kuntatasolla. Esimerkiksi Ylen esittämässä dokumentissa nousi esille (2016) niin kotihoidon laatu, tarkoitus sekä kustannustehokkuuskin.

Sosiaali- ja terveysalan tavoitteita, asenteita ja arvoja ohjaavat EU:n laatimat poliittiset ohjelmat ja lainsäädäntö. Näihin EU-ohjeistuksiin pohjaavat valtion poliittiset ratkaisut, jotka puolestaan ohjaavat toimintayksiköiden, kuntien ja yritysten toimintaa ja tavoitteita. (Rissanen & Lammintakainen 2011, 40–46.) Johtamisen kytkeminen yrityksen tai kunnan strategiaan johtamisjärjestelmiin sekä menetelmiin luo pohjan tavoitteille, jotka toiminnalle on asetettu (Elo ym. 2012, 11).

Suomessa on tällä hetkellä käynnissä historiallinen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen ja tuottamisen uudelleen organisointi. Uudistuksen tarkoituksena on jakaa Suomi 18 itsehallintoalueeseen, joista 15 järjestää tulevaisuudessa kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Uudistuksessa tullaan tarkastelemaan jokaisen itsehallintoalueen tuottavuutta ja määrittelemään palvelutaso. (Valtioneuvosto 2015.) Tässä tarkastelussa nousee esille tuotettujen palveluiden kohdennustehokkuus yhtäläillä kustannustehokkuuden kanssa.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b, 10–19) korostaa asiakkaan mahdollisuutta valita kotihoitopalveluiden tuottaja riippuen siitä onko palveluntarve tilapäistä vai säännöllistä. Lakiesityksen mukaan palvelutuottajina voivat olla maakunnallinen sosiaali- ja terveyskeskus, maakunnallinen liikelaitos tai yksityinen palveluntuottaja. Lakiesityksen henki on kuitenkin asiakkaan valinnanvapautta korostava ja ohjaa tämän hetkisiä kunnallisia palveluja markkinatalouden piiriin liikelaitostamisen ja yhtiöittämisen kautta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella kunnallisesti Joroisten kotihoidossa tuotetun kotihoidon palvelun kohdennustehokkuutta. Työssä tutkitaan, miten kotihoidon tuottama hoito- ja palveluaika kohdistuu hoidonporras- tuksessa käytetyn RAVA®-luokituksen mukaan, saako asiakas hänelle hoito- ja palvelusuunnitelmassa palvelutarpeen perusteella määritellyn ajan palvelua sekä onko lähihoitajien työaika kohdistettu keskimääräisesti RAVA®-luokitus- ten mukaisesti. RAVA®-toimintakykymittarilla mitataan iäkkäiden henkilöiden toimintakykyä ja palveluntarvetta. RAVA®-luokat ovat viitteellisiä arvoja, joilla kuvataan asiakkaan avuntarvetta. Mittauksen antamaa tietoa voidaan käyttää arvioitaessa iäkkään henkilön toimintakykyä ja avuntarvetta. (Finnish Consul- ting Group 2015.) Tässä opinnäytetyössä ei käsitellä asiakkaan kokemaa pal- velun laatua tai asiakkaan omaa panosta palvelujen tuottamiseen.

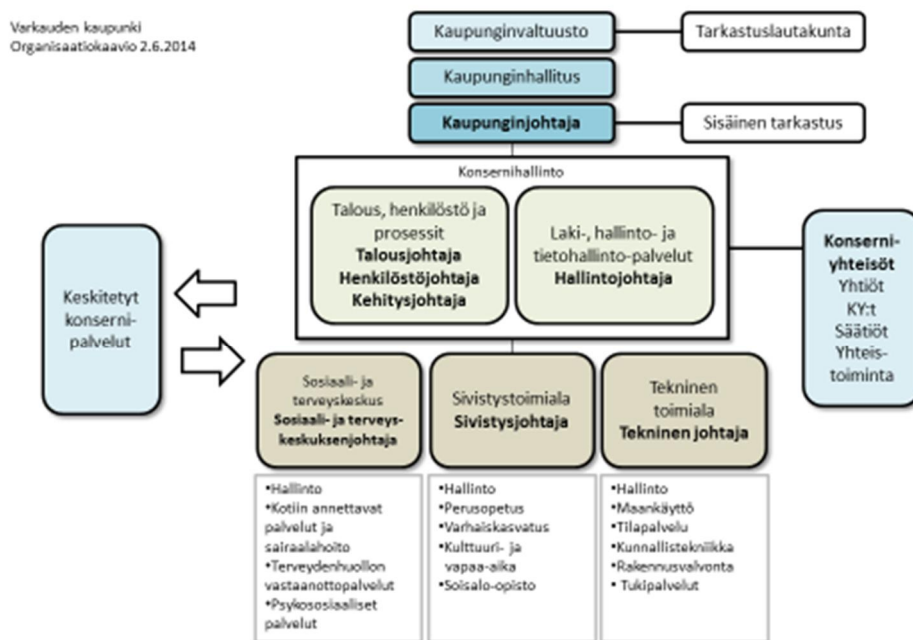
Tutkimuksen tuottaman tiedon avulla on tarkoitus kehittää Joroisten kotihoidon palvelujen kohdennustehokkuutta. Tutkimuksellisen tiedon tarkastelu jää usein toisarvoiseksi asiaksi toimintojen ja palveluiden päivittäisessä johtamisessa. Tutkijan tavoitteena on tulevaisuudessa pystyä hyödyntämään tämän tutki- muksen antamaa tietoa tiedolla johtamisen välineenä muutoksen johtami- sessa sekä saada aikaiseksi toistettavissa oleva kohdennustehokkuuden tar- kastelumalli.

## **2 TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS**

Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta on ollut voimassa 10 vuotta. Lain perusajatuksena oli palvelurakenteen uudistaminen ja vahvistaminen tuotta- malla palveluja yksittäistä kuntaa laajemmalle väestöpohjalle sekä lisäämällä kuntien yhteistoimintaa. Laissa määritellään perusterveydenhuollon ja sosiaa- lihuollon järjestämisalueen riittäväksi väestöpohjaksi 20 000 asukkaan minimi- vaatimus. Mikäli kunnassa on riittävästi asukkaita, voi kunta järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut itsenäisesti tai yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa. (Laki kunta ja palvelurakennemuutuksesta 2007/169.)

Joroisten kunnan asukasluku on ollut lain voimaantulon jälkeen pysyvästi alle laissa määritellyn minimirajan. Lain voimaantulon jälkeen, vuosina 2008–

2012, Joroinen järjesti sosiaali- ja terveyspalvelut yhdessä Juvan ja Rantasalmen kanssa muodostaen JJR-allianssin. Vuoden 2013 alusta lähtien Joroisten kunta on muodostanut sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteistoiminta-alueen Varkauden kaupungin kanssa antaen tuottamis- ja järjestämisvastuun Varkaudelle.



Kuva 1. Varkauden kaupungin organisaatio (Varkauden kaupunki 2014).

Varkauden kaupungin organisaatio jakautuu (kuva 1) mukaisesti kolmeen eri toimialaan: sosiaali- ja terveystoimialaan, sivistystoimialaan ja tekniseen toimialaan. Joroisten kotihoito sijoittuu organisaatiossa kotiin annettavien ja laitoshoidon palvelujen alaisuuteen. Organisaatorakenne on sosiaali- ja terveyspalvelujen osalta Varkauden kanssa yhtenäinen operatiivisella ja hallinnollisella tasolla Joroisten kuitenkin ohjatesa palvelujen tuottamista rahoittajan roolissa. Tästä johtuen opinnäytetyön on periaatteessa kaksi toimeksiantajaa: Joroisten kunta ja Varkauden sosiaali- ja terveyskeskus.

Joroisten kunnan strategiaan on kirjattu sosiaali – ja terveyspalvelujen strategiseksi tavoitteeksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen säilyvän lähialueina kaikenikäisille kuntalaisille (Joroisten kunta 2015a, 9). Joroisten kotihoito toiminnallisten tavoitteiden tehtävä on tukea kunnan strategiaan kirjattuja



tavoitteita. Kotihoidon toiminnallisia tavoitteita vuodelle 2016 olivat kuntalaisten kotihoidon mahdollistaminen, vanhuspalvelulain mukaisen moniammatillisen vanhustenhuollon takaaminen, teknologian hyödyntäminen sekä omaishoitajien jaksamisen tukeminen. (Joroisten kunta 2015b, 43–44.)

Joroisten kotihoidossa työskentelevien työntekijöiden kokonaismäärä oli 43 henkilöä tutkimusajankohtana. Vakituksissa tehtävissä työskenteli 25 lähi-/perus-/kodinhoitajaa, kolme sairaanhoitajaa, yksi palveluohjaaja ja esimies. Lisäksi kotihoitoon ohjautuu osittaisesti fysioterapeutin, toimistotyöntekijän, lääkärin sekä palvelualuepäällikön työpanosta. Työntekijöiden iän keskiarvo oli 44 vuotta.

Joroisten kotihoito toimii yhtenä yksikkönä antaen palveluja koko Joroisten kunnan alueelle ympärivuokautisesti seitsemänä päivänä viikossa. Kotihoito tuottaa palveluohjausta, tukipalveluja, kotihoitoa (yhdistetty kotipalvelu ja kotisairaanhoito) sekä kotisairaalatoimintaa. Joroisten kotihoidolla oli marraskuussa 2016 suoritetun Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2017) mukaan säännöllisiä asiakkaita 127, joista yli 75-vuotiaita oli 103. Säännöllistä kotihoitoa sai 17,5 prosenttia yli 75-vuotiaista kuntalaisista.

### **3 VÄESTÖN IKÄÄNTYMINEN JA PAVELUTARPEEN ARVIONTI**

Tarve tämän opinnäytetyön toteuttamiseen nousi suoraan väestön vanheneemisesta ja palvelujen tuottavuuden tarkastelusta. Lisäksi valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus tulee vaikuttamaan palveluiden tuotantoon. Näistä edellä mainituista lähtökohdista nousivat myös tässä opinnäytetyössä esille nostetut käsitteet.

#### **3.1 Ikääntyneiden määrän lisääntyminen ja väestöennuste**

Palveluiden kohdennustehokkuuden esiin nostaminen tulee olemaan ensiarvoisen tärkeää lähitulevaisuudessa. Suomessa on ennustettu vanhusväestön määrän lisääntyvän ja suurella todennäköisyydellä palveluiden tarve tulee kasvamaan. On tärkeää tuottaa vaikuttavuudeltaan oikein suunnattuja palveluja oikeisiin tarpeisiin.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista eli Vanhuspalvelulaki (980/2012) määrittelee iäkkääksi henkilön, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta. Lisäksi samassa pykälässä määritellään vanhusväestöön kuuluvaksi henkilö, joka on vanhuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä.

Tutkimusten mukaan ihmiset selviytyvät 75 ikävuoteen saakka suhteellisen vähillä palveluilla. Hoidon ja palvelun tarve tulee kasvamaan 75 ikävuoden jälkeen ja on suurimmillaan viimeisten elinvuosien aikana. Vuonna 2009 odotettu elinikä naisilla oli 83,1 ja miehillä 76,5 vuotta. Ennusteiden mukaan elinikä pitenee kuitenkin vuosi vuodelta. On ennustettu, että vuosien 1975–77 aikana syntyneiden lasten odotettu elinikä on naisilla 91 vuotta ja miehillä 86 vuotta. Noin joka viides nainen eläisi vähintään 100-vuotiaiksi ja miehistäkin joka viides täyttäisi vähintään 95 vuotta. Keskivaikean ja vaikean dementian sairastavien määrään odotetaan kaksinkertaistuvan vuodesta 2015 vuoteen 2020 mennessä. ( Huttunen 2010, 1–34.)

Vuonna 2011 julkaistun Ikähoiva-työryhmän muistion (2011, 13–14) mukaan merkittävin tekijä ympärivuorokautisen hoivan- ja hoidontarpeen lisääntymiselle on väestön ikääntyminen sekä dementoivien sairauksien lisääntyminen ikääntyneillä henkilöillä. Tämä johtuu väestön demografisesta muutoksesta, kun suuret ikäluokat tulevat eläkeikään ja syntyvyys sekä kuolleisuus laskevat. Vuosina 2004–2014 Joroisten kunnan yli 65-vuotiaiden määrä on kasvanut 15,6 % (taulukko 1).

Taulukko 1. Joroisten kunnan yli 65-vuotiaiden määrän kehitys vuosina 2004–2014 (Tilastokeskus 2016)

	Sukupuolet yhteensä										
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Joroinen											
	1109	1092	1119	1097	1102	1132	1156	1222	1255	1272	1315

Ennusteiden mukaan eniten tulee kasvamaan ikääntyneiden määrä vanhimmissa ikäluokissa. On ennustettu, että 75–84-vuotiaiden ja yli 85-vuotiaiden määrä kaksinkertaistuu vuoteen 2030 mennessä koko maassa. Joroisissa olisi

tuolloin ennusteen mukaan 19,7 % väestöstä yli 75-vuotiaita. (Yle 2015.) Väestön ikääntyminen ei ole pelkästään suomalainen ilmiö. Englannissa väestöennusteiden mukaan yli 85-vuotiaiden määrän ennustetaan kasvavan 1,3 miljoonasta 2,8 miljoonaan (113,9 %) vuoteen 2035/2036 mennessä. (Age Uk 2017, 8.)

### **3.2 Hoidon- ja palveluntarpeen arviointi**

Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Kuntaliitto julkaisivat kesällä 2013 uudistuneet laatusuositukset hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Näiden laatusuositusten tarkoitus on tukea vanhuspalvelulain (Laki ikääntyneiden väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkään sosiaali ja terveyspalveluista 980/2012) toteutumista. Suosituksessa tarkastellaan ikääntyneiden toimintakyvyn ja terveyden lisäksi asumista, osallisuutta, palveluja sekä hoiva- ja hoitopalvelujen henkilöstöä ja johtamista. Lisäksi suositukseen on kirjattu ohje henkilöstön kohdentumisesta. (Kuntaliitto 2013; Joroisten kunta 2017.)

Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) määrittelee, että jokaisella 75 vuotta täyttäneellä kuntalaisella on lakisääteinen oikeus palveluntarpeen arviointiin. Kiireellisissä tapauksissa, henkilön iästä riippumatta, on sosiaalipalvelujen tarve selvitettävä välittömästi. Kiireettömissä tapauksissa kaikilla 75 vuotta täyttäneillä sekä Kansaneläkelaitoksen ylintä eläkettä saavan hoitotukea saavalla henkilöllä on oikeus päästä sosiaalipalvelujen tarpeen arviointiin määräajassa. Palvelujen tarve on arvioitava kiireettömissä tapauksissa seitsemän arkipäivän kuluessa yhteenotosta kuntaan. Palveluntarpeen arviointi määräajassa koskee henkilöitä, jotka eivät vielä ole sosiaalipalvelujen piirissä, sekä henkilöitä, jotka ovat palvelujen piirissä, mutta heidän palvelutarpeensa on muuttunut.

Sosiaalihuoltolain (1301/2014) mukaan sosiaalihuollon tarpeessa olevalle henkilölle on tehtävä palveluntarpeen arviointi ja nimettävä omatyöntekijä asiakkuuden ajaksi. Vanhuspalvelulaki (Laki ikääntyneiden väestön toimintaky-

vyn tukemisesta sekä iäkkään sosiaali ja terveystalvuluista 980/2012) puoles-  
taan velvoittaa kunnan nimeämään iäkkäälle henkilölle vastuutyöntekijän, mi-  
käli iäkkäällä on tarve saada apua palvelujen toteuttamiseen ja yhteensovitta-  
miseen. Palvelutarpeen arvioinnissa ja sosiaalihuollon toteutuksessa on hu-  
mioitava riittävän laaja yhteistyö eri asiantuntijoiden kanssa asiakkaan koko-  
naisvaltaisen palvelutarpeen selvittämiseksi. Laatusuositukset hyvän ikäänty-  
misen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (2013, 29–31) määrittelee,  
että palveluntarpeen ilmetessä on se selvitettävä luotettavia arviointimenetel-  
miä käyttäen yhteistyössä eri toimijoiden kanssa. Oleellinen osa palvelujen  
suunnittelussa on asiakas itse ja hänen tahtonsa kuuleminen, joka tulee myös  
kirjata hoito- ja palvelusuunnitelmaan.

Joroisissa ikääntyneiden palveluntarpeen arvioinnin suorittaa palveluohjaaja ja  
kiireellisissä tapauksissa, virka-ajan ulkopuolella, kotihoidon henkilöstö tai so-  
siaalipäivystys. Palveluntarpeen arvioinnin perusteella myönnetyn palvelun  
määrän (palveluajan) määrittely tapahtuu yhdessä asiakkaan kanssa ja sen  
toteutumista seurataan säännöllisin väliajoin.

### **3.3 Hoito- ja palvelusuunnitelma**

Vanhuspalvelulain (Laki ikääntyneiden väestön toimintakyvyn tukemisesta  
sekä iäkkään sosiaali ja terveystalvuluista 980/2012) mukaan on iäkkäälle  
henkilölle tarvittaessa tehtävä, myös laissa potilaan asemasta ja oikeuksista,  
tarkoitettu suunnitelma yhdistettynä sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oi-  
keuksista annetussa laissa tarkoitettuun suunnitelmaan. Joroisten kotihoi-  
dossa jokaiselle asiakkaalle tehdään lain edellyttämä hoito- ja palvelusuunni-  
telma.

Suunnitelmaan kirjataan sanallisesti asiakkaan palveluntarpeeseen vastaami-  
seen suunnitellut palvelut ja niihin käytettävä aika. Suunnitelma on asiakkaan  
tarvitsema palvelukokonaisuus, johon voi kuulua erilaisina yhdistelminä esi-  
merkiksi perhehoitoa, omaishoidon tukea, kotipalvelua tukipalveluineen, kuten  
ateria- siivous- ja kuljetuspalveluja, kuntoutusta, kotisairaanhoidoa, apuväli-  
nepalveluja sekä palveluasumista. Iäkkään henkilön tarvitessa sosiaali- ja ter-  
veydenhuollon erityispalveluja kuten vammaispalveluja, tulee ne kirjattava

suunnitelmaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 68). Hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteena on tukea ja edistää kuntouttavaa ja asiakaslähtöistä työtä, edistää ikäihmisten kotona asumista sekä palvelujen ja niiden arvioinnin kehittämistä paikallisesti ja kattavasti koko palvelujärjestelmässä (Haverinen & Päivärinta 2002, 5).

Vanhuspalvelulain (Laki ikääntyneiden väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkään sosiaali ja terveyspalveluista 980/2012) mukaan palvelusuunnitelma tulee tarkistaa ilman aiheetonta viivytystä aina silloin, kun iäkkään henkilön toimintakyvyssä tapahtuu hänen palvelutarpeeseensa vaikuttavia olennaisia muutoksia. Joroisten kotihoidon asiakkaille palvelutarpeen muuttuessa kirjataan muutokset hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Hoito- ja palvelusuunnitelmat päivitetään kolmen kuukauden välein, jolloin arvioidaan ja tarkastellaan yhdessä asiakkaan ja/tai omaisen kanssa hoidon- ja palvelutarve sekä palveluiden riittävyys kokonaisvaltaisesti. Hoito- ja palvelusuunnitelma sisältää voimavarakartoituksen, asiakkaan hyvinvoinnin turvaamiseksi suunnitellut palvelut sekä niiden tuottamiseen käytettävän ajan ja tavoitteen, joihin myönnettyillä palveluilla pyritään. Laatusuosituksien hyvän vanhuuden turvaamiseksi ja palvelujen mahdollistamiseksi (2013, 20–30) korostaa iäkkäiden mahdollisuutta osallistua ja vaikuttaa häntä koskevien palvelujen suunnitteluun, arviointiin ja toteutukseen.

## **4 KOTIHOIDON KOHDENNUSTEHOKKUUDEN ARVIOINTI TIEDOLLA JOHTAMISEN VÄLINEENÄ**

### **4.1 Kotihoito**

Kotihoito muodostuu kotipalvelusta tukipalveluineen sekä kotisairaanhoidosta sisältäen siihen liittyvän kuntoutuksen. Säännöllisen kotihoidon asiakkaita ovat ne kotipalvelun tai kotisairaanhoidon asiakkaat, joilla on voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma asuinpaikasta riippumatta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 42).

Ennen vuotta 2005 toimivat kotipalvelu ja kotisairaanhoido erillisinä yksikköinä Joroisten kunnan alueella. Vuonna 2005 alkoi valtakunnallisesti kotihoidon kokeilu, joka toteutettiin tekemällä väliaikaisia muutoksia sosiaalihuoltolakiin (710/1982) ja kansanterveyslakiin (66/1972). Molempiin lisättiin uusi 2a luku laeista sosiaalihuoltolain väliaikaisesta muuttamisesta (1428/2004) sekä kansanterveyslain väliaikaisesta muuttamisesta (1429/2004). Kokeilulait ovat mahdollistaneet sosiaalihuoltolain mukaisten kotipalvelujen ja kansanterveyslain mukaisen kotisairaanhoidon toteuttamisen saman toimielimen alaisuudessa yhdistettynä uudeksi tehtäväalueeksi (HE 200/2014).

Joroisten kunnan alueella yhdistettiin kotipalvelu ja kotisairaanhoido kotihoitoksi vuonna 2006 (Joroisten kunta 2006). Joroisten kotihoito tuottaa perinteistä kotihoitoa, -sairaanhoido, -kuntoutusta, -sairaaloimintaa sekä tukipalveluja. Pääsääntöinen tuotantomuoto on yksikön itse tuottama palvelu lähipalveluna, pois lukien tukipalvelut. Lisäksi palveluja tuotetaan ostopalveluina sekä tilapäiseen ja säännölliseen kotihoitoon kohdennetulla palvelusetelillä, jolla pyritään tasaamaan kotihoitotyön ruuhkahuippuja ja vastaamaan asiakkaiden hoidon- ja palveluntarpeeseen. Groop (2014, 8–11) määrittelee kotihoitotyön ruuhkahuipuksi tilanteen, jossa palvelutuotanto on epätasaisesti jakautunut. Ruuhkahuippu syntyy silloin, kun merkittävä osa asiakaskäynneistä on suunniteltu tehtäväksi esimerkiksi aamulla kello seitsemän ja kymmenen välisenä aikana hoitajaresurssien kuitenkin jakautuessa tasaisesti kello seitsemästä viiteentoista eli koko aamuvuoron väliselle ajalle.

Joroisten kotihoitopalvelujen haasteeksi nousevat asiakkaiden muuttuva hoidon- ja palveluntarve sekä resurssien riittävyys vastata palveluntarpeeseen. Lisäksi haasteita asettaa fyysinen toimintaympäristö; maaseutukunta, jossa välimatkat ovat pitkiä ja sivuteiden kunto voi vaihdella liukkauden ja kelirikkojen vuoksi.

#### **4.2 Tuottavuus ja kustannustehokkuus**

Tuottavuus määritellään toiminnan tuotoksen ja sen aikaansaamiseksi käytettyjen panosten suhteena (Sintonen & Pekurinen 2006, 53). Tuotoksen suhde

panoksiin kuvaa tuottavuutta niin kunnallisella kuin yksityisellä sektorilla. Kunnallisen palvelutuotannon lopputuotteen hintatieto ei ole saatavilla tuotantohetkellä, vaan määräytyy myöhemmin kunnassa tehtävän tilinpäätöksen mukaan. Näin ollen tuottavuudella on kunnallisella sektorilla kaksi eri vastinetta: palvelusuoritteiden määrän suhde panoksiin sekä palvelusuoritteilla aikaan saatavien vaikutuksen suhde panoksiin. (Kangasharju 2008, 7.)

Mitattaessa tuotoksia suoritteilla kustannustehokkuus tarkoittaa tuotantoyksiköiden välisiä eroja taloudellisuudessa. Mitattaessa tuotoksia vaikutuksilla (vaikuttavuudella) kustannustehokkuus tarkoittaa tuotantoyksiköiden välisiä eroja kustannusvaikuttavuudessa. Selvitettäessä kustannustehokkuutta mitauksessa selvitetään yksiköiden kustannukset suhteessa alhaisimpiin mahdollisiin kustannuksiin. Käytännössä täysimääräinen kustannustehokkuus arvioidaan vertailujoukon parhaiden yksiköiden perusteella. Tuotantoyksiköiden vertailu on mahdollista kohdistaa joko kustannustehokkuuteen tai pilkkoa se tekniseen ja allokatiiviseen osaan. Teknisen ja allokatiivisen tehokkuuden selvittämiseen tarvitaan tietoa kaikista panoshinnoista. Tuotantoyksikön käyttäessä parasta mahdollista teknologiaa on tekninen tehokkuus 100 prosenttista ja tuottavuus korkein mahdollinen. Tuotantoyksikön käyttäessä edullisinta vaihtoehtoa halutun tuotoksen aikaansaamiseksi on yksikön panoskäyttö allokatiivisesti tehokasta. Tuotantoyksikön ottaessa käyttöön parhaan mahdollisen teknologian sekä edullisimmat panokset on se kustannustehokas. (Kangasharju 2008, 7-23.)

Ongelmaksi nousee, että tehokkuuden käsite sekoitetaan ajoittain tuottavuuden kanssa. Nämä kaksi asiaa liittyvät toisiinsa, mutta eivät ole sama asia. Toiminnan tuottavuus voi olla hyvä, mutta itse toiminta tehotonta, mikä näytetään puolestaan toiminnan vaikuttavuudessa (Kangasharju 2006, 55). Julkisesti tuotettujen palveluiden odotetaan perustuvan näyttöön niiden kustannustehokkuudesta ja vaikuttavuudesta. Näyttövaatimus liittyy usein sekä organisaatioon että siinä työskentelevien ammattilaisten toimintaan. Palveluntuottajilta kaivataan näyttöjä palvelujen, toimenpiteiden ja interventioiden vaikutuksista yhteiskunnan jäsenten hyvinvointiin. (Kuusisto-Niemi & Lehmuskoski 2012, 5.) Toiminnan vaikuttavuus voi olla huono, vaikka tuottavuus olisikin hyvä. Tästä seuraa korkeat tuotantokustannukset.

### 4.3 Palvelujen tuottavuus

Asikainen (2011, 12 - 15) on listannut diplomityössään Johnstonin ja Jonesin (2004) mukaan kolme huomiota palvelujen tuottavuuden pohdinnassa; käyttöasteen kontrolloinnin vaikeus, asiakkaan osallisuus palvelujen toimitusprosessissa sekä palvelujen aineettomuus ja heterogeenisyys. Palveluja ei ole mahdollista varastoida, mistä johtuen resurssien kysyntä ja käyttö voi johtaa epätasapainoon. Palvelujen tuottavuudessa asiakkaan rooli korostuu niin tuotteen loppukäyttäjänä kuin palveluprosessin lopputulokseen vaikuttavana toimijana.

Kotihoitopalvelu, jota tässä tutkimuksessa tarkastellaan, on osa julkista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelua. Julkisten palvelujen tarkoituksena on tuottaa terveyttä ja hyvinvointia edistäviä palveluita. Näiden palvelujen tuotoksia voi olla hankala määrittää tuottavuuden kannalta. (Asikainen 2015,17–19.) Syväniemen (2003, 272) väitöskirjan mukaan palvelujen tuottamisen tehokkuuteen vaikuttaa niin laatu kuin määräkin. Grönroosin (2009, 279–281) mukaan sisäisellä tehokkuudella tarkoitetaan sitä, kuinka tehokkaasti palveluja on mahdollista tuottaa tietyillä hallinto- ja tuotantoresursseilla. Organisaation sisäinen tehokkuus on mahdollista havaita toimintatavoista sekä työntekijöiden ja pääoman tuottavuudesta. Palvelujen tuottamisessa tulee kuitenkin huomioida tuotantopanosten laatu- ja tuotantovaikutukset. Tuottavuuden parantamisella voidaan supistaa resursseja, jolloin vaikutus saattaa olla täysin päinvastainen ja tuottavuus heikentyy. Palvelutuotannon ongelma onkin tuotantoresurssien ja -prosessien vaikutus, sillä palveluja tuotetaan ja kulutetaan samanaikaisesti.

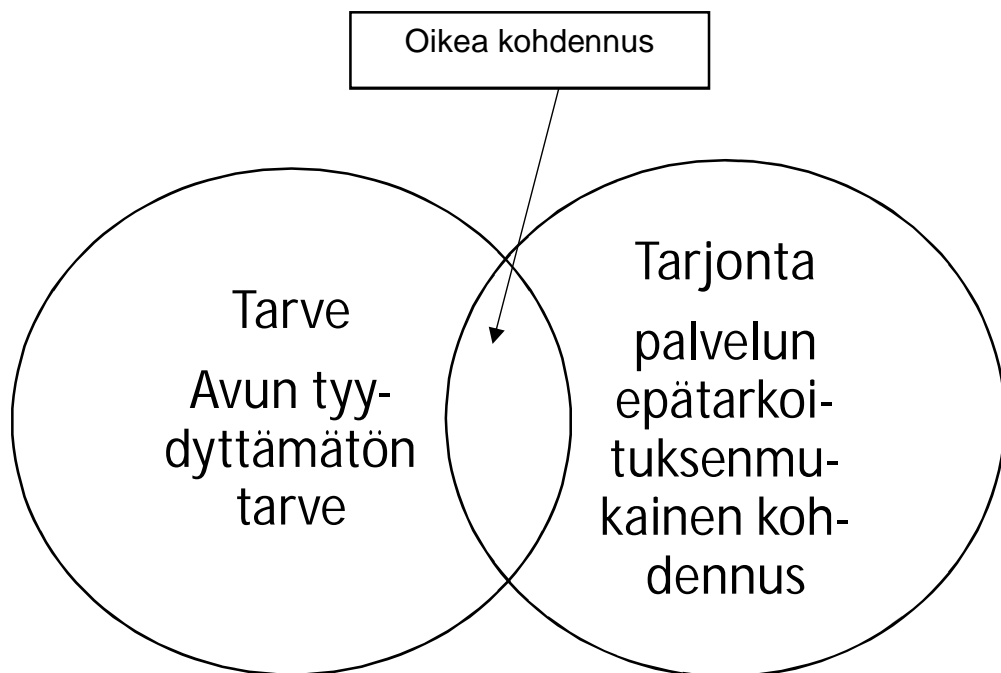
Groopin (2014, 8–14) mukaan kotihoidon tuottavuuteen vaikuttavat jo aiemmin mainittujen ruuhkahuippujen syntyminen ja palvelutuotannon epätasainen jakautuminen työvuoron aikana. Palvelutuotantoa varten varattu resurssi, työvoiman, määrä ei muutu työvuoron aikana. Ruuhkahuippujen syntyminen johtuu hänen mukaansa työnsuunnittelun viitekehysten perusteella. Lähekkäin asuvat asiakkaat pyritään hoitamaan saman käynnin yhteydessä, jolloin syntyy ruuhkahuippuja, varsinkin aamupäivään. Ratkaisuna tähän ongelmaan Groop (2014, 39–42) esittää asiakkaiden hoidontarpeen tarkastelua aikakriitti-



sesti - voidaanko hoidontarpeeseen vastata muulloin kuin ruuhka-aikana? Toinen ratkaisuehdotus työn tasaisemman suunnittelun lisäksi henkilöstöpooli ajattelu, jossa ylimiehitystilanteessa resurssi on siirrettävissä toiseen yksikköön korjaamaan alimiehitystilannetta.

#### 4.4 Kohdennustehokkuus

Kohdennustehokkuudella (TEFF eli Target efficiency) mitataan sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvevastaavuutta, resurssien jaon oikeudenmukaisuutta sekä resurssien kohdentamista parhaan mahdollisen hyödyn saavuttamiseksi. Kohdennustehokkuus jakautuu horisontaaliseen (H) ja vertikaaliseen (V) kohdennustehokkuuteen. Horisontaalinen kohdennustehokkuus sisältää asiakkaan avun tarpeen tyydyttymisen eli sen, miten paljon asiakas saa apua suhteessa olemassa olevaan tarpeeseen. Vertikaalinen kohdennustehokkuus mittaa resurssien tarkoituksenmukaista käyttöä eli sitä, onko palvelut oikein kohdennettu. Horisontaalinen ja vertikaalinen kohdennustehokkuus ovat mitattavissa. Perusajatuksena on, että mitä lähempänä arvioitu palvelumäärä on toteutunutta palvelumäärää, sitä tehokkaammin palvelut ovat kohdennettu parhaan mahdollisen hyödyn saavuttamiseksi (kuva 2). (Muurinen ym. 2006, 6; Vaarama ym. 2006, 14; Vaarama & Ylönen 2006, 5 – 6.)



Kuva 2. Kohdennustehokkuus (Vaarama ym. 2006,14)

Kohdennustehokkuutta voidaan määrittää joko ryhmä- tai yksilötasoisesti (Vaarama 2010). Subjekttiivinen kohdennustehokkuus kuvaa asiakkaan omaa käsitystä saadun palvelun tarvestaavuudesta ja vaikuttavuudesta. Objektii- vinen kohdennustehokkuus osoittaa, toteutuvatko asiakkaan hoito- ja palvelu- suunnitelmassa sovitut palvelut ja niille asetetut tavoitteet. (Vaarama 2013.) Yksilökohtainen kohdennustehokkuus mittaa jokaisen asiakkaan kohdalla, saako hän hoito- ja palvelusuunnitelmassa luvatut määrälliset palvelut ja vas- taavatko suunnitelmaan kirjatut tavoitteet saavutettuja tavoitteita. (Vaarama ym. 2006, 67; Vaarama 2010.) Ryhmätasoinen kohdennustehokkuus mittaa palvelujen ja resurssien allokoointia eli sitä onko palvelut suunnattu koko ryh- mälle oikeudenmukaisesti perustuen asiakkaiden hoidon- ja palveluntarpee- seen (Vaarama 1997,1).

#### 4.5 RAVA®-mittari

Yksilön avuntarpeen ja toimintakyvyn arviointiin yli 65-vuotialla henkilöillä on mahdollista käyttää RAVA®-mittaria. RAVA®-mittarin ovat kehittäneet Tapio Rajala ja Eero Vaissi. Mittarin omistaa Kuntaliitto ja sitä hallinnoi Finnish Con- sulting Group. RAVA®-lisenssi on tällä hetkellä käytössä noin 250 kunnassa sekä sadoilla yksityisillä palveluntuottajilla. (Finnish Consulting Group 2015; Hynninen 2016.)

Mittarin avulla arvioidaan väline- (BADL) ja perustoimintoja (IADL), joita ovat

- *Näkö*
- *Kuulo*
- *Puhuminen*
- *Liikkuminen sisätiloissa*
- *Virtsaaminen*
- *Ulostaminen*
- *Ruokaileminen*
- *Lääkehoidon toteutuminen*
- *Pukeutuminen*
- *Peseytyminen*
- *Muisti ja orientaatio*
- *Mieliala ja käyttäytyminen*

Asiakkaalle lasketaan ns. RAVA-arvo ja RAVA-luokka, joita voidaan hyödyntää asiakkaan toimintakyvyn ja avuntarpeen arvioinnissa, hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa, asiakkaan toimintakyvyn muutoksen arvioinnissa sekä palvelutarpeen todentamiseen hallinnollisissa palveluissa. RAVA-arvioinnin tukena käytetään usein Mini Mental State Examination (MMSE) -testiä ja myöhäisiä depressioseula GDS - 15 mittaria. MMSE - mittarilla mitataan tutkittavan henkilön muistitoimintaja ja GDS-15 mittarilla mitataan onko tutkittava henkilö masentunut. (Finnish Consulting Group 2015; Hynninen 2016)

Taulukko 2. Rava-mittarin luokat, arvot ja avuntarve luokittain (Finnish Consulting Group 2015)

<i>RAVA-luokka</i>	<i>RAVA-arvo</i>	<i>Avun tarve</i>
<i>RAVA-luokka 1</i>	<i>1,29–1,49</i>	<i>Satunnainen</i>
<i>RAVA-luokka 2</i>	<i>1,50–1,99</i>	<i>Tuettu hoito</i>
<i>RAVA-luokka 3</i>	<i>2,00–2,49</i>	<i>Valvottu hoito</i>
<i>RAVA-luokka 4</i>	<i>2,50–2,99</i>	<i>Valvottu hoito</i>
<i>RAVA-luokka 5</i>	<i>3,00–3,49</i>	<i>Tehostettu hoito</i>
<i>RAVA-luokka 6</i>	<i>3,50–4,03</i>	<i>Täysin autettava</i>

RAVA®-mittaria voidaan hyödyntää yksikkötasolla toiminnan kehittämisessä ja vertailuissa eri toimintayksiköiden kesken sekä asiakasmaksujen määrittelyssä varsinkin ostopalveluissa. Kunta- ja maakuntatasolla RAVA®-mittarin antamaa vertailukelpoista tietoa on mahdollisuus hyödyntää omaishoidon tuen määrittelyssä sekä palvelurakenteen ohjauksessa ja määrittelyssä (Hynninen 2016).

#### **4.6 Välitön asiakastyöaika kotihoidossa**

Laatusuositukset hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (2013, 69) määrittelee välittömän asiakastyöajan kotihoidossa. Asiakastyöaika sisältää suoraan asiakkaaseen liittyviä ja pääsääntöisesti asiakkaan luona suoritettavia työtehtäviä. Näitä ovat hoitotoimenpiteet, lääkehoidon toteutus, kuntoutumista edistävä hoitotyö sekä palveluntarpeen arviointi ja hoito- ja palvelusuunnitelman päivitys. Lisäksi välittömään asiakastyöaikaan

kuuluvat kodin ulkopuolella asiakkaan ja hoitajan kanssa yhdessä toimiminen, kuten ulkoilu, kaupassa käynti ja asiointi. Välittömään työaikaan katsotaan myös kuuluvaksi virtuaaliset hoivakäynnit videoyhteyden välityksellä, puhelimella yhteyden pitäminen asiakkaaseen tai omaiseen sekä omaishoitajien tukeminen.

Laadukas tavoitteellinen johtaminen vaatii objektiivista tietoa toiminnasta ja kehityksestä. Tietoa tuotetaan jatkuvan seurannan avulla valikoitujen mittareiden tuottamaa tietoa hyödyntäen. Välittömän toteutuneen työajan seuraaminen nousee tärkeäksi mittariksi, jolla voidaan arvioida yksikön kykyä optimoida resurssien käyttö. (Groop ym. 2014, 10–11.) Välittömän asiakastyöajan tavoitteet on kirjattu vuoden 2016 Joroisten talousarviokirjaan kotihoidon osalta teknologian hyödyntämistä mittaavana tekijänä (taulukko 3).

Taulukko 3. Ote talousarviokirjasta: Joroisten kotihoidon toiminnan tavoite (Joroisten kunta 2015)

<i>Tavoite</i>	<i>Keinot, toimenpiteet</i>	<i>Mittarit</i>	<i>Vastaava viranhaltija</i>
<i>Teknologian hyödyntäminen kotihoitotyössä</i>	<i>Kotihoidon mobiilihoiva projektin jatkaminen avaamalla uusia rajapintoja potilastietojärjestelmään sekä kehittämällä sähköisen oven avauksen palvelua</i>	<i>Kotihoidon lähihoitajien työajasta vähintään 60 % on välitöntä asiakastyötä ja sairaanhoitajien 40 %.</i>	<i>Toimintayksikön esimies</i>

Kotihoidon välilliseen asiakasaikaan lasketaan pääsääntöisesti kaikki muu, kuten asiakastietojen kirjaaminen toimistolla, matka-ajat, muu asiakastyö toimistolla sekä yleisneuvonta, työyhteisön sisäiset kokoukset ja koulutuksiin käytetty aika (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013, 69). Välitöntä työaikaan seurataan jälkikäteen, jolloin sen avulla voidaan arvioida toiminnan sisäistä tehokkuutta (Asikainen 2015, 43). Joroisten kotihoidon välitön asiakastyöaika kirjataan mobiililaitteen avulla. Tästä saatua arvoa verrataan työntekijän toteutuneeseen kokonaistyöaikaan,

josta saadaan laskettua välittömän työajan prosentti. Esimerkiksi työntekijällä on toteutunut työaika kahdeksan tuntia, josta hän on ollut välittömässä asiakastyössä neljä tuntia, saadaan välittömän toteutuneen työajan prosentiksi 50.

Käytännössä asiakastyöaika aloitetaan asiakkaan luokse saavuttaessa. Mobiilissa on sähköinen työlista asiakkaista suunniteltuine käyntiaikoineen ja tehtävineen. Hoitaja aloittaa asiakaskohtaisen työajan valitsemalla asiakkaan listasta ja sekä painamalla aloita työ - kohtaa. Asiakkaan luota lähdettäessä asiakastyöaika lopetetaan. Mikäli roskat viedään lähtiessä, kuuluu se myös välittömään asiakastyöaikaan ja käynti lopetetaan vasta tämän työtehtävän loputtua. Toinen välittömän asiakastyöajan kirjaamisen tapa on tilastoida tapahtuma puhelun tai työtehtävän päätyttyä asiakkaalle. Hoitaja valitsee asiakkaan puhelimesta, lisää työn ja tilastoi siihen käyttämänsä ajan laitteeseen. Nämä molemmat tilastointitavat lasketaan välittömään asiakaskohtaiseen työaikaan.

Tässä kohdassa on hyvä erottaa kaksi eri kirjaamisen muotoa, joita mobiilin kautta on mahdollista toteuttaa. Toinen on välittömän asiakasajan tilastointi ja toinen on potilastietojärjestelmään kirjattava hoitokertomustieto. Asiakasajan tilastointi sisältää vain edellä mainitut välittömän työajan määritelmät täyttävän ajan tilastoinnin. Mikäli asiakkaan hoitokertomustietoja kirjataan asiakkaan luona, kuuluu siihen käytetty aika myös välittömään asiakastyöaikaan.

Mahdollisia virhetilanteita kirjaamisessa voi tapahtua hoitajien kirjausvirheistä tai laitteiden toiminnan häiriintyessä. Tietoliikenneverkko-ongelmien (ei ole verkkoa, verkko ei vastaa) sattuessa mobiili säilyttää tilastoinnin niin sanotussa off-line - tilassa ja laitteen palautuessa verkkoon lähettää tiedot palvelimelle, josta ne siirtyvät eteenpäin. Hoitajien kirjausvirhe tai kirjaamatta jättäminen, esimerkiksi asiakkaan puhelua ei tilastoida välittömään työaikaan kuuluvaksi, aiheuttaa virheellisen kokonaisuuden välittömän asiakastyöajan määrässä. Välittömän asiakastyöajan vääristymä voi aiheuttaa puolestaan vääristymän tuottavuuden tarkastelussa ja kohdennustehokkuuden laskennassa.

## 4.7 Tiedolla johtaminen

Organisaatioiden toiminnat tuottavat tietoa. Toiminnan tehokas kehittäminen mahdollistuu vain, jos päätöksenteossa on käytettävissä oikeaa, luotettavaa, riittävän laadukasta ja ajantasaista tietoa omasta toiminnasta ja toimintaympäristöstä. Toiminnan johtaminen ja ohjaaminen tiedon avulla kehittää sisäistä toimintaa. Ottamalla käyttöön uusia tapoja tuottaa ja järjestää ydinpalveluja mahdollistuu tuottavuuden, vaikuttavuuden ja asiakaslähtöisyyden kehittäminen. (Klemola ym. 2014, 10–11.)

Valtionvarainministeriö (2012, 13–15) linjaa kuntien ydinpalveluiden johtamiseen kaksi päätehtävää. Ensimmäinen päätehtävä on vastata kysymykseen mitä palveluja tarjotaan asiakkaille, mikä on palvelun sisältö sekä mille asiakasjoukolle palveluja järjestetään ja kuinka paljon? Tähän tulee määritellä tavoitteet ja antaa käyttöön resurssit palveluiden tuotantoa varten. Toinen päätehtävä on vastata kysymyksiin, kuinka palvelut tuotetaan ja järjestetään parhaiten. Perimmäisenä tavoitteena tulee olla kokonaisuhyödyn maksimointi. Parhaimmillaan tiedolla johtaminen on sitä, että huomioidaan päätöksenteossa kaikki toiminnan osapuolet. Tällöin on mahdollista päästä kokonaistuottavuuden ja -vaikuttavuuden kannalta optimaaliseen tulokseen ja estetään osaoptimointi sekä muu epätarkoituksenmukainen toiminta.

Hyvin suunniteltu ja toteutettu tiedolla johtamisen järjestelmä tukee strategisen tason päätöksentekoa ja ohjausta sekä yleistä kehittämistoimintaa. Lisäksi hyvä järjestelmä tukee operatiivista johtamista, ulkoisen tietohuollon rationalisointia sekä tehostamista, monituottajaympäristö kehittämistä, tiedonvälitystä kuntien ja valtion välillä ja valtion vastuulla olevaa toimintaa sekä asiakkaiden palveluiden kehittämistä (Valtionvarainministeriö 2012, 13–15). Sydänmaalakka (2015, 72) pitää uudistuvan johtamisen yhtenä tärkeänä kriteerinä tiedon keräämistä, hyödynnettävyyttä ja yleistä käytettävyyttä.

Klemolan (2014, 10–14) mukaan tietotarpeiden määrittely on yleisesti tietojohdamisen vaativin osa-alue. Tähän vaikuttaa oleellisesti toimintaympäristöjen ja organisaatioiden muutokset yhä kiihtyvällä tahdilla, jolloin tulevaisuuden

haasteiden yksityiskohdat ovat useimmiten organisaation määrittely vaiheessa. Tulevaisuuden palveluverkoston ja -rakenteen suunnitteluun tarvitaan tietoa tulevaisuuden palveluntarpeesta sekä nykyisten toimintojen laadusta, vaikuttavuudesta ja tehokkuudesta.

Groopin (2014, 9–11) mukaan kotihoidon tiedolla johtamisessa on syytä keskittyä selkeyteen ja suoraviivaisuuteen. Organisaation tulee määritellä tavoitetaso, johon toiminnalla pyritään. Ohjeelliseksi määräksi tavoitetason mittaamiseen tulee valikoida yhdestä kolmeen mittaria, joiden tuloksien tulkinnan selkeyttämiseksi voidaan lisänä käyttää yksittäisiä indikaattoreita. Joroisten kotihoidon yhdeksi toiminnallisia tavoitteita mittaavaksi indikaattoriksi on valittu välittömän asiakastyöajan määrä. Työntekijät ovat tuoneet esille oman subjektiivisen kokemuksen kiireestä ja ylikuormittumisesta asiakastyössä. Työyksikössä on aloitettu syksyllä 2016 Ota kiireestä koppi – projekti, jossa tarkastellaan kiireen kokemusta, keinoja sen hallintaan sekä tiedolla johtamisen osalta todennettua tietoa asiakasmääristä, välittömästä työajasta ja hoidonporrastuksesta.

## **5 OPINNÄYTETYÖ TARKOITUS JA TAVOITE**

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää miten horisontaalinen ja vertikaalinen kohdennustehokkuus toteutuu Joroisten kotihoidossa sekä jakautuuko työntekijöiden työaika hoidon vaativuuden mukaisesti.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Toteutuuko hoito- ja palvelusuunnitelmassa asiakkaalle suunniteltu palveluaika?
2. Kuinka lähihoitajien välitön työaika kohdistuu asiakastyöhön Rava-luokien mukaisesti?

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tutkimuskysymysten pohjalta tietoa Joroisten kotihoidon kohdennustehokkuudesta. Joroisten kotihoidon palvelu on tuotteistettu ja tuoteyksikkönä toimii kotihoitotunti, jolle määritellään vuosittain talousarvion tuotantovaiheessa euromääräinen hinta. Tuotteistamisessa käy-

tään sisäisen laskennan kaavaa, joka on rajattu vain kunnan sisäiseen käyttöön. Tuotehinta antaa palvelulle vertailukelpoisen hinnan, mutta ei kerro sitä, onko palvelu/tuote kohdennettu tehokkaasti asiakkaan tarpeita varten.

## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Palvelujen tuotannon tehokkuus on noussut esille useasti viime aikoina Pohjois-Savon maakunta- sekä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa. Lisäksi Ikääntyneiden palveluja pohtiva työryhmä on nostanut kohdennustehokkaasti tuotetut palvelut asiakaslähtöisyyden ohessa tärkeäksi tarkastelu työvälineeksi. (Pohjois-Savon maakuntaliitto 2017a.) Tästä syystä pidin tärkeänä tutkia miten tämänhetkinen kotihoidon palveluntuotanto vastaa palveluntarpeeseen ja onko se kohdennettu tehokkaasti. Palveluiden ja tuotannon johtaminen tulevaisuudessa tulee pohjautua tutkittuun tietoon. Tuottavuuden kannalta on merkittävä tieto, kuinka kotihoidon työntekijöiden resurssit kohdentuvat. Mielestäni pääsin parhaiten hyödyntämään jo olemassa olevaa sekundaarista tietoa kvantitatiivisessa tutkimusmuodossa.

### 6.1 Metodologiset lähtökohdat

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa voidaan selittää tutkittavaa ilmiötä tilastollisen yleistyksen avulla, jolloin tutkimusotoksen perusteella muodostetaan tutkimuskohdetta koskevia väittämiä ja päätelmiä. Tarkoituksena on tiivistää tutkimusaineistoa informatiiviseen muotoon, joka on ymmärrettävää ja tulkittavissa olevaa. Tutkimuksen otoksen valinta vaikuttaa yleistettävyyteen ja luotettavuuteen. (Shuttleworth 2008; Tähtinen ym. 2011, 12–13.)

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena, jonka oli tarkoitus tarkastella edellä mainittujen tutkimuskysymysten avulla kohdennustehokkuuden toteutumista Joroisten kotihoidossa eri lähteistä saatavien tilastollisten aineistojen avulla. Tutkimuksessa käytetty kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä valikoitui tutkimuskysymysten asettelun perusteella. Tutkimuskysymyksiin pystyi etsimään vastauksia jo valmiina olevista tilastollisista aineistoista. Lisäksi metodin valintaan vaikuttivat opinnäytetyöntekijän käytettävissä olevat resurssit sekä tietojärjestelmien käytön hallinta. Aineisto kerättiin



numeerisessa muodossa, mikä on tyypillistä määrälliselle tutkimukselle. (Hirsjärvi ym. 2008, 124–137.)

Tutkimuksessa käytettiin sekundääriaineistoa, jolla tarkoitetaan sellaista tietoa, jota kerätään tai on kerätty jo aiemmin muuhun käyttötarkoitukseen. Sekundääriseksi aineistoksi Vilkka (2007, 33–34) määrittelee sellaisen aineiston, joka on lähtökohtaisesti kerätty muuhun kuin tutkimuskäyttöön. Näitä voivat olla erilaiset tilastot, erilaiset julkaisut, internetsivustot, kirjat, sanomalehdet sekä erilaiset artikkelit.

## 6.2 Tutkimusaineiston keruu

Tutkimusaineistona käytetty sekundäärinen aineisto kerättiin 13.3.–3.4.2017 Varkauden kaupungin potilastietojärjestelmä Efficasta, Varkauden ja Joroisten yhteiskäytössä olevasta toiminnanohjausjärjestelmä Hilkasta sekä rekisteripitäjäkohtaisesta RAVA®-poikkileikkaustutkimusaineistosta. Groopin (2012, 100–125) tutkimuksen perusteella oli syytä olettaa, että kotihoidon määrällisiä tuotoksia voidaan tarkastella kotihoitotyöhön liittyvien tietokantojen avulla. Tässä tutkimuksessa käytetty sekundäärinen aineisto on organisaation dokumentoimaa kvantitatiivista tietoa. Aineiston keräämistä ja muita tutkimusotantaan liittyvien ajanjaksojen määrääväksi tekijäksi valikoitui päivämäärä 14.3.2017, joka oli organisaation määrittelemä havainnointipäivä RAVA®-poikkileikkaustutkimukseen osallistujista.

Potilastietojärjestelmä Efficasta haettiin tieto Joroisten kotihoidon säännöllisistä asiakkaista. Tutkimuksessa ei ole mukana tilapäisiä kotihoidon asiakkaita tai pelkästään tukipalveluasiakkaita, eikä tässä tutkimuksessa tarkastella heille annettuja palvelumääriä. Säännölliseksi asiakkaaksi määritellään Joroisten kotihoidossa henkilö, joka tarvitsee palvelutarpeen arvioinnin perusteella, säännöllisesti, vähintään kerran viikossa, kotihoitoa kotona asumisen tueksi.

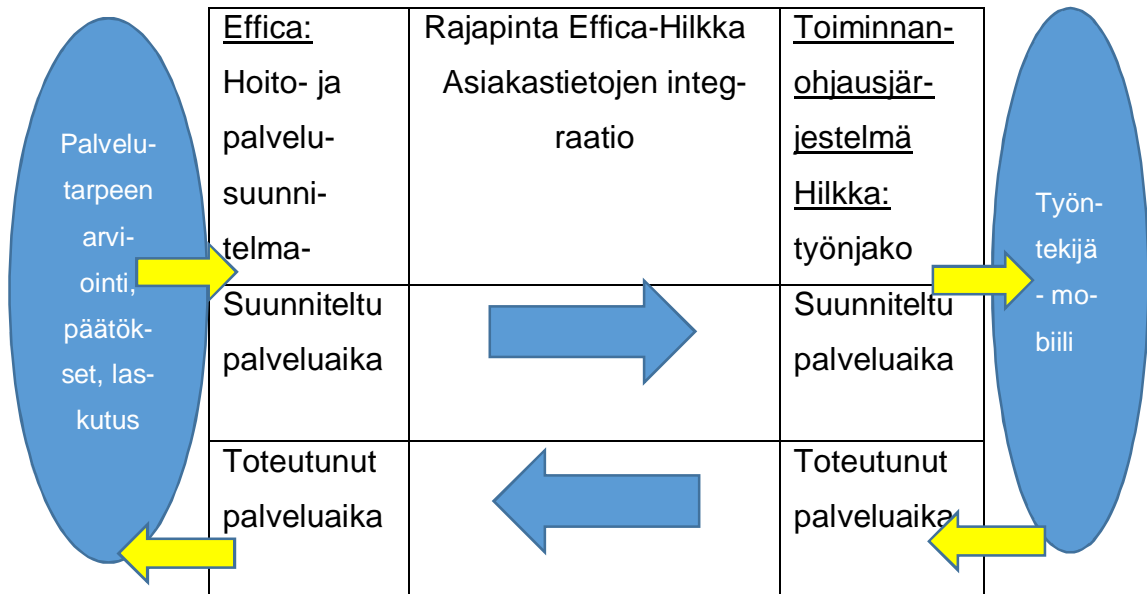
Organisaation ohjeistuksen mukaan (Hynninen 2017, 2–4) RAVA®-poikkileikkaustutkimukseen tutkimusotanta muodostui Joroisten kotihoidossa yli 65-vuotiaista säännöllisen kotihoidon asiakkaista. Otannasta poistettiin alle 65-

vuotiaat henkilöt sekä 14.3.2017 akuutissa ympärivuorokautisessa sairaalahoidossa olevat. Tämä sama joukko, joka oli valikoitu poikkileikkaustutkimuksen perusjoukoksi, toimi myös koko tutkimuksen perusjoukkona. Tämän listauksen mukaisesti Joroisten kotihoidon henkilöstö teki jokaiselle listalla olevalle asiakkaalle RAVA®-arvioinnin sähköiseen Ravatar-sovellukseen. Arviointien kirjaaminen ohjelmaan suoritettiin 14.3.–28.3.2017. RAVA®-arviointit kuuluivat osaksi organisaation määrittämää säännöllisesti tehtävää poikkileikkaustutkimusta, jonka avulla tarkastellaan hoidonporrastuksen toimivuutta.

Jokaisen asiakkaan kohdalla tarkasteltiin suunniteltua palveluaikaa ja toteutunutta palveluaikaa 15.2.–14.3.2017 väliseltä ajanjaksolla. Tarkasteltavan ajanjakson valintaan olivat perusteena hoito- ja palvelusuunnitelman voimassa oloinen poikkileikkaustutkimuksen havainnointipäivänä sekä tarpeeksi pitkä tarkastelujakso, jolta kertyi sekundääristä aineistoa tietojärjestelmiin. Tarkastelujakson ajoittuminen ennen RAVA®-poikkileikkaustutkimusta perustui myös tutkimuksen aikataulullisiin vaateisiin.

Toinen otanta muodostui lähihoitajan työtä tekevistä työntekijöistä, jotka ovat edellä mainittuna aikana (15.2.–14.3.2017) tuottaneet palveluja näille tutkimuksessa mukana oleville asiakkaille. Työntekijöiden kohdalla tarkasteltiin pelkästään lähihoitajien tuottamaa välitöntä asiakastyöaikaa ja asiakaskohtaisia käyntimääriä edellä mainitulla jaksolla kokonaisuudessa. Tässä tutkimuksella ei eroteltu eri viikonpäiville tai kellonajoille sijoittuvaa työaikaa tai hoidon- ja palveluntarvetta.

Edellä mainitut arvot saatiin minuutin tarkkuudella Hilikka - ohjelmasta, joka on integroitu potilastietojärjestelmä Efficaan (kuva3). Yksittäin tulostettaviin raporteihin on kirjattu asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelman suunniteltu palvelumäärä aikana sekä asiakkaan saama palveluaika minuutin tarkkuudella Hilikka-kotihoidon mobiilisovelluksesta.



Kuva 3. Potilastietojärjestelmä Effican ja toiminnanohjausjärjestelmä Hilkan integroitu rajapinta

Villkan (2007,111) mukaan havintomatriisi on sama kuin aineisto. Havintomatriisiin kirjataan vaakariveille yhden havintoyksikön kaikki tarkasteltavat muuttujat ja pystyriveille kirjataan yhtä tutkittavaa asiaa koskevat tiedot kaikilta havintoyksiköiltä. Aineisto ja muuttujat kerättiin Excel - taulukkoon, jota käytettiin tässä tutkimuksessa havintomatriisina.

Havintomatriisissa eli aineistoissa asiakkaat jaoteltiin RAVA-tulosten mukaisesti RAVA-luokkiin. Aineisto kirjattiin Excel-taulukossa siten, että jokaiselle RAVA-luokalle avattiin oma sivu ja sivu nimettiin tunnistamista varten. Jokaisen asiakkaan kohdalle kirjattiin RAVA-arvio, suunniteltu hoito- ja palveluaika tarkasteluajalla 15.2.–14.3.2017 sekä toteutunut hoito- ja palveluaika tunteina ja minuutteina. Jokaisen asiakkaan aika muunnettiin minuuttiyksiköiksi vertailua varten. Lisäksi jokaisen asiakkaan kohdalla kirjattiin tarkastelujakson aikana hoitajien tekemien hoitokäyntien määrä asiakkaan luona.

Tietojen syöttämisen jälkeen jatkettiin aineiston käsittelyä. Havintomatriisista poistettiin asiakkaiden tunnistetiedot samalla, kun asiakkaat numeroitiin anonymisoinnin varmistamiseksi. Tutkimusaineiston anonymisoinnin velvoite perustuu henkilötietolakiin (1999/253) ja Lakiin viranomaisen toiminnan julkisuudesta (1999/621). Tietosuojan tarkoitus tutkimuksessa on tutkittavan henkilön

yksityisyyden kunnioitus. Tutkittavien anonymisoinnin tarkoitus on estää asiattomien pääsy henkilötietoihin sekä tietojen väärinkäyttö. (Vilkkä 2007, 95.) Aineistoa käsiteltiin taulukkolaskentaohjelman peruskaavoilla laskettaessa eri muuttujien keskiarvoja, hajontaa sekä suhdelukuja.

### 6.3 Aineiston analyysi

Kvantitatiivinen tutkimus on luonteeltaan teorialähtöistä, jolloin muuttujat määrittyvät teorian perusteella. Kvantitatiivisen tutkimuksen perustana on aiemmin luotu teoria, jonka perusteella kootaan tutkimusaineisto. Tutkimusaineisto ryhmitellään ja jaotellaan erilaisina muuttujina, jolloin tutkimuksen tutkimusasetelma muodostuu muuttujista. Kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa luonteeltaan yleistettävissä olevaa tietoa, jossa käytetään tilastollisia matemaattisia analyysijä. Analyysien avulla pyritään todentamaan teorioita tai väittämiä todeksi sekä vastaamaan tutkimuskysymyksiin (Aho 2007; Shuttleworth 2008.)

Muuttujat kirjattiin taulukkomuotoon ja aineistoista tehtiin tilastollisesti käsiteltävä. Kvantitatiivinen tutkimus edellytyksenä on havaintojen mittaaminen (Vilkkä 2007, 45–48). Havaintoaineistoa tarkasteltiin Excel 2013 - taulukko-ohjelman avulla. Horisontaalisen kohdennustehokkuuden toteutumista mitattiin vertailemalla asiakkaalle myönnetyn palveluajan määrää toteutuneeseen palveluajan määrään ajalla 15.2.2017–14.3.2017 laskemalla suhdeluku.

Aineistosta laskettiin keskimääräinen asiakaskohtainen hoito- ja palveluaika RAVA-luokittain sekä keskimääräinen asiakaskohtainen käyntimäärä RAVA-luokittain sekä keskihajontaluvut. Aineistoa vertailtiin prosentuaalisesti (%) Excel-taulukossa selvittäessä välittömän työajan ja asiakaskäyntimäärien kohdentumista RAVA-luokittain.

RAVA-poikkileikkauksessa käytetty asiakkaan toimintakyvyn arviointi ja tarkastelu kohdentuu vain yhteen päivään, joka oli 14.3.2017. Arvioitavan henkilön toimintakykyä ja avun tarvetta arvioidaan tuon kyseisen päivämäärän tilanteen mukaan. Asiakkaalle suunniteltua ja annettua hoidon ja palvelun määrää tarkastellaan tässä tutkimuksessa täyden kalenterikuukauden ajalta, jolloin on

mahdollista, että asiakkaan toimintakyky vaihtelee eikä vastaa poikkileikkauspäivänä olevaa toimintakykyä.

## 7 TULOKSET

### 7.1 Tutkimusaineisto

Tutkimusotantahetkellä Joroisten kotihoidossa oli yhteensä 119 säännöllistä kotihoidon asiakasta. Sekundäärinen tutkimusaineisto kerättiin yhteensä 96 asiakkaasta, joka oli 81 % kaikista Joroisten kotihoidon säännöllisistä asiakkaista. Tutkimusaineistosta rajattiin pois alle 65-vuotiaat henkilöt sekä 14.3.2017 akuutissa sairaalahoidossa olevat. Rajaus on sama kuin RAVA-poikkileikkaustutkimuksessa käytetty asiakkaiden rajaus. Kaikilla tutkimukseen mukaan otetuilla oli voimassa oleva hoito- ja palvelusuunnitelma sekä he olivat osallisina Joroisten RAVA-poikkileikkaustutkimuksessa keväällä 2017 (n=96). Osallistujien keski-ikä oli 83 vuotta, iän vaihteluvälin ollessa 66–101 vuotta. Iän keskihajonnan (df), jolla mitataan arvojen vaihtelua keskiarvon molemmin puolin (Taanila 2017), oli 7,19. Miehiä oli tutkittavista 36 % (n=35) ja naisia 64 % (n=61).

Taulukko 4. RAVA-luokittain tulosten keskiarvo, alhaisin ja suurin arvo

Rava-luokka	Määrä (n)	(ka) keskiarvo	Min. arvo	Max- arvo
1	28	1,32	1,29	1,42
2	24	1,71	1,52	1,97
3	10	2,27	2,09	2,40
4	17	2,74	2,52	2,93
5	12	3,24	3,05	3,41
6	5	3,75	3,65	4,03

Organisaatiossa tehdyn RAVA-poikkileikkauksen mukaan tutkittavista suurin osa sijoittui RAVA-luokkiin 1 ja 2 (taulukko 4), jolloin avun tarve on vielä satunnaista tai tuettua. Koko tutkimuksessa käsiteltyjen RAVA-arviointien keskiarvo (ka) oli 2,13, joka laskettiin laskemalla yhteen kaikki RAVA-arvot ja jakamalla tulos arviointien määrällä. Pienin (Min.) RAVA-arvon oli 1,29 ja suurin (Max.) 4,03. Samaa kaavaa käyttäen laskettiin jokaiseen RAVA-luokkaan arviointien keskiarvo.

## 7.2 Horisontaalinen kohdennustehokkuus

Vaaraman ym. (2006, 14) mukaan horisontaalisen kohdennustehokkuuden ( $H$ ) toteutumista voidaan mitata vertaamalla suunniteltujen palvelujen määrää ( $X_1$ ) toteutuneiden palveluiden ( $X_2$ ) määrään. Horisontaalinen kohdennustehokkuus voidaan määrittellä yhtälöstä 1.

$$H = \frac{X_1}{X_2} \quad (1)$$

jossa

$H$	Horisontaalinen kohdennustehokkuus
$X_1$	Suunniteltu hoito- ja palveluaika
$X_2$	Toteutunut hoito- ja palveluaika

Horisontaalisen kohdennustehokkuuden arvo ( $H$ ) laskettiin asiakaskohtaisesti sekä RAVA-luokittain. Arvon ( $H$ ) ollessa yksi toteutuu asiakkaan avun tarpeen tyydyttäminen optimaalisesti. Arvon ( $H$ ) jäädessä alle yhden saa asiakas vähemmän apua kuin palveluntarpeen arviossa on suunniteltu. Mikäli arvo ( $H$ ) on yli yksi, saa asiakas apua enemmän kuin hänelle oli suunniteltu.

Jokaisessa RAVA-luokassa horisontaalisen kohdennustehokkuuden keskiarvoksi ( $ka$ ) tuli enemmän kuin arvo yksi (taulukko 5). Suurin vaihteluväli oli RAVA-luokassa 1, jossa pienin (Min.) arvo oli 0,54 ja suurin (Max.) 6,49. Isoimmat vaihteluvälit olivat havaittavissa RAVA-luokissa 1 ja 2, joissa avun tarve on satunnaista ja tuettua. Näissä edellä mainituissa RAVA-luokissa keskihajonnassa ( $df$ ) oli havaittavissa suurimmat arvot.

Taulukko 5. Horisontaalinen kohdennustehokkuus RAVA-luokittain

RAVA-luokka	n	ka ( $H$ )	df	Min.	Max.
1	28	1.96	1.55	0.54	6.49
2	24	1.40	0.75	0.71	4.02
3	10	1.31	0.52	0.82	2.50
4	17	1.33	0.31	0.84	2.26
5	12	1.61	0.66	0.87	2.93
6	5	1.35	0.29	1.03	1.83

Horisontaalisen kohdennustehokkuuden tuloksia analysoitaessa (taulukko 5) todettiin, että keskimääräisesti Joroisten kotihoidon asiakkaat saivat määrällisesti enemmän hoitoa kuin heidän oli alun perin oletettu tarvitsevan palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä. Vaaraman ym. (2006, 7) mukaan mikäli kohdennustehokkuuden suhde on arvoltaan enemmän kuin yksi, riittävät nykyiset resurssit vastaamaan palveluntarpeeseen. Resurssien tehokkaammalla kohdentamisella olisi mahdollista saavuttaa parempi palvelutaso. Huomioitavaa oli kuitenkin, että jokaisessa RAVA-luokassa oli myös henkilöitä, joiden horisontaalisen kohdennustehokkuuden arvo jäi vertailulukuna olevan arvon yksi alle, jolloin Vaaraman esittämän teorian mukaan asiakkaan saama hoito- ja palvelu ei vastaa asiakkaan tarpeeseen kokonaisuudessa.

Keskihajonta osoittaa jokaisen RAVA-luokan kohdalla horisontaalisen kohdennustehokkuuden arvon vaihtelevan keskiarvosta. Groopin (2014,15–17) mukaan kotihoidon asiakkaiden hoidon- ja palveluntarve vaihtelee päivittäin. Kotihoitoon tulee uusia asiakkaita, vanhoja asiakkaita poistuu, asiakkaiden toimintakyky voi vaihdella johtuen perussairauksista tai akuuteista infektioista. Henkilöstömäärä suunnitellaan vakituisen mitoituksen mukaan, jossa saattaa olla vaihtelua poissaolojen vuoksi.

### **7.3 Vertikaalinen kohdennustehokkuus**

Vaaraman ym. (2006, 14) mukaan vertikaalinen kohdennustehokkuus mittaa resurssien tarkoituksenmukaista käyttöä eli sitä, onko palvelut oikein kohdennettu. Vertikaalista kohdennustehokkuutta (V) tutkittiin (taulukko 6) RAVA-luokittain tarkastelemalla hoitajien tuottaman hoito- ja palveluajan kohdentumista RAVA-luokittain sekä keskimääräisiä (ka) käyntimääriä asiakaskohtaisesti jokaisessa RAVA-luokassa.

Taulukko 6. Keskimääräiset välittömän työajan toteumat ja käyntimäärät RAVA-luokittain

RAVA-luokka	n	ka RAVA- arvo	ka välitön työaika mi- nuutteina/asiakas ( $y_1...y_6$ )	ka käyntimäärä <i>asiakas</i> ( $t_1...t_6$ )
1	28	1.32	216	17
2	24	1.71	709	53
3	10	2.27	852	65
4	17	2.74	1879	138
5	12	3.24	2313	149
6	5	4.35	3450	2134

Keskimääräinen prosentuaalisen (%) välittömän työajan jakautuminen RAVA-luokittain laskettiin vertaamalla jokaisessa RAVA-luokassa tuotettua keskimääräistä (ka) välitöntä työaika ( $y_1, y_2, y_3, y_4, y_5, y_6$ ) kaikissa RAVA-luokissa yhteensä tuotettuun. Keskimääräinen välitön työaika kaikista RAVA-luokista voidaan määritellä yhtälöstä 2.

$$f = y_1 + y_2 + y_3 + y_4 + y_5 + y_6 \quad (2)$$

jossa	$f$	keskimääräinen välitön asiakastyöaika yhteensä
	$y_1$	ka välitön asiakastyöaika RAVA-luokassa 1
	$y_2$	ka välitön asiakastyöaika RAVA-luokassa 2
	$y_3$	ka välitön asiakastyöaika RAVA-luokassa 3
	$y_4$	ka välitön asiakastyöaika RAVA-luokassa 4
	$y_5$	ka välitön asiakastyöaika RAVA-luokassa 5
	$y_6$	ka välitön asiakastyöaika RAVA-luokassa 6

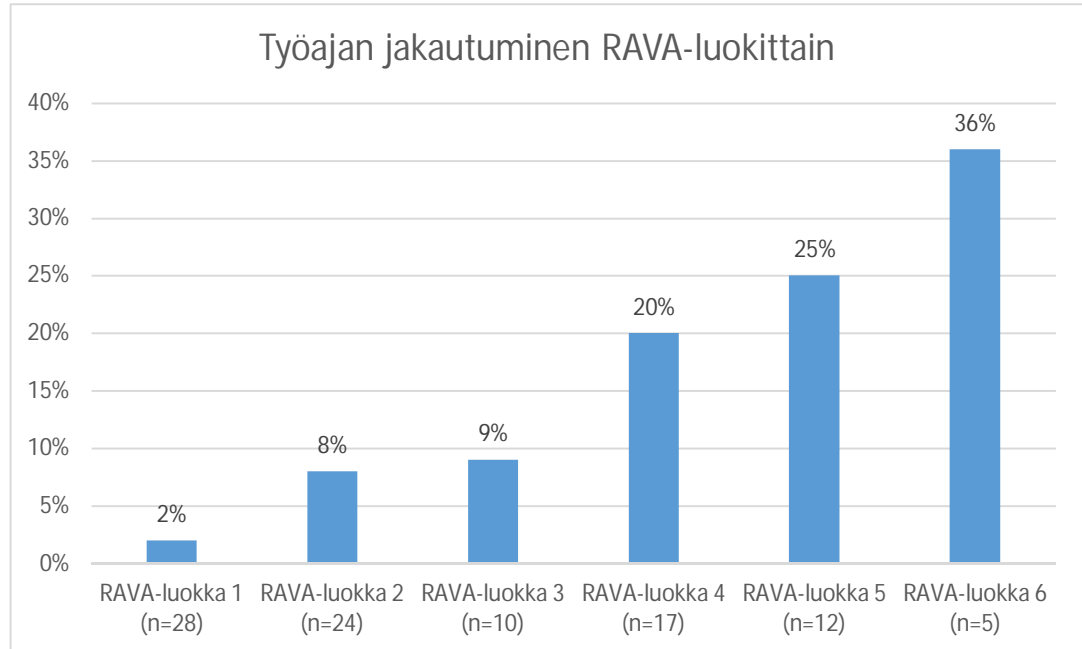
Tämän jälkeen verrattiin keskimääräistä yhteensä laskettua välitöntä asiakastyöaika ( $f$ ) keskimääräiseen välittömään työaikaan jokaisessa RAVA-luokassa erikseen ( $y_1, y_2, y_3, y_4, y_5, y_6$ ) ja saatu arvo muunnettiin prosenttilukumuotoon. Esimerkiksi RAVA-luokassa 1 arvo voidaan määritellä yhtälöstä 3.

$$k_1 = \frac{y_1}{f} \quad (3)$$

jossa	$y_1$	ka välitön asiakastyöaika RAVA-luokassa 1
	$f$	ka välitön asiakastyöaika yhteensä
	$k_1$	prosentiksi muunnettava arvo RAVA-luokassa 1



RAVA-luokka kohtaiset indeksit ( $k_1, k_2, k_3, k_4, k_5, k_6$ ) muutettiin prosenttilukumuotoon ja pyöristettiin automaattisesti kokonaisluvuksi (kuva 4).



Kuva 4. Keskimääräisen prosentuaalinen (%) asiakaskohtaisen välittömän työajan jakautuminen RAVA-luokittain

Asiakaskäyntien keskimääräinen prosentuaalinen (%) jakautuminen laskettiin vertaamalla jokaisessa RAVA-luokassa tehtyjä keskimääräisiä ( $k_a$ ) asiakaskäyntimääriä ( $t_1, t_2, t_3, t_4, t_5, t_6$ ) kaikissa RAVA-luokissa keskimääräisesti ( $k_a$ ) tehtyyn käyntimäärään ( $a$ ). Asiakaskohtaiset keskimääräiset käyntimäärät voidaan määrittellä yhtälöllä 4.

$$a = t_1 + t_2 + t_3 + t_4 + t_5 + t_6 \quad (4)$$

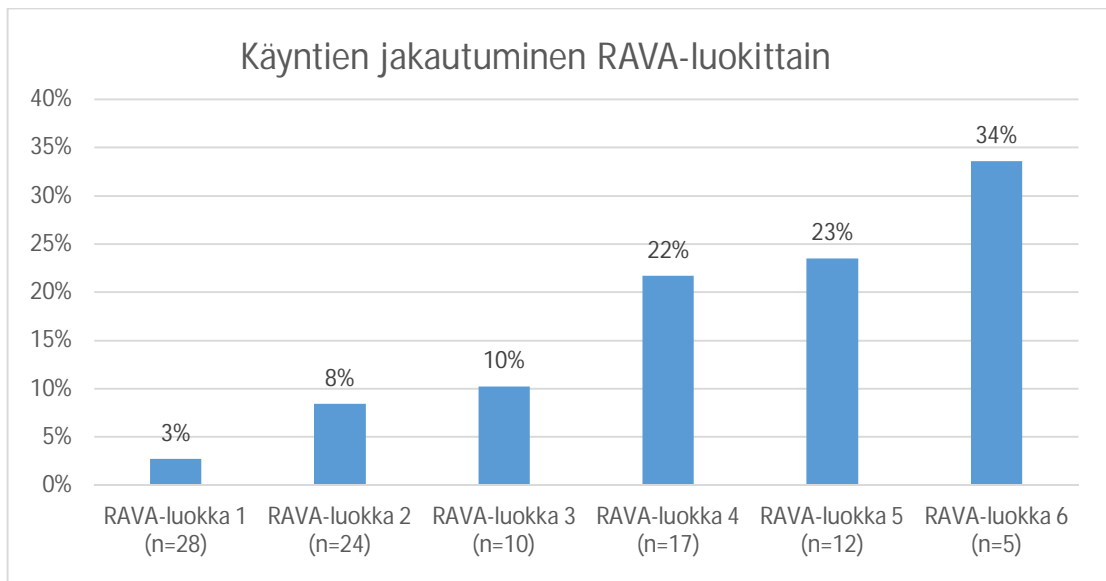
jossa	$a$	keskimääräinen asiakaskäyntimäärä yhteensä
	$t_1$	$k_a$ asiakaskäyntimäärä RAVA-luokassa 1
	$t_2$	$k_a$ asiakaskäyntimäärä RAVA-luokassa 2
	$t_3$	$k_a$ asiakaskäyntimäärä RAVA-luokassa 3
	$t_4$	$k_a$ asiakaskäyntimäärä RAVA-luokassa 4
	$t_5$	$k_a$ asiakaskäyntimäärä RAVA-luokassa 5
	$t_6$	$k_a$ asiakaskäyntimäärä RAVA-luokassa 1

Seuraavana laskettiin jokaiseen RAVA-luokkaan ( $b_1, b_2, b_3, b_4, b_5, b_6$ ) keskimääräisen asiakaskohtaisen käyntimäärää kuvaava arvo vertaamalla keskimääräistä RAVA-luokakohtaista käyntimäärää keskimääräiseen yhteenlaskettuun käyntimäärään ( $a$ ). Esimerkiksi RAVA-luokassa 1 voidaan arvo määrittellä yhtälöstä 5.

$$b_1 = \frac{t_1}{a} \quad (5)$$

jossa  $a$  keskimääräinen asiakaskäyntimäärä yhteensä  
 $t_1$  ka asiakaskäyntimäärä RAVA-luokassa 1  
 $b_1$  Prosenteiksi muutettava arvo RAVA-luokassa 1

RAVA-luokka kohtaiset indeksit ( $b_1, b_2, b_3, b_4, b_5, b_6$ ) muutettiin prosenttilukumuotoon ja pyöristettiin automaattisesti kokonaisluvuksi (kuva 5).



Kuva 5. Keskimääräinen prosentuaalinen (%) asiakaskohtainen käyntimäärien jakautuminen

Vertikaalista kohdennustehokkuutta ( $V$ ) analysoitaessa osoittautui selvästi, että lähihoitajien välitön työaika kohdistui pääsääntöisesti (79 %) RAVA-luokkiin 4 - 6. Lähihoitajien työajasta 34 % ja käyntimäärästä 36 % ohjautui RAVA-luokkaan 6, jossa hoidettavia asiakkaita oli vain viisi. Asiakkaista suurin osa ( $n=56$ ) sijoittui RAVA-luokkiin 1 ja 2, joissa asiakkaiden avuntarve on satunnaista tai säännöllistä. Lähihoitajien keskimääräisestä asiakastyöajasta 10 % ohjautui näiden asiakkaiden hoitoon.

Tutkimuksen perusteella on havaittavissa, että asiakkaan toimintakyvyn heikentyessä ja avuntarpeen lisääntyessä lisääntyy myös asiakkaan saama välitön työaika sekä asiakkaan luona tehtyjen hoitokäyntien määrä. Tämän perusteella näyttää Joroisten kotihoidon resurssien käytön olevan kohdennettu eniten hoitoa ja hoivaa tarvitseville asiakkaille.

Tässä tutkimuksessa ei tarkasteltu välittömän asiakastyöajan jakautumista eri viikonpäiville eikä määräämääräisen työvoiman vaikutusta. Asiakkaiden palvelutarve on määritelty kokonaisuutena huomioiden arkipäivät ja viikonloput. Käytettävissä olevan henkilöstön tulee pystyä vastaamaan palvelutarpeeseen, vaikka ajanjaksolla olisi äkillisiä, ennakoimattomia poissaoloja henkilöstössä.

## **8 POHDINTA**

### **8.1 Tulosten tarkastelu**

Tutkimusotannassa oli mukana vain yli 65 - vuotiaat Joroisten säännöllisen kotihoidon asiakkaat. Määrällisesti pidän otantaa kuitenkin suuntaa antavana ja tuloksia luotettavina. Kohdennustehokkuutta voidaan Vaaraman ym. (2006,14) mukaan tarkastella yksilötasolla tai ryhmätasolla. Tässä tutkimuksessa valittiin ryhmätasoinen tarkastelu asiakkaiden RAVA-luokkien mukaisesti.

Horisontaalisen kohdennustehokkuuden määrällinen toteutuminen oli havaittavissa selkeästi keskiarvon ollessa jokaisessa RAVA-luokassa yli yksi. Vaaraman ym. (2007, 6) mukaan suhdeluvun arvon ollessa yli yksi on mahdollista parantaa palvelutasoa ja ottaa uusia asiakkaita palvelun piiriin. Ikääntyneiden henkilöiden kohdalla on huomioitava, että hoidon ja palvelutarve voi vaihdella hyvinkin lyhyessä ajassa suuresti (Groop 2014, 14). Tästä johtuen horisontaalista kohdennustehokkuutta kuvaavan suhdeluvun vaihteluväli oli RAVA-luokissa 1 ja 2 laskennallisesti suurta, mitä kuvaa myös keskihajonta. Vaaraman ym.(2007, 6) esittämä teoria ei kuitenkaan ota huomioon Groopin (2014,4) esittämää hoidon- ja palvelutarpeen äkillistä muutosta tai preventiivistä näkö-

kulmaa. Preventiolla tarkoitetaan tässä yhteydessä ennaltaehkäisevää näkökulmaa palvelujen tarjonnassa, jolloin apua annetaan jo varhaisessa vaiheessa, tarkoituksena poistaa säännöllisen hoidon- ja palveluntarve kokonaan tai siirtää se pitkälle tulevaisuuteen.

Nordic Healthcare Groupin (2015, 3) tekemässä tutkimuksen mukaan noin kymmenen prosenttia suomalaisista kuluttaa 74 prosenttia yhteiskunnan maksamista sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista. Näistä kymmenestä prosentista noin kolmasosa on ikäihmisiä. Samankaltainen resurssien kohdentuminen on havaittavissa vertikaalisen kohdennustehokkuuden tuloksissa. Eniten hoitoa tarvitsevien henkilöiden palveluntarpeen tyydyttämiseen ohjautui noin kolmeneljäsosaa Joroisten kotihoidon henkilöstön tuottamasta palvelusta.

Tässä tutkimuksessa on havaittavissa selkeä yhteys asiakkaan toimintakyvyn heikkenemisen ja resurssien kohdistamisen välillä. Mitä suurempi asiakkaan RAVA-arvio oli, sitä enemmän hänen hoitoonsa oli kohdennettu kotihoidon resursseja. Resursseja tarkasteltiin asiakaskohtaisena välittömänä työaikana ja asiakaskohtaisena hoitokäyntimääränä. Tutkimuksen perusteella näyttäisi, että asiakaskohtaiset käyntimäärät ja välitön työaika ovat riippuvaisia toistaan. Toisen arvon noustessa myös toinen nousee. Toisaalta tutkimuksen perusteella voidaan havaita isoimman yksittäisen RAVA-luokan olevan 1 (n=28), jolloin asiakkaan avuntarve on satunnaista. RAVA-luokkiin 1 ja 2 kuuluu yli puolet (n =52) asiakkaista. Tästä voidaan päätellä, että kotihoidon resursseja on ohjattu ennaltaehkäisevästi vielä suhteellisen vähän apuja tarvitseville asiakkaille.

Asikaisen (2015, 54–58) mukaan välittömän asiakastyöajan mittaaminen kuvaa vain yhtä osaa tuottavuudesta. Kyseessä on kuitenkin kokonaisvaltainen mittari, jonka antamaa tietoa voidaan hyödyntää tiedolla johtamisessa. Työajan mittauksilla voidaan tuoda läpinäkyvyyttä kotihoidon toiminnalle, ja ne toimivat pohjana kotihoidon sisäisen tuottavuuden kannalta. Kokonaistuottavuuden tarkastelua varten mittaamista tulisi laajentaa ja kytkeä laatuun sekä vaikuttavuuteen.

Klemolan (2014, 10–14) mukaan tulevaisuuden palveluverkoston ja -raken-  
teen suunnitteluun tarvitaan tutkittua tietoa. Suomessa on menossa sosiaali-  
ja terveystalouden uudistaminen, jossa tarkastellaan olemassa olevia resurs-  
seja, resursseilla tuotettuja palveluja ja tehokkuutta. Pohjois-Savon osalta on  
ennustettu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin olevan vuonna 2019 10  
miljoonaa euroa vähemmän käytettävissä kuin vuonna 2018. (Pohjois-Savon  
maakuntaliitto 2019b). Tulevaisuuden resurssien rajallisuuden vuoksi, on tär-  
keää tutkia resurssien tehokasta kohdentamista ja käyttää tätä tutkittua tietoa  
hyväksi sosiaali- ja terveystalouden johtamisessa. Tiedolla johtaminen pe-  
rustuu tutkittuun tietoon (Groop ym. 2014, 10–14).

## **8.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus**

Tässä tutkimuksessa noudatettiin eettisesti hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Tutki-  
muksessa käytettiin sekundääristä aineistoa Joroisten kotihoidon asiakkaista  
ja henkilökunnasta. Asiakkaat valikoituivat tutkimukseen voimassa olevan pal-  
velun ja RAVA-poikkileikkaukseen osallistumisen perusteella. Työntekijät,  
jotka osallistuivat tutkimukseen, valikoituivat normaalin asiakastyöhön osallis-  
tumisen perusteella. Opinnäytetyöntekijä ei ole tavannut tukittavia asiakkaita  
henkilökohtaisesti. Opinnäytetyöntekijä ei ole osallistunut asiakkaiden palve-  
lutarpeen arviointiin, hoito- ja palvelusuunnitelmien tekemiseen tai RAVA-  
poikkileikkaustutkimuksen tekemiseen. Opinnäytetyöntekijä on kerännyt aino-  
astaan tähän tutkimukseen tarvittavia tietoja eri tietolähteistä. Hirsjärvi ym.  
(2008, 23–25) on mainitunut edellä lueteltujen toimintatapojen kuvaavan tutki-  
muksen tekemisen eettisyyttä.

Tutkimus tuotti uutta tietoa Joroisten kotihoidon palveluiden kohdennustehok-  
kuudesta. Tietoa voidaan käyttää tiedolla johtamisen apuvälineenä resurssioh-  
jausta suunniteltaessa. Tutkimuksesta ei aiheutunut haittaa tutkittaville kotihoi-  
don asiakkaille tai henkilökunnalle. Tutkimuslupa oli anottu ammattikorkeakou-  
lun ja tutkimuksen osallistuneen organisaation ohjeiden mukaisesti. Opinnäy-  
tetyön suunnitelma oli hyväksytty ohjaavien opettajien taholta ammattikorkea-  
koulusta sekä tutkimusluvan päättävän henkilön taholta ennen tutkimuksen  
aloittamista. Viranhaltijapäätös tutkimusluvasta (liite 1) on tehty 1.3.2017.

Opinnäytetöiden luotettavuuden arvioinnissa käytetään yleensä reliabiliteettia ja validiteettia. Hirsjärven ym. (2008, 226–230) mukaa reliaabelius tarkoittaa, että mittaustulokset ovat toistettavissa. Reliaabeliuden vaatimus täyttyy jo silloin, kun kaksi arvioijaa päätyy samaan tulokseen. Tätä voidaan myös todentaa erilaisilla kasainvälisesti tuotetuilla mittareilla. Validiudella puolestaan tarkoitetaan mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri tutkittavaa asiaa. Tässä tutkimuksessa käytetty RAVA-mittari on yleisesti käytössä oleva, virallisesti luokiteltu toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari.

Tämän opinnäytetyön luotettavuus perustuu siihen, että tutkimuksessa tutkitaan muiden dokumentoimaa tietoa, jolloin tutkija toimii ainoastaan aineiston käsittelijänä. Tieto, jota tutkija käytti, on dokumentoitu potilastieto- ja toiminnanohjausjärjestelmään. Lisäksi tutkimuksessa noudatettiin tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja eli rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014). Tutkimusta analysoitiin Excel 2013 - ohjelman avulla. Tätä opinnäytetyön prosessia ja toteutusta ei ole ollut mahdollista yleistää suoraan. Tämä kehittämistehtävä on tuotettu juuri Joroisten kunnan tarpeeseen eikä vastaavaa tutkimusta ole aiemmin toteutettu Joroisten kunnassa.

### **8.3 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet**

Tutkimusten tulosten perusteella näkyy selkeästi, että asiakkaalle suunniteltu palveluaika toteutuu ja Joroisten kotihoidon resurssit on kohdistettu avun tarpeen mukaisesti. Tämä tieto edesauttaa tulevaisuuden palveluiden suunnitteluussa ja johtamisessa. Mallin avulla on mahdollista tuottaa tulevaisuudessa vertailukelpoista tietoa eri yksiköiden kohdennustehokkuudesta. Mallin käyttöönotto ei vaadi suuria investointeja, vaan mallissa hyödynnetään jo yleisesti olemassa olevia tiedontuottamismetodeja ja sekundääriaineistoa, kuten RAVA-poikkileikkaustutkimusta sekä Hilikka - toiminnanohjausjärjestelmään integroituna potilastietojärjestelmään.

Opinnäytetyöprosessin merkitys oli minulle henkilökohtaisesti merkittävä. Opintoni painottuivat johtamisosaamiseen, kehitysosaamiseen ja digitalisaation hyödyntämiseen yhteiskunnassa. Opinnäytetyön työelämälähtöisyys edesauttoi ymmärtämään näiden asioiden yhteyksiä syvällisemmin. Teoria-tieto reflektoitui syvällisemmin ja konkreettisemmin käytäntöön. Muutosjohtamisen teoriat saivat mielessäni aivan eri näkökulman kohdennustehokkuuden teorian kautta. Tämän opinnäytetyön toteuttamisprosessi täyttää ylemmän ammattikorkeakoulun asetuksen (423/2005) mukaiset tavoitteet. Asetuksen mukaan opinnäytetyön tavoitteena on kehittää ja osoittaa kykyä soveltaa tutkimustietoa sekä käyttää valittuja menetelmiä työelämästä nousevien ongelmien ratkaisemiseen. Opinnäytetyön tehtävänä on lisätä opiskelijan valmiutta vaatimaan itsenäiseen asiantuntijatyöhön. (Uosukainen 2014, 2–3.)

Tutkimus antaa selvän kuvan Joroisten kotihoidon palvelujen kohdentumisesta. Havainnoista nousee selvästi esille, että pääsääntöisesti asiakkaat saavat enemmän palvelua kuin heille on suunniteltu. Palveluntarpeen on todettu vaihtelevan päivittäin, mutta oleellisiksi kysymyksiksi nousee, onko palveluntarpeen arviointi ajan tasalla sekä miten työntekijän subjektiivinen arvio asiakaskäynnillä palvelutarpeesta vaikuttaa tulokseen. Näiden kysymysten selvittäminen on mielestäni yksi jatkotutkimuksen aihe.

Tutkimuksessa ei kartoitettu asiakkaan subjektiivista kokemusta horisontaalisen kohdennustehokkuuden toteutumisesta, jota olisi myös kuvannut laatua. Grönroosin (2009, 279–281) mukaan laatu liittyy oleellisesti sisäiseen tehokkuuteen ja sisäinen tehokkuus on osa kokonaistuottavuutta. Tärkeänä jatkotutkimusaiheena esille nousee yksilöllisen kohdennustehokkuuden tutkimus sekä subjektiivisen kohdennustehokkuuden tutkimus. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen kulmakivi on asiakkaan nostaminen keskiöön (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b). Valinnanvapauden lisääntyessä asiakkaat tulevat valitsemaan juuri heidän tarpeilleen räätälöityjä palveluja, jolloin asiakkaan kokemus palvelutarpeeseen vastaamisesta vaikuttaa varmuudella myös asiakkaan valintaan palveluntuottajasta.

Tärkeä jatkotutkimusaihe olisi myös rahallisten resurssien kohdennustehokkuus sekä resurssien avulla tuotettujen palveluiden vaikuttavuuden arviointi.

Yleisesti Pohjois-Savon maakuntaliitossa on käyty keskustelua kotihoitopalveluiden vaikuttavuuden arvioinnin tutkimuksen vähäisyydestä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottaminen on tällä hetkellä hyvin organisaatiolähtöistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus on askel asiakkaiden tarpeeseen vastaamiseen asiakaslähtöisesti.

Tämän tutkimuksen tuloksia tullaan hyödyntämään Joroisten kotihoidon Ota kiireestä koppi – projektissa tarkastelemalla horisontaalisen ja vertikaalisen tuloksia yhdessä työntekijöiden kanssa. Tulemme pohtimaan vastaako nämä tulokset heidän subjektiivista kokemusta asiasta. Lisäksi tulemme pohtimaan yhdessä, miksi horisontaalisen kohdennustehokkuuden arvot on keskimääräisesti tarkasteltuna yli yksi. Löytyykö tähän selitys hoidon- ja palveluntarpeen ajantasaisuudesta ja onko meillä ketterämpiä työmuotoja, teknologiaa hyödyntäen, päivittää hoito- ja palvelusuunnitelmia.

Tämän tutkimuksen tulokset tullaan esittelemään Varkauden kaupungin kotiin annettavien palveluiden ja sairaalahoidon johtoryhmälle ja Joroisten kotihoidon henkilökunnalle. Tuloksia tullaan myös esittelemään luentomuotoisesti erityyppisissä sosiaali- ja terveydenhuollon tilaisuuksissa. Lisäksi tutkimus toimitetaan Theseus-tietokantaan julkisesti luettavaksi sekä tutkimuksesta julkaistaan tieteellinen artikkeli erikseen valitussa julkaisussa.



## LÄHTEET

Asikainen, J., V. 2015. Työajanmittauksen hyödyntäminen kotihoidon tuottavuuden tarkastelussa. Tampereen teknillinen yliopisto. Saatavissa: <https://dspace.cc.tut.fi/dpub/bitstream/handle/123456789/23049/asikainen.pdf?sequence=3>. Diplomityö. [Viitattu 28.4.2017].

Anttila, P. 2007. Kvantitatiivisen analyysin perusteet. Ylemmän AMK-tutkinnon metodifoorumi. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/0709019/1193463890749/1193464131489/1194289328583/1194289824724.html> [Viitattu 20.4.2017].

Age UK 2017. Briefing: Health and care of older people in England 2017. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/For-professionals/Research/The\\_Health\\_and\\_Care\\_of\\_Older\\_People\\_in\\_England\\_2016.pdf?dtrk=true](http://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/For-professionals/Research/The_Health_and_Care_of_Older_People_in_England_2016.pdf?dtrk=true). [Viitattu 19.4.2017].

Elo, A., Ervasti, A. & Kuokkanen, A. 2010. Hyvinvointi ja tuloksellisuus esimiestyön haasteena. Työterveyslaitos. Työympäristötutkimuksen raporttisarja 51. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://www.uta.fi/projektit/haku/index/HAKU-hanke120411kuntatalo%20Elo%20\[Yhteensopivuustila\].pdf](http://www.uta.fi/projektit/haku/index/HAKU-hanke120411kuntatalo%20Elo%20[Yhteensopivuustila].pdf). [Viitattu 26.11.2016].

Finnish consulting group 2015. Näin toimii RAVA®-mittari. WWW-dokumentti. Saatavissa : <http://www.soteluokitustuotteet.fi/fi/luokitustuotteet/rava/nain-toimii-rava>. [Viitattu 16.10.2016].

Groop, J. 2012. Theory of Constrains in Field Service: Factors Limiting Productivity in Home Care Operations, dissertation, Aalto-yliopisto. Publication 47. Saatavissa: <https://aaltodoc.aalto.fi/bitstream/handle/123456789/4427/isbn9789526045948.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [Viitattu 15.4.2017].

Groop, J. 2014. Miten vastata kotihoidon kasvavaan kysyntään? Suomen Kuntaliitto. Saatavissa: [http://shop.kunnat.net/product\\_details.php?p=3014](http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=3014) [Viitattu 25.5.2017].

Groop, J., Komssi, V., Martikainen, P. & Maksimainen, A. 2014. Kotihoito 2020 – 10 askeleen ohjelma kotihoitoon. Saatavissa: <https://www.tekes.fi/globalassets/global/ohjelmat-ja-palvelut/ohjelmat/innovaatiot-sosiaali--ja-terveys-palveluissa/kotihoito2020.pdf>. [Viitattu 27.4.2017].

Grönroos, C. 2009. Palvelujen johtaminen ja markkinointi. Helsinki: WSOYpro Oy.

Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sosiaalihuoltolain väliaikaisesta muuttamisesta annetun lain ja kansanterveyslain väliaikaisesta muuttamisesta annetun lain voimaantulosäännösten muuttamisesta 200/2014

Haverinen, R. & Päivärinta, E. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Helsinki: Stakes. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77762/p040209143011S.pdf>. [Viitattu 26.11.2016].

Henkilötietolaki 1999/253.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Huttunen, J. 2010. Elinikä ja eliniän odote. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f1893623184/huttunenjussiouluakatemiaa%282%29.pdf> [Viitattu 15.4.2016].

Hynninen, K. 2017. RAVA-mittari. Poikkileikkaustutkimuksen ohje – Joroinen. Organisaation sisäinen ohje.

Hynninen, K. 2016. RAVA®-tiedon hyödyntäminen kunnallisessa organisaatiossa. Terveys- ja talouspäivät Kuopiossa 16.9.2016. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.soteluokitustuotteet.fi/sites/default/files/referenssit/rava-tiedon-hyodyntaminen-kunnallisessa-organisaatiossa.pdf>. [Viitattu 16.9.2016].

Ikähoiva - työryhmä. 2011. Hoitoa ja huolenpitoa ympärivuorokauden. Ikähoiva -työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010: 28. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Joroisten kunta. 2006. Sosiaalilautakunta 33 § Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistyminen Joroisissa 1.5.2006 alkaen.

Joroisten kunta. 2015a. Joroisten kunta. Kuntastrategia 2015–2020. Saatavissa: <http://www.joroinen.fi/uploads/Kuntastrategia%202015%20-%202020.pdf>. [Viitattu 25.4.2017].

Joroisten kunta. 2015b. Talousarvio vuodelle 2016. Taloussuunnitelma 2017–2018. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.joroinen.fi/uploads/pdf/Talousarvio/Talousarvio%202016%20ja%20taloussuunnitelma%202017-2018%20-%20KV%20hyv%C3%A4ksyty%207.12.2015%20IIMEISIN.pdf>. [Viitattu 7.12.2015].

Joroisten kunta. 2017. Virkeänä vanhuuteen. Ikäpoliittinen ohjelma 2017–2020. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://dynasty.joroinen.fi/kirjat/kokous/20171934-3-1.PDF>. [Viitattu 13.2.2017].

Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta JUHTA 2002. JHS 152 Prosessin kuvaaminen. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS152/JHS152.pdf>. [Viitattu 31.1.2016].

Kangasharju, A. 2008, Tuottavuus osana tuloksellisuutta. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kunnat.net/fi/asiiantuntijapalvelut/kuntatalous/tuloksellisuus/tuottavuuskasitteisto/Documents/Tuottavuusopas-2008-nettiversio.pdf>. [Viitattu 11.11.2016].

Kansanterveyslaki 66/1972.

Klemola, K., Uusi-Ilkainen, T. & Jussi, A. 2014. Sosiaali- ja terveystalveluiden tietojohdamisen käsikirja. Helsinki: Erweko.

Kunta- ja palvelurakennuudistuskilaki 169/2007.

Kuntaliitto 2015. Kunnan lakisääteiset tehtävät. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kunnat.net/fi/kunnat/kunnan-tehtavat/lakisaaiteiset-tehtavat/Sivut/default.aspx>. [Viitattu 28.2.2016].

Kuusisto-Niemi, S. & Lehmuskoski, A. 2012. Asiakaslähtöiset ja vaikuttavat palvelut. Opas sosiaalihuollon käsitteelliseen tarkasteluun. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://www.thl.fi/attachments/tiedonhallinta/asiakaslahtoiset\\_ ja\\_ vaikuttavat\\_ sosiaalipalvelut\\_ opas\\_ sosiaalihuollon\\_ kasitteelliseen\\_ tarkasteluun.pdf](http://www.thl.fi/attachments/tiedonhallinta/asiakaslahtoiset_ ja_ vaikuttavat_ sosiaalipalvelut_ opas_ sosiaalihuollon_ kasitteelliseen_ tarkasteluun.pdf). [Viitattu 20.9.2016].

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 980/2012.

Laki kunta ja palvelurakennuudistuksesta 2007/169.

Laki sosiaalihuollon väliaikaisesta muuttamisesta 1428/2004.

Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 1999/621.

Muurinen, S., Vaarama, M., Haapaniemi, H., Mikkilä, S., Hertto, P., & Luoma, M. 2006. Vanhainkotiasiakkaiden elämänlaatu, hoidon laatu ja hoidon kohdenustehokkuus. Care Keys – Projekti / Helsinki-tiimi. PDF-tiedosto. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2006:2. Saatavissa: [http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/876f27004a1563d8973ff7b546fc4d01/2\\_ ck\\_ raportti.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=876f27004a1563d8973ff7b546fc4d01](http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/876f27004a1563d8973ff7b546fc4d01/2_ ck_ raportti.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=876f27004a1563d8973ff7b546fc4d01). [Viitattu 13.11.2016].

Nordic Healthcare Group 2015. Sitra, Kela ja Oulun kaupunki. Rahoituskanavat ylittävä palvelunkäyttö. Tiivistelmä. Saatavissa: [http://www.jyvaskyla.fi/in-stancedata/prime\\_ product\\_ julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvaskylawwwstructure/74944\\_ Komssi\\_ Monikavarahoitus\\_ Peurunka2.pdf](http://www.jyvaskyla.fi/in-stancedata/prime_ product_ julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvaskylawwwstructure/74944_ Komssi_ Monikavarahoitus_ Peurunka2.pdf). [Viitattu 26.4.2017].

Pohjois-Savon maakuntaliitto 2017a. Ikääntyneet-työryhmän työkokous 19.2.2017.

Pohjois-Savon maakuntaliitto 2017b. Maakunta- ja soteuudistus. Info henkilöstöjärjestöjen edustajille. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.pohjois-savo2019.fi/sote-uudistus/sote-uudistus/diaesitykset.html>. [Viitattu 20.4.2017].

Rissanen, S. & Lammintakainen, J. (toim.) 2011. Sosiaali- ja terveystalveljohtaminen. Helsinki: WSOY.

Shuttleworth, M. 2008. Qualitative research design. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://explorable.com/qualitative-research-design>. [Viitattu 20.4.2017].

Sintonen, H. & Pekurinen, M. 2006. Terveystaloustiede. Helsinki: WSOY.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Sosiaalihuoltolain soveltamisopas. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://stm.fi/documents/1271139/1352015/Sosiaali-huoltolain+soveltamisopas.pdf/cb12a5c4-9bfa-4983-adf6-94ca18815f1b>. [Viitattu 24.7.2015].

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Laatusuositukset hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 11. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN\\_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1) [Viitattu 15.4.2016].

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a. Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Yksityiskohtaiset perustelut 31.1.2017. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/4044011/4a+Hallituksen+esitysluonnos+laiksi+asiakkaan+valinnanvapaudesta+sosiaali-+ja+terveydenhuollossa%2C+yksityiskohtaiset+perustelut+31.1.2017+.pdf/75d749fa-cf60-4f53-974e-8cce8cd0c16c>. [Viitattu 15.2.2017].

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b. Palvelut asiakaslähtöisiksi. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://stm.fi/hankkeet/asiakaslahtoisuus> [Viitattu 20.4.2017].

Sydänmaalakka, P. 2015. Älykäs julkinen johtaminen. Helsinki: Talentum.

Taanila, A. 2017. Akin menetelmäblogi. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://tilastoapu.wordpress.com/tag/keskihajonta/> [Viitattu 17.4.2017].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017. Ennakkotieto: Kotihoidon asiakkaan marraskuussa 2016. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/kotihoidon-laskenta>. [Viitattu 27.4.2017].

Tilastokeskus 2016. Väestön määrä yli 65-vuotiaat Joroinen. Saatavissa: [http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin\\_vrm\\_vaerak/058\\_vaerak\\_tau\\_104.px/table/table-ViewLayout1/?rxid=cad2c6f7-aba9-4fa0-ab4b-281254bc9a1c](http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin_vrm_vaerak/058_vaerak_tau_104.px/table/table-ViewLayout1/?rxid=cad2c6f7-aba9-4fa0-ab4b-281254bc9a1c) [Viitattu 31.1.2016].

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Saatavissa: <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>. [Viitattu 19.2.2017].

Tähtinen, J., Laakkonen, E. & Bronberg, M. 2011. Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita. Turun yliopiston kasvatustieteiden laitos ja opettajakoulutuslaitos. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan julkaisuja C:20.

Uosukainen, L. 2014. YAMK opinnäytetyö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://moodle.xamk.fi/course/view.php?id=8840>. [Viitattu 1.5.2017].

Vaarama, M. 2013. Ihmisarvoinen vanhuus. Saamelaisen vanhustyön kehittämispäivä III. Luentomateriaali. PDF-tiedosto. Saatavissa: [http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/pakaste2/sakaste/sakasteen-tapahtumakalenteri/saamelaisen-vanhustyon-kehittamispivat-iii-22-5-2013-sajos-inari/Vaarama\\_220513.pdf](http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/pakaste2/sakaste/sakasteen-tapahtumakalenteri/saamelaisen-vanhustyon-kehittamispivat-iii-22-5-2013-sajos-inari/Vaarama_220513.pdf). [Viitattu 9.9.2016].

Vaarama, M., Luoma, M., Hertto, P., Mukkila, S., Muurinen, S. & Manninen, O. 2006. Helsingin kotihoidon laatu ja kohdennustehokkuus sekä asiakkaiden elämänlaatu. Care Keys – projektin tutkimuksia. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. PDF-tiedosto. Saatavissa: [http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/e3d246804a1563d89749f7b546fc4d01/06\\_4\\_hkotihoido.pdf?MOD=AJPERES](http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/e3d246804a1563d89749f7b546fc4d01/06_4_hkotihoido.pdf?MOD=AJPERES). [Viitattu 9.9.2016].

Vaarama, M. & Ylönen, L. 2006. Espoon kotihoidon johtamisen laatu ja kotihoidon kohdennustehokkuus. Espoon vanhuspalvelujen tuloksellisuus – projekti. Osaraportti III. Espoon kaupunki ja Stakes. PDF-tiedosto. Saatavissa: [www.espoo.fi/download/noname/%7BB973001A-3022-4DFC.../16883](http://www.espoo.fi/download/noname/%7BB973001A-3022-4DFC.../16883). [Viitattu 9.9.2016].

Vaarama, M. 2010. Ihmisarvoinen vanhuus. Power-Point esitys. Saatavissa: <http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/pakaste2/sakaste/sakasteen-tapahtumakalenteri/saamelaisen-vanhustyon-kehittamispivat-iii-22-5-2013-sajos-ina>. [Viitattu 26.4.2017]

Vaarama, M. 1997. PLANEC tutkimusprojekti kehittää eurooppalaista informaatiojärjestelmää. *Gerontologia* 1–3.

Valtionvarainministeriö. 2012. Tiedolla johtamisen käsikirja. Julkisrahoitteiset palvelut. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://wiki.julkict.fi/julkict/projektit/sote-tietojohtaminen/tiedolla-johtamisen-kasikirja-pdf/view>. [Viitattu 11.2.2017].

Valtionvarainministeriö. 2015. Hallitus päätti sote-uudistuksen jatkosta ja itsehallintoalueista. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://valtioneuvosto.fi/artikkelii/-/asset\\_publisher/hallitus-paatti-sote-uudistuksen-jatkosta-ja-itsehallinto-alueista?\\_101\\_INSTANCE\\_3wyslLo1Z0ni\\_groupId=10616](http://valtioneuvosto.fi/artikkelii/-/asset_publisher/hallitus-paatti-sote-uudistuksen-jatkosta-ja-itsehallinto-alueista?_101_INSTANCE_3wyslLo1Z0ni_groupId=10616). [Viitattu 3.1.2016].

Varkauden kaupunki 2014: Organisaatiokaaviot. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://varkaus-fi-d.aldone.fi/intranet/toimintoja/organisaatiokaaviot/> [Viitattu 31.1.2016].


Yle 2016. Myytti kotihoidosta. TV-dokumentti. Saatavissa: <http://areena.yle.fi/1-3083114> [Viitattu 20.9.2016].

Yle 2015. Vanhusvahti. WWW-dokumentti. Saatavissa:[http://yle.fi/uutiset/ylen\\_vanhusvahti\\_avattu\\_katso\\_missa\\_jamassa\\_oman\\_kuntasi\\_vanhuspalvelut\\_ovat/7853653#aihevalinta](http://yle.fi/uutiset/ylen_vanhusvahti_avattu_katso_missa_jamassa_oman_kuntasi_vanhuspalvelut_ovat/7853653#aihevalinta). [Viitattu 16.3.2015].



**VARKAUDEN KAUPUNKI**  
Sosiaali- ja terveystieteiden keskus

**Viranhaltijapäätös**  
1.3.2017

<b>Viranhaltija</b>	Palvelualuepäällikkö	<b>Pykälä</b> 126/2017
<b>Palveluyksikkö</b>	Kotiin annettavat palvelut ja sairaalahoito	<b>Dnro</b> 119/2017
<b>Päätösluokka</b>	TERVEYSTOIMI JA PERUSTURVA	<b>Julkisuus</b> Julkinen
<b>Valmistelija</b>		
<b>Asia</b>	Tutkimusluvan myöntäminen / Joroisten kotihoidon kohdennustehokkuuden tarkastelu	
<b>Päätös ja perustelut</b>	<p>Kotihoidon esimies Kirsi Hynninen on anonut tutkimuslupaa aiheena: Joroisten kotihoidon kohdennustehokkuuden tarkastelu.</p> <p>Opinnäytetyö kuuluu osana sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen YAMK tutkintoa Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tutkimuskysymysten pohjalta tietoa Joroisten kotihoidon kustannustehokkuudesta.</p> <p>Myönnän tutkimusluvan Kirsi Hynninelle opinnäytetyön tekemiselle joroisten kotihoidossa. Liitteenä opinnäytetyön suunnitelma.</p>	
<b>Peruste</b>	Toimintasääntö § 8	
<b>Nähtävilläolo</b>	Kotiin annettavat palvelut ja sairaalahoito palvelualueen toimisto Ahlströminkatu 6, 3.3.2017 klo 9.30 - 11.30	
<b>Muutoksenhaku</b>	Oikaisuvaatimus	
<b>Liitteet</b>		
<b>Saaja</b>	Kirsi Hynninen	
<b>Tiedoksi</b>	Kaupunginhallituksen puheenjohtaja Perusturvalautakunnan puheenjohtaja Seppo Lehto Liisa Taskinen Kirjaamo	
<b>Allekirjoitus</b>	 Kirsi Laitinen Palvelualuepäällikkö	



**VARKAUDEN KAUPUNKI**  
Sosiaali- ja terveystakeskus

**Oikaisuvaatimusohjeet**

<b>Oikaisuvaatimus-oikeus</b>	Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Päätökseen ei saa hakea muutosta valittamalla tuomioistuimeen.  Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa ( <i>asianosainen</i> ) sekä <i>kunnan jäsen</i> .
<b>Oikaisuvaatimusviranomainen</b>	Viranomainen, jolle oikaisuvaatimus tehdään, osoite ja muut yhteystiedot  Perusturvalautakunta  Postiosoite PL 208, 78201 Varkaus Käyntiosoite Ahlströminkatu 6 Sähköposti varkauden.kaupunki@varkaus.fi Puhelin (017) 579 411 (vaihe) Faksi (017) 579 4450 Virka-aika klo 9.00 – 15.00
<b>Oikaisuvaatimus-aika</b>	Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista.  Oikaisuvaatimus on toimitettava kaupungin kirjaamoon viimeistään määräajan viimeisenä päivänä ennen virka-ajan päättymistä.  <i>Kunnan jäsenen</i> katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi.  <i>Asianosaisen</i> katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näydetä, seitsemän päivän kuluessa kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana. Käytettäessä tavallista sähköistä tiedoksiantoa katsotaan asianosaisen saaneen tiedon päätöksestä kolmantena päivänä viestin lähettämisestä, jollei muuta näydetä.  Tiedoksisaantipäivää ei lueta oikaisuvaatimusaikaan. Jos oikaisuvaatimusajan viimeinen päivä on pyhäpäivä, itsenäisyyspäivä, vapunpäivä, joului- tai juhannusaatto tai arklauantai, saa oikaisuvaatimuksen tehdä ensimmäisenä arkipäivänä sen jälkeen.
<b>Pöytäkirjan nähtäväksi asettaminen</b>	Pvm 3.3.2017 klo 9.30 – 11:30
<b>Tiedoksianto asianosaiselle</b>	<input type="checkbox"/> Lähetetty tiedoksi kirjeellä (kuntalaki 95 §) <span style="float: right;">Asianosainen</span>  Annettu postin kuljetettavaksi, pvm/tiedoksiantaja  <input type="checkbox"/> Luovutettu asianosaiselle <span style="float: right;">Asianosainen</span>  Paikka, pvm, ja tiedoksiantajan allekirjoitus <span style="float: right;">Vastaanottajan allekirjoitus</span>  <input checked="" type="checkbox"/> Muulla tavoin, miten: s-postitse 2.3.2017 / Miia Luostarinen
<b>Oikaisuvaatimuksen muoto ja sisältö</b>	Oikaisuvaatimus on tehtävä kirjallisesti. Myös sähköinen asiakirja täyttää vaatimuksen kirjallisesta muodosta.  Oikaisuvaatimuksessa on ilmoitettava: - päätös, johon haetaan oikaisua - se, millaista oikaisua vaaditaan - millä perusteella oikaisua vaaditaan.  Oikaisuvaatimuksessa on lisäksi ilmoitettava tekijän nimi, kotikunta, postiosoite ja puhelinnumero. Jos oikaisuvaatimus päätös voidaan antaa tiedoksi sähköisenä viestinä, yhteystietona pyydetään ilmoittamaan myös sähköpostiosoite.
<b>Lisätietoja</b>	

Litetään päätökseen