

VAASAN YLIOPISTO
JOHTAMISEN YKSIKKÖ

Mari Jokela

TUOTTEISTAMALLA LAADUKASTA PALVELUA

Tiedolla johtaminen ja tuotteistaminen kotihoidossa

Sosiaali- ja terveys-
hallintotieteen
pro gradu -tutkielma

VAASA 2019

SISÄLLYS

	sivu
KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO	3
TIIVISTELMÄ	5
1. JOHDANTO	7
1.1. Tutkimuksen taustaa	7
1.2. Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	10
1.3. Tutkimusasetelma ja tutkielman rakenne	11
2. TIEDOLLA JOHTAMINEN	13
2.1. Tieto	13
2.2. Tietojohdaminen	16
2.3. Tiedolla johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa	20
3. PALVELUJEN TUOTTEISTAMINEN KOTIHOIDOSSA	25
3.1. Laadukas kotihoidon palvelu	25
3.2. Kotihoidon asiakkaiden ja omaisten näkemys laadukkaasta palvelusta	29
3.3. Kotihoidon palvelujen tuotteistaminen	32
4. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	39
4.1. Metodologiset valinnat	39
4.2. Tutkimusympäristö ja kohderyhmä	41
4.3. Tutkimusaineiston hankinta	42
4.4. Aineiston analyysi	45
5. TULOKSET	47
5.1. Kotihoidon palvelujen tuotteistamisen prosessi	47
5.2. Kotihoidon palvelujen tuotteistamisen hyödyt ja haitat	50
5.3. Kotihoidon asiakas ja omaisen palvelujen tuotteistamisessa	53
5.4. Kotihoidon asiakkaiden RUG-III/18 ja ADL-H tarkastelua	54
5.5. Tulosten yhteenveto ja palvelutuotteet	56
6. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	62

6.1. Johtopäätökset	62
6.2. Tutkimuksen luotettavuus, eettisyys ja tutkijan asema	64
6.3. Jatkotutkimusaiheita	67
LÄHDELUETTELO	68
LIITTEET	76
LIITE 1. Sotesin kotihoidon säännöllisen asiakkaan palvelukuvaus	76
LIITE 2. Kotihoidon asiantuntijoiden ryhmähaastattelujen teemat	81
LIITE 3. Infokirje haastatteluista	82
LIITE 4. Tutkimukseen osallistumisen suostumuslomake	83

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. Tutkimusasetelma.	12
Kuvio 2. Tiedon luomisen nelikenttä.	15
Kuvio 3. Tuotteistamisen sykli.	38
Taulukko 1. Sotesin RAI-HC-arviointien RUG-III/18-luokat ja ADL-H-arvot.	56
Taulukko 2. Sotesin kotihoidon säännöllisen asiakkaan palvelutuotteet.	60

VAASAN YLIOPISTO**Johtamisen yksikkö**

Tekijä:	Mari Jokela
Pro gradu -tutkielma:	Tuotteistamalla laadukasta palvelua: Tiedolla johtaminen ja tuotteistaminen kotihoidossa
Tutkinto:	Hallintotieteiden maisteri
Oppiaine:	Sosiaali- ja terveyshallintotiede
Työn ohjaaja:	Seija Ollila
Valmistumisvuosi:	2019

Sivumäärä: 83

TIIVISTELMÄ:

Sosiaali- ja terveydenhuollon laatu perustuu parhaaseen käytettävissä olevaan tietoon. Tiedolla johtaminen on yksi avaintekijä julkisten palvelujen laadun kehittämässä entistä asiakaslähtöisempään suuntaan. Palvelujen arviointi, vertailu ja hankinta edellyttävät yhtenäistä palvelutuotannon kuvaamista. Sosiaali- ja terveydenhuollossa palvelujen tuotteistamisella tarkoitetaan yksittäisten palvelujen jäsentämistä asiakkaan näkökulmasta mielekkääksi palvelukokonaisuudeksi. Kotihoidon palvelujen tuotteistaminen yhtenäistää palveluja, mahdollistaa toistettavuuden ja tehokkuuden sekä luo arvoa asiakkaille. Selkeät palvelukuvaukset lisäävät markkinoinnin joustavuutta ja avoimuutta kotihoidon asiakkaille sekä yhdenmukaistavat viestintää.

Tämän sosiaali- ja terveyshallintotieteen pro gradu -tutkielman tarkoituksena oli kuvata, miten tiedolla johtaminen edistää kotihoidon laadukkaiden palvelujen kehittämistä ja tuotteistamista sekä laatia Sotesin kotihoidon säännöllisen asiakkaan palvelukuvaus ja tuotteistaa säännöllisen asiakkaan palvelut. Tavoitteena oli parantaa Sotesin kotihoidon palvelujen laatua ja palveluketjujen toimivuutta, tukea asiakasohjausta, luoda edellytyksiä RAI-HC-arviointijärjestelmään perustuvalla palvelujen kehittämiseksi sekä tuottaa vertailtavissa olevaa tietoa. Teorian avulla määriteltiin, miten tiedolla johtaminen edistää kotihoidon palvelujen tuotteistamista ja osaltaan millainen on laadukas kotihoidon tuotteistettu palvelu. Tutkimuksella haettiin vastauksia kysymyksiin, millainen on laadukas kotihoidon tuotteistettu palvelu ja miten tuotteistetaan laadukas kotihoidon palvelu RAI-HC-asiakasarviointien RUG-III/18-luokittelun ja ADL-H-arvojen avulla.

Tutkimus oli laadullinen monimetelmätutkimus, johon kuului teemoitettu ryhmähaastattelu ja tilastojen tarkastelu. Tutkimus tehtiin Sotesin kotihoidossa, jonka kahdeksaa kotihoidon asiantuntijaa haastateltiin kahdessa neljän hengen ryhmässä. Ryhmähaastatteluissa kartoitettiin teemojen avulla asiantuntijoiden näkemyksiä kotihoidon palvelujen tuotteistamisesta. Haastatteluaineisto analysoitiin teorialähtöisellä sisällönanalyysillä ja lisäksi tarkasteltiin RAI-HC-asiakasarviointien tilastoista RUG-III/18-luokittelua ja ADL-H-arvoja neljältä otospäivältä. Tutkimuksen tuloksina muodostui Sotesin kotihoidon säännöllisen asiakkaan palvelukuvaus ja Sotesin kotihoidon säännöllisen asiakkaan palvelutuotteet.

Tuotteistamisen haastavuudesta huolimatta kotihoidon säännöllisiä asiakkuuksia ryhmittelemällä ja erilaisien asiakasryhmien palvelutuotteita tavoitteellisesti johtamalla voidaan varmistaa asiakkaan kotona pärjäämistä tukeva, sujuva, taloudellinen sekä laadukas palvelukokonaisuus. Kotihoidon asiantuntijat toivat teema- haastatteluissa esille, että yhtenä tuotteistamisen haittana kotihoidossa voivat olla liian jäykät palvelut, jotka eivät vastaa kotihoidon säännöllisen asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin. Tutkimuksen perusteella kotihoidon palvelujen tuotteistamiselle on monitahoinen tarve. Tietoa tarvitaan toisaalta maakunnallisen ohjauksen ja vertailun tueksi sekä toisaalta asiakkaat ja henkilöstö tarvitsevat nykyistä selkeämpää palvelujen kuvausta.

AVAINSANAT: kotihoito, RAI, tiedolla johtaminen, tietojohdaminen, tuotteistaminen

1. JOHDANTO

1.1. Tutkimuksen taustaa

Tieto parantaa organisaation päätösten laatua, kun sitä käytetään oikein. Tiedon merkityksestä organisaatioiden menestykseen on kirjoitettu paljon sinä aikana, kun teollisesta tuotannosta on siirrytty tietoperusteiseen arvonluontiin. (Jalonen 2015: 43.) Paras käytävissä oleva tieto on sosiaali- ja terveydenhuollon laadun perusta (THL 2018). Vaikka tiedolla johtamiseen liittyy haasteita (Jalonen 2015: 50), se on yksi avaintekijä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laadun kehittämisessä entistä asiakaslähtöisempään suuntaan (THL 2018).

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön (STM) sekä Suomen Kuntaliiton (SKL) ikääntyvien palveluihin liittyvän laatusuosituksen tavoitteena on turvata terve ja toimintakykyinen ikääntyminen sekä laadukkaat ja vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville iäkkäille. Suosituksessa kuntia kannustetaan palvelurakennemuutokseen ja palvelujen uudistustyöhön. (STM 2017, 7–8, 13.)

Suomessa kaikkein vanhimpiin ikäluokkiin kuuluvien määrä kasvaa ja se lisää kotiin annettavien palvelujen tarvetta (STM 2017, 13), koska kotihoito on ensisijaista hoitoa ikäihmisille. Kotihoidon palvelujen laatua pitää jatkuvasti tarkkailla, jotta toiminta on tehokasta (*efficient*) ja vaikuttavaa (*effective*) (Mofina & Guthrie 2014: 1–2). Laadukkailla palveluilla vastataan asiakkaan arvioituun palvelutarpeeseen oikea-aikaisesti, toimintakykyä ja hyvinvointia ylläpitäen ja edistäen. STM ja SKL laatusuosituksen mukaan kotihoidon seurannassa voidaan käyttää RAI-HC (*Resident Assessment Instrument -Home care*) -asiakasarvioinnin mittareilla saatua aineistoa. Lisäksi palvelujen laatua tulisi mitata asiakkaan kokemuksena saamastaan hoidosta ja kohtelusta. (STM 2017, 35–36, 38–40.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa palvelujen tuotteistamisella tarkoitetaan menetelmää, jossa yksittäiset palvelut jäsennetään asiakkaan näkökulmasta mielekkääksi palvelukoko-

naisuudeksi. Palvelujen sisältöä kehitetään asiakkaiden tarpeita vastaaviksi ja niiden yhdenmukaistaminen tehostaa palvelujen tuottamista sekä parantaa laatua. Sosiaali- ja terveydenhuollossa palvelukokonaisuuden kuvaamisen tavoitteena on toiminnan läpinäkyvyys ja ohjattavuuden parantaminen, tiedonkulun sekä laadun hallinta. Sopiva tapa palvelujen tuotteistamiseen valitaan käyttötarkoituksen perusteella. (Jaakkola, Orava & Varjonen 2009: 20–24; Kokko 2017.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille tuotteistaminen on haastava käsite, vaikka se lisääntyy koko ajan. Tuotteistaminen yhdistetään kaupallisuuteen, eikä sen koeta kuuluvan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. (Jaakkola ym. 2009: 21; Ketola & Merikallio 2009.) Tuotteistamisen haastavuudesta huolimatta kotihoidon säännöllisiä asiakkuuksia ryhmittelemällä ja erilaisten asiakasryhmien palvelutuotteita tavoitteellisesti johtamalla voidaan varmistaa asiakkaan kotona pärjäämistä tukeva, sujuva, taloudellinen sekä laadukas palvelukokonaisuus. (STM 2017, 18.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittäminen vaatii aikaisempien toimintatapojen ymmärtämistä ja yhteisten tavoitteiden asettamista. Erityisen tärkeää tämä on toiminnan ja toimintaympäristön muutosten yhteydessä. Sosiaali- ja terveydenhuolto on Suomessa erittäin suuren muutoksen ja uudelleenjärjestelyn edessä. (Ritvanen & Sinipuro 2013: 9.) Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteen ja palvelujen (Sote) uudistukseen valmistautumisessa tiedolla johtaminen on keskeinen tekijä. Tavoitteena on kehittää palvelut asiakaslähtöisiksi ja liittää palvelutuotteet osaksi maakunnallista ohjausta. Tavoitteen saavuttamiseksi tarvitaan kustannustehokas ja läpinäkyvä palvelujärjestelmä, mikä perustuu tietojohdantamiseen ja muutoksenkykyyn. (Ritvanen & Sinipuro 2013: 9; Alueuudistus 2018; THL 2018.)

Sosiaali- ja terveydenhuollolla on uudistuspaineita, koska nykyisillä rakenteilla ja toimintamalleilla ei ole mahdollisuutta saavuttaa sille asetettuja tavoitteita. Kuntien taloudellinen tilanne kiristyy, joten kustannustehokkuus ja kokonaisuus ovat tulevaisuudessa keskiössä, kun turvataan ikääntyvien palveluja. Palvelujen kustannustehokkuutta pyritään parantamaan karsimalla päällekkäisyyttä, syventämällä yhteistyötä ja tarkastelemalla asiakasnäkökulmaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen haasteita ovat alueelliset

erot. Erojen takia julkishallinnon ja viranomaispalvelujen kehittämistä ei voida toteuttaa samalla toimintamallilla valtakunnallisesti. Nykyiset kuntakohtaiset erot palveluissa lisäävät riskiä asiakkaiden eriarvoistumiseen. (Nordin & Parviainen 2018: 37–38, 50.) Sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena on asiakkaan palvelukokonaisuuksien ja palvelujen kokonaiskustannuksien hallinta. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmiä tarkastellaan siilomaisesti, mikä johtaa palvelurakenteen, hoitoketjun ja asiakkaan näkökulmasta epäedullisiin ratkaisuihin. Palvelujärjestelmien siilomaisen rakenteen takia kerätyn tiedon hyödyntäminen on vaikeaa. (Alueuudistus 2018; THL 2018.)

Hallituksen maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan lakiesityksen mukaan maakunta vastaa siitä, että palvelut yhteensovitetaan toimiviksi asiakaslähtöisiksi palvelukokonaisuuksiksi. Lakiesitys määrittelee maakuntien velvollisuudeksi sosiaali- ja terveydenhuollon laadun, vaikuttavuuden, kustannusten sekä tuottavuuden seurannan. (HE 15/2017.) Maakunnallisesti tarvitaan yhtenäinen tapa kuvata sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden palvelutuotteita tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden seuraamiseksi. (Alueuudistus 2018; THL 2018.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tiedolla johtaminen palvelujen tuotteistamisen näkökulmasta mahdollistaa asiakaslähtöisen palvelujen laadun kehittämisen (Alueuudistus 2018; THL 2018). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuotteistamisessa palvelun tasoa on pohdittava tarkasti, ettei asiakaslähtöisyys häviä. Julkisten sosiaali- ja terveystalvelujen vähimmäistasosta tarvitaan laajaa yhteiskunnallista keskustelua kaikkien osapuolien kesken yhteisen ymmärryksen lisäämiseksi. Tarkoituksena on, että vähimmäistason ylittäviä palveluita asiakas voi ostaa omarahoitteisesti. (Ritvanen & Sinipuro 2013: 152–154.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja koskevan vanhuspalvelulain (980/2012) tavoitteena on turvata iäkkäille ihmisille hyvä hoito ja huolenpito. Iäkkään henkilön yksilöllisiä tarpeita vastaava palvelukokonaisuus on suunniteltava luotettavia arviointivälineitä käyttäen. RAI-HC-asiakasarviointijärjestelmä on asiakkaan hoidon, palvelujen laadun ja kustannustehokkuuden seuraamiseksi sekä parantamiseksi kehitetty standardoitu ja luotettavaksi osoitettu asiakkaiden tarpeiden sekä voimavarojen arviointijärjestelmä (Mofina &

Guthrie 2014; THL 2017). RAI-HC-asiakasarviointijärjestelmä sisältää RUG-III/18-luokituksen (*Resource Utilization Groups*), joka kuvaa vanhuspalvelujen asiakasrakennetta. (Heikkilä, Björkgren, Vesa, Viitanen, Laine, Taimi, Noro, Mäkelä, Asikainen, Sohlman, Hammar, Mäkinen, Andreassen & Finne-Soveri 2014: 11.)

Sastamalan seudun sosiaali- ja terveystalvet (Sotesi) tarjoavat julkisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja Sastamalassa ja Punkalaitumella. Sotesin ikääntyneen väestön hyvinvoinnin edistämisen ja tukemisen suunnitelman tavoitteena on ikääntyneen ihmisen hyvä elämä. Yhtenä tavoitteen saavuttamisen keinona on tukea kotona pärjäämistä kotihoitopalvelujen avulla. (Sotesi 2018.) Kotihoidon toiminnan ja toimintaympäristön muutospaineet tunnistetaan Sotesin kotihoidossa. Tutkijan ja Sotesin kotihoitojohtajan käymien keskustelujen perusteella tämän tutkielman aiheeksi valittiin Sotesin kotihoidon säännöllisen asiakkaan palvelujen tuotteistaminen tietojohdamisen näkökulmasta.

Tässä sosiaali- ja terveyshallintotieteen kenttään kuuluvassa pro gradu -tutkielmassa Sotesin kotihoidon säännöllisen asiakkaan palvelujen tuotteistamisen lähtökohtana olivat yhteistoiminta-alueen sosiaali- ja terveystalvetkokouksen kokouksessa 6.6.2018 hyväksymät RAI-HC-asiakasarvioinnin tuloksiin perustuvat kriteerit (YASOSLTK 2018). Sotesin kotihoidon säännöllisen asiakkaan palveluista tehtiin palvelukuvaus, joka oli pohjana palvelutuotteille. Tuotteistamisen laatua ja työntekijöiden osallisuutta tuotteistamiseen lisättiin kotihoidon asiantuntijoiden teemoitetulla ryhmähaastattelulla. Haastateltaviksi valittiin ammatin ja kotihoidon työkokemuksen perusteella kahdeksan Sotesin kotihoidon asiantuntijaa, jotka haastateltiin kahdessa neljän hengen ryhmässä. Asiakasluokitteluun käytettiin RUG-III/18-luokittelua ja ADL-H (*Activities of Daily Living Hierarchy*) arvoja. Näiden pohjalta muodostui viisi kotihoidon säännöllisen asiakkaan palvelutuotetta.

1.2. Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän sosiaali- ja terveyshallintotieteen pro gradu -tutkielman tarkoituksena on kuvata, miten tiedolla johtaminen edistää kotihoidon laadukkaiden palvelujen kehittämistä ja tuotteistamista. Lisäksi tarkoituksena on laatia Sotesin kotihoidon säännöllisen asiakkaan

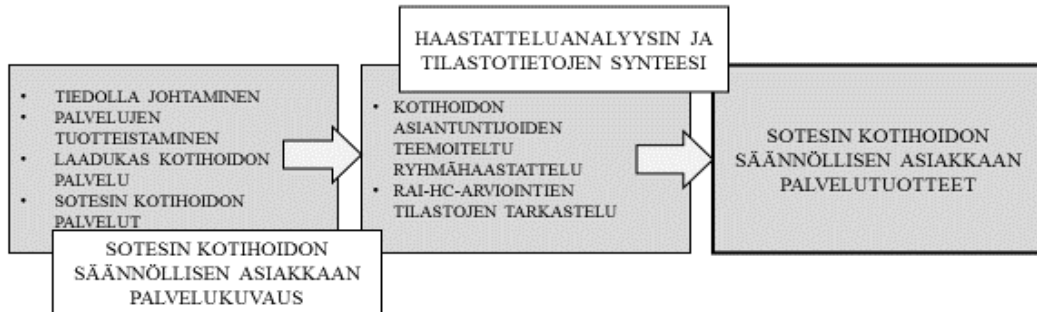
palvelukuvaus ja tuotteistaa Sotesin kotihoidon säännöllisen asiakkaan palvelut. Tavoitteena on parantaa Sotesin kotihoidon palvelujen laatua ja palveluketjujen toimivuutta, tukea asiakasohjausta, luoda edellytyksiä RAI-HC-arviointijärjestelmään perustuvalla palvelujen kehittämiseksi sekä tuottaa vertailtavissa olevaa tietoa. Tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Miten tiedolla johtaminen edistää kotihoidon palvelujen tuotteistamista?
2. Millainen on laadukas kotihoidon tuotteistettu palvelu?
3. Miten tuotteistetaan laadukas kotihoidon palvelu RAI-HC-asiakasarviointien RUG-III/18-luokittelun ja ADL-H-arvojen avulla?

1.3. Tutkimusasetelma ja tutkielman rakenne

Tutkielman teoreettinen viitekehys muodostui tiedolla johtamisen ja tuotteistamisen käsitteistä sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä kotihoidossa. Teoreettista viitekehystä käytettiin ohjaamaan tutkimusta kotihoidon tiedolla johtamiseen ja kotihoidon palvelujen tuotteistamiseen sekä vastaamaan ensimmäiseen ja osin toiseen tutkimuskysymykseen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015: 146).

Tämä tutkimus tehtiin monimetelmätutkimuksena, johon kuului ryhmähaastattelu ja tilastojen tarkastelu. Kotihoidon asiantuntijoiden teemoiteltu ryhmähaastattelu analysoitiin teorialähtöisellä sisällönanalyysillä ja näiden tulosten vahvistukseksi tarkasteltiin RAI-HC-asiakasarvioinnin tilastoista RUG-III/18-luokittelua ja ADL-H-arvoja neljältä otospäivältä vuosilta 2017 ja 2018. (Tashakkori & Teddlie 2010: 3.) Monimenetelmätutkimuksella haettiin vastauksia tutkimuskysymyksiin kaksi ja kolme. Tutkimuksen tuloksina ovat Sotesin kotihoidon säännöllisen asiakkaan palvelukuvaus ja Sotesin kotihoidon säännöllisen asiakkaan palvelutuotteet. Tutkimusasetelma kuvataan kuviossa 1.



Kuvio 1. Tutkimusasetelma

Tutkielman raportissa teoreettinen viitekehys kuvataan kappaleissa kaksi ja kolme. Ensimmäiseksi tarkastellaan tietoa tietojohdamisen lähtökohtana, toiseksi määritellään tietojohdamista ja eritellään tietojohdamisen tekijät. Seuraavaksi kartoitetaan tiedolla johtamista osana sosiaali- ja terveydenhuoltoa sekä erityisesti kotihoitoa. Kappaleessa kolme määritellään palvelujen tuotteistamista ja liitetään se kotihoidon kontekstiin. Lisäksi kolmannessa kappaleessa kuvataan laadukas kotihoidon palvelu, joka on tuotteistamisen lähtökohta.

Kappaleessa neljä kuvataan tutkielman empiirisen osuuden eteneminen laadullisen tutkimuksen raportoinnin periaatteiden mukaan. Kappaleessa viisi esitellään tutkimuksen päätulokset. Kuudennessa kappaleessa tutkija pohtii tutkimuksen luotettavuutta, eettisyyttä ja omaa asemaansa sekä tutkielmaa osana sosiaali- ja terveyshallintotieteen tutkimuskenttää.

2. TIEDOLLA JOHTAMINEN

Tässä kappaleessa määritellään tietoa (*knowledge*) ja tietojohdamista (*knowledge management*). Tieto on tietojohdamisen ydinkäsite. Kappaleessa kuvataan tietojohdamista teoreettisesti ja pohditaan tiedolla johtamisen (*knowledge management*) hyödynnettävyyttä sosiaali- ja terveystalalla. Teorian perusteella haetaan vastausta ensimmäiseen tutkimuskysymykseen, miten tiedolla johtaminen edistää kotihoidon palvelujen tuotteistamista.

Tietojohdamisen käsitteen monitahoisuutta kuvaa siitä esitetty kritiikki ja suomalaisessa tutkimuksessa käytetyt monenlaiset käännökset ja määritelmien eroavaisuudet. Tietojohdaminen, tiedon johtaminen ja tiedolla johtaminen määritellään eritavoin näkökulman mukaan. Kyseessä on monitieteisesti käytetty käsite, jonka määrittely yleispätevästi on mahdotonta. *Knowledge management* suomennetaan osaamisen johtamiseksi, tietojohdamiseksi, tiedon johtamiseksi, tiedolla johtamiseksi, tietämyksen johtamiseksi, tietämyksen hallinnaksi tai tietämyshallinnaksi. (Huotari & Savolainen 2003: 17.)

Tiedon määrittelyn ja tietojohdamisen lähtökohdaksi olen tähän tutkielmaan valinnut Nonakan ja Takeuchin (1995) näkökulman organisaation (*organization*) tiedon muodostuksesta ja sen hyödyntämistä.

2.1. Tieto

Tiedon tutkimus on yhtä vanhaa kuin ihmisen historia. Tieto on ollut keskeinen filosofisen pohdiskelun kohde Kreikan antiikin ajoilta asti. Tiedon merkitys organisaatioissa on kasvanut viime vuosikymmeninä ja se on entistä tärkeämpi johtamisen lähtökohta ja voimavara. Tämä on johtanut siihen, että tiedosta on tullut yksi organisaatioiden pääresursseista. (Nonaka & Takeuchi 1995: viii, 6.)

Nonaka ja Takeuchi (1995: 57) katsovat tiedon perustuvan uskomuksille, sitoumuksille ja toimintaan. He käsittelevät tietoa perinteisestä näkökulmasta eli hyvin perusteltuna to-

siuskomuksena. Länsimaissa keskitytään tiedon totuuteen, kun Nonaka ja Takeuchi korostavat tiedon perustellun uskomuksen osuutta. Huotari ja Savolainen (2003: 17) täydentävät, että tieto ja sen suhde informaatioon (*information*) on monitulkintainen.

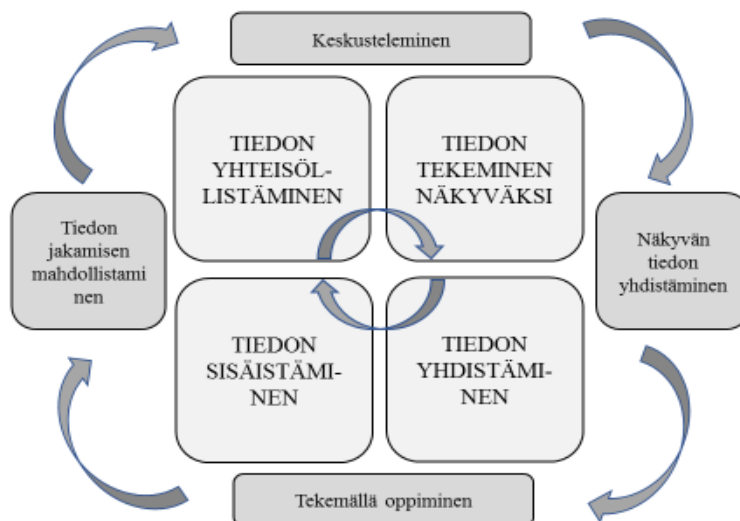
Wilson (2002) määrittelee tiedon, informaation ja datan (*data*) erot tarkasti. Tieto määritellään yksilön mielessä muodostuvaksi asioiden yhteydeksi ja ymmärryksen kokonaisuudeksi, jota ei voida johtaa ulkoapäin. Informaatio määritellään viestinnäksi ja yksilön sisäisen tiedon julkituomiseksi. Data on kaikkea yksilön ulkopuolella olevaa yksinkertaista ja manipuloitavissa olevaa tosiasiaa. Toisaalta Huotarin ja Savolaisen (2003: 21–23) mielestä tiedon määrittely vain yksilön sisäiseksi, yksityiseksi ja johtamiseen taipumattomaksi on ongelmallinen. Tiedon käsityksessä on lisäksi sosiaalinen näkökulma eli tieto syntyy dialogissa ja vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Tällöin tietojohtamisen käsite laajenee koskemaan yhteisöllistä tietoa, jolloin osaa tiedosta voidaan pitää jaettavana sekä johdettavana. Nonaka ja Takeuchi (1995) katsovat tiedon muodostuvan jatkuvana, päämäärätietoisena ja sosiaalisena prosessina. Samoin Tervonen (2015: 18) näkee organisaatiossa vuorovaikutuksen ja viestinnän olevan ajallinen ja toiminnallinen sosiaalinen prosessi, mitä jakamaton tieto vaikeuttaa.

Tieto on perusyksikkö, kun analysoidaan ja selitetään organisaation käyttäytymistä. Organisaatiot eivät vain prosessoivat tietoa vaan myös luovat sitä. Tiedon luominen on tärkeää organisaation kilpailukyvyille. Tieto voi olla näkyvää (*explicit*) tai hiljaista (*tacit*) sekä yksityistä (*personal*) tai kollektiivista (*collective*). Erilaisilla tiedon muodoilla on toisiaan täydentävä suhde. Näkyvä tieto on helposti prosessoitavaa. Hiljaista tietoa on vaikea konkretisoida ja jakaa organisaation sisällä, mutta se vaikuttaa ihmisten kollektiiviseen käyttäytymiseen. Hiljaisen tiedon muuttaminen sanoiksi ja numeroiksi lisää tiedon kokonaisvaltaista ymmärrystä. Organisaatioissa tiedon luomista tapahtuu kahdella tavalla. Se on näkyvän ja hiljaisen tiedon välistä kanssakäymistä sekä yksilön ja organisaation välistä kanssakäymistä. (Nonaka & Takeuchi 1995: vii–ix, 8–10.)

Informaatioteknologian näkökulmasta informaatio on kerättyä dataa (*data*) ja yksiselitteisiä faktoja (*fact*) tapahtuneesta. Data ja faktat perustuvat organisaation tavoitteeseen ja

tarkoitukseen, mitkä ovat kontekstisidonnaisia ja suhteellisia. Tieto nähdään myös yhdistelmänä ihmisen yksilöllisiä ominaisuuksia kuten arvot ja uskomukset sekä motivaatio ja kokemus. Tiedon hyödyntämiseen vaikuttavat yksilön kyky sietää monitahoisuutta, tehdä yhteenvetoa, verkostoitua, kommunikoida ja ottaa riskejä. Tieto on organisaation toiminnassa arvokas voimavara, joka parantaa ja tukee päätöksentekoa. (Nonaka & Takeuchi 1995: 8–9.) Nylander (2017: 90) täydentää, että tiedon laatua parantaa kriittinen suhtautuminen ulkoa tuleviin faktoihin, vallitseviin näkemyksiin ja omiin ennakkokäsityksiin.

Nonaka (1991) kuvasi organisaation tiedon muodostamisen ja hyödyntämisen mallia. Mallia kehittivät eteenpäin Nonaka ja Takeuchi (1995: 61–73) vertaillen länsimaista ja japanilaista organisaatioiden sisäistä tiedon luomista sekä tiedon hyödyntämistä. Organisaation menestyksen tekijäksi nousi hiljaisen tiedon näkyväksi muuttaminen jatkuvan systemaattisen tietokeskustelun avulla. Systemaattista tietokeskustelua jäsennetään nelikenttäisen spiraalin avulla. Tiedon luomisen nelikentässä (kuvio 2) on kuvattuna hiljaisen ja näkyvän tiedon vuorovaikutus yhdistettynä jatkuvaan systemaattiseen tietokeskusteluun. Organisaation tieto kehittyy ja jalostuu edetessään tiedon nelikentässä.



Kuvio 2. Tiedon luomisen nelikenttä mukailten Nonaka ja Takeuchi (1995: 71).

Nonaka ja Takeuchi (1995) määrittelevät tietoa ja sen luomista laajasti osana tietojohdamista. Heisigin (2009: 4) mukaan uudemmissa tietojohdamisen malleista organisaation tiedon käsite jää usein tarkemmin määrittelemättä. Tämä vaikeuttaa tietojohdamisen syvällistä ymmärtämistä. Tietojohdamisen yleinen tavoite on parantaa systemaattista tiedon käsittelyä ja tiedon hyödyntämistä organisaatioissa, jolloin tiedon määritteleminen on tärkeää yhteisen ymmärryksen kannalta.

Organisaatiot, jotka haluavat selviytyä elinvoimaisina muuttuvassa ympäristössä, luovat informaatiota ja tietoa, eivät vain prosessoi niitä tehokkaasti. Tiedon luominen vaatii organisaation jäsenten aktiivisuutta. Tiedolla on merkittävä rooli organisaatioissa, kun tavoitellaan muutosta, innovaatioita tai kasvua. Tulevaisuus kuuluu organisaatioille ja yksilöille, jotka työskentelevät tiedon parissa. Tieto on kilpailutekijä organisaatioissa, mutta tiedon tärkeydestä puhuminen ei auta ymmärtämään, miten tietoa luodaan. (Nonaka & Takeuchi 1995: 4–5, 49.)

2.2. Tietojohdaminen

European Committee for Standardization (CEN 2004) on tehnyt eurooppalaisen hyvän käytännön ohjeistuksen tietojohdamisesta (*European Guide to good Practice in Knowledge Management*). Sen tarkoituksena on kuvata tietojohdamisen ajattelun pääsuuntauksia ja uusia linjauksia nopeasti kehittyvästä kentästä. Ohjeistuksessa avataan tietojohdamisen käyttöönotossa huomioitavia asioita, jolla menestykseen vaikuttavat tekijät saadaan liitettyä organisaation kokonaisuuteen ja toiminnan kokonaisvaltaiseen kehittämiseen. Tietojohdamisen menestykseen tai epäonnistumiseen organisaatioissa vaikuttavat varat (*assets*), henkilöstö (*people*), prosessit (*processes*) ja työkalut (*tools*) sekä näiden väliset suhteet. Samoin Heisig (2009: 11–14) katsoo, että tietojohdamisen onnistuminen organisaatiossa on riippuvainen mahdollistavista (*enablers*) tai hankaloittavista (*barriers*) tekijöistä.

Organisaation tietojohdamisen kehittäminen parantaa kannattavuutta ja innovaatiomahdollisuuksia. Onnistunut tietojohdamisen käyttöönotto vaatii organisaation toiminnan

kannalta oleellisten pehmeiden arvojen tunnistamista ja tunnustamista. (CEN 2004.) Myös Heisig (2009: 13) tunnistaa yksilöihin liittyviä pehmeitä arvoja organisaatioissa, kuten kulttuuri (*culture*), henkilöstö (*people*) ja johtaminen (*leadership*). CEN (2004) ohjeistuksessa tiedon jakamisen ja yhteistyön onnistumisen avaimia ovat kulttuurinäkökulma, motivaatio, johtamistapa ja uudenlaiset vuorovaikutustavat, mitä uusin teknologia tukee.

Useimmissa organisaatioissa tietojohdamisen käyttöönotossa lähestymistapa on teknologiapainotteinen, jossa korostuu kovat arvot. Teknologian oletetaan ratkaisevan tiedon käsittelyn, jakamisen ja resurssien haasteet. (CEN 2004.) Heisigin (2009: 13) mukaan organisaatioon liittyviä kovia arvoja tietojohdamisessa ovat prosessit (*organizational processes*) ja rakenteet (*organizational structures*), teknologiaan liittyvät tekijät kuten tekninen infrastruktuuri (*technological infrastructure*) ja johtamisprosessiin liittyvät tekijät kuten strategia (*strategy*), tavoitteet (*goals*) ja mittarit (*measurements*). Lisäksi CEN (2004) ohjeistuksessa tiivistetään, että tietojohdamisen haasteena on kokonaisuuden tunnistaminen. Organisaation toimintakulttuurista ei voida poistaa inhimillisiä tekijöitä, kun tarkoituksena on hyödyntää yhteistä tietoa.

Jalosen (2015: 41) mukaan tietojohdaminen tarkoittaa organisaation toiminnasta syntyvän sisäisen tiedon ja toimintaan vaikuttavan ulkoisen tiedon yhdistämistä organisaation tavoitteen saavuttamiseksi. Tietämisellä (vrt. kuvio 2) ja organisaation menestyksellä on yhteys. Tietojohdamisen perusajatuksena on oleellisen tiedon erottaminen epäolennaisesta tiedosta toimintaympäristöstä riippumatta. Organisaatioissa on tärkeää ymmärtää, että kaikella saatavissa olevalla tiedolla ei ole toiminnan kannalta olennaista merkitystä.

Tietojohdamisen tavoitteena on organisaation toiminnan kehittyminen ja menestys. Organisaatioissa tarvitaan hyödynnettävää tietoa ja pitkän aikavälin suunnitelmaa asiakkaista, asiakasryhmistä, toimintaympäristöistä sekä kilpailijoista. Tietojohdaminen organisaatiossa vaatii osaavaa ja strategiaan sitoutunutta johtamista, joka perustuu hyvään kehitysuunnitelmaan sekä luotettaviin ja osaaviin työntekijöihin. (Nonaka & Takeuchi 1995: 7.) Lisäksi Jalosen (2013:10–12) mukaan tietojohdamisen tavoitteena organisaatioissa on tie-

don puutteesta johtuvan epävarmuuden vähentäminen sekä tiedon paljoudesta ja toimintatilanteen muutoksista syntyvän monitulkintaisuuden hallinta. Oikea määrä laadukasta tietoa organisaation toiminnasta parantaa päätösten onnistumista, vaikka päätöksiä ei voi tehdä vain rationaalisesti.

Heisig (2009: 4–5, 8, 16) näkee tietojohdamisen olevan vaiheessa, jossa on tarpeen vaikuttaa ja yhdenvertaistaa käsitettä. Tietojohdamisen viitekehyksien (*framework*) vertailun tarkoituksena oli löytää eroavaisuuksia ja yhteneväisyyksiä tietojohdamisen määrittelyistä. Vertailun tuloksena nähdään yhdenmukaisuutta käsitteen kuvaamisessa, vaikka erilaisia termejä käytettiin laajasti. Tiedon käsite jää usein tarkemmin määrittelemättä ja tämä vaikeuttaa tietojohdamisen syvällistä ymmärtämistä, samaa mieltä on Wilson (2002). Tietoa kuvataan eri viitekehyksissä kahtiajakoisesti, kuten hiljainen ja näkyvä tieto, yksilöllinen ja organisaation tieto tai oleellinen ja tarpeeton tieto. Tietojohdamisen viitekehyksissä tiedon hallintaa kuvataan tehtäviksi (*activities*) tai prosesseiksi (*processes*). Tietojohdamisen tavoite on parantaa systemaattista tiedon käsittelyä ja tiedon hyödyntämistä organisaatioissa.

Heisig (2009: 9) luokittelee tiedon hallinnan tehtävät ja prosessit viiteen organisaation tietojohdamisen tehtäväluokkaan. Tehtävät nimetään tietojohdamisen viitekehyksissä monin termein. Tietojohdamisen tehtäväluokat ovat tiedon jakaminen (*sharing*), tiedon luominen (*creating*), tiedon käyttäminen (*using*), tiedon varastointi (*storing*) ja tiedon tunnistaminen (*identifying*). Samoin Kivinen (2008: 56) jakaa organisaatioiden tietojohdamisen käsitettä samansuuntaisesti, jolloin tietojohdamisen ominaisuuksia ovat systeemisyyden, yhdistävyys, hallinta, oppiminen ja edistävyys.

Kivisen (2008: 56–58) mukaan organisaation tietojohdamisen systeemisyyden sisältää järjestelmät ja toimintakäytännöt sekä toiminnan rajoitteet. Systeemisyyteen liittyy organisaation sisäisen tiedon hyödyntäminen, joka laajentuu yksilön tiedon hyödyntämisestä organisaatioiden väliseksi tiedon hyödyntämiseksi. Yhdistävyys tietojohdamisessa on monimuotoista, eri tasot ymmärtävää prosessimaisuutta ulkoisen ja sisäisen, yksilön ja ryhmien sekä teknologian, ihmisten ja tiedon välillä. Hallinta kuvaa organisaatioissa sys-

temaattista toimintaa tiedon käsittelemiseksi, jolloin tiedon ja osaamisen jakaminen muiden kanssa nousevat keskiöön. Tietojohtamisessa hallinta on tiedon arviointia ja suodatamista organisaatioissa. Oppiminen tietojohtamisen näkökulmasta tarkoittaa yksilöiden välistä dialogia, jaettua tulkintaa ja sosiaalisia prosesseja, jotka tukevat tiedon ja osaamisen syntymistä sekä kehittymistä organisaatioissa. Edistävyys tarkoittaa organisaatioissa tietojohtamisen uutta tulkintaa, jolla kehitetään, arvioidaan ja ohjataan johtamisen kohteena olevia prosesseja.

Tietojohtaminen jaetaan tiedolla johtamiseen ja tiedon johtamiseen. Tiedon johtaminen on tiedon saatavuuteen, laatuun, määrään ja vertailukelpoisuuteen keskittyvää. Se sisältää organisaatioiden tiedon keräämisen suunnitelmat ja järjestelmät. Tiedolla johtaminen on organisaatioon kerätyn tiedon ja luodun tiedon hyödyntämisen johtamista. Tiedolla johtaminen on prosessi, jossa tiedon saaminen näkyväksi vaatii esitystapaa, jolla päästään mahdollisimman selkeään tavoitteeseen. (Nylander 2017: 12, 91, 199.)

Tiedon käsittelyssä ei ole organisaatioiden näkökulmasta mitään uutta, mutta tietojohtamisen viitekehys tuo tiedon käsittelyyn systemaattisuutta. Tiedon systemaattinen käsittely tarkoittaa tiedon hallintaa eli tiedon järjestämistä ja kohdentamista organisaation tavoitteiden saavuttamiseksi. (Heisig 2009: 5.) Myös Nylanderin (2017:11–12, 70) mukaan tietojohtaminen on uutta järjestelmällisenä ja tavoitteellisenä osana johtamista. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksissa tietojohtaminen on tärkeää saada kattavasti käyttöön, jotta tiedon päällekkäisyys vähenee. Toisaalta Wilson (2002) ei suosittele tietojohtamisen-käsitteen käyttöä tieteellisissä tutkimuksissa, koska tietojohtaminen (*knowledge management*) on uusi termi vanhalle asialle, eikä se tuo uutta informaatiojohtamisen (*information management*) ja henkilöstöjohtamisen (*leadership*) kenttään. Tietojohtaminen esiintyy artikkeleissa ja kirjallisuudessa ilman selkeää määrittelyä, mikä lisää käsitteen epämääräisyyttä.

Edellä kuvattiin tietojohtamisen rakennetta ja sisältöä. Tietojohtamisen käsite on monitahoinen, minkä takia se tulee määrittellä tutkimuskohtaisesti. Tiedolla johtamisen käsitteeseen sisältyy aikaisempien tutkimusten perusteella kerätyn tiedon hyödyntäminen toimin-

nan kehittämiseksi, laadun parantamiseksi ja johtamisen tueksi. Tässä tutkielmassa keskitytään tiedolla johtamisen osa-alueeseen ja tiedolla johtamisella tarkoitetaan toiminnasta kerätyn tiedon hyödyntämistä toiminnan johtamisessa ja palvelujen kehittämisessä sekä tuotteistamisessa.

2.3. Tiedolla johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa

Breit, Fossetøl ja Pedersen (2018: 15–17) katsovat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittämisen sisältävän laajasti määriteltynä kahdenlaista tietoa. Kokemusperäinen tieto palveluista huomioi monitahoisen ja muuttuvan ympäristön. Näyttöön perustuva tieto keskittyy arvioimaan interventioiden vaikutuksia teoreettisessa viitekehyksessä. Laadukas tieto muodostetaan ammattilaisten yhteistyönä, jonka tavoitteena on kehittää asiakkaille tarjottavaa palvelua.

Kokemukseen perustuvan tiedon hyödyntäminen edistää työntekijöiden asiantuntemuksen huomioimista, millä tiedon laatu paranee. Näyttöön perustuva tieto on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille useimmiten toimintaohjeita ja suosituksia, joiden avulla teoreettinen tieto saadaan käytäntöön. Ohjeiden ja suositusten tavoitteena on parantaa ammattilaisten harkintaa sekä yksinkertaistaa ja systematisoida työtä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittämisessä tulisi kiinnittää huomiota tiedon yhdistettävyyteen, koska kehittäminen helpottuu yhteistyöllä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tiedon hyödyntämisen haasteena on asiakastyön ohjauksen ja joustavan päätöksenteon tasapainon saavuttaminen. (Emt. 2018: 15–17.)

Ritvasen ja Sinipuron (2013: 7) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollossa tiedolla johtaminen on haastavaa, koska asiakkaiden tarvitsemat palvelut ovat yleensä sirpaleisia. Jalonen (2015:40) täydentää, että tiedolla johtamisen suureksi haasteeksi julkishallinnossa nousee informaatioympäristön muutos ja informaatiomäärän kasvu. Tulokselliseen tiedolla johtamiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa tarvitaan hallinnonrajat ylittävä tiedon kulku, keskenään yhteensopivat tietojärjestelmät ja julkishallinnossa kerätyn tiedon hyödyntäminen.

Tiedolla johtaminen edellyttää kerätyn tiedon yhdistämistä ja jalostamista, jolloin sitä voidaan hyödyntää toiminnan ja palvelujen asiakaslähtöiseen kehittämiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tiedolla johtamisesta voidaan puhua vasta, kun kerätty tieto on käytettävissä kokonaisuutena. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorakenteet ja tietojärjestelmät eivät tue asiakkuuksista muodostuvan kokonaiskuvan tai yksilön palveluntarpeen ymmärtämistä julkisella sektorilla. (Ritvanen & Sinipuro 2013: 7–8). Onnistuessaan tiedolla johtaminen lisää julkishallinnon ja julkisten palvelujen tuottavuutta (*productivity*) ja vaikuttavuutta (*effectiveness*). Hyvä tiedolla johtaminen mahdollistaa ketterän julkishallinnon, mikä näkyy tulevaisuudessa kuntien yhteensopivina tietojärjestelminä. (Jalonen 2015: 40–41.)

Sosiaali- ja terveydenhuolto on monimutkainen järjestelmä, joka kytkeytyy yhteiskuntaan usealla taholla. Valtakunnallisesti ei ole sovittuna yhteisiä ohjausmittareita sosiaali- ja terveydenhuoltoon, vaikka palvelujen toimittamiseen liittyviin sopimuksiin tarvitaan mittareita, joilla sopimuksen kuvaamaa toimintaa johdetaan ja arvioidaan. (Alueuudistus 2018; THL 2018.) Ritvanen ja Sinipuro (2013: 152–154) katsovat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän tehokkaan toiminnan vaativan palvelujen kriteerit, yhtenäiset ja kattavat sopimuskäytännöt sekä tietoa, jolla voidaan valvoa ja ohjata toimintaa. Tiedon keräämisen taustalla sosiaali- ja terveydenhuollossa on teoria tai viitekehys, jonka avulla määräytyvät mittaristot toiminnan arvioimiseksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen mittaamiseen tarvitaan monipuolista ja tasapainoista mittaristoa ja tavoitteita siitä mihin mittareista saatua tietoa käytetään. Eri mittareiden tavoitteena on tukea, täydentää ja tasapainottaa toisiaan, jotta saatu tieto ohjaa päätöksentekoa oikeaan suuntaan. Mittareiden käytössä ja tulosten tulkinnassa on tärkeä erottaa strategisen, taktisen ja operationaalisen tason päätöksien tueksi tarvittava tieto. Liian yksityiskohtainen tieto strategisen tason päätöksenteossa estää näkemästä kokonaiskuvaa. (Alueuudistus 2018; THL 2018.) Sosiaali- ja terveydenhuollossa tarvitaan yhteinen näkemys ja päätöksiä siitä, miten mitataan asiakkaiden palvelujen laatua. Sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksenteon erityispiirteenä on järjen ja tunteiden yhdistäminen, koska päätöksissä on huomioitava asiakkaiden odotukset hoidon laadusta ja aikaisemmat kokemukset. (Jalonen 2013: 13; Ritvanen ja Sinipuro 2013: 152–154.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella (THL) on käytössä kansainvälinen laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointi- ja seurantajärjestelmä RAI (*Resident Assessment Instrument*). THL suosittelee RAI-arviointijärjestelmän käyttöä kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntarpeen arvioinneissa. RAI on arviointiväline, joka täyttää vanhuspalvelulain vaatimukset monipuolisesta palveluntarpeen arvioinnista. Hyötynä on, ettei useita erillisiä mittareita tarvitse käyttää. RAI-järjestelmän avulla voidaan määritellä asiakkaiden tarvitsemat palvelut sekä tarvittava henkilöstön määrä ja osaaminen. Järjestelmän avulla voidaan mitata hoidon laatua ja kustannuksia palveluketjussa. RAI-järjestelmään sisältyvien laadun indikaattorien ja asiakasrakennetta kuvaavien tietojen vuoksi se on työväline myös päätöksenteon ja johtamisen tueksi. (Heikkilä & Mäkelä 2015: 3; THL 2017.) Mofinan ja Guthrien (2014: 10) mukaan kotihoitoon kehitetyn RAI-HC-arvioinnin (*Resident Assessment Instrument-Home Care*) avulla voidaan parantaa kotihoidon laatua.

RAI-HC-arvioinnissa kotihoidon säännöllisen asiakkaan päivittäisissä toiminnoissa pärjäämistä mittaa ADL-H (*Activities of Daily Living Hierarchy*). Mittarin avulla arvioidaan asiakkaan toimintakykyä ruokailun, liikkumisen, WC-toimintojen ja hygienian näkökulmista. ADL-H-mittarissa arvo nolla (0) tarkoittaa *itsenäistä asiakasta* kaikissa edellä mainituissa toiminnoissa. Arvolla yksi (1) *asiakas tarvitsee ohjausta vähintään yhdessä neljästä toiminnosta*. Asiakkaan *avuntarve päivittäisissä toimissa on rajoitettua* arvolla kaksi (2). *Asiakas tarvitsee runsasta apua WC-toimissa tai hygienian hoidossa* arvolla kolme (3). ADL-H-mittarin arvo neljä (4) tarkoittaa, että *asiakas tarvitsee runsaasti apua ruokailussa tai kotona liikkumisessa*. *Asiakas on täysin autettava ruokailussa tai kotona liikkumisessa* saadessaan arvon (5). ADL-H arvo (6) tarkoittaa asiakasta, joka on *kaikissa neljässä päivittäisessä toiminnossa täysin autettava*. (THL 2016; interRAI 2018.)

RAI-HC-arviointiin kuuluva RUG-III/18-asiakasrakenneluokitus (*Recourse Utilization Group -18*) luokittelee asiakkaat, joille RAI-HC-arviointi on tehty, seitsemään pääluokkaan. Tämän hierarkkisen luokittelun kriteerit perustuvat asiakkaan terveydentilaan, fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn ja erityishoitoihin tai -tarpeisiin. Ensimmäiseen pääluokkaan *monialainen kuntoutus* (1) kuuluvat aktiivisen kuntoutuksen asiakkaat. Jos asiakas ei kuulu pääluokkaan *monialainen kuntoutus*, testataan hierarkiassa toiseksi tule-

van pääluokan *erittäin vaativa hoito* (2) kriteerit ja sitten sitä seuraavan, kunnes pääluokan kriteerit täyttyvät. Pääluokkaan kolme kuuluvat *erityishoidon* (3) asiakkaat ja luokkaan neljä *kliinisesti monimuotoiset* (4) asiakkaat. *Kognitiivisten toimintojen heikentymisen* (5) ollessa ensisijainen kotihoidon asiakkuuden syy, RUG-III/18-luokka on viisi. Luokkaan kuusi kuuluvat *käytöshäiriön* (6) omaavat asiakkaat ja luokassa seitsemän ensisijainen hoidon syy on *heikentynyt fyysinen toimintakyky* (7). (THL 2017.)

Suomessa kotihoitopalvelujen asiakasluokittelu koostuu pääluokkien lisäksi 18 alaryhmästä. Pääluokkien sisällä fyysinen toimintakyky määrittää alaryhmän kaikissa muissa pääluokissa paitsi luokassa *erittäin vaativa hoito*, missä alaryhmä perustuu asiakkaan hoitoihin. Kotihoidon säännöllinen asiakas voi kuulua vain yhteen RUG-III/18-asiakasrakenneluokkaan. (Heikkilä, Gerasin, Sakki, Nieminen, Björkgren, Noro, Mäkelä & Finne-Soveri 2012: 12–16.)

RUG-III/18-luokituksessa määritellään asiakasrakenneluokille kustannuspainokertoimet (RUG-III/18-CMI *Case Mix Index*). Kustannuspainokerroin kuvaa kotihoidon asiakasryhmien suhteellista voimavarakulutusta eli henkilöstön ajankäyttöön perustuvaa suhdelukua. Kustannuspainokertoimella tarkoitetaan sitä, kuinka paljon hoitohenkilökuntaresursseja tiettyyn luokkaan kuuluvan asiakkaan hoitoon kuluu suhteessa kotihoidon keskimääräiseen asiakkaaseen, jonka kustannuspainokerroin on yksi. Kotihoidon keskimääräinen käyntikustannus koostuu muuttuvista ja kiinteistä kustannuksista. Kustannukset ovat organisaatiokohtaisia ja ne lasketaan tilinpäätöksen mukaisesti. Kotihoidon keskimääräisestä käyntikustannuksesta vähennetään kiinteiden kustannusten osuus, jolloin saadaan vakioitu kustannus kustannuspainolle yksi (RUG-III/18-CMI, 1). Kustannuspainokerroin vaikuttaa vain vakioituun kustannukseen. (Heikkilä ym. 2014: 31; THL 2017; RAIssoft 2018.)

Heikkilän ym. (2014: 31) mukaan kotihoidon asiakaskäynnin RUG-III/18-vakioitu kustannus on vertailukelpoinen luku, verrattaessa henkilöstökustannuksia. Mitä korkeampi on asiakaskäynnin vakioitu kustannus, sitä paremmin kotihoidossa on resursoitu henkilöstöä suhteessa asiakasrakenteeseen. Vakioitu kustannus on tuottavuuden käänteisluku eli mitä korkeampi kotihoidon asiakaskäynnin RUG-vakioitu kustannus, sitä pienempi

tuottavuus. Myös kotihoidon asiakaskäynnin kiinteä kustannus on vertailukelpoinen eri palveluntuottajien välillä, jos kustannukseen on sisällytetty samat kustannuslajit.

3. PALVELUJEN TUOTTEISTAMINEN KOTIHOIDOSSA

Ikääntyvien ihmisten kotihoidon palveluihin vaikuttavat sosiaalihuoltolaki (SHL 1301/2014), terveydenhuoltolaki (TervHL 1326/2010) ja vanhuspalvelulaki (VanhPL 980/2012), joilla kaikilla on oma painotuksensa. Kotihoidolla tarkoitetaan sosiaalihuoltolain (SHL 1301/2014) 19§ kotipalvelun ja terveydenhuoltolain (TervHL 1326/2010) 25§ kotisairaanhoidon tehtävien muodostamaa kokonaisuutta. Tässä kappaleessa keskittyy laadukkaaseen kotihoidon palveluun ja kotihoidon palvelujen tuotteistamiseen sekä haetaan osaltaan vastausta toiseen tutkimuskysymykseen, millainen on laadukas tuotteistettu kotihoidon palvelu.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laatua on kehitetty viime vuosikymmeninä ja sen kehittämistä pidetään tärkeänä. Laatu käsitteenä ei ole yksiselitteinen ja sen määrittely on kontekstisidonnaista sekä aikaan sitoutunutta, eikä sitä voida pelkistää. Laatua määriteltäessä tarvitaan tieto määrittelyn kohteesta, näkökulmasta, tarkastelutasosta ja kontekstista. Julkisessa keskustelussa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laatua ei määritellä, vaan sitä pidetään itsestään selvänä asiana. (Mäki 2004: 25, 264.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuotteistamiseen kuuluu asiakaslähtöisyys. Palvelujen ominaisuuksia ovat aineettomuus, prosessimaisuus ja asiakkaan osallistuminen. Näiden ominaisuuksien takia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin liittyy kysynnän vaihtelevuutta, laadunhallinnan haasteita, tehottomuutta, kasvun epävarmuutta sekä kannattamattomuutta. Palvelujen tuotteistamisen tavoitteena on haasteiden hallinta ja aikaisempaa parempi kilpailukyky. (Jaakkola, Orava & Varjonen 2009: 1–3.)

3.1. Laadukas kotihoidon palvelu

Kotihoidon järjestämisestä ja sisällöstä on säädetty sosiaalihuoltolaissa (SHL 1301/2014), terveydenhuoltolaissa (TervHL 1326/2010) sekä laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta (VanhPL 980/2012) eli vanhuspalvelulaissa. Sosiaalihuolto-

laki (SHL 1301/2014) määrittelee kunnan velvollisuudeksi järjestää sosiaalipalveluja, kuten kotihoito, jokapäiväisestä elämästä selviytymisen tueksi. Lain mukaan kotipalvelu sisältää ikääntyvien näkökulmasta asumiseen, hoitoon ja huolenpitoon, toimintakyvyn ylläpitoon, asiointiin sekä muihin jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Kotipalveluun sisältyy lakisääteisesti myös tuki- palveluja, joilla tarkoitetaan ateria-, vaatehuolto- ja siivouspalveluja sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja. Terveystuolilaki (TervHL 1326/2010) velvoittaa kunnat järjestämään alueensa asukkaille kotisairaanhoidon, joka on moniammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua.

Kunnan ikääntyville ihmisille suunnattujen palvelujen avulla turvataan hyvä hoito ja huolenpito. Ikääntyvien palvelut tarjotaan ensisijaisesti yhdenvertaisina ja lähellä asiakasta. Ikääntyvien palveluissa työskenteleviltä vaaditaan monipuolista asiantuntemusta, koska kaikkiin ikääntyneiden ihmisten palveluihin sisältyy neuvontaa ja ohjausta. Palvelujen tarkoituksena on vastata asiakkaan tarpeisiin oikea-aikaisesti ja riittävästi, jotta ne tukevat hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta. Sosiaali- ja terveydenhuollon ikääntyville suunnatuissa palveluissa painotetaan erityisesti kuntoutumista edistäviä ja kotiin annettavia palveluja, joilla ennalta ehkäistään lisääntyvää palveluntarvetta ja tuetaan kotona pärjäämistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö arvioi ikääntyneen ihmisen palvelujen tarpeen ja arvioinnissa käytetään luotettavia sekä monipuolisia arviointivälineitä. Kun asiakkaalle myönnetään kotihoidon palveluja, niistä laaditaan asiakkaan omat näkemykset sisältävä kirjallinen suunnitelma. Lain mukaan hyvällä johtamisella tuetaan laadukkaita asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveystuolipalveluja, kuntouttavaa työtettä, moniammatillista yhteistyötä sekä toimintatapojen kehittämistä. (VanhPL 980/2012.)

Kotihoidosta säädettyjen lakien tarkoituksena on palvelujen laadun varmistaminen. Vanhuspalvelulaki erittelee ikääntyneen väestön palvelujen laadun tekijöiksi kunnan strategisen suunnitelman sekä vuosittaisen ikääntyvien palvelujen riittävyden ja laadun arvioinnin. Kunnat keräävät säännöllisesti tietoa arviointiin palvelujen laadusta ja riittävydestä asiakkailta, omaisilta tai läheisiltä ja kunnan henkilöstöltä. Lisäksi kerätään tietoa

ikäntyneiden palvelujen resursseista. Vanhuspalvelulain tarkoituksena on turvata ikääntyneen väestön asema omien palvelujensa suunnittelussa ja valinnassa. (VanhPL 980/2012.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun, sen parantamiseen ja siitä vastuussa olemiseen tarvitaan yhteinen tavoite. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tavoitteet ovat yleensä hajanaisia ja liittyvät kustannuksiin, hoidon laatuun, asiakaslähtöisyyteen, tyytyväisyyteen ja palvelujen tuottamiseen. Epäselvät tavoitteet aiheuttavat kokonaisuuteen sopimattomia, yksittäisiä ratkaisuvaihtoehtoja ja hidastavat toimintatapojen kehittämistä. Arvoperusteinen laatu (*value based quality*) ja hoidon tavoite rakentuvat aina asiakkaan lähtökohdista. Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakkaan hoidon tavoite yhdistää eri yksiköiden, hoitajien sekä toimijoiden tavoitteet, jolloin laadun paranemisesta hyötyvät kaikki osapuolet. (Porter 2010: 2477–2478.) Toisaalta sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakkaat, hoitohenkilökunta ja johtajat näkevät laadun ja siihen liittyvät ongelmat eri tavalla. Nämä erot aiheuttavat haasteita sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittämiseen. (Mäki 2004: 25, 264; Firbank 2012: 401.) Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollossa riittävän laadun saavuttamiseen tarvitaan laaja yhteinen näkemys hoidon tuottamisen tavoitteesta ja siitä, millä kustannuksilla hoidon laatu saavutetaan. (Porter 2010: 2477.)

Kotihoidossa laadun määrittäminen on erityisen haasteellista, koska asiakkailla on toimintakyvyn vajausta sekä omaisilla on läheinen suhde asiakkaaseen ja vahvat ajatukset asiakkaan tarvitsemasta hoidosta. Asiakkaan kotona hoitaminen laajentaa laadun käsitystä intiimiyden, itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden suuntaan. (Firbank 2012: 401–404.) On tärkeää keskittää voimavarat laadun tekijöihin, joiden avulla hoito on asiakkaan näkökulmasta kestävä ja tehokasta. Tämä vaatii kotihoidon henkilökunnalta entistä parempaa yhteistyötä, asiakkaan ja hänen tarpeidensa huomioimista sekä kielteiseen palautteeseen vastaamista. Samoin tarvitaan tiedonkeruumenetelmä, jolla saadaan vertailtavissa olevaa tietoa kotihoidon laadun kehittämiseen. (Firbank 2012: 401–404; Mofina & Guthrie 2014: 10.)

Porterin (2010: 2477–2478) mukaan laadun seuraamisen ja mittaamisen tärkeyttä ei sosiaali- ja terveydenhuollossa täysin ymmärretä. Sosiaali- ja terveydenhuollon laatua tulee

mitata saavutettujen tulosten perusteella ei tarjottujen palvelujen määränä. Kotihoitopalvelujen laatuun liittyvän tiedon kerääminen, vertailu ja hyödyntäminen kehittämistyössä on haasteellista, koska käytössä on monenlaisia tiedonkeruumenetelmiä (Firbank 2012: 401). Hoidon laadun mittaamisen siirtyminen asiakkaan näkökulmaan auttaa ymmärtämään hoidon koko prosessin hoidon tulosten saavuttamisen keinona. Tällöin välttyään vääriltä säästökohteilta ja ymmärretään hoidon laatu kokonaisuutena asiakkaan näkökulmasta. (Porter 2010: 2477–2478.)

Kotihoidon laaduntarkkailun ongelmat liittyvät yleensä ylhäältä annettuihin kriteereihin tai ulkoistettuihin menetelmiin. Nämä johtavat laadunparannusyrityksiin, jotka keskittyvät vähäpätöisiin haasteisiin. Tällaiset laadunparannusyritykset ovat kotihoidossa kalliita ja tehottomia. Kotihoidon asiakkaan näkökulmasta palvelun laatua tulisi parantaa tarkoituksenmukaisesti ja läpinäkyvästi. Laatu täytyy määritellä yhdenmukaiseksi niin, että asiakkaiden, hoitajien ja johdon näkemykset on otettu huomioon. Liian kunnianhimoiset tavoitteet heikentävät laadun kehittämistä ja koko laadunhallintaa. (Firbank 2012: 403–417.)

Firbank (2012: 403–417) katsoo laadullisen lähestymisen olevan melko tehokas tapa arvioida kotihoidon palvelujen laatua. Laadullinen tutkimustapa vaatii palvelun tuottajalta vahvaa sitoutumista, henkilöstöresursseja sekä henkilöstön sitoutumista systemaattiseen asiakkaiden palvelujen laadun tarkkailuun ja parantamiseen. Kotihoidon asiakkailta on vaikeuksia arvioida palveluitaan, koska vertailukohteita ei ole ja vertailu on vierasta. Hoitajat näkevät hoidon laadun ongelmia paljon enemmän kuin asiakkaat niitä kokevat. Hoitajat antavat helpommin kritiikkiä palvelujen laadusta ja heillä on asiakkaita enemmän ideoita palvelujen laadun parantamiseksi. Yhteistoiminnallinen menetelmä laadun kartoittamiseksi on hoitajien näkemysten keräämisessä erinomainen.

Dixon-Woods, McNicoll ja Martin (2012: 876, 882) toteavat, että laadun parantaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa vaatii monenlaisia yhtäaikaisia lähestymistapoja, jotka ovat usein toistensa vastakohtia. Näitä lähestymistapoja ovat voimakas ja osallistava johtaminen, selkeät toimintatavat ja niiden valvonta sekä joustavuus paikallisista lähtökohdista käsin ja kriittinen palaute ilman syylistämistä.

3.2. Kotihoidon asiakkaiden ja omaisten näkemys laadukkaasta palvelusta

Kotihoidon tavoitteena on tukea asiakkaan itsenäistä pärjäämistä hänen omista lähtökohdistaan. Tällöin huomioidaan asiakkaan kokemus omasta terveydentilasta, elämänlaadusta ja kotona asumisen mahdollisuuksista. Kotihoidon henkilöstö huolehtii yksilöllisesti asiakkaan päivittäisistä tarpeista ja arvioi ehkäisevän työn tarvetta, palveluntarpeiden toteutumista sekä kotiutuksen jälkeisiä toimenpiteitä. (Paljärvi 2012: 21.)

Kotihoidon asiakkaiden ja heidän omaistensa kokemuksia kotihoidosta on tutkittu useissa kotimaisissa ja kansainvälisissä tutkimuksissa. Hautsalon, Rantasen, Kaunosen ja Åstedt-Kurjen (2016: 4, 6) mukaan kotihoidon asiakkaiden ja heidän läheistensä tyytyväisyys palvelujen kokonaisuuteen vaihteli. Yhtäältä kotihoidon palvelujen koettiin olevan asiallisia, hyviä ja vastanneen odotuksia, toisaalta palvelujen koettiin olevan vain tyydyttäviä. Kotihoidosta oli tehty kirjalliset suunnitelmat, mutta kaikkea hoitoon liittyvää ei ollut kirjattu. Kotihoidon asiakkaat kokivat suunnitelmien noudattamisen ristiriitaiseksi ja henkilöstön vaihtuvuuden hankalaksi. Kotihoidon käyntimääristä neuvottelemine koettiin kielteisenä, palvelujärjestelmä monimutkaisena ja tiedon saanti oikeaan aikaan hankalana.

Hautsalon ym. (2016: 7–9) mukaan kotihoidon asiakkaat kokivat, että hoitajalla oli riittävästi aikaa, kun hän ehti seurustella asiakkaan kanssa hoitotoimien jälkeen. Asiakkaat kertoivat hoitajien olevan kiireisiä ja käyntien olevan liian lyhyitä, lisäksi käyntiaikojen epäsäännöllisyys hankaloitti asiakkaan arkea. Kotihoidon asiakkaiden mielestä hoitajan hyvä vuorovaikutus ilmeni asiakkaan ja omaisen aidossa kohtaamisessa. Hoitajan myönteinen asennoituminen työhön nähtiin vastuullisuutena, ahkeruutena ja sopivuutena ammattiin. Kotihoidon hoitajan ammattitaidoksi asiakkaat nimesivät osaamisen, työskenteilyn itseään säästämättä ja asioiden järjestelytaidon. Ammattitaidon puutteeksi nimettiin tietämättömyys. Asiakkaiden mielestä hoitajat tiesivät vähän taloudellisten tukien hakemisesta. Kotihoidossa omahoitajan rooli koettiin tärkeäksi, koska hän on kokonaisvaltaisen hoidon turvaaja ja yhdyshenkilö asiakkaan verkostossa. Kotihoito oli asiakkaan mielestä sujuvaa, kun hoitaja toimi sovitusti, huomioi peseytymisen ja lääkehoidon sekä la-

boratoriokokeet. Asiakkaiden mielestä yksilöllisyys toteutuu kotihoidossa hyvin. Yksilöllisyyden puutetta ilmeni, jos hoitaja ei tuntenut asiakkaan tapoja ja toiveita. Kotihoidon asiakkaan avuntarpeen muutoksia huomioitiin vaihtelevasti. Kotihoidon tehtävien rajaukset olivat hankalia ja joustamattomia. Yhteistyö läheisten kanssa oli hyvän kotihoidon edellytys.

Hautsalo ym. (2016: 11) ehdottavat, että kotihoidon organisoinnissa kiinnitetään huomiota hoitajien pysyvyyteen ja vähäisiin hoitajavaihdoksiin sekä huomioidaan asiakkaan kokemaa omahoitajuuden tärkeys. Kotihoitopalveluissa huomioidaan fyysisen painopisteen lisäksi vahvemmin psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet. Kotihoidon asiakas kohdataan kiireettömästi, varmistaen hoidon yksilöllisyys. Läheisten ja kotihoidon moniammatillisella yhteistyöllä taataan hoidon onnistuminen.

Mofinan ja Guthrien (2014: 1–2) mukaan Kanadassa on vähän tutkittua tietoa kotihoidon asiakkaista, heidän tarpeistaan ja kotihoidon palvelujen laadusta. Kanadassa kotihoito on julkisin varoin tuotettua, mutta sitä ei ohjata lainsäädännöllä. RAI-HC -mittaria käytetään paikoin asiakkaiden toimintakyvyn arvioinneissa ja hoidon laadunvarmistuksessa. Kotihoito on yksi nopeimmin kasvavista terveydenhuollon osa-alueista ja asiakkaiden määrä on kasvanut 50 % Kanadassa viimeisen 10 vuoden aikana. Asiakkaista 80 % on vähintään 65 vuotiaita.

Mofina ja Guthrie (2014: 1) kuvaavat kotihoidon asiakkaita ja arvioivat hoidon laatua RAI-HC arvioinnin indikaattoreiden perusteella. Asiakkaiden keski-ikä oli 83 vuotta ja heistä suurin osa (69 %) oli naisia. Kotihoidon asiakkailla oli merkittävästi toimintakyvyn alenemista ja lähes kaikki tarvitsivat apua välineellisissä päivittäistoimissa (*IADL instrumental activities of daily living*) ja noin kolmasosa (35 %) tarvitsi apua päivittäin toistuvissa toiminnoissa (*ADL activities of daily living*). Puolella tutkituista kotihoidon asiakkaista oli jonkinasteinen kognitiivinen toiminnanhäiriö (*CPS cognitive performance scale*). Kotihoidon asiakkailla oli terveydentilan epätasapainoa (*CHES changes in health, end-scale, disease, signs and symptoms*) ja kipua päivittäin.

Kotihoidon heikko laatu liittyi asiakkaisiin, joilla oli RAI-HC -arvioinnin mukaan kuntoutuspotentiaalia ja mahdollisuuksia parantaa päivittäin toistuvia toimintoja (ADL). Näiden asiakkaiden kuntoutukseen ei kiinnitetty riittävästi huomiota, eivätkä he saaneet toimintakykyä parantavaa terapiaa. Asiakkaan näkökulmasta tämä näkyi kognitiivisen tason laskuna, suunnittelemattomina sairaalakäynteinä, häiritsevänä päivittäisenä kipuna ja kaatumisina. (Mofina & Guthrie 2014: 8.)

Fongin (2006: 6–7) johtopäätös on, että sosiaali- ja terveydenhuollon laaturaportit eivät vaikuta asiakkaiden palvelujen hankintapäätöksiin, koska ne eivät tarjoa haluttua tietoa. Lisäksi laaturaportit ovat asiakkaille hankalasti tulkittavia, koska niissä julkaistaan eri mittareiden tietoja. Tämän takia asiakas ei pysty aidosti vertailemaan laatua. Asiakkaiden haluaman tiedon ja asiantuntijoiden mielestä asiakkaiden tarvitseman tiedon välillä oli ristiriitaa. Laaturaporttien saatavuudessa oli ongelmia, eikä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaita ohjattu raporttien tulkitsemisessa. Aitoon laadun kilpailuun ja tuotteistamiseen päästään vasta, kun asiakkaat vaihtavat palvelujentarjoajaa laaturaporttien yhdenmukaisesti tulosten perusteella.

Tässä tutkimuksessa laadukkaalla kotihoidon palvelulla tarkoitetaan ikääntyneille laajan palveluntarpeen arvioinnin perusteella myönnettyjä säännöllisiä, julkisesti rahoitettuja palveluja, joilla tuetaan kotona pärjäämistä. Kotihoidon säännöllisten palvelujen myöntämiselle on selkeät ja ymmärrettävät kriteerit. Kotihoidon palveluista tehdään yhteinen sopimus, joka on kaikille yhteistyötahoille selvä. Sopimus antaa raamit toiminnalle ja toiminnan tavoitteiden saavuttamista arvioidaan säännöllisesti. (Firbank 2012; Hautsalo ym. 2016; STM 2017.)

Laadukkaassa kotihoidon palvelussa huomioidaan fyysisten ja psyykkisten tarpeiden lisäksi laaja-alaisesti asiakas ja tämän läheiset sekä asiakkaan sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen. Kotona pärjäämistä tukevasta hoidosta tehdään palvelu- ja hoitosuunnitelma yhteistyössä eri tahojen kanssa. Vastuu elämisestä on asiakkaalla itsellään ja hän on oikeutettu omaan elämäänsä. Kotihoidon hoitajan rooli asiantuntijana on asiakasta tukeva ja arvostava. (Firbank 2012; Hautsalo ym. 2016; STM 2017.) Omahoitaja tarjoaa asian-

tuntemuksensa asiakkaan kotona pärjäämiseen ja mahdollistaa asiakkaalle palvelukokonaisuuden hallinnan (Hautsalo ym. 2016). Kotihoidon johtaminen tukee palvelujen kehittämistä monitahoisessa yhteiskunnassa asiakkaiden tarpeita vastaaviksi (STM 2017).

3.3. Kotihoidon palvelujen tuotteistaminen

Palvelulla (*service*) ei ole yksiselitteistä määritelmää vaan sen merkitys vaihtuu näkökulman mukaan. Palveluilla tarkoitetaan kunnan, yhteisöjen tai laitosten tarjoamien palvelumisen muotojen kokonaisuutta (Kielitoimiston sanakirja 2018). Tässä tutkielmassa palveluilla tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden tarjoamaa palvelujen kokonaisuutta.

Tuotteistamalla kehitetään hyödykkeestä kaupallinen tuote (Kielitoimiston Sanakirja 2018). Tuotteistamisesta käytetty terminologia ei ole yksiselitteistä. Tuotteistamisprosessi on aina yritysکوhtainen, eikä sen toteuttamiseen ole yhtä oikeaa mallia, prosessin lähtökohtana on yrityksen strategia ja tavoitteet (Jaakkola ym. 2009: 1.) Tuotteistamisen peruselementit ovat palvelulupaus, palvelun rakenne, palveluprosessi ja resurssit. (Jaakkola ym. 2009: 3–4; Tuominen, Järvi, Lehtonen, Valtanen & Martinsuo 2015: 5, 14.)

Suhonen, Röberg, Hupli, Koskenniemi, Stolt ja Leino-Kilpi (2015: 259–260, 269–271) tutkivat muistipotilaiden palvelukokonaisuuden ominaisuuksia haastatteleamalla asiakkaita, ammattilaisia ja päättäjiä. Palvelukokonaisuus koostuu seitsemästä teemasta, joista ensimmäisenä on hoidon sujuvuus ja palvelurakenteen selkeys. Toisena teemana on sovitut tehtävät ja vastualueet. Kolmantena muistipotilaiden palvelukokonaisuuden teemana on henkilöstön osaaminen ja ammattitaito, neljäntenä vuorovaikutus ja palveluasenne. Viidentenä teemana mainittiin kaikkien hoitoon osallistuvien välinen tiedonkulun sujuvuus ja kuudentena hoitoa koskevan päätöksenteon avoimuus sekä osallisuus. Seitsemäntenä teemana on resurssien riittävyys muistipotilaiden palvelukokonaisuudessa.

Perinteisen ajattelun mukaan yritys tuottaa myytäviä tuotteita, joiden valmistamisessa keskitytään muotoiluun, tehokkaaseen tuottamiseen sekä tuotteiden jakamiseen. Nykyään

asiakkaat odottavat lisäksi tuotteisiin liittyviä palveluja, kuten ylläpitoa, tuotteen parannuksia ja käyttökoulutuksia. Tämän takia yrityksillä on tarve keskittyä palvelujen tuottamiseen unohtamatta palvelujen räätälöintimahdollisuuksia asiakkaiden tarpeita vastaviksi. (Sipilä 1996; Jaakkola ym. 2009: 1.) Jaakkola ym. (2009: 19) huomauttaa, että palvelun tuottamiseen liittyvä vakioinnin aste on aina yritysten strateginen valinta.

Palvelujen tuotteistamisen kannalta on tärkeää asettaa yhdessä selkeä tavoite tuotteistamisprosessille, koska se motivoi henkilöstöä. Tavoitteena voi olla palvelun tuottamisen, sisäisen tiedonjaon tai yhteistyön tehostaminen. Tavoite voi liittyä palvelun ominaisuuksiin ja olla helposti myytävä, tasalaatuinen tai jatkokehitettävissä oleva. Tuotteistamiseen liittyvät tavoitteet eivät välttämättä ole samoja organisaation eri tasoilla. Organisaatiossa kaikkien pitää tietää mitä tuotteistaminen on, mitä tuotteistetaan ja miten varmistetaan tuotteistettavan palvelun joustavuus. Tuotteistaminen aloitetaan perinteisesti johdon käsystä ja sitä suorittavat tuotteistamiseen valitut henkilöt, jolloin tuotteistamisen tavoite jää epäselväksi ja asiakaslähtöisyys unohtuu. (Tuominen ym. 2015: 9–11.)

Palvelujen tuotteistaminen (*service productization*) nähdään kirjallisuudessa toimintana, jonka tavoitteena on palvelujen parempi määrittely, systematisointi, vakiointi ja toistettavuus. Tuotteistamisella tavoitellaan palvelujen parantamista, tuottavuuden ja tehokkuuden lisäämistä sekä tuotteen ja palvelun yhdistämistä. Lisäksi palvelutuote halutaan konkreettiseksi ja markkinoitavaksi sekä palvelun arvo näkyväksi. (Härkönen, Haapasalo & Hänninen 2015: 69–70.) Tuotteistamiselle on eduksi, jos se perustuu henkilöstön ja asiakkaiden yhteiseen ymmärrykseen palvelun luomasta arvosta. Onnistunut tuotteistaminen yhtenäistää palvelutoimintaa, mahdollistaa toistettavuuden ja tehokkuuden sekä luo arvoa palveluntarjoajille ja asiakkaille. (Jaakkola ym. 2009: 3–4; Tuominen ym. 2015: 5, 14.) Sipilä (1996: 12) täydentää, että palvelu on tuotteistettu, kun se voidaan tarvittaessa myydä edelleen.

Tuotteistamisen haasteiden tunnistaminen on tärkeää. Palveluihin ja asiakkaisiin sekä heidän palveluntarpeeseensa liittyvä tieto on usein vahvasti henkilöitynyttä. Asiantuntijapal-

veluille on tyypillistä monimutkaisuus ja korkea asiakaskohtainen räätälöinti. Tuotteistamisen tavoitteena on räätälöinnin ja vakioinnin välinen tasapaino sekä asiantuntijoiden hiljaisen tiedon tekeminen näkyväksi ja hyödynnettäväksi (ks. Nonaka ja Takeuchi 1994).

Tuotteistamalla voidaan viedä palveluita huonompaan suuntaan, jos tasalaatuisuuden nimissä vakioidaan, lisätään dokumentteja ja niihin kirjaamista sekä yksinkertaistetaan palveluita liikaa. Asiaksnäkökulman hukkuminen johtaa siihen, ettei palvelu enää vastaa asiakkaiden tarpeita. Asiantuntijat voivat kokea tuotteistamisen uhkana omalle asiantuntija-asemalleen, eivätkä ole valmiita jakamaan hiljaista tietoaan parhaista toimintatavoista. Liian tiukasti määritellyt toimintatavat ja prosessit voivat johtaa henkilöstön motivaation vähenemiseen. Jos vakioinnin ja räätälöinnin tasapainoa ei löydetä, palvelusta tulee liian jäykkä, jolloin se ei vastaa asiakkaiden muuttuviin tarpeisiin. Palvelujen yli-tuotteistaminen voi estää uusien ideoiden hyödyntämisen palvelujen kehittämisessä. Osallistamalla henkilöstö ja asiakkaat palvelujen tuotteistamiseen voidaan välttää tai vähentää monia tuotteistamisen aiheuttamia haasteita. (Tuominen ym. 2015: 5–8.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuotteistamisen tarkoitus on luoda edellytyksiä toimintatapojen uudistamiselle, resurssien tarkoituksenmukaiselle kohdentamiselle, toiminnan suunnittelulle ja johtamiselle. Tuotteistamisen tavoite on palvelujen määrittely ja kuvaaminen palveluprosessien selkiyttämiseksi. Tuotteistaminen parantaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen oikeaa resursointia ja suunnittelua, koska sen avulla pystytään paremmin tunnistamaan palveluketjujen ongelmakohtia, arvioimaan hoitajien oikeaa määrää, kohdentamaan koulutusta ja parantamaan hoidon laatua sekä potilasturvallisuutta. (Jaakkola ym. 2009: 3–4; Ketola & Merikallio 2009; Tuominen ym. 2015: 5, 14.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuotteistamisessa pyritään löytämään tasapaino vakioinnin ja asiakaskohtaisen räätälöinnin välille. Tuotteistaminen osaltaan mahdollistaa räätälöinnin, koska resursseja ei mene asioihin, joiden vakiointi on mahdollista. Palvelujen vakioinnissa haetaan organisaation ja asiakkaan näkökulmasta kannattavin taso. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuotteistamisessa olennaista on asiakkaan kokemuksen arvostaminen. Osallistamalla sekä henkilöstö että asiakkaat tuotteistamiseen saa-

daan tiedon ja osaamisen yhtenäistämistä kaikille hyötyä. Tuotteistettu palvelu on mahdollista rakentaa vakioidusta perustasosta ja sitä täydentävistä liitännäispalveluista. (Sipilä 1996: 12–17; Jaakkola ym. 2009: 3–4, 19–20; Tuominen ym. 2015: 5–6, 14.) Sosiaali- ja terveydenhuollon monimutkaisten ja hiljaiseen tietoon perustuvien asiantuntijapalvelujen tuotteistaminen mahdollistaa palvelujen tasalaatuisuuden ja toistettavuuden. (Jaakkola 2009: 6; Tuominen ym. 2015: 6.)

Jaakkolan ym. (2009: 6–9) ja Tuomisen ym. (2015: 7) mukaan tuotteistamisella on mahdollista saavuttaa monenlaisia hyötyjä. Kotihoidon palvelujen tasalaatuisuuden hyöty näkyy toimintatapojen yhtenäistämisenä ja osaamisen jakamisena tasaisesti niin, ettei palvelun laatu ole hoitajariippuvaista. Palvelujen toistettavuus parantuu luomalla yhteiset toimintatavat ja vakioimalla palvelujen osia. Sisäinen tiedonjako ja yhteistyö kehittyvät, kun henkilöstö osallistuu tuotteistamiseen. Palvelujen markkinointia ja myyntiä helpottavat ymmärrys palvelusta sekä yhdenmukainen viestintä. Palvelukuvaukset lisäävät markkinoinnin joustavuutta ja avoimuutta kotihoidon asiakkaille. Tuotteistaminen selventää palvelujen roolia sekä yhteyttä muihin organisaation palveluihin ja strategiaan, mikä helpottaa riippuvuuksien ja synergioiden tunnistamista. Hyvin onnistunut tuotteistaminen helpottaa palvelujen jatkokehittämistä.

Tuotteistamattomalla kotihoidon asiantuntijapalvelulla tarkoitetaan ainutlaatuista palvelua, jonka tuottaminen on tehotonta. Kuitenkaan kaikkia palveluja ei kannata tuotteistaa, vaan tarvitaan tuotteistamiskelpoinen palvelu. Tällaisen palvelun tuntomerkit ovat asiakastarve, palvelujen toistettavuus, palvelujen strategialähtöisyys, taloudellinen kannattavuus sekä osaaminen palvelun toteuttamiseen ja tuotteistamiseen. (Tuominen ym. 2015: 6–11.)

Tuomisen ym. (2015: 5) mukaan tuotteistamisessa on kaksi tasoa, sisäinen ja ulkoinen tuotteistaminen. Sisäinen tuotteistaminen kuvaa ja määrittelee palvelutuotantoa, palvelun prosesseja sekä yhdenmukaistaa toimintatavat ja vastuut. Olennaista on, miten palvelut näyttäytyvät asiakkaille ja mitkä ovat asiakkaiden prosessit. Ulkoisella tuotteistamisella kuvataan asiakkaille näkyvät palvelut kiteytetysti ja sen tavoitteena on luoda yhteinen

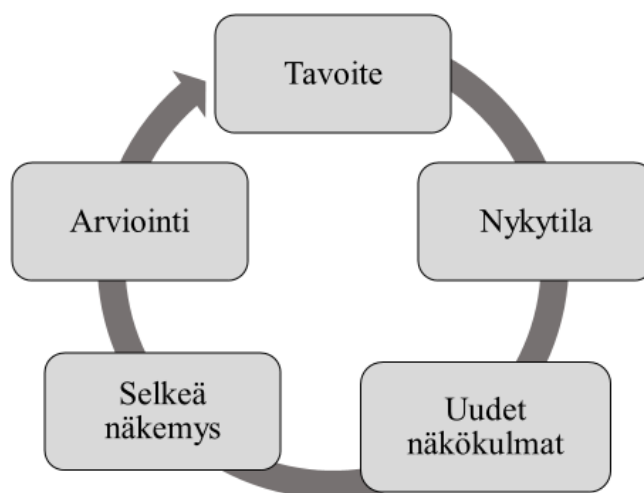
kuva asiakkaille tärkeistä palveluista sekä niiden osista. Ulkoisen tuotteistamisen tuotos on usein palvelukuvaus.

Tuotteistamisprosesseja voidaan perinteisesti jaotella kolmella eri tavalla. Tuotteistamisprosessi voi edetä lineaarisesti vaiheesta toiseen. Tällöin tuotteistaminen ajatellaan kertaluonteiseksi työksi, jonka jälkeen tuotteistettua palvelua myydään ja tuotetaan. Ketterässä tuotteistamisprosessissa tavoitteena on saada palvelu mahdollisimman nopeasti markkinoille. Tuotteistaminen keskittyy aluksi palvelun kuvaamiseen asiakkaalle ja palvelua myydään jo tuotteistamisprosessin aikana. Tuotteistaminen ja palvelun kehittäminen vievät loppuun ensimmäisten asiakkaiden kanssa. Iteratiivisen tuotteistamisprosessin lähtökohtana on vaiheittainen tuotteistaminen. Tuotteistamisprosessin vaiheistus suunnitellaan esimerkiksi tuotteistamisen sisällön perusteella ensin joko sisäiseen tai ulkoiseen tuotteistukseen. Tavoitteena on suunnitella palvelu jatkuvasti kehittyväksi kokonaisuudeksi, josta tuotteistetaan uusia ja parempia versioita. Iteratiivisessa tuotteistamisprosessissa tavoitteet tarkastellaan vaiheittain ja palvelu suunnitellaan sisällöllisesti joustavaksi. (Tuominen ym. 2015: 10–11.)

Kolmen edellä mainitun perinteisen tuotteistamismallin rinnalle on kehitetty osallistava tuotteistaminen, joka perustuu kaikkien osapuolten avoimeen ja yhteiseen ymmärrykseen tuotteistettavasta palvelusta. Tämän tuotteistamisprosessin tuloksena on yhtenäinen palvelumalli, jossa huomioidaan sekä sisäinen että ulkoinen tuotteistaminen ja sen luomiseen osallistuvat asiakkaat ja henkilöstö. Tuotteistettua mallia testataan ja palvelu sekä uudet toimintatavat viedään käytäntöön. (Emt. 2015: 11.)

Osallistava palvelujen tuotteistaminen perustuu tuotteistamisen tarpeen tunnistamisen jälkeen viisivaiheiseen työskentelyn sykliin (Kuvio 3). Ensimmäisessä vaiheessa selkeytetään tavoite yhdessä kaikkien toimijoiden kanssa. Toisessa vaiheessa kartoitetaan nykytila, mikä on yhtä tärkeää uuden palvelun ja jo olemassa olevan palvelun tuotteistamisessa. Palvelun tarkastelu uusista näkökulmista on kolmannessa vaiheessa tapahtuvaa näkemysten ravistelua, tarkoituksenaan rikkoa palveluihin liittyviä vanhoja käsityksiä, jotka estävät palvelujen kehittämistä. (Emt. 2015: 12–13.)

Neljännessä vaiheessa muodostetaan ja kiteytetään näkemys. Palvelun kuvaamisessa on hyvä olla mukana henkilöstöä ja asiakkaita sekä niitä, jotka päättävät palvelujen kehittämisestä ja toteuttamisesta. Viimeiseksi arvioidaan ja simuloidaan lopputulosta. Tavoitteena on löytää jatkokehittämistarpeet ja arvioida lopputuotosta. Arvioinnissa ovat mukana ne, joiden työnkuvaan tuotteistaminen vaikuttaa. Arviointi on oppimismahdollisuus, joka avaa toisten töitä ja omaa roolia palvelussa sekä lisää työn ja osaamisen arvostusta. Työskentelyn sykli pitää tuotteistetun palvelun kehitettävänä ja joustavana, mikä on tärkeää muuttuvissa asiakastarpeissa ja kilpailutilanteissa. (Tuominen ym. 2015: 12–13.)



Kuvio 3. Tuotteistamisen sykli mukaillen Tuominen ym. (2015).

Porterin ja Teisbergin (2006) ideologiaan positiivisen summan kilpailusta perustuvassa arvoperusteisessa terveydenhuollon (*value-based-healthcare*) tuotteistamisessa ydin on asiakkaalle arvoa tuottavassa toiminnassa eikä pelkästään kustannustehokkuudessa. Arvon määritelmänä voidaan pitää esimerkiksi hoidon tuloksia suhteessa resurssien käyttöön, asiakkaan elämänlaatua tai toimintakykyä. Kilpailu on rajoittamatonta ja perustuu tuloksiin. Kilpailun perusteena on hoitoketjujen tarkastelu. Lisäarvoa hoitoketjuihin tuot-

tavat asiantuntijoiden kokemus, asiantuntijuus ja erityisyys. Arvoperusteisessa terveydenhuollon tuotteistamisessa tulokset ja kustannukset kerätään ja julkaistaan mahdollisimman avoimesti.

Palvelujen arvoperusteinen tuotteistaminen alkaa asiakkaiden ryhmittelyllä hoidon tarpeen perusteella. Jokaiselle ryhmälle määritellään merkitykselliset tulokset asiakaslähtöisesti. Mallin pitää mahdollistaa asiakaskohtaisten kustannusten laskenta ja tulostulosten kytkeä asiakasryhmittäin. Ohjausmekanismien ja rahoitusmallien on oltava joustavia, jotta voidaan tehdä toiminnallisia muutoksia. Palvelujen arvoperusteisen tuotteistamisen perusteella toiminta järjestetään siten, että se maksimoi arvon tuottamisen kussakin asiakasryhmässä. (Kokko 2017.)

Jaakkola ym (2009) kuvaa palvelujen tuotteistamista prosessina, alkaen tavoitteiden asettamisesta, siirtyen kehityskohteiden valintaan, tuotteistamisen toteuttamisen keinoihin ja tulosten arviointiin. Prosessin vaiheissa voi olla päällekkäisyyttä. Porterin ja Teisbergin (2006) arvoperusteinen terveydenhuollon tuotteistaminen korostaa näiden lisäksi asiakkaan kokemaa arvoa ja hoidon hyötyä asiakkaalle palvelutuotteen arvon mittarina. Tuominen ym. (2015) lisää näihin vielä osallistavan otteen asiakkaan ja henkilöstön näkökulmasta. Henkilöstöstä prosessissa mukana ovat ne, joiden työkuvaan palvelujen tuotteistaminen vaikuttaa. Osallistavaa tuotteistamista kuvataan jatkuvana toimintana.

Tämän tutkielman kahdessa teoriakappaleessa käsitellyn aineiston perusteella tietojohdamisen tulee olla yhä selvemmin osa kotihoitoa. Menestyksekkäässä kotihoidossa tietoa luodaan, kerätään ja arkistoidaan entistä enemmän, mikä on osa tietojohdamista. (Nonaka & Takeuchi 1995; Heisig 2009.) Kotihoidon tulokselliseen tiedolla johtamiseen tarvitaan avointa tiedon kulkua asiakkaan, omaisten sekä ammattiryhmien välillä ja yhteensopivat tietojärjestelmät. Kotihoidon tuotteistamista tukee systemaattinen oleellisen tiedon käyttö, josta tulee menestyvän kotihoidon voimavara ja kilpailutekijä. (Nonaka & Takeuchi 1995; Ritvanen & Sinipuro 2013; Jalonen 2015.)

4. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuksen tekemisen näkökulmasta on olemassa monia erilaisia menetelmiä, ja menetelmä valitaan tutkimuksen teoreettisten lähtökohtien sekä tutkimusongelman mukaan (Hirsjärvi & Hurme 2011: 28). Tässä kappaleessa tarkastellaan tutkimusmenetelmää, tutkimuksen kohdeorganisaatiota ja -ryhmää sekä kuvataan tutkimuksen toteutusta ja aineiston analyysiä. Tutkimuksen tarkoituksena oli saada vastaus osaltaan toiseen tutkimuskysymykseen, millainen on laadukas tuotteistettu kotihoidon palvelu ja kolmanteen tutkimuskysymykseen, miten tuotteistetaan laadukas kotihoidon palvelu RAI-HC-asiakasarviointien RUG-III/18-luokittelun ja ADL-H-arvojen avulla.

4.1. Metodologiset valinnat

Monimenetelmätutkimusta käytetään silloin, kun tutkimusongelman kannalta on oleellista saada tietoa laadullisesti ja määrällisesti. Monimenetelmätutkimuksessa tutkimusmenetelmiä yhdistetään usealla eri tavalla, minkä tavoitteena on saada mahdollisimman osuvat vastaukset tutkimuskysymyksiin. Menetelmien yhdistämisen tarkoituksena on avata tutkittavaa ilmiötä laajemmin tai päästä ilmiön tietyn osa-alueen syvempään ymmärrykseen. (Metsämuuronen 2008: 59–61; Creswell 2010: 55–56; Tashakkori & Teddlie 2010: 4–5, 8, 11; Hirsjärvi & Hurme 2011: 28–33.)

Haastattelu valitaan tutkimusmenetelmäksi, kun tiedetään, että haastateltavien puhe sijoitetaan laajempaan kontekstiin ja vastaukset ovat monitahoisia sekä useaan suuntaan viittaavia. Haastattelun tavoitteena on kerätä aineisto, josta voidaan tehdä luotettavia päätelmiä tutkittavasta ilmiöstä. Haastattelu on vuorovaikutustilanne, joka antaa tutkijalle mahdollisuuden tarkentaa haastateltavien vastauksia tai pyytää heiltä perusteluja mielipiteille. Haastattelu ei ole tutkijan kannalta ongelmaton tutkimusmenetelmä, vaikka se on yleisimpiä laadullisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmiä. (Fontana & Frey 2000: 61–62; Grönfors 2011: 60–61; Hirsjärvi & Hurme 2011: 34–35.) Tämän tutkimuksen ensisi-

jaiseksi tiedonkeruumenetelmäksi valittiin haastattelu, koska tiedettiin ennalta, että kotihoidon palvelujen tuotteistaminen on monimerkityksellinen käsite ja haluttiin selvittää Sotesin kotihoidon palvelujen asiantuntijoiden yhteistä käsitystä ilmiöstä.

Asiantuntijahaastattelun tavoitteena on tuottaa uutta tietoa erityistiedon avulla ottaen huomioon tiedon tilannesidonnaisuus, arvosidonnaisuus ja vuorovaikutteisuus. Tutkija määrittelee asiantuntijaksi tutkimuksen lähtökohdista sellaisen henkilön, jolla on tutkittavasta ilmiöstä pätevää tietoa. Asiantuntijuus määrittyy tapauskohtaisesti toiminnan ja vuorovaikutuksen kautta ja on ammattiin liittyvää. Asiantuntijoiden tieto vaikuttaa tutkimuskysymyksiin, haastatteluihin ja tutkimuksen tuloksiin. Asiantuntijat ovat haastattelun kohteena erityinen ryhmä asiantuntijuutensa ja valta-asemansa takia. (Alastalo, Åkerman & Vaitinen 2017: 214–216, 218–220.)

Ryhmähaastattelu on aiheellinen silloin, kun halutaan, että haastateltavat muodostavat jonkin yhteisen kannan kyseessä olevasta aiheesta. Ryhmähaastattelu asettaa tutkijan keskustelun aikaansaajan ja helpottajan asemaan. Menetelmän etuna on nopea tiedonsaanti usealta eri haastateltavalta ja taloudellisuus verrattuna yksilöhaastatteluihin. Ryhmähaastattelun haittoja ovat ryhmädynamiikan ja erityisesti haastateltavien valta-aseman vaikutukset siihen, kuka puhuu ja mitä sanotaan. Tutkimuskysymyksiin vastaamisen kannalta haastattelijan pitää ohjailia äänessä olevia asiantuntijoita ja kannustaa hiljaisempia kertomaan mielipiteitään. (Fontana & Frey 2000: 72–73; Hirsjärvi & Hurme 2011: 61–63.)

Koska tutkija kuuluu samaan työyhteisöön haastateltavien kanssa, haastattelu on sisäpiirihaastattelu. Sisäpiirihaastattelussa saadaan tietoa tutkittavasta ilmiöstä, kun pysytään asiassa eikä keskustelu siirry jutusteluun. Tutkijan näkökulmasta tärkeintä on saada vastaukset omiin tutkimuskysymyksiin. (Grönfors 2011: 46; Juvonen 2017: 398–403.)

Monimenetelmätutkimuksessa täydentävä menetelmien käyttö tarkoittaa suunnitelmallista laadullisen ja määrällisen otteen käyttöä niin, että saadaan erilaisia näkökohtia samasta asiasta. Menetelmien ei tarvitse olla tasavertaisia toisiinsa nähden. (Metsämuuronen 2008: 59–61; Tashakkori & Teddlie 2010: 11; Hirsjärvi & Hurme 2011: 28–

33.) Tutkimuksessa on mahdollista käyttää valmiiksi kerättyä aineistoa, mikä on taloudellista ja tarkoituksenmukaista, silloin kun aineisto pystytään yhdistämään omaan tutkimusaiheeseen ja aineistoon (Hirsjärvi ym. 2015: 186). Tässä tutkimuksessa täydentävänä menetelmänä, haastattelujen lisäksi, hyödynnettiin valmiiksi kerättyä RAI-HC tilastotietoa RUG-III/18-asiakasryhmäluokista ja ADL-H-mittarin arvoista. RAIsoft ohjelmisto tuottaa numeerista tilastotietoa tehdyistä asiakasarvioinneista THL:n valtakunnallista RAI-vertailutietokantaa varten. Tilastotiedot tukevat paikallista suunnittelua ja johtamista. (RAIsoft 2018: 3–4.)

4.2. Tutkimusympäristö ja kohderyhmä

Sastamalan seudun sosiaali- ja terveystalvet (Sotesi) määrittelee järjestämiensä kotihoidon palvelujen tavoitteeksi asiakkaan päivittäisissä toiminnoissa tukemisen, sairauden hoidossa avustamisen, asiakkaan omien voimavarojen käytön edistämisen sekä tarvittavien tukipalvelujen järjestämisen. Asiakaslähtöisesti suunniteltujen palvelujen kokonaisuuden tavoitteena on tukea asiakkaan kotona asumista hänen omaan haluunsa ja voimavaroihinsa perustuen elämän päättymiseen asti. Lisäksi kotihoidon palvelujen tavoitteena on tukea ja ohjata asiakkaan hoitoon osallistuvia omaisia sekä läheisiä. (Sotesi 2018.)

RAI-HC-arviointijärjestelmä on ollut käytössä Sotesin kotihoidossa vuodesta 2016. Kotihoidon säännöllinen asiakkuus perustuu asiakkaan haastattelun ja RAI-HC-asiakasarvioinnin avulla tehtyyn palveluntarpeen arviointiin. Säännöllinen asiakkuus myönnetään palvelujen tarvitsijalle yhteistoiminta-alueen sosiaali- ja terveystalvetkunnan hyväksymien kotihoidon kriteerien mukaan. (Sotesi 2018; YASOSLTK 2018.)

Sotesin kotihoidon asiakkaan palvelujen kokonaisuudesta tehdään sopimus yhdessä asiakkaan ja omaisen tai läheisen kanssa, minkä perusteella tehdään palvelu- ja hoitosuunnitelma. Suunnitelmaa tarkistetaan vähintään puolivuositain ja aina asiakkaan tilanteen muuttuessa. Palvelu- ja hoitosuunnitelman ajantasaisuudesta vastaa nimetty omahoitaja yhdessä asiakasohjaajan ja kotihoidon ohjaajan kanssa. (Sotesi 2018.)

Tässä tutkimuksessa Sotesin kotihoidon säännöllisen asiakkaan palvelujen tuotteistaminen aloitettiin kartoittamalla kotihoidon palvelut ja laatimalla palvelukuvaus (liite 1). Osallistavan tuotteistamisen mallin mukaisesti Sotesin kotihoidon henkilöstö otettiin mukaan tuotteistamiseen haastattelemalla asiantuntijoita. Tässä tutkielmassa kotihoidon palvelujen asiantuntijuus määriteltiin ammatin ja työkokemuksen perusteella, jolloin haastateltaviksi valittiin Sotesin kotihoidossa työskentelevät kotihoidon ohjaajat, asiakasohjaajat ja kotihoitojohtaja (N = 8). Ryhmähaastatteluja tehtiin kaksi, molemmissa oli neljä haastateltavaa. Asiantuntijoiden anonymiteetin säilyttämiseksi lista haastateltavista annettiin vain tutkielman tarkastajille.

Haastatteluihin osallistuneet kahdeksan kotihoidon asiantuntijaa olivat kaikki naisia, keski-ikänsä 52 -vuotiaita (vaihteluväli 40–62 vuotta). Heillä oli työkokemusta sosiaali- ja terveysalalta keskimäärin 28 vuotta (vaihteluväli 16–36 vuotta), kolmeneljäsosalla (75 %) asiantuntijoista oli kokemusta vähintään 29 vuotta. Kotihoidosta työkokemusta heillä oli 6–33 vuotta, vähintään kymmenen vuotta kokemusta oli neljällä ja vähintään 25 vuotta kotihoidon työkokemusta oli kolmella haastateltavalla.

4.3. Tutkimusaineiston hankinta

Tämä tutkimus tehtiin monimenetelmä tutkimuksena ja ensisijaiseksi tiedonkeruumenetelmäksi valittiin Sotesin kotihoitopalvelujen asiantuntijoiden teemoitettu ryhmähaastattelu. Ryhmähaastattelu on yhteiskuntatieteellinen ja sosiaali- ja terveystieteeseen sopiva tapa hankkia tutkimusaineistoa (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Toisena tiedonkeruumenetelmänä tarkasteltiin tilastoja kotihoidon säännöllisten asiakkaiden RAI-HC-asiakasarviointien RUG-III/18-luokista ja ADL-H-mittarin arvoista kotihoidon palvelujen tuotteistamisen näkökulmasta.

Tässä tutkimuksessa asiantuntijoiden ryhmähaastattelu toteutettiin teemahaastatteluna, jolle on ominaista joidenkin näkökohtien päättäminen ennalta ja joidenkin jättäminen avoimeksi. Teemahaastattelussa keskustelu kohdennetaan ennalta kerrottuihin teemoihin

ja se korostaa haastateltavien kokemuksia sekä heidän määritelmiään ilmiöistä. Teema-haastattelu kunnioittaa haastateltavien tulkintoja asioista ja niiden merkityksistä. (Fontana & Frey 2000: 71–73; Grönfors 2011: 61; Hirsjärvi & Hurme 2011: 47–48; Alastalo ym. 2017: 220–221.) Tämän tutkimuksen haastatteluteemat määriteltiin teorialähtöisesti. Tutkija oli kiinnostunut ryhmähaastatteluun osallistuvien asiantuntijoiden tulkinnoista ja kokemuksista liittyen Sotesin kotihoidon säännöllisten asiakkaiden palvelujen tuotteistamiseen.

Asiantuntijaryhmähaastattelun tavoitteena oli kuvata palvelujen tuotteistamisen hyödynnettävyyden ja laadun varmistamisen näkökulmia, antaa asiantuntijoille mahdollisuus vaikuttaa sekä sitoutua tuotteistamiseen ja tuotteistetun palvelun kehittämiseen. Haastattelun tarkoituksena oli saada vastaus toiseen ja kolmanteen tutkimuskysymykseen sekä tukea Sotesin kotihoidon säännöllisten asiakkaiden palvelujen tuotteistamista. Tuotteistamisen osallistavuutta lisättiin niiden kotihoidon asiantuntijoiden ryhmähaastattelulla, joiden päätöksenteon tueksi tuotteistaminen tehtiin.

Haastattelun teemat (liite 2) muodostettiin sekä tuotteistamisen että kotihoidon laadun teoriasta. Haastattelussa selvitettiin asiantuntijoiden käsityksiä tuotteistamisesta, tuotteistamisen prosessista kotihoidossa, tuotteistamisen hyödytä kotihoidolle ja tuotteistetun palvelun laadun varmistamisesta. Teemat ja niihin liittyvät apukysymykset testattiin kahdessa esihaastattelussa ymmärrettävyyden varmistamiseksi. Tämän jälkeen teemoja muokattiin kommenttien perusteella ja tutkija teki lisää apukysymyksiä helpottamaan hankaliksi koettujen teemojen keskustelun ylläpitämistä. Erityisesti markkinoinnin sisältäneeseen teemaan tehtiin muutoksia. Tutkielman ohjaaja hyväksyi teema-haastattelurungon tässä vaiheessa.

Haastatteluista lähetettiin infokirje (liite 3) kolme viikkoa ennen haastattelua ja haastatteluteemat kahta viikkoa ennen ensimmäistä haastattelua. Näin haluttiin mahdollistaa asiantuntijoiden valmistautuminen ja antaa tieto haastatteluun osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä tutkimuksen luottamuksellisuudesta. Haastatteluun pyydettiin varaamaan puolituntia aikaa. Haastattelujen aikataulut sovittiin sähköpostin kautta ja ne tehtiin

haastateltaville sopivana ajankohtana. Paikka oli lähellä mahdollisimman monen osallistujan työpistettä. Ensimmäinen haastattelu aloitettiin maanantaina 8.10.18 kello 11.15 ja toinen torstaina 11.10.18 kello 12.25.

Haastatteluja varten varattiin rauhallinen tila, joka oli kaikille haastateltaville tuttu. Haastattelun aluksi tarjottiin kahvia ja pullaa rennon ja kiireettömän ilmapiirin luomiseksi. Asiantuntijaryhmähaastatteluissa pyrittiin tasapainottamaan valta-aseman vaikutukset ryhmädynamiikkaan muodostamalla ryhmistä mahdollisimman monipuoliset. Molemmissa haastatteluryhmissä oli neljä asiantuntijaa, jotka tunsivat toisensa, joten haastattelun aluksi ei tarvittu esittelyjä. Ensin asiantuntijoilta kerättiin suostumuslomakkeet (liite 4), joissa kysyttiin taustatietoina ikä, sukupuoli, työskentely vuosina sosiaali- ja terveysalalla sekä työskentely vuosina kotihoidossa ja työskentely vuosina nykyisessä tehtävässä. Tässä yhteydessä kerrattiin asiantuntijoille vielä ryhmähaastattelun luottamuksellisuus, vapaaehtoisuus, haastattelun eteneminen ja tutkijan rooli. Lista haastateltavista annettiin tiedoksi työn ohjaajalle ja tarkastajalle.

Ryhmähaastattelun puheen tallentaminen ja aineiston litterointi on vaikeaa, jos litteroija ei tunnista kaikkia ääniä tai haastattelussa puhutaan paljon päällekkäin. Haastattelun videoiminen ja useampi nauhuri helpottaa tätä tilannetta. (Hirsjärvi & Hurme 2011: 61–63.) Haastattelut nauhoitettiin ja äänen kuuluvuus tallenteessa varmistettiin kahdella eri kohtiin asetetulla laitteella, jotka oli testattu. Ensimmäinen haastattelu kesti 39 minuuttia ja toinen 35 minuuttia.

Haastattelujen aikana haastattelija oli keskustelun johdattelija ja keskustelun käynnistäjä sekä ylläpitäjä. Haastattelu eteni väljästi asiantuntijoille lähetetyn teemoittelun järjestyksessä. Asiantuntijat kokivat palvelujen tuotteistamisen uudeksi asiaksi, johon oli melko hankala päästä sisälle vain teemojen avulla. Haastattelija käytti apukysymyksiä aiheen avaamiseksi ja niiden kautta asiantuntijat saivat aikaan keskustelua teemoista. Haastattelija ei keskeyttänyt asiantuntijoita, vaan ohjaili takaisin aiheeseen, kun siihen oli tarvetta. Tutkija kiinnitti huomiota siihen, että kaikki haastatteluun osallistujat saivat esittää näkemyksensä kulloisestakin aiheesta. Haastattelun sisäpiiriluohteen takia haastattelijan oli helppo ymmärtää haastateltavien käyttämää ammattisanastoa.

Tutkija litteroi itse molemmat asiantuntijaryhmähaastattelut haastattelua seuraavana päivänä. Tästä oli hyötyä, koska tutkija pystyi helposti palaamaan haastattelutilanteeseen tarkennusta tarvitsevilla kohdilla. Ensimmäisen haastattelun litteroinnin jälkeen tutkija tarkensi vielä yhteistyöhön ja markkinointiin liittyviä apukysymyksiä, jotta aiheita aiheiden käsittelyä oli mahdollista tarkentaa toisessa haastattelussa. Litteroitu aineisto koskee haastattelujen aikana käytyä teemoihin liittyvää keskustelua, jolloin taukoihin tai äänenpainoihin ei kiinnitetty huomiota. Litteroitua aineistoa tuli ensimmäisestä haastattelusta 17 liuskaa ja toisesta 15 liuskaa (fontin koko 12, riviväli 1,5, sivun marginaalit 2,5 cm).

Tutkija keräsi Sotesin kotihoidon RAI-HC-tietokannasta kotihoidon säännöllisten palvelujen tuotteistamiseen liittyvät asiakasarviointien tiedot neljältä päivältä (1.5.2017, 1.11.2017, 1.5.2018 ja 1.11.2018). Nämä päivät valittiin, koska valtakunnallinen RAI-arviointijärjestelmän tiedonkeruu tehdään huhtikuun ja lokakuun lopussa, joten voidaan olettaa, että näinä päivinä mahdollisimman moni asiakasarviointi on saatavilla (THL 2017). Ohjelmisto anonymisoi tiedot automaattisesti siirtäessään ne Excel-ohjelmistoon.

4.4. Aineiston analyysi

Tässä tutkimuksessa käsiteltiin ja analysoitiin kahdenlaista aineistoa. Haastatteluaineistosta saatua tietoa ja RAI-HC-asiakasarviointijärjestelmästä saatua tilastotietoa tarkasteltiin suhteessa Sotesin kotihoidon säännöllisten asiakkaiden palvelujen tuotteistamiseen.

Ryhmähaastatteluissa kartoitettiin kotihoidon asiantuntijoiden näkemyksiä kotihoidon palvelujen tuotteistamisesta. Asiantuntijoiden näkemyksistä haluttiin vastauksia, siihen millainen on laadukas kotihoidon tuotteistettu palvelu (tutkimuskysymys 2) ja miten tuotteistetaan laadukas kotihoidon palvelu arviointijärjestelmän avulla (tutkimuskysymys 3). Ryhmähaastatteluissa käsiteltiin kotihoidon palvelujen tuotteistamisen prosessia, koska haluttiin asiantuntijoiden mielipide siihen, miten kotihoidon palveluja tulisi tuotteistaa. Toiseksi ryhmähaastattelussa käsiteltiin kotihoidon asiantuntijoiden mielipiteitä palvelujen tuotteistamisen hyödyistä ja haitoista. Kolmanneksi asiantuntijat pohtivat asiakkaan ja omaisen näkökulmaa kotihoidon tuotteistamiseen.

Laadullisen haastatteluaineiston analyysi on monivaiheinen prosessi, jossa tutkija, aineisto ja teoria vuoropuhuvat. Analysointi etenee aineistoon tutustumisesta teemoittelun ja synteesin kautta tulkintaan. (Metsämuuronen 2008: 47–48; Ronkainen Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2013: 123–125; Hirsjärvi ym. 2015: 223–224.) Litteroinnin jälkeen tutkija tutustui aineistoon lukemalla sen useaan kertaan. Haastatteluaineistoa tiivistettiin poistamalla ylimääräisiä sanoja, toistoja ja muuttamalla ammattisanoja sekä murre sanoja yleiskielelle. Ryhmähaastatteluun osallistuneet kotihoidon asiantuntijat käsittelivät tutkijan kotihoidon palvelujen tuotteistamisesta asettamia teemoja, eikä litteroidusta ja tiivistetystä aineistosta noussut uusia teemoja. Tämän jälkeen haastatteluaineisto teemoiteltiin keräämällä samasta aiheesta syntyneet keskustelut yhteisen teeman alle.

Kotihoidon asiantuntijoiden ryhmähaastatteluista saadulle aineistolle tehtiin deduktiivinen eli teorialähtöinen sisällönanalyysi. Sisällönanalyysi on laadullisessa tutkimuksessa käytetty perusanalyysimenetelmä, jolla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota. Yksinkertaisesti kuvattuna sisällönanalyysillä erotellaan aineistossa samanlaisuudet ja erilaisuudet. Sisällönanalyysin tavoitteena on luoda aineistosta selkeää ja yhtenäistä, jotta sitä voidaan tulkita ja tehdä johtopäätöksiä. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä tukeudutaan aikaisempaan tietoon eli tutkimuksessa kuvattuun teoriaan ja määriteltyihin käsitteisiin. (Ronkainen ym. 2013: 123–126; Tuomi & Sarajärvi 2018: 95–99.)

Sotesin kotihoidon tuotteistusta tarkastellaan RAI-HC-asiakasarviointiaineistojen RUG-III/18-asiakasrakenneluokituksen ja ADL-H-arvojen avulla (RAISoft 2018). Tässä tutkimuksessa oleellisiksi tiedoiksi tuotteistamisen kannalta valittiin RUG-III/18-asiakasrakenneluokitus ja ADL-H-arvot sekä kustannuspainoindeksi RUG-III/18-CMI. RUG-III/18-luokitus ja ADL-H arvot ryhmiteltiin tukemaan kotihoitopalvelujen tuotteistamista ja kuvaamaan tyypillisiä asiakasryhmiä tuotteistamisen eri tasoille. Aineiston analysoinnissa keskitytään tutkimuksen kannalta oleellisiin asioihin ja niistä tehty synteesi kuvataan seuraavassa kappaleessa.

5. TULOKSET

5.1. Kotihoidon palvelujen tuotteistamisen prosessi

Haastateltavat kuvasivat ideaalia kotihoidon palvelujen tuotteistamista suunnitelluksi ja tiettyyn palveluun rajatuksi prosessiksi. Tärkeäksi nähtiin tuotteistamisen työryhmän jäsenten ja tehtävien määrittely. Onnistunut tuotteistaminen edellyttää riittävän tuotteistamisen tason määrittelyä. Kotihoidon tuotteistamisessa tulisi huomioida jo aikaisemmin tehdyt prosessikuvaukset ja niiden hyödyntäminen. Onnistuneeseen tuotteistamiseen vaikuttaa poliittisella päätöksellä määritellyt säännöllisen asiakkuuden kriteerit. Ne antavat lähtökohdan ja vähimmäistason, mutta voivat hankaloittaa asiakkaan yksilöllisen kokonaisuuden ymmärtämistä. Haastateltavien mielestä asiakkaiden antamaa palautetta kotihoidon tuotteistamisesta pitäisi kerätä säännöllisesti.

”...jos lähetään jonkun tuotteistamista siitä niinku alusta asti, että ensin siis mietitään ketä sitä tuotteistamista alkaa tekeen, että ketkä on ne avainhenkilöt, miten se aloitetaan se prosessi ja ketä siihen kuuluu.”

Haastateltavat kertoivat palvelujen tuotteistamisen tavoitteista monisanaisesti. Tuotteistamisella tavoitellaan palvelujen laatua, joka haastatteluissa koostui hoitotyön laadusta, tasavertaisista palveluista kotihoidon säännöllisille asiakkaille ja kotihoidon määritellyn kokonaislaadun hyödyntämisestä. Tuotteistamisen tavoitteeksi kotihoidossa nähtiin taloudelliset tekijät kuten kustannusten tekeminen näkyväksi, käytettyjen kotihoidon resurssien näkyminen hinnoittelussa, tuotteistaminen laskutuksen perusteena ja kustannustehokkuus. Tavoitteena on saada käyntien kirjo näkyväksi, jolloin voidaan suunnitella kotihoidon resurssien kohdentamista tehokkaammin. Haastateltavat kuvasivat kotihoidon palvelujen tuotteistamisen hyödyntävän myös hallinnollista näkökulmaa ja helpottavan vertailua maakunnallisella tasolla. Selkeyttämällä palvelun rakennetta voidaan kotihoidon perustyötä tehdä näkyväksi laajasti kaikille sidosryhmille ja mahdollistaa kaikkien tahojen yhteinen keskustelu.

”...palveluntuottajan näkökulmasta niin sittehä siinä voi olla vaikka se että minkälainen palvelujen sisältö, laajuus, että minkälaisia paketteja niistä tehdään ja minkä hintaisia paketteja niistä tehdään. Tietysti asiakkaan kannalta sitten tietysti

samalla tavalla voi olla kun että hinta ja mitä asiakas saa mitä palveluja ja mihin hintaan.”

”...että saataisiin tavallaan niinku tasavertaiset palvelut asiakkaille, se laatu olisi siinä yhtenä tekijänä ja se olis tavallaan myös se laatu millä kilpaillaan sitten...”

”Tiedetään mitä palveluun kuuluu, sujuvuus ja selkeys ja se vertailtavuus.”

Haastateltavien mielestä kotihoidon tuotteistetun palvelun tärkeimpiä ominaisuuksia olivat vertailtavuus, selkeys ja sujuvuus. Tuotteistettu palvelu antaa tietoa ja mahdollisuuden arvioida palvelun hinta-laatu -suhdetta sekä oikeaa kohdentumista.

Kotihoidon palvelujen tuotteistamisen tarkoituksena haastattelujen mukaan oli kuvata säännöllisen asiakkaan palvelut eri näkökulmista ja eri palvelun tasoilla sekä selvittää kotihoidon säännöllisen asiakkaan peruskäynnin kustannusten muodostuminen. Haastatteluissa keskityttiin keskustelemaan tuotteistetusta palvelusta asiakkaan ja palvelun tuottajan näkökulmasta.

Kotihoidon tuotteistetun palvelun tavoitteet asiakkaan näkökulmasta kuvattiin haastatteluissa kustannusten, hoidon tavoitteen, hoidon suunnitelman ja omaisten sekä asiakkaan valinnanvapauden näkökulmasta. Asiakkaan katsottiin hyötyvän palvelujen tuotteistamisen jälkeen sisällön selkeästä kuvauksesta sekä kustannusten ja palvelujen sisällön vertailumahdollisuudesta. Asiakas hyötyy kotihoidon palvelujen tuotteistamisesta, koska ennalta sovitut palvelupaketit vapauttavat kotihoidon hoitajien resursseja yksilöllisyyden huomioimiseen. Asiakkaan hyödyn näkökulmasta haastatteluissa keskusteltiin myös omaisten näkökulman huomioimisesta ja tavoitteena oli lisätä kotihoidon yhteistyötä omaisten kanssa. Palvelujen tuotteistamisen tavoitteena asiakkaan näkökulmasta on myös selvittää hoidon yhteiset tavoitteet ja suunnitelma, jotka tukevat laadukasta hoitoa sekä asiakkaan kotona pärjäämistä. Kotihoidon palvelujen tuotteistamisen tulevaisuuden tavoitteena voisi olla valinnan vapauden vahvistaminen selkeiden palvelukuvausten ja hinnoittelun avulla.

Kotihoidon palvelujen vähimmäistasoa kuvattiin haastatteluissa lain edellyttämän laajalaisen palveluntarpeen arvioinnin, säännöllisen asiakkuuden kriteerien ja tavoitteellisen

hoitotyön suunnitelman kautta. Kotihoidon palvelujen vähimmäistason määrittäminen alkaa hyvin tehdyllä RAI-HC-arvioinnilla, johon liittyy asiakkaan kokonaistilanteen hahmottaminen yhteisen keskustelun avulla. Säännöllisen asiakkuuden kriteerit on määritelty maakunnallisessa hankkeessa (ks. Hallituksen I&O kärkihanke Pirkanmaa, Ikäneuvo) RAI-HC-arvioinnin pohjalta ja ne on otettu Sotesissa käyttöön yhteistoiminta-alueen sosiaali- ja terveyslautakunnan päätöksellä. Hoitosuunnitelma tehdään RAI-HC-arvioinnin perusteella asiakkaan, omaisen ja omahoitajan kanssa huomioiden asiakkaan yksilölliset tarpeet ja tavoitteet.

Kotihoidon palvelujen tuotteistetut tasot herättivät vilkasta keskustelua, koska erilaisia asiakkaiden ja palvelujen ryhmittelyjä on useita. Tasoja pohdittiin RAI-HC-arvioinnin RUG-luokituksen, kotihoidon maksuluokkien ja Kelan eläkkeensaajan hoitotuen maksuehtojen pohjalta sekä käyntimäärien ja käynnin sisältöjen näkökulmasta. RUG-luokituksen 18 eri asiakasryhmää koettiin liian sirpaleiseksi, mikä hankaloittaisi kotihoidon palvelujen tuotteistamista. Haastateltavat olivat pääsääntöisesti sitä mieltä, että kotihoidon palvelujen tuotteistamisessa olisi hyvä olla 3–5 eri tasoa tai luokkaa. Lisäksi haastateluissa nousi esille tarve erityisluokasta, joka pitäisi sisällään tarkasti määritellyn ja paljon tukea tarvitsevien lyhytkestoisen säännöllisen kotihoidon, kuten intensiivikuntoutus tai saattohoito. Haastateltavat näkivät tukipalvelut erillisenä lisäpalveluna, mitkä eivät sisälly kotihoidon palvelujen tuotteistettuihin luokkiin tai tasoihin.

Haastateltavat keskustelivat tyypillisistä asiakkaista kotihoidon tuotteistettujen palvelujen eri tasoille. Eniten keskustelua herätti niin sanotun erityistason asiakkaat, joihin haastateltavien mielestä kuuluisivat intensiivikuntoutusta tarvitsevat, esimerkiksi leikkauksesta kuntoutuvat asiakkaat sekä kotisaattohoidossa olevat asiakkaat. Merkitsevää tämän tason asiakkuudessa on runsaan, tarkasti määritellyn palvelun tarve lyhytaikaisesti. Tulevaisuudessa tälle tasolle voisi haastateltavien mukaan kuulua myös uudet asiakkaat, joiden itsenäinen toimintakyky tarvitsee erityistä tukea ja tavoitteena on kevyempien palvelujen tuella kotona pärjääminen. Kotihoidon tuotteistettujen palvelujen perusluokituksen vahvimmalle tasolle kuvattiin yksin asuvat, monisairaant asiakkaat, joilla on usein edennyt muistisairaus ja kotihoidon käyntien tarve neljästä viiteen kertaa päivässä sekä mahdollinen käynti yöllä.

Haastateltavat kuvasivat kotihoidon tyypillisiä asiakkaita tarkasti myös säännöllisen palvelun kevyimmälle tasolle, jossa asiakkaalla on tavallisimmin tarve pesuapuun tai lääkahoitoon ja kotihoidon käyntejä on kerran viikossa. Kevyimmän ja vahvimman tason välillä olevat asiakkaat olivat haastateltavien mielestä vaikeimmat kuvata tyypillisenä ryhmänä palveluntarpeen kirjavuuden takia. Tästä syystä välitasojen asiakkaita jaoteltiin haastatteluissa käyntimäärien mukaan. Yhdeksi ryhmäksi muodostuivat asiakkaat, joilla käydään useammin kuin kerran viikossa, mutta ei yli seitsemää kertaa viikossa ja toiseksi ryhmäksi asiakkaat, joilla käydään vähintään päivittäin, mutta ei yli kolmea kertaa päivässä.

5.2. Kotihoidon palvelujen tuotteistamisen hyödyt ja haitat

Kotihoidon palvelujen tuotteistamisella oli haastateltavien mielestä monia hyötyjä. Eniten keskusteltiin kotihoidon palvelujen kustannusten näkyväksi tekemisestä ja kustannusten sekä palvelujen sisällön vertailumahdollisuudesta eri toimijoiden välillä niin maakunnan sisäisesti kuin yksityisten palvelun tuottajien kanssa. Tuotteistamisella katsottiin olevan hyötyä kotihoidon säännöllisten asiakkaiden ryhmittelyyn, toiminnan tavoitteiden ja kustannustehokkuuden kannalta. Palvelujen hinta ja sisältö ovat julkista tietoa ja haastateltavien mielestä tuotteistetut palvelut lisäävät näkyvyyttä ja asiakkaiden tasa-arvoisuutta, koska kaikilla on tasapuolisesti sama tieto palvelujen sisällöstä.

Kotihoidon palvelujen tuotteistamisella nähtiin olevan hyötyä myös tulevaisuuden palvelujen suunnittelussa ja palvelurakenteen muutosten seurannassa. Haastateltavat toivoivat tuotteistamisen tuloksena selkeää työkalua asiakasohjaukseen ja arjen työhön. Arjen työssä kotihoidon tuotteistettujen palvelujen hyödyksi haastateltavat näkivät asioista sovimisen selkeyden, asiakkaan sitouttamisen itsestään huolehtimiseen ja palvelujen muutoksien perustelun helpottumisen.

”Tavoitteellisuus pitäisi olla tässä meidän toiminnassa se punainen lanka, että meillä olis aina täällä kotihoidossakin tavoite niitten asiakkaitten suhteen ettei vaan jämähdetä, että käydään 4-5 kertaa vuorokaudessa ja käydään viis seuraavaa vuotta.”

*”Pääsääntöisesti asiakkaiden on vaikea luopua saamastaan palvelusta, kun ker-
ran on aloitettu palvelu.”*

Kotihoidon tuotteistettujen palvelujen hyödyksi ajateltiin lisäksi julkisesti rahoitettavien palvelujen läpinäkyvyys ja palvelujen tuottamisen kustannusten perusteltavuus.

Haastateltavat olivat melko yksimielisiä siitä, että suurimmaksi kotihoidon palvelujen tuotteistamisen haitaksi voisi muodostua palvelutasojen joustamattomuus, mikä johtaa yksilöllisyyden vähenemiseen. Kustannusten korostaminen voi haastateltavien mielestä johtaa kalliiksi tiedettyjen palvelujen vähentämiseen, asiakaskohtaisiin hintalappuihin tai asiakkaiden kielteiseen kustannustietoisuuteen, jolla tarkoitettiin tarvittavien palvelujen vähentämistä asiakkaan oman pärjäämisen kustannuksella. Kotihoidon palvelujen tuotteistamisen haitaksi voi haastateltavien mukaan muodostua myös lisäraportoinnin tarve.

”...ruvetaan entistä enempi vaan tuijottaan rahassa ja kyllä siitä sitten jotakin tulis sitten meillekin semmosta niinku raportointia tai jotain.”

Kotihoidon tuotteistettujen palvelujen laadun arvioinnin työkaluksi haastateltavat katsoivat yksimielisesti RAI-HC-arvioinnin, josta saadaan sekä valtakunnallista vertailtavaa tietoa että oman alueen tunnuslukuja. Kotihoidon tuotteistetun palvelun laadun arvioinnissa haastateltavat katsoivat asiakkaan mielipiteen selvittämisen haastavaksi, mutta välttämättömäksi. Omaisten mielipidettä pitää haastateltavien mielestä kysyä, mutta sitä ei saa sekoittaa asiakkaan mielipiteeseen laadusta. Lakisääteinen omavalvonta mainittiin laadun varmistamisen työkaluksi. Toisessa ryhmähaastattelussa haastateltavat keskustelivat siitä, voisiko määräaikaisia asiakkaita tai asiakkaiden palvelutason laskua pitää laadun mittarina, haastateltavat katsoivat tuotteistetun palvelun mahdollistavan palvelun vai-
kuttavuuden seurannan aikaisempaa paremmin.

”Laatua voidaan seurata varmaan erilaisilla mittareilla ja asiakkaalta kysymällä ja sitten sitten avata sitä. RAI-arviointia voidaan käyttää laadun mittaamiseen, että mitä sieltä niinku näkyy näitä mittareita.”

”...loppujen lopuksi se on RAI sitten varmaan semmonen tässäkin hetkessä maakunnallisesti ja valtakunnallisestikin ainoa mikä niinkun on tunnistettu semmoseksi.”

Kotihoidon tuotteistetun palvelun odotettiin parantavan yhteistyötä eri toimijoiden kanssa, jos palvelu on kuvattu niin, että kaikki tietävät mitä tarjotaan ja kenen sitä on mahdollisuus saada. Haastateltavat kertoivat nykyisten yhteistyökuvioiden toimivan melko hyvin, mutta tuotteistetulta palvelulta odotettiin yhteistyöhön selkeyttä ja päällekkäisyyksien poistoa.

Keskustelu markkinoinnista alkoi molemmissa haastatteluryhmissä hitaasti, markkinointi nähtiin uutena ja vielä vieraana vaatimuksena, johon haastateltavien mielestä pitää tulevaisuudessa kiinnittää entistä enemmän huomiota. Hyvien tuotteiden ajateltiin olevan markkinointivälineitä, joihin on kuvattu asiakkaan näkökulmasta oleellinen tieto selkeästi ja ymmärrettävästi. Kotihoidon säännöllisten palvelujen markkinointi oli haastateltavien mielestä lähtökohtaisesti tarvepohjaista, koska säännöllisellä asiakkuudella on kriteerit. Markkinoinnissa olisi haastateltavien näkemyksen mukaan osattava kuvata kotihoidon kokonaisuus laaja-alaisena ammattitaitoisten työntekijöiden tekemänä työnä, johon kuuluu luotettavaan arviointiin perustuva hoito ja päätökset.

”Tää onkin niin hauska tää markkinointi tässä kohtaa.”

”Markkinoinnissa pitää miettiä asiakkaan näkökulmasta ostetaanko sitä, että joku tulee pukemaan minut joka aamu vai ostanko oikeasti sitä kuntouttavaa työtettä.”

Markkinoinnin haasteena on samojen laatuadjektiivien käyttö yksityisten kanssa, joten haastateltavat mieltivät, miten markkinoinnissa saataisiin näkyviin erityislaatuisuus, mikä julkisissa palveluissa on eli vahvat verkostot, lainsäädännön tuntemus, hyvä koulutustaso ja osaaminen. Haastateltavat pohtivat markkinoinnissa olevan oleellista työntekijöiden tämänhetkinen tapa tehdä työtä. Haastateltavien mukaan kotihoidon hoitajat markkinoivat jo nyt omaa osaamistaan asiakkaalle käyntien yhteydessä. Tulevaisuuden visioissa haastateltavat pohtivat kotihoidon palvelujen markkinointimahdollisuuksia esimerkiksi erillisen kuntoutuksen paketin osalta ei-säännöllisille, kotihoidon ulkopuolisille, asiakkaalle todellisiin palvelunkustannuksiin perustuvaan hintaan.

5.3. Kotihoidon asiakas ja omainen palvelujen tuotteistamisessa

Kotihoidon palvelujen tuotteistamisessa asiakaslähtöisyys turvataan haastateltavien mukaan hyvällä vuorovaikutuksella asiakkaan ja omaisten kanssa. Hyvään vuorovaikutukseen kuuluu haastateltavien mielestä asiakkaan kuuntelu, jatkuva mahdollisuus antaa palautetta, arviointiin liittyvät yhteiset keskustelut asiakkaan, omaisten ja hoitajien kanssa sekä hoidon tavoitteiden saavuttamisen seuranta yhdessä asiakkaan kanssa. Lisäksi tärkeänä asiakaslähtöisyyttä edistävänä tekijänä mainittiin selkeys, millä tarkoitettiin selkeyttä sopimuksissa, palveluista ja maksuista puhuttaessa sekä selkeyttä asiakkaan tavoitteista keskusteltaessa. Haastateltavien mielestä kotihoito on asiakaslähtöistä, koska palvelut lähtevät asiakkaan tarpeista ja niihin vastaamisesta, mistä tehdään yhteinen sopimus. Kotihoidon asiakaslähtöisyyden varmistamiseksi pohdittiin toisessa ryhmässä myös asiakasraadin perustamista. Raadin toiminta vaatisi henkilöstöresursseja varsinkin aluksi, koska toimintaa pitää harjoitella. Omaisten raatia haastateltavat pohtivat myös, mutta silloin on heidän mielestään muistettava, että omaisten kautta asiakkaan ääni ei aina kuulu vahvimmin. Haastateltavat olettavat, että tulevaisuudessakin asiakasohjaus tuo asiakkaan näkökulmaa vahvimmin esille.

”Asiakkaan ääntä kuuntelemalla.”

”sitäkin olis hyvä niinku kysellä niinku jatkuvasti ettei vaan siinä alkutilanteessa et vaan sitten sitten niinku koko sen hoito suhteen aikana että mitä pitäis tehdä.”

”...jos olis omaistenraati niin, mut se omaisen äänikin voi olla ihan eri kuin asiakkaan ääni.”

”Tottakai se niiltä raatilaisilta sitten niin vaatii sitä semmosta harjoittelua ja sinne varmaan osaa sitten jatkossa sitä asiaa tuottaa enempi ja kertoo...”

”...asiakasnäkökulmasta ylipäänsä niin siis kyllä asiakasohjaus on mielestäni tuonut sitä asiakkaan näkökulma enemmän esille...”

Haastateltavat odottavat, että asiakkailta ja omaisilla on kotihoidon palvelujen tuotteistamisesta paljon kysyttävää ja pelkoja tuotteistamisen johtamisesta palvelujen heikkenemiseen tai hintojen nousuun. Haastatteluissa pohdittiin myös mahdollisuutta, että kotihoidon säännöllisen asiakkuuden kriteerit hämärtyvät asiakkailta ja omaisilta, jolloin luullaan,

että kotihoidossa saa sitä palvelua, mitä haluaa, eikä arviointiin perustuvaa, kotona pärjäämistä tukevaa palvelua.

Haastateltavien mielestä asiakkaalle ja omaisille pitäisi kertoa tuotteistetusta palvelusta mahdollisimman selkokielisesti ja avata siihen liittyvät käsitteet. Kotihoidon tuotteistetusta palvelusta olisi hyvä keskustella asiakkaan ja omaisten kanssa palveluntarpeen arvioinnin jälkeen, erilaisia vaihtoehtoja puntaroitaessa. Näyttöön perustuva toiminta tukee tuotteistetun palvelun valintaa ja perusteluja asiakkaalle ja omaisille. Omaisia ohjataan siihen, että asiakkaan tilanteen heikentyessä tai tuen tarpeen kasvaessa on mahdollisuus ottaa yhteyttä asiakasohjaajaan, jolloin keskustellaan asiakkaan kotihoidon tarpeen uudelleen arvioinnista.

”...sitten toisaalta, jos tarvitaan jotain hintavertailua tai sillai niin onhan se hyvä, että on sitten selkeet tuotepaketitkin, jos halutaan vertailla hinnottelua.”

”...asiakkaiden asiakasmaksut edelleenkin menee asetuksen mukaan, mutta kummin-kin nehän säätää laki, sinänsähän niinku se ei se asiakas nyt sitten kauheesti sitä tuotepakettitietoa varmaan sillain tarvi...”

Kotihoidon tuotteistetun palvelun arvo tulee haastateltavien mukaan asiakkaalle palvelujen paremman vertailtavuuden kautta. Selkeä kuvaus mahdollistaa asiakkaan tarpeita vastaavien palvelujen valinnan ja vahvistaa asiakkaan päätösvaltaa omissa palveluissaan. Toisaalta haastateltavien mielestä kotihoidon palvelujen määrä perustuu tarpeeseen ja palvelumaksut lakiin. Tämän takia asiakkaiden oletettiin olevan tyytyväisiä, kun he saavat tarvitsemansa palvelut, eikä kotihoidon tuotteistetuista palveluista tarvitsisi erityisesti kertoa.

5.4. Kotihoidon asiakkaiden RUG-III/18 ja ADL-H tarkastelua

Sotesin kotihoidon asiakasarviointeja tarkastellaan RAI-HC-arviointiaineistojen ADL-H-mittarin arvojen ja RUG-III/18-luokituksen avulla (RAISoft 2018). Arviointiaineiston muodostavat Sotesin kotihoidon RAI-HC-asiakasarviointit. Asiakasarviointeja tarkastel-

tiin käyttämällä ohjelmiston anonymisoimia asiakkaiden RAI-HC-arviointeja, niiden lukumääräjakaumia ja prosenttiosuuksia. Alla (taulukko 1) on koottuna neljän päivän poikileikkaus Sotesin RAI-HC-arvioinneista vuosilta 2017 ja 2018, joita oli yhteensä 1676. Taulukosta poistettiin ne arvioinnit (n = 50, 3,0 %), joissa ei ollut laskettuna sekä ADL-H mittariarvoa, että RUG-III/18-luokitusta, lopulliseksi arviointien määräksi jäi 1626.

Taulukko 1. Sotesin RAI-HC-arviointien RUG-III/18-luokat ja ADL-H arvot.

1.5.2017, 1.11.2017, 1.5.2018, 1.11.2018	RUG- III/18 1	RUG- III/18 2	RUG- III/18 3	RUG- III/18 4	RUG- III/18 5	RUG- III/18 6	RUG- III/18 7	Yht (%)
ADL-H 0	1	0	48	177	86	57	582	951(58,5)
ADL-H 1	2	1	10	75	79	18	71	256(15,7)
ADL-H 2	0	0	18	39	47	4	49	157(9,7)
ADL-H 3	0	3	18	22	26	1	47	117(7,2)
ADL-H 4	0	5	10	36	38	1	39	129(7,9)
ADL-H 5	0	2	1	6	1	0	4	14(0,9)
ADL-H 6	0	0	0	1	0	0	1	2 (0,1)
Yht (%)	3(0,2)	11(0,7)	105(6,5)	356(21,8)	277(17,0)	81(5,0)	793(48,8)	1626(100)

Pystyakselilla näkyvä ADL-H (0–6) kuvaa asiakkaan keskimääräistä suoriutumista päivittäisistä toimistaan. ADL-H arvo lasketaan asiakkaan suoriutumiskyvyn perusteella liikkumisesta, ruokailusta, WC:n käytöstä ja henkilökohtaisen hygienian hoitamisesta. Mitä pienempi arvo sitä parempi on asiakkaan toimintakyky, jolloin nolla (0) tarkoittaa itsenäistä ja kuusi (6) täysin autettavaa asiakasta.

Taulukon 1 vaaka-akselilla näkyvä RUG-III/18-luokitus on Sotesin kotihoidon asiakasrakennetta kuvaava RUG pääluokkien (1–7) mukainen ryhmittely. Asiakkaan toimintakyky ratkaisee mihin pääluokkaa hän kuuluu, pois lukien luokka 2, erittäin vaativa hoito. Tämän luokan perusteena on asiakkaan tarvitseman hoidon sairaanhoidollinen vaativuus.

Taulukosta 1 voidaan nähdä, että kotihoidon asiakasarvioinneista noin puolet (n = 793, 48,8 %) kuuluu RUG-III/18-luokkaan 7, mikä tarkoittaa asiakkaan heikentyntä fyysisestä

toimintakykyä. Yli puolet (n = 951, 58,5 %) asiakasarvioinneista mittaa asiakkaan ADL-H arvoksi 0 eli itsenäinen. Sotesin kotihoidon RAI-asiakasarviointeja, joissa mitattiin asiakkaan ADH-L arvoksi 0 ja joiden RUG-III/18-luokka oli 7, oli yhteensä 582 (35,8 %). Pienimmät asiakasarviointiryhmät painottuvat vaativampaa kotihoitoa tarvitseviin ryhmiin. Sotesin kotihoidon asiakasarvioinneista alle prosentissa (< 1 %) mitattiin asiakkaalle ADL-H arvo 5 (n = 14, 0,9 %) tai 6 (n = 2, 0,1 %) ja RUG-III/18-luokka 1 (n = 3, 0,2 %) tai 2 (n = 11, 0,7 %).

5.5. Tulosten yhteenveto ja palvelutuotteet

Laadukas kotihoidon tuotteistettu palvelu näyttäytyi teorian ja empiirisen osuuden perusteella vahvimmin selkeänä palvelujen kuvauksena. Kotihoidon palvelujen tuotteistamisen pitäisi vastata moneen eri näkökulmaan, kuten hallinnon tarpeisiin, kustannusten vertailuun ja asiakkaalle palveluista kertomiseen. Jos tuotteistamista ajatellaan myös kotihoidon palvelujen kuvaamisena, sillä on mahdollista yhdenmukaistaa laadukasta toimintaa ja työntekijöiden perehdytystä. Molemmissa ryhmähaastatteluissa kotihoidon asiantuntijat pohtivat kotihoidon palvelutuotteiden määrää ja siitä oli monenlaisia mielipiteitä, mutta pääosin viittä palvelutuotetta pidettiin riittävänä määränä käytettävyyden kannalta.

Tässä tutkimuksessa laadukas kotihoidon palvelu tuotteistettiin RAI-HC-asiakasarviointien RUG-III/18-luokittelun ja ADL-H-arvojen avulla. Näistä saatua aineistoa hyödynnettiin Sotesin kotihoidon palvelujen tuotteistamisessa yhdessä asiantuntijahaastatteluissa nousseiden näkemysten kanssa. Seuraavaksi käsitellään haastattelujen ja tilastotiedon yhteenveto sekä palvelutuotteiden muodostuminen ja kuvataan asiakasryhmien erityispiirteitä.

Kotihoidon RAI-HC-asiakasarvioinneissa RUG-III/18-luokittelu on pääluokiltaan seitsemänportainen (1–7) ja samoin ADL-H mittarin arvot ovat seitsemänportaisia (0–6) (RAIsoft 2018). Sotesin kotihoidon asiakasarviointien perusteella vähiten palveluja tarvitsevat asiakkaat ovat ADL-H (0–1) arvojen ja RUG-III/18-luokituksen (7) mukaan suurin asiakasryhmä (40,2 %, n = 653). Nämä asiakkaat ovat päivittäisissä toimissaan (ADL-H, 0–

1) itsenäisiä tai tarvitsevat ohjausta ja pääasiallinen päivittäistä pärjäämistä vaikeuttava tekijä on heikentynyt fyysinen toimintakyky (RUG-III/18, 7). Asiantuntijoiden kuvauksen mukaan selvästi erottuu asiakasryhmä, joka tarvitsee apua peseytymisessä ja lääkeshoidossa kerran viikossa. Tämän kotihoidon asiakasryhmän kannalta on tärkeää kotikuntoutus ja työntekijöiden kuntouttava työote, jotka edistävät kotona pärjäämistä. Asiantuntijat toivat esille haastattelussa, että kotihoidon asiakkuudesta huolimatta asiakkaalla on vastuu omasta pärjäämisestä, jota tukee vastavuoroisuus kotihoidon henkilöstön kanssa.

Sotesin kotihoidon asiakasarviointien perusteella kliinisesti monimuotoisia (RUG-III/18, 4) asiakkaita oli hieman yli viidesosa (21,8 %, n = 356). Näissä arvioinneissa itsenäisten tai ohjausta tarvitsevien (ADL-H, 0–1) asiakkaiden osuus oli melkein kolmeneljäsosaa (70,8 %, n = 252). RUG-III/18-luokituksessa kliinisellä monimuotoisuudella tarkoitetaan kotihoidon asiakasryhmää, jossa asiakkaat tarvitsevat sairaanhoidollista apua luokittelussa määriteltymiin oireisiin ja ovat olleet sairaalassa hoidossa viimeisen kolmen kuukauden aikana. Tätä kotihoidon asiakasryhmää kuvattiin haastatteluissa paljon sairaanhoidollista apua tarvitseväksi, eikä käyntien määrä kuvaa hoitoon käytettyä aikaa, mikä on yleensä pitkä.

Sotesin kotihoidon asiakasarviointien perusteella asiakkaan kognitiivisten toimintojen heikentyminen (RUG-III/18, 5) oli noin viidesosassa (17 %, n = 277) pääasiallinen syy kotihoidon asiakkuuteen. Heistä itsenäisiä tai ohjausta tarvitsevia asiakkaita (ADL-H 0–1) oli kolmeviidesosaa (59 %, n = 165), joten arviointien perusteella kognitiivisten toimintojen heikentymisen takia kotihoidon asiakkaana olevista alle puolet (41 %, n = 112) tarvitsee rajoitetusti tai enemmän apua (ADL-H 2–5). Asiakkaan kognitiivisten toimintojen heikentymisen syynä on yleensä muistisairaus. Haastatteluissa korostettiin, että kotihoidon asiakas tarvitsee yleensä muistisairauden etenemisen takia palveluja lisääntyvästi. Kuitenkin asiantuntijat olivat sitä mieltä, että minkään yksittäisen sairauden perusteella ei ole tarkoituksenmukaista tuotteistaa omaa palvelutuotetta. Kotihoidon asiakkaiden palvelujen sairauden mukainen tuotteistaminen voi johtaa yksilöllisyyden vähenemiseen palvelutuotteissa. Asiantuntijat toivat haastatteluissa esille, että suurimpana tuotteistamisen haittana kotihoidossa voisivat olla liian jäykät palvelut, jotka eivät vastaa kotihoidon säännöllisen asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin.

Sotesin kotihoidon asiakasarviointien perusteella käytöshäiriöt (RUG-III/18, 6) olivat pääasiallinen syy kotihoidon asiakkuuteen pienellä osalla (5 %, n = 81) asiakkaista. Lähes kaikki (92,6 %, n = 75) tähän RUG-III/18-luokkaan kuuluvista kotihoidon säännöllisistä asiakkaista oli päivittäisissä toiminnoissaan itsenäisiä tai ohjauksen tarpeessa (ADL-H, 0–1). Asiantuntijat pohtivat, että tulevaisuudessa asiakkaat, jotka kuuluvat tähän luokkaan, ovat mahdollisesti lisääntymässä. Tätä pohdintaa tukee esitys uudeksi sotelainsäädännöksi, jossa kaikki palveluja tarvitsevat kansalaiset saavat ensin perustason palvelut ja tarvittaessa, arviointiin perustuen asiakas voi saada erityistason palveluja (HE 15/2017).

Sotesin kotihoidon asiakasarviointien perusteella paljon palveluja tarvitsevia asiakkaita (ADL-H, 4–6 ja RUG-III/18, 1–3) oli kotihoidon säännöllisistä asiakkaista pieni osuus (1,1 %, n = 18). Asiantuntijat kuvasivat asiakkaita, jotka kuuluvat tähän asiakasryhmään esimerkiksi saattohoitopotilaiksi tai juuri sairaalasta kotiutuneiksi, intensiivikuntoutusta tarvitseviksi asiakkaiksi. Tätä kotihoidon palvelutuotetta kuvasi asiantuntijoiden mielestä palvelun tarkka määrittely, useat ja pitkäkestoiset asiakaskäynnit sekä palvelujakson tilapäisyys.

Sotesin kotihoidon säännöllisten palvelujen käyntikustannusten laskennassa huomioitiin vuoden 2017 tilinpäätöksen mukaan toteutuneet kustannukset. Kotihoidolle laskettiin keskimääräinen käyntikustannus, joka koostuu kiinteistä ja muuttuvista kustannuksista. Muuttuvien kustannusten eli välittömien henkilöstökustannusten, jotka sisältävät kotihoidon oman henkilöstön ja vuokrahenkilöstön, osuus oli vuonna 2017 Sotesin kotihoidossa 86,5 %. Kiinteisiin kustannuksiin kuului toiminnan kaikki muut kustannukset kuten tarvikkeet, vuokrat ja hallinnolliset kulut, niiden osuus oli 13,5 %. Kotihoidon keskimääräinen käyntihinta oli 26,65 €. Kun keskimääräisestä käyntihinnasta vähennetään kiinteiden kustannusten osuus (3,60 €), saadaan vakioitu kustannus (23,05 €) kustannuspainoarvolle yksi. Kustannuspainokerroin vaikuttaa vain vakioituun kustannukseen. (Heikkilä ym. 2012: 24; Heikkilä ym. 2014: 31; THL 2017; RAIssoft 2018.)

RAI-HC-arviointijärjestelmän aineistoiston otoksista laskettiin viiden palvelutuotteen kustannuspainot, jotka pohjautuvat RUG-III/18-luokitukseen ja RUG-III/18-CMI. Yhdistämällä asiakasrakenne, kustannus- ja toimintatiedot sekä vakioidut RUG-III/18-kustannuspainot laskettiin Sotesin palvelutuotteille kustannuskertoimet. (Heikkilä ym. 2012: 24; Heikkilä ym. 2014: 31.) Sotesin palvelutuotteiden kertoimet ovat keskimääräisiä, tämän tutkimuksen tulosten perusteella laskettuja kertoimia, joiden lähtökohtana on RAI-HC-asiakasarviointien RUG-III/18-luokitukseen perustuvat kustannuspainokertoimet. Taulukosta yksi (ks. s. 57) voidaan nähdä ADL-H-arvojen ja RUG-III/18-luokkien välinen yhteys arviointien määriin, minkä perusteella Sotesin palvelutuotteiden kustannuskertoimet on määritelty. Käyntikustannuksen laskeminen, kun kerroin on 0,99 ($0,99 \times 23,05 \text{ €} + 3,60 \text{ €} = 26,42 \text{ €}$).

Tutkielman teorian, Sotesin kotihoidon säännöllisen asiakkaan palvelukuvauksen ja tutkimuksen tulosten perusteella Sotesin kotihoidon säännöllisten asiakkaiden tarvitsemat palvelut jaettiin viiteen palvelutuotteeseen (taulukko 2). Kaikille Sotesin kotihoidon säännöllisille asiakkaille nimetään omahoitaja, tehdään palvelu- ja hoitosuunnitelma sekä RAI-HC-asiakasarviointi vähintään kaksi kertaa vuodessa (Sotesi 2018).

Taulukko 2. Sotesin kotihoidon säännöllisen asiakkaan palvelutuotteet.

PALVELUTUOTTEET:	I	II	III	IV	V
RUG-III/18 (1–7) useimmiten	4 tai 7	4, 5 tai 7	4, 5 tai 7	4, 5 tai 7	2 tai 3
ADL-H (0–6)	0–1	2	3	3–4	3–6
Käyntimäärät/vk	1–7	yli 7–14	yli 14–21	yli 21–28	yli 21
Kerroin	0,99	1,27	2,06	2,74	2,74
Käyntikustannus €	26,42	32,87	51,08	66,76	66,76

Sotesin kotihoidon säännöllisten asiakkaiden avun tarve huomioidaan yksilöllisesti. Palvelutuotteiden mukaisilla asiakasryhmillä on erityispiirteitä, jotka on hyvä tunnistaa. Palvelutuotteen I selkein asiakasryhmä muodostuu asiakkaista, jotka tarvitsevat apua peseytymisessä ja lääkehoidossa kerran viikossa. Avun tarve painottuu arkipäiviin, eivätkä käynnit ole aikaan sidottuja, ellei kyseessä ole lääkkeen antamiseen liittyvä käynti. Tämän kotihoidon säännöllisen asiakasryhmän kannalta kotikuntoutus ja työntekijöiden kuntouttava työote on tärkeää, koska nämä edistävät asiakkaan kotona pärjäämistä myös tulevaisuudessa. Vastavuoroisuus kotihoidon henkilöstön kanssa tukee asiakkaan omaa vastuuta pärjäämisestään.

Asiakas, jonka säännölliset kotihoidon palvelut kuuluvat palvelutuotteeseen II, tarvitsee apua rajoitetusti ja se painottuu ohjaukseen, neuvontaan ja yhdessä tekemiseen. Asiakkaan avun tarve ei juurikaan vaihtele arkipäivien ja viikonloppun välillä. Kolmannes tämän palvelutuotteen asiakkaista on kotihoidon säännöllinen asiakas kognitiivisten häiriöiden takia. Asiakasta kannustetaan päivittäisten askareiden itsenäiseen hoitamiseen ja sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseen. Asiakkaan virikkeiden määrään ja laatuun kiinnitetään huomiota sekä osallistumiseen kannustetaan.

Asiakkaan palvelujen kuuluessa palvelutuotteeseen III, avuntarvetta on useampia kertoja päivässä ja avun tarve pysyy samana arkipäivinä ja viikonloppuna. Kotihoidon henkilöstön ja kotikuntoutuksen avulla tuetaan asiakkaan toimintakykyä sekä voimavaroja. Asiakkaan kanssa yhdessä keskustellaan tulevaisuudesta ja ennakoidaan tulevia tilanteita esimerkiksi apuvälineiden käytön opettelulla.

Asiakkaan avuntarve on runsasta palvelutuotteessa IV. Kotihoidon käynnit ovat yleensä pitkäkestoisia. Asiakkaan voimavarojen tunnistaminen on tärkeää mielekkään kotona pärjäämisen kannalta. Asiakkaan runsas avuntarve näkyy kaikilla elämän osa-alueilla. Kotihoidon henkilöstö kannustaa ja tukee omaisia asiakkaan toimintakyvyn heiketessä uusiin toimintatapoihin, jotka edistävät asiakkaan kotona pärjäämistä. Asiakkaan lääkehoidon oikea toteutuminen tarvitsee usein kotihoidon valvontaa.

Asiakas, jonka säännölliset kotihoidon palvelut kuuluvat palvelutuotteeseen V, on esimerkiksi saattohoitopotilas tai juuri sairaalasta kotiutunut ja intensiivikuntoutusta tarvitseva asiakas. Asiakkaan ja kotihoidon henkilöstön näkökulmasta tälle kotihoidon palvelutuotteelle on tyypillistä palvelun tarkka määrittely, useat ja pitkäkestoiset asiakaskäynnit sekä palvelujakson tilapäisyys.

6. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1. Johtopäätökset

Kotihoidon palvelut julkisina ja julkisesti rahoitettuina palveluina vastaavat ikääntyvän väestön lisääntyvään palveluntarpeeseen. Yhteiskunnalliset odotukset ovat laadukkaassa hoidossa, jossa korostetaan asiakaslähtöisyyttä, tiedolla johtamisen merkitystä ja palvelujen kokonaisvaltaista vertailtavuutta (THL 2017; Alueuudistus 2018.) Tämän tutkielman tarkoituksena oli kuvata, miten tiedolla johtaminen edistää kotihoidon laadukkaiden palvelujen kehittämistä ja tuotteistamista. Lisäksi tarkoituksena oli laatia Sotesin kotihoidon säännöllisen asiakkaan palvelukuvaus ja tuotteistaa Sotesin kotihoidon säännöllisen asiakkaan palvelut. Tutkimuksen tavoitteena oli parantaa Sotesin kotihoidon palvelujen laatua ja palveluketjujen toimivuutta, tukea asiakasohjausta, luoda edellytyksiä RAI-HC-arviointijärjestelmään perustuvalla palvelujen kehittämiselle sekä tuottaa vertailtavissa olevaa tietoa.

Tuotteistaminen on aihe, josta puhuttaessa ei aina tiedetä, mistä puhutaan ja ovatko käytetyt käsitteet oikeita vai eivät. Tämän takia osallistava tuotteistamisen prosessi helpottaa yhteisen ymmärryksen muodostumista ja keskustelua aiheesta (Tuominen ym. 2015). Kotihoidon asiantuntijoiden haastatteluissa nousi esille tarve kotihoidon palvelujen tuotteistamiseen eri näkökulmista. Haastateltavat tulkitsivat tuotteistamisen tarkoittavan palvelujen selkeää kuvausta ja kustannusten määrittelyä.

Tutkimus osoittaa, että kotihoidon palvelujen tuotteistamiselle on monitahoinen tarve, tarvitaan tietoa maakunnallisen ohjauksen ja vertailun tueksi, lisäksi asiakkaat ja henkilöstö tarvitsevat selkeää palvelujen kuvausta toiminnan tueksi. Tuotteistaminen voidaan nähdä yhtenä keinona yhdenmukaistaa palveluja asiakaslähtöisyyttä unohtamatta. Asiantuntijat nostivat haastatteluissa esiin, että kotihoidon säännöllisen asiakkaan palvelukuvaus selkeyttää ja sujuvoittaa palveluja sekä yhdenmukaistaa kotihoidon viestintää. Teorian mukaan tuotteistaminen selventää perustehtävää ja yhdenmukaistaa asiakkaille annettavaa tietoa palveluista myös työntekijöiden näkökulmasta (Sipilä 1996; Porter 2010; Kokko 2017). Haastateltavat eivät nähneet tuotteistamisen etuja perehdytykseen tai

koko henkilöstön toimintatapoja yhtenäistävänä tekijänä. Tämä voi johtua siitä, että henkilöstöä ei nostettu riittävän selvästi esiin haastatteluteemoissa.

Tutkimuksessa ei tarkasteltu koko Sotesin kotihoidon henkilöstön näkemyksiä tuotteistamisesta, vaan haluttiin niiden asiantuntijoiden näkemyksiä, jotka ensisijaisesti käyttävät tuotteistettua palvelua työssään. Myöskään kotihoidon asiakkaiden ja omaisten mielipiteitä ei tässä tutkimuksessa kartoitettu, vaan niitä tarkasteltiin aikaisempien tutkimusten kautta.

Tämän tutkimuksen puitteissa aloitettiin palvelujen tuotteistaminen Sotesin kotihoidossa. Tutkimuksen perusteella tehdyt palvelutuotteet luovat pohjan ja mahdollistavat nyt sekä tulevaisuudessa Sotesin kotihoidon palvelujen kehittämisen ja arvioinnin. Tuotteistaminen on jatkuva, avointa keskustelua vaativa ja alati muutoksessa oleva kehittämisprosessi, joka vaatii koko työyhteisön sitoutumista ja aikaa.

Tulevaisuudessa kustannusten vertailusta olisi hyvä päästä palvelujen sisällön ja kustannusten tasapainon vertailuun, jossa huomioidaan niiden yhteinen merkittävyys ja vaikuttavuuden mittaaminen. Vaikka kotihoidon vaikuttavuuden mittaaminen on haastavaa, asiantuntijahaastattelut pohtivat muun muassa mahdollisuutta hoidon vaikuttavuuden mittaamiseen palvelutuotteiden kautta, eli paraneeko asiakkaan kotona pärjääminen kotihoidon turvin ja väheneekö asiakkaan avun tarve. Myös tuleva sote-uudistus voi vaikuttaa tuotteistamisen tarpeellisuuteen kotihoidossa.

Tutkimus antaa viitteitä siitä, että palvelujen tuotteistamisella on oma roolinsa kotihoidon tulevaisuudessa. Tutkimuksessa tuodaan esiin näkökulmaa, jossa osallistava tuotteistamisen prosessi sopisi kotihoidon palvelujen tuotteistamiseen. Tässä tutkimuksessa on nostettu esille erityisesti kotihoidon asiantuntijoiden mielipide tuotteistamisesta, joka on vain yksi näkökulma laajaan kokonaisuuteen. Kotihoidon asiantuntijoiden näkemys palvelujen tuotteistamisesta on tämän tutkimuksen perusteella lähtökohtana palvelujen tuotteistamisen jatkuvalla kehittämiselle. Tämän tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää muihin kotihoidon yksiköihin, mutta tuloksilla on mahdollisuus rohkaista kotihoidon asiantuntijoita kehittämään kotihoidon palvelujen tuotteistamista.

6.2. Tutkimuksen luotettavuus, eettisyys ja tutkijan asema

Tässä tutkimuksessa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimus kuvattiin, aineisto ja tulokset käsiteltiin huolellisesti, tarkasti ja rehellisesti. Sosiaali- ja terveyshallintotieteen tutkimuksissa on yleisesti hyväksyttyä käyttää haastattelua aineistonkeruumenetelmänä. Laadullisen tutkimuksen aineisto analysoitiin teorialähtöisellä sisällönanalyysillä, joka varmistaa haastateltavien anonymiteetin, mutta kuvaa aineistoa mahdollisimman tarkasti ja avoimesti. (TENK 2012: 6.) Tutkielma raportoitiin ja lähteisiin viitattiin Vaasan yliopiston hallintotieteen pro gradu -tutkielman ohjeiden mukaisesti (Vaasan yliopisto 2018).

Tutkittu tieto voi olla vain harvoin täysin totta tai yleistettävää, vaan se on rajallinen ymmärrys tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimustieto voi auttaa päätöksenteossa, avata keskustelua, antaa tukea ihmisten itseymmärrykselle ja sosiaaliselle toiminnalle. Tiedon varassa innovoidaan ja suunnitellaan uutta tekniikkaa ja toimintatapoja sekä arvioidaan vanhoja. Tämän takia tiedon pitää olla luotettavaa. (Ronkainen ym. 2013: 153.)

Monimenetelmätutkimuksen luotettavuutta on pohdittava kaikkien tässä tutkimuksessa käytössä olevien tiedonkeruumenetelmien näkökulmassa ja menetelmien välisen keskustelun kautta. Menetelmien keskustelu ja toistensa täydentäminen on tutkimuksen aineiston luotettavuuden kannalta oleellista. (Creswell 2010: 55–56.) Teemoitettua asiantuntijaryhmähaastattelua menetelmänä ja sen toteuttamista sisäpiirihaastatteluna on kuvattu sekä sen luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä pohdittu edellä.

Kuten aikaisemmin selvitettiin Terveiden ja hyvinvoinnin laitos suosittelee RAI-HC -arviointiin perustuvaa kotihoitoa valtakunnallisesti. Arviointijärjestelmän luotettavuuden kannalta on olennaista, että RAI-järjestelmän oikeudet omistaa voittoa tavoittelematon kansainvälinen tutkijajärjestö inter-RAI. (Heikkilä ym. 2012: 12.) Kotihoidon säännöllisten asiakkaiden RAI-arvioinneista muodostuvien tilastojen luotettavuus riippuu tehtyjen arviointien luotettavuudesta. Arviointien luotettavuuteen merkittävimmin vaikuttaa arvioijan RAI-osaaminen ja asiakkaan tunteminen (Mofina & Guthrie 2014). Sotesissa arviointeja tekee RAI-järjestelmään ja arviointien tekemiseen koulutettu henkilökunta ja

arvioinnin kokonaisuudesta on vastuussa asiakkaan omahoitaja. Tällä perusteella voidaan olettaa, että Sotesin kotihoidon RAIssoft-järjestelmästä saadut tilastotiedot ovat luotettavia.

Tutkijan tekemiin päätöksiin liittyy aina eettinen näkökulma. Haastattelututkimuksissa eettiset kysymykset nousevat keskiöön, koska tutkija on suorassa kontaktissa haastateltavien kanssa. Eettisten periaatteiden mukaisesti haastateltavilta pitää olla suostumus haastatteluun. Haastateltaville kerrotaan haastattelun ja tutkimuksen sekä haastateltavien kannalta oleellinen tieto ja heille annetaan mahdollisuus kieltäytyä haastattelusta. Haastattelu suoritetaan luottamuksellisesti, sen aineistoa käsitellään vain kerrotulla tavalla ja haastattelun seuraukset kerrotaan haastateltaville. Haastateltavien anonymiteetti turvataan aineiston käsittelyssä ja raportoinnissa. (Hirsjärvi & Hurme 2011: 19–20.) Haastattelun luotettavuutta painotettiin, koska haastattelija kuuluu samaan työyhteisöön. Tutkija varmisti, ettei tutkimukseen osallistuminen vaikuta asiantuntijoiden maineeseen tai ole epäedullista heille. (Juvonen 2017: 406–407.) Tässä tutkimuksessa asiantuntijoille kerrottiin haastattelun kulusta ja annettiin mahdollisuus kieltäytyä siitä. Haastattelun aluksi tutkija pyysi asiantuntijoita allekirjoittamaan suostumuslomakkeen ja samalla painotettiin haastattelun luottamuksellisuutta. Asiantuntijoille luvattiin anonymiteetti, joten lista haastatteluun osallistuneista annettiin vain tutkielman tarkastajille. Tutkija säilyttää itsellään aineiston, jota käytettiin vain tähän tutkimukseen, lukitussa arkistointilaatikossa ja hävittää aineiston säädetyin ajan kuluttua.

Tutkittavaksi kohteeksi voi valikoitua jokin tutkijan sosiaaliseen todellisuuteen kuuluva kohde. Tästä voi olla haastattelun kannalta sekä hyötyä että haittaa. Sisäpiirihaastattelun tekijän voi olla helpompi saada haastateltavia tutkimukseensa. Samaan työyhteisöön kuuluminen voi lisätä luottamusta ja varmistaa pääsyn arkaluonteisenkin tiedon lähteille. Kokematonta tutkijaa helpottavat yhteinen kieli ja jaetut kokemukset haastateltavien kanssa. Aito ja jaettu kiinnostus helpottaa haastattelun etenemistä, vaikka haastattelijan kuuluminen sisäpiiriin voi tuntua asiantuntijoista kiusalliselta. Tämän tutkimuksen haastattelija asemoitui sekä sisäpuoliseksi osallistujaksi että ulkopuoliseksi havainnoijaksi. Haastattelun sisäpiirilunne johtui siitä, että haastattelija kuului samaan työyksikköön asiantuntijoiden kanssa ja oli kiinnostunut aidosti kiinnostunut aiheesta. Toisaalta haastattelija oli

ulkopuolisen havainnoijan roolissa tutkimuksen tekijänä. (Grönfors 2011: 46, 62–63; Juvonen 2017: 398–403.)

Asiantuntijoiden haastattelu asettaa haastattelijan asemaan, jossa tasavertaisen vuorovaihtuksen ylläpitäminen voi olla hankalaa. Myönteinen haastatteluilmapiiri voidaan luoda verryttelykysymyksillä ja kysymällä haastateltavia lähellä olevia kiinnostavia asioita. (Grönfors 2011: 61; Alastalo ym. 2017: 223.) Asiantuntijoiden haastattelussa on hyvä käyttää aktiivista ja argumentoivaa tyyliä, jotta saadaan riittävän yksityiskohtaista tietoa ja vastaukset tutkimuskysymyksiin. Tämä vaatii huolellista valmistautumista haastatteluihin. (Alastalo ym. 2017: 223–225; Juvonen 2017: 405.) Haastattelijalta vaaditaan osaamista ja kokemusta haastattelun tekemiseen, koska kokematon haastattelija voi aiheuttaa aineistoon virhelähteitä. Haastatteluaineiston analysointiin ei ole tarjolla valmiita malleja, mikä voi olla kokemattomalle tutkijalle ongelmallista. (Hirsjärvi & Hurme 2011: 66.) Haastateltaville lähetetyllä infokirjeellä haluttiin varmistaa, että haastateltavat voivat valmistautua haastatteluun ja vähentää osallistumisen aiheuttamaa jännitystä. Haastattelija laati itselleen teemoihin liittyvän apukysymyslistan, jolla haluttiin varmistaa teemojen kattava käsittely ja lisätä kokemattoman haastattelijan varmuutta.

Sisäpiiriin kuulumisen tarkoitti tutkijalle omien kokemusten asettamista tutkimuksen viitekehukseen ja hyödynnettäväksi ilman tunnepitoista asennoitumista. Tutkija selvitti etukäteen oman näkökulmansa ja sitoumuksensa asiantuntijoihin sekä tutkittavaan ilmiöön. Tässä tutkimuksessa tutkija ei oletanut tietävänsä vastauksia aiheesta etukäteen, koska asioiden tulkinnat rakentuivat osallistavan tuotteistamisen tuloksena sosiaalisesti. Tutkittavien ennakkokäsitykset tutkijaa kohtaan saattoivat vaikuttaa vastauksiin. (Juvonen 2017: 403–406, 409.)

Sisäpiirihaastattelussa tutkijan eettinen vastuu aineiston salassapidosta korostuu entisestään. Haastateltavien tulkintojen haastaminen voi avata uusia mielenkiintoisia näkökulmia, vaikka tutkija pelkäisi tuottaa pettymystä yhteisölleen. Tutkimuksen kautta ulkopuolisille muodostuu kuva sisäpiiristä. Tutkijalla on vastuu tästä kuvasta. Sisäpiiritutkimus aiheuttaa usein työyhteisössä julkaisemisen jälkeen keskustelua ja kiistaa. Tutkijan on

hyvä pitää mielessä, että tutkitun tiedon ja tutkimuksen peruseriaatteisiin kuuluu tiedosta kiistely ja sen kiistäminen. (Juvonen 2017: 406–408.)

6.3. Jatkotutkimusaiheita

Hyödyllistä olisi selvittää entistä tarkemmin erityisesti asiakkaan mielipidettä kotihoidon palvelutuotteista. Tarvitaan myös lisää tutkittua tietoa ja julkista keskustelua siitä, mitä julkisilla varoilla tuotettu vähimmäispalvelu on kotihoidossa. Lisäksi olisi hyvä tutkia vaikuttaako tuotteistaminen kotihoidossa asiakkaille annettujen palvelujen laatuun ja kekeeko henkilöstö saavansa hyötyä palvelujen tuotteistamisesta.

Kotihoidon tuotteistamisen ja palvelujen kehittämisen näkökulmaan liittyy monia haasteita mukaan lukien lakien ja yhteiskunnan arvoperustan ristiriidat. Olennaista kotihoidon palvelujen tuotteistamisessa on asiakas. Haasteena on tunnistaa ja kuvata asiakkaan tarpeet ja vastata niihin yksilöllisesti kotihoidon tuottamalla palveluilla. Kotihoidon palvelutuotteiden avulla on mahdollista vastata asiakkaan tarpeisiin voimavaralähtöisesti, tasapainoisesti ja kustannustehokkaasti.

LÄHDELUETTELO

- Alastalo, Marja, Marja Åkerman & Tiina Vaittinen (2017). Asiantuntijahaastattelu. Teoksessa: Tutkimushaastattelun käsikirja, 214–232. Toim. Matti Hyvärinen, Pirjo Nikander & Johanna Ruusuvuori. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Vastapaino.
- Alueuudistus (2018). Tietojohtaminen ja sote-mittarit. Saatavissa 1.12.2018: <https://alueuudistus.fi/tietojohtaminen>.
- Breit, Eric, Knut Fossetøl & Eirin Pedersen (2018). A knowledge hierarchy in labour and welfare services? Evidence-based and practice-based knowledge in frontline service innovation. *International Social Security Review*. 71: 4, 13–32.
- CEN (2004). European Committee for Standardization. European Guide to good Practice in Knowledge Management. CWA 14924-5 2004. Bryssel: European Union.
- Creswell, John W. (2010). Mapping the Developing Landscape of Mixed Methods Research. 46–68. Teoksessa: Tashakkori, Abbas & Charles Teddlie toim. *Sage Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research*. Thousand Oaks, California, USA: Sage Publications Inc.
- Dixon-Woods, Mary, Sarah McNicol & Graham Martin (2012). Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from the Health Foundation's programme evaluations and relevant literature. *BMJ Quality and Safety* 21: 10, 876–884.
- Firbank, Oscar (2012). Connecting the voices of users, caregivers and providers on service quality: A study of home-care services. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 25:5, 403–422.

- Fong, Kyna (2006). The effects of quality reporting in U.S. healthcare markets. *Health and Ageing*. Geneva Association Information Newsletter 14, 6–8.
- Fontana, Andrea & James H. Frey (2000). The Interview: From Structured Questions to Negotiated Text. 61–106. Teoksessa: Denzin, Norman K. & Yvonna S. Lincoln toim. *Methods of Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. Sage Publications Inc. Thousand Oaks, California, USA.
- Grönfors, Martti (2011). *Laadullisen tutkimuksen kenttätyömenetelmät*. Toim. Hanna Vilka. Hämeenlinna: SoFia-Sosiologi-Filosofiapu Vilka.
- HE 15/2017 (2017). Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi. Saatavissa: 26.10.17: www.finlex.fi.
- Hautsalo, Katja, Anja Rantanen, Marja Kaunonen & Päivi Åstedt-Kurki (2016). Asiakkaiden ja heidän läheistensä kokemukset kotihoidosta. *Tutkiva Hoitotyö* 14: 1, 4–12.
- Heikkilä, Rauha, Magnus Björkgren, Marjo Vesa, Birgit Viitanen, Anita Laine, Kaisa Taimi, Anja Noro, Matti Mäkelä, Janne Asikainen, Britta Sohlman, Teija Hammar, Leila Mäkinen, Paula Andreasen & Harriet Finne-Soveri (2014). *Asiakasryhmittelyyn pohjautuva tuotteistus RUG-III/18-luokituksen avulla. Kotihoito Tampereella. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 27/2014*. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Heikkilä, Rauha, Aleksandr Gerasin, Joonas Sakki, Jutta Nieminen, Magnus Björkgren, Anja Noro, Matti Mäkelä & Harriet Finne-Soveri (2012). *Ikäihmisten palvelut yli*

palvelurakenteen –yhtenäisellä RUG-III/18 -luokituksella palvelut ja kustannus-arviointi samalle viivalle. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 58/2012. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Heikkilä, Rauha & Matti Mäkelä (2015). Onnistuminen –RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 9/2015. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Heisig, Peter (2009). Harmonisation of knowledge management - comparing 160 KM frameworks around the globe. *Journal of knowledge management* 13: 4, 4–31.

Hirsjärvi, Sirkka & Helena Hurme (2011). Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hirsjärvi, Sirkka, Pirkko Remes & Paula Sajavaara (2015). Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Huotari, Maija-Leena & Reijo Savolainen (2003). Tietohallintoa vai tietojohdamista? Tutkimusalan identiteettiä etsimässä. *Informaatiotutkimus* 22: 1, 15-24.

Härkönen Janne, Harri Haapasalo & Kai Hänninen (2015). Productisation: A review and research agenda. *International Journal of Production Economics* 164, 65–82.

interRAI (2018). Scales: Status and Outcome Measures. Saatavissa 10.12.2018: www.interrai.org/scales.html.

Jaakkola, Elina, Markus Orava & Virpi Varjonen (2009). Palvelujen tuotteistamisesta kilpailuetua – opas yrityksille. Tekes. Helsinki: Libris Oy.

- Jalonen, Harri (2013). Jos tiedolla johtaminen on vastaus, niin mikä onkaan ongelma? Tietoasiantuntija 5, 10–14.
- Jalonen, Harri (2015). Tiedolla johtamisen näyttämö ja kulissit. Teoksessa: Tiedolla johtaminen. Teoriaa ja käytäntöä, 40–68. Petri Virtanen, Jari Stenvall & Pasi-Heikki Rannisto toim. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.
- Juvonen, Tuula (2017). Sisäpiirihaastattelu. Teoksessa: Tutkimushaastattelun käsikirja, 398–410. Toim. Matti Hyvärinen, Pirjo Nikander & Johanna Ruusuvuori. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Vastapaino.
- Ketola, Eeva & Jussi Merikallio (2009). Tuotteistus -mihin sitä tarvitaan? Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavissa 23.10.17: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2009/17/duo98274>.
- Kielitoimiston sanakirja (2018). Kielitoimiston sanakirja. Kotimaisten kielten keskus. Saatavissa 10.7.2018: www.kielitoimistonsanakirja.fi.
- Kivinen, Tuula (2008). Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Knowledge Management in Health Care Organizations. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja yhteiskuntatieteet 158. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Kokko, Petra (2017). Luento: Arvoperusteinen tuotteistus -FinDRG. 14.9.2017 Kuntamarkkinat: Helsinki. Saatavissa 23.10.17: www.kuntaliitto.fi.
- Mofina, Amanda M. & Dawn M. Guthrie (2014). A comparison of home care quality indicator rates in two Canadian provinces. BMH Health Services Research 14: 37, 1–11.
- Metsämuuronen, Jari (2008). Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. Helsinki: International Methelp Ky.

- Mäki, Tiina (2004). Laadun informaatio-ohjauksen haasteet. Hoitohenkilökunnan ja laatusuosituksen laadulle antamien merkitysten harmonisuus ja ristiriitaisuus. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja yhteiskuntatieteet 109. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Nonaka Ikujiro (1991). The Knowledge Creating Company. *Harvard Business Review* 11/12, 96–104.
- Nonaka, Ikujiro & Hirotaka Takeuchi (1995). *The Knowledge-Creating Company. How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation*. New York: Oxford University Press.
- Nordin, Patrik & Jarno Parviainen (2018). Viranomaistehtävien synergioista lähtävä hallinnon organisoiminen – Kokonaisuus ja asiakaslähtöiset palvelut kolmella eri hallinnonalalla. *Hallinnon Tutkimus* 37: 1, 37–52.
- Nylander, Olli (2017). *Tietojohdaminen ja tapaus SOTE*. Helsinki: BoD – Books on Demand.
- Paljärvi, Soili (2012). *Muuttuva kotihoito. 15 vuoden seurantatutkimus Kuopion kotihoiton organisoinnista, sisällöstä ja laadusta*. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppätieteiden tiedekunta No 39. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.
- Porter, Michael E. (2010). What is Value in Health Care? *The New England Journal of Medicine* 363: 26, 2477–2481.
- Porter, Michael E. & Elizabeth Teisberg (2006). *Re-defining healthcare. Creating Value-Based Competition on Results*. Boston: Harvard Business School Press.

- RAIsoft (2018). RAI Kotihoito, RAI-HC, käsikirja 15.3.2018. InterRAI, Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, Jyväskylän yliopisto. Saatavissa: 1.12.2018 RAIsoffin RAI-arviointiohjelmasta käyttöoikeuksilla. <https://sastamala.raisoft.net>.
- Ritvanen, Hannu & Jaana Sinipuro (2013). Tiedolla johtaminen toimialan murroksessa. Malli sosiaali- ja terveystalouden kehittämiseen. Helsinki: BoD – Books on Demand.
- Ronkainen, Suvi, Leila Pehkonen, Sari Lindblom-Ylänne & Eija Paavilainen (2013). Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Saaranen-Kauppinen, Anita & Anna Puusniekka (2006). KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Saatavissa 1.12.2018: www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/.
- Sipilä, Jorma (1996). Asiantuntijapalvelujen tuotteistaminen. Porvoo: WSOY.
- SHL (1301/2014). Sosiaalihuoltolaki. Saatavissa 1.4.2018: www.finlex.fi.
- Sotesi.fi (2018). Sastamalan kaupunki/ Sastamalan seudun sosiaali- ja terveystaloudet. Sotesi. Saatavissa 19.4.2018: www.sotesi.fi.
- STM (2017). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017: 6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto.
- Suhonen, Riitta, Susanne Röberg, Maija Hupli, Jaana Koskenniemi, Maija Stolt & Helena Leino-Kilpi (2015). Muistipotilaiden optimaalisen palvelukokonaisuuden ominaisuudet. *Hoitotiede* 27: 4, 259–273.

- Tashakkori, Abbas & Charles Teddlie (2010). Overview of Contemporary Issues in Mixed Methods Research. 1–44. Teoksessa: Tashakkori, Abbas & Charles Teddlie toim. (2010). Sage Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research. Thousand Oaks, California, USA: Sage Publications Inc.
- TENK (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta.
- TervHL (1326/2010). Terveydenhuoltolaki. Saatavissa 1.4.2018: www.finlex.fi.
- Tervonen, Pasi (2015). Kun tietojohdaminen toimii – miten rakennetaan tietojohdettuorganisaatio. Tietoasiantuntija 30: 5, 18–19.
- THL (2018). Sote tietopohjan kehittämishanke. Saatavissa 1.12.2018: www.thl.fi.
- THL (2017). RAI-tiedolla johtaminen. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa 30.11.2018: www.thl.fi.
- THL (2016). RAI-järjestelmän mittareita. Saatavissa 10.12.2018: www.thl.fi.
- Tuomi, Jouni & Anneli Sarajärvi (2018). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tuominen Tiina, Katriina Järvi, Mikko H. Lehtonen, Jesse Valtanen & Miia Martinsuo (2015). Palvelujen tuotteistamisen käsikirja. Osallistavia menetelmiä palvelujen kehittämiseen. Aalto-yliopiston julkaisusarja. Tiede + teknologia 5/2015. Helsinki: Perustieteiden korkeakoulu.
- Vaasan yliopisto (2018). Hallintotieteellisten töiden kirjoitusohjeet. Saatavissa 10.11.2018: www.uva.fi.

VanhPL (980/2012). Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista. Vanhuspalvelulaki. Saatavissa 1.4.2018: www.finlex.fi.

Wilson, Thomas Daniel (2002). The nonsense on “knowledge management”. *Information Research* 8: 1, 8–1.

YASOSLTK (2018). Yhteistoiminta-alueen sosiaali- ja terveystalvutakunta. Pöytäkirja 6.6.2018/ pykälä 72. Saatavissa 10.12.2018: <http://sastamala.tjhosting.com/cgi/DREQUEST.PHP?page=meetingitem&id=20185852-17>.

LIITTEET

LIITE 1. Sotesin kotihoidon säännöllisen asiakkaan palvelukuvaus

Sotesin alueella toimii kotihoito, johon sisältyy kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tehtävät. Kotihoidon tavoitteena on tukea ja ylläpitää asiakkaiden kokonaisvaltaista hyvinvointia ja mahdollisimman itsenäistä pärjäämistä kotona. Kotihoito sisältää sosiaalihuoltolain 19§ tarkoittaman kotipalvelun ja terveydenhuoltolain 25§ tarkoittaman kotisairaanhoidon. Sotesin kotihoidon säännöllinen asiakkuus perustuu yhteistoiminta-alueen sosiaali- ja terveyslautakunnan 6.6.2018 kokouksessa (YASOSLTK 6.6.2018 72§) hyväksymiin kriteereihin. Säännöllisen kotihoidon palvelujen myöntämisestä asiakkaalle ja niiden sisällöstä tekee kriteerien perusteella päätöksen asiakasohjaaja. Kotihoidon säännöllinen asiakkuus edellyttää kirjallista sopimusta, jossa määritellään asiakkaan kotona pärjäämiseksi tarvitsemat palvelut.

Säännöllisellä kotihoidolla tarkoitetaan asiakkaalle vähintään kerran viikossa annettavaa palvelu- ja hoitosuunnitelman mukaista kotihoitoa. Kotihoidossa asiakas saa sekä kotipalvelua että kotisairaanhoidoa samalla käynnillä. Lisäksi kotihoito ohjaa ja neuvoo asiakkaita yhteiskunnallisten tukien sekä muiden palvelujen hakemisessa. Sotesin kotihoitoa tekevät lähihoitajat, sairaanhoitajat ja kotihoidon fysioterapeutti. Lisäksi Sotesi järjestää kotihoidon lääkäripalvelut. Säännöllisen kotihoidon palveluihin liittyvät asiakas- ja hoitotiedot sekä työsuoritteet kirjataan sähköiseen asiakastietojärjestelmään (Pegasos) lainsäädännön ja Sotesin kotihoidon kirjaamisohjeiden mukaisesti.

Kotihoidon säännölliset asiakkaat ovat pääasiassa ikäihmisiä ja pitkäaikaissairaita, joiden toimintakyky on tilapäisesti tai pysyvästi alentunut ja he tarvitsevat kotona pärjäämisen tueksi säännöllistä apua. Asiakkaalle, jonka avuntarve täyttää säännöllisen kotihoidon kriteerit, tehdään yksilöllinen palvelu- ja hoitosuunnitelma yhteistyössä asiakkaan, omaisten ja kotihoidon henkilöstön kanssa. Suunnitelman sisältöä muutetaan asiakkaan palvelutarpeen muuttuessa. Asiakkaan toimintakyvyn heikentyessä hoitoa lisätään ja toimintakyvyn parantuessa hoitoa vähennetään. Sotesin kotihoidossa säännöllisen asiakkaan kokonaistilannetta seurataan moniammatillisen työryhmän kanssa ja arvioidaan RAI-HC-arvioinnilla vähintään puolivuositain.

Kotihoidon tarkoituksena on parantaa asiakkaan elämänlaatua antamalla hyvää ja turvallista hoitoa sekä hoivaa kotihoidon säännölliselle asiakkaalle. Sotesin kotihoito toteutetaan kuntouttavalla työotteella asiakkaan omaa toimintakykyä ylläpitäen ja ohjaten asiakasta omatoimisuuteen. Kaikissa kotihoidon tarjoamissa palveluissa ensisijaisena tavoitteena on asiakkaan omatoimisuuteen ohjaaminen ja todellisten tarpeiden huomioiminen. Kotihoito välttää asiakkaan puolesta tekemistä ja kannustaa aktiiviseen elämään. Lisäksi omaisia ja lähipiiriä rohkaistaan osallistumaan asiakkaan arkeen, hoitoon ja huolenpitoon. Sotesin kotihoidon asiakkaan hyvinvoinnista huolehditaan kokonaisvaltaisesti, joten jokaisen käynnin yhteydessä korostuu ammattitaitoinen asiakkaan voimien arviointi.

Seuraavaksi kuvataan keskeiset Sotesin kotihoidon säännöllisen asiakkaan palvelun sisällöt. Kotihoidon säännöllisen asiakkaan palvelujen kokonaisuus perustuu aina yksilölliseen palvelu- ja hoitosuunnitelmaan.

Avun tarve henkilökohtaisessa hygieniassa

Sotesin kotihoidon säännöllistä asiakasta ohjataan ja avustetaan toimintakyvyn mukaan päivittäisessä peseytymisessä esim. aamu- ja iltapesuissa, suuhygieniassa, WC käynneissä sekä huolehditaan intiimihygieniasta. Asiakasta ohjataan ja autetaan vaippojen vaihdossa, alusastian ja virtsapullon käytössä sekä katettrin tai avanteen hoitamisessa. Asiakkaan päivittäiseen henkilökohtaiseen hygieniaan kuuluu lisäksi hiusten kampaaminen ja parranajo sekä kuulolaitteen huolto ja paikalleen asettaminen. Asiakkaan erilaisten proteesien käytössä ohjataan ja avustetaan. Asiakas saa tarvitessaan apua myös pukeutumisessa, riisuuntumisessa ja tukisukkien laittamisessa sekä ohjausta sään mukaisen vaateuksen valinnassa.

Asiakasta avustetaan suihkussa kerran viikossa, pääsääntöisesti arkipäivänä, asiakkaan omaa toimintakykyä hyödyntäen. Pesujen yhteydessä huomioidaan esim. ihon kunto ja rasvaukset sekä kynsien leikkuu. Jos asiakkaan sauna on asunnon yhteydessä, eikä ole puulämmitteinen, saunassa käymisestä sovitaan erikseen turvallisuustekijät huomioon ottaen. Saunomisessa on huomioitava, että työntekijä ei voi tulla löylyhuoneeseen.

Avun tarve ravitsemuksessa

Kotihoidon säännöllistä asiakasta ohjataan ja neuvotaan nesteen riittävään saamiseen, ravintoon ja ruokavalioihin liittyvissä asioissa. Riittävän ravinnon ja nesteen saantia seurataan säännöllisesti RAI-HC arvioinnin yhteydessä ja tarvittaessa tehdään MNA-testi (Mini nutritional assessment). Asiakkaan painoa seurataan säännöllisesti.

Lounas ja päivällinen lämmitetään eineksistä tai valmisaterioista. Jos asiakas ei kykene itse valmistamaan aterioita, on hänellä mahdollisuus tilata ateriat kaupungin tai yksityisen ateriapalvelusta. Asiakkaalle laitetaan tarvittaessa kotihoidon käyntien yhteydessä aamu-, väli-, ja iltapala. Asiakkaan kunnon mukaan ateriat asetetaan tarjolle, syömistä seurataan tai häntä avustetaan. Kotihoito huolehtii asiakkaan ravitsemustilanteen ja nesteytyksen kokonaisvaltaisesta seurannasta, jos käyntejä on päivittäin tai useammin. Asiakkaan peruselintarvikkeista huolehtii ensisijaisesti asiakas tai omainen, mutta kotihoito voi avustaa niiden hankkimisessa ja kauppatilauksen tekemisessä (ks. avun tarve kauppaluissa ja asiointissa). Asiakkaan lääkityksestä huolehditaan tarvittaessa ruokailujen yhteydessä.

Avun tarve lääkehoidossa

Sotesin kotihoidon säännöllistä asiakasta ohjataan ja tuetaan oikean lääkityksen noudattamisessa ja Kelan lääkekorvaavuuksien ajantasaisuudessa. Tarvittaessa asiakkaan lääkahoito toteutetaan ja sitä seurataan yhteistyössä hoitavan lääkärin kanssa Sotesin kotihoidon lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Asiakkaan lääkkeet säilytetään kotona, asiakkaan omassa, lukitussa kaapissa, jonka avaimen paikka on tarvittaessa vain kotihoidon tiedossa. Kun Sotesin kotihoito toteuttaa asiakkaan lääkityksen, asiakas tarvitsee laskutussopimuksen ja luvat apteekin kanssa. Tällöin kotihoito vastaa asiakkaan reseptien uusinnasta, lääkkeiden riittävydestä, jakaa lääkkeet dosettiin sekä tarvittaessa avustaa ja valvoo lääkkeiden ottamisen (esim. tabletit, silmä- ja korvatipat, lääkerasvat ja lääkinnällinen happi). RAI-HC-arviointien lääkehoitoon liittyvien CAPSien aktivoituminen edellyttää lääkehoidon kokonaisuuden tarkkailua. Kotihoito seuraa lääkemääräysten toteutusta, lääkkeen vaikutuksia ja sivuvaikutuksia sekä tekee tarvittavia korjauksia.

Avun tarve terveyden- ja sairauden hoidossa

Sotesin kotihoidon säännöllisen asiakkaan kokonaisvaltainen kotihoito sisältää sairaan- ja terveydenhoidollisia tehtäviä, ohjausta ja seuranta, mitä sairaanhoitajat ja lähihoitajat toteuttavat. Toteutuksen tukena ovat RAI-HC-arviointien CAPsit, jotka aktivoituvat huomiota tarvitsevista tekijöistä. Asiakkaan terveydentilaa ja oireita seurataan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi sekä tarvittaessa otetaan yhteys hoitavaan tahoon. Jos asiakkaan tilanne niin vaatii, tilataan ambulanssi ja huolehditaan asiakas päivystykseen tai muuhun jatkohoitoon. Asiakkaan lääketieteellinen hoito toteutetaan lääkärin antamien ohjeiden mukaisesti.

Asiakkaan terveydentilan seurantaan kuuluu havainnointi, erilaiset mittaukset (esim. paino, verensokerin ja verenpaine), asiakkaan muistin ja henkisen tilan tarkkaileminen sekä erilaisten oireiden huomioiminen (esim. kaatuminen, huimaus, sekavuus, turvotus, kipu). Kotihoidon sairaanhoidollisia tehtäviä ovat esim. haavahoito, hakasten ja ompeleiden poisto, korvahuuhtelu, avannehoito, katetrointi, dreenin hoito sekä letkuruokinta. Rokotuksista huolehtii rokotusluvan omaava terveyden- tai sairaanhoitaja.

Tarvittaessa kotihoito huolehtii asiakkaan laboratoriotestien ottamisen ja kuljettamisen laboratorioon. Verinäytteitä otetaan kotona vain siinä tapauksessa, että asiakas ei kykene menemään itse tai avustettuna laboratorioon. Kotihoito varmistaa, että koevastaukset tulevat tulkituiksi ja asiakas saa jatkohoito-ohjeet.

Asiakkaan ilmaisjakeluun kuuluvien hoitotarvikkeiden (esim. vaipat, diabetes- ja avannetarvikkeet) tarpeen arviointi, tarvittavien lausuntojen hankkiminen, tilausten tekeminen ja tarvikkeiden asiakkaalle toimittaminen on tarvittaessa kotihoidon tehtävä.

Avun tarve sosiaalisen kanssakäymisen ja henkisen vireyden ylläpidossa

Sotesin kotihoidon säännöllisten asiakkaiden hoito- ja hoivatyössä olennaista on ystävällinen ja asiakasta kunnioittava vuorovaikutus. Asiakkaan ja kotihoidon henkilöstön vastavuoroisuus tukee asiakkaan toimintakykyä ja vähentää yksinäisyyden sekä turvattomuuden tunnetta. RAI-HC arvioinnin avulla otetaan puheeksi muun muassa mielialaan ja yksinäisyyteen liittyviä asioita. Kotihoidon henkilöstö keskustelee, kuuntelee, ohjaa ja avustaa sekä kannustaa asiakasta tekemään ja päättämään asioistaan itse. Kotihoito on asiakkaan tukena arjessa pärjäämisessä. Asiakasta rohkaistaan ja ohjataan pitämään yllä suhteita läheisiin sekä harrastamaan omien voimavarojen mukaan. Kotihoidon henkilöstö etsii erityisesti yksinäisyyttä kokeville asiakkaille sopivaa toimintaa (esim. päivätoiminta).

Avun tarve turvallisuuden ja toimintakyvyn ylläpitämisessä sekä edistämässä

Sotesin kotihoidon säännöllisen asiakkaan kanssa keskustellaan liikkumisen merkityksestä oman terveyden hoidossa, toimintakyvyn ylläpitämisessä ja kotona asumisen mahdollistamisessa. Asiakasta kannustetaan ja ohjataan omatoimisuuteen sekä päivittäisten arkiaskareiden tekemiseen. Asiakas ja kotihoidon fysioterapeutti laativat yhdessä liikuntasuunnitelman, jota toteutetaan ja seurataan sovitusti. Omaisia rohkaistaan liikkumaan asiakkaan kanssa myös ulkona. Asiakkaan liikkuminen ja omatoimisuus sekä kuntoutumisen mahdollisuudet arvioidaan säännöllisesti RAI-HC-arvioinnin yhteydessä. Asiakasta avustetaan ja opastetaan apuvälineiden hankinnassa ja niiden käytössä sekä kodin muutostöihin liittyvissä asioissa yhteistyössä kotihoidon fysioterapeutin kanssa. Sotesin

kotihoidon säännöllisille asiakkaille voidaan myöntää lyhytaikaista kuntouttavaa hoitoa (Kunto-Hoppu ja Kunto-Pakari).

Kotihoidon säännöllistä asiakasta tuetaan kotitapaturmien ehkäisemisessä. Kotiympäristön turvallisuudessa kiinnitetään huomiota kaatumisvaaraa aiheuttaviin tekijöihin (esim. kynnykset, matot, johdot, valo), sähkölaitteisiin sekä turvalaitteiden (esim. palohälytin, turvaranneke) tarpeen arviointiin, niiden hankintaan ja käytön ohjaamiseen. RAI-HC arvioinnin yhteydessä kartoitetaan ja tunnistetaan asiakkaan kotona asumiseen liittyviä riskitekijöitä ja mietitään keinoja niiden vähentämiseen. Turvalaitteiden toiminta tarkastetaan säännöllisesti (palovaroitin vähintään kerran vuodessa ja turvaranneke vähintään kerran kuukaudessa). Tavoitteena on asiakkaalle esteetön ja turvallinen koti.

Avun tarve kodin hoitamisessa ja pyykinpesussa

Sotesin kotihoidon säännöllistä asiakasta tuetaan ja tarvittaessa autetaan kodin ylläpito- ja siistimisessä. Asiakasta ohjataan osallistumaan kodinhoidollisiin tehtäviin ja yleisestä siisteydestä huolehtimiseen omien voimavarojensa mukaan. Omainen huolehtii kodin siisteydestä, jos hän asuu samassa taloudessa asiakkaan kanssa. Jos asiakas asuu yksin, eikä hänellä ole voimavaroja osallistua ylläpito- ja siistimiseen, siitä huolehtii ensisijaisesti omaiset tai yksityinen palveluntuottaja.

Ylläpito- ja siistiminen on asiakkaan käyttämien astioiden tiskausta, ruokailu- ja keittiön työtasojen siistimistä ja roskien viemistä. Mikro puhdistetaan ja pesutilat siistitään, jos pääasiallisena käyttäjänä on kotihoito. WC pestään kerran viikossa ja tarpeen mukaan. Alusastian tyhjennys ja pesu tehdään käyntien yhteydessä tarvittaessa. Asiakkaan päivittäin käyttämät huoneet imuroidaan tarvittaessa kerran kuukaudessa. Jääkaappi siistitään ja pilaantuneet elintarvikkeet hävitetään, jos kotihoito huolehtii asiakkaan aterioiden lämmityksen. Asiakkaan vuode siistitään ja lakanat vaihdetaan tarvittaessa. Jos asiakas tarvitsee apua kodin perus- tai suursiivouksessa, pakastimen sulatuksessa tai jääkaapin perusteellisessa siivouksessa, siitä huolehtii omainen tai yksityinen palveluntuottaja.

Ensisijaisesti pyykkihuollosta huolehtii asiakas itse, omainen tai yksityinen palveluntuottaja. Silityksestä, mankeloinnista, vaatteiden käsinpesusta, mattojen, verhojen tai muiden arkojen tekstiilien yms. pesusta huolehtii aina omainen tai yksityinen palveluntuottaja. Jos asiakas itse tai omainen ei pysty pyykkihuoltoon järjestämään, eikä tarjolla ole yksityisiä palveluntuottajia, voidaan asiakkaan henkilökohtaiset vaatteet ja liinavaatteet pestä kotihoidon käynnin yhteydessä asiakkaan omalla koneella ja ripustaa kuivumaan ja auttaa tällöin tarvittaessa pyykkien taittelussa. Harkinnan mukaan voidaan vaatehuolto- ja pyykinpesupalvelut järjestää kotihoidon tukipalveluna. Asiakasta avustetaan tarvittaessa pesula- ja pyykinpesupalvelujen tilaamisessa ja käytössä.

Avun tarve kauppapalveluissa ja asioinneissa

Sotesin kotihoidon säännöllisen asiakkaan kauppa-asiainnista huolehtii ensisijaisesti asiakas itse, omainen tai yksityinen palveluntuottaja. Asiakasta avustetaan tarvittaessa kauppatilausten tekemisessä. Sotesin kotihoito tekee kauppapalvelua vain silloin, jos asiakas tai omainen ei pysty siitä huolehtimaan eikä alueella toimi yksityisiä kauppapalvelun tuottajia.

Pankki- ym. asioinnit hoitaa asiakas itse tai hänen uskottu henkilönsä tai edunvalvojansa. Kotihoidon työntekijät eivät hoida asiakkaan raha-asioita, eivätkä käsittele asiakkaan rahoja tai pankkikorttia. Asiakasta autetaan välttämättömien asiointien, kuten laskujen suoraveloituksen järjestämisessä tai maksupalveluun viemisessä. Asiakas hoitaa puhelimitse tehtävät ajanvaraukset ja asioinnit ensisijaisesti itse tai omaisen avustuksella. Jos tämä ei ole mahdollista, kotihoito hoitaa asioinnit asiakkaan puhelimesta. Asiakkaan postit haetaan postilaatikosta, jos asiakas ei siihen itse kykene ja postit avataan asiakkaan pyynnöstä.

Saattoapu järjestetään ensisijaisesti omaisten, lähipiirin tai vapaaehtoistyön turvin. Kotihoito avustaa tarvittaessa vapaaehtoisen saattajan tilaamisessa. Kotihoidosta järjestetään lääkäriin, sairaalaan tai laboratorioon saattaminen, jos se jatkohoidon kannalta on välttämätöntä eikä omais- tai vapaaehtoistyön vaihtoehtoja ole. Kotihoidon henkilöstö ei kuljeta asiakkaita omilla autoillaan. Asiakkaan kanssa asioitaessa käytetään julkista kulkuneuvoa tai taksia, joiden kustannuksista vastaa asiakas.

Avun tarve iltaisin, viikonloppuisin ja öisin

Sotesin kotihoidon säännöllisen asiakkaan iltaja- ja viikonloppukäynneillä tehdään kotona pärjäämisen kannalta välttämättömät, hoidon tarpeen mukaiset tehtävät. Jos omaiset hoitavat hänet iltaisin, viikonloppuisin tai juhlapyhinä, pyydetään heitä ilmoittamaan etukäteen kotihoidon henkilöstölle, jos kotihoidon käyntiä ei tarvita.

Yöhoidon piiriin otetaan kotihoidon säännöllinen asiakas, arvioinnin perusteella, niillä alueilla, joilla yöhoitoa järjestetään ja, jos kotona pärjääminen sitä välttämättä edellyttää. Asiakasta voidaan avustaa esim. wc-käynneissä, vaipan- ja asennon vaihdossa. Yöhoidon tarpeellisuutta ja määrää arvioidaan säännöllisesti.

Muun avun tarve

Kotihoidon säännölliselle asiakkaalle kannetaan polttopuut, jos se on ainoa asunnon ja ruuan lämmityskeino, ja asiakas pystyy huolehtimaan turvallisesti puulämmityksestä, eikä asiakkaalla ole muita, jotka asiasta voisivat huolehtia. Yllättävässä tilanteessa, asuntoa lämmitetään ja lumet luodaan kulkureitiltä tilapäisesti, kunnes asia saadaan muuten järjestymään.

Päihtyneen asiakkaan yleistila tarkistetaan, jos sen voi tehdä turvallisesti. Jos asiakas on voimakkaasti päihteiden vaikutuksen alaisena kotihoidon käydessä, käynti siirretään myöhemmäksi turvallisuussyistä. Kotihoidon henkilöstö ei mene yksin asuntoon, jos siellä epäillä olevan useampia päihtyneitä henkilöitä. Ensisijaisesti ylimääräisiä päihtyneitä henkilöitä pyydetään poistumaan asunnosta ja tarvittaessa paikalle pyydetään poliisi.

LIITE 2. Kotihoidon asiantuntijoiden ryhmähaastattelujen teemat

Aloit

- Haastattelun tarkoitus
- Haastattelun eteneminen
- Aineiston käyttötarkoitus ja luottamuksellisuus, suostumuslomake ja taustatiedot
- Palvelujentuotteistaminen ja osallistava palvelujen tuotteistaminen käsitteenä
- Haastattelun nauhoittamisesta informointi

1. Millainen on palvelujen tuotteistamisen prosessi kotihoidossa?

- Mikä palvelujen tuotteistamisen tarkoitus on?
- Mitkä ovat palvelujen tuotteistamisen tavoitteet kotihoidossa?
- Mitkä ovat palvelujen tuotteistamisen tavoitteet asiakkaan näkökulmasta?
- Mikä on tuotteistettavien palvelujen tärkein ominaisuus?
- Mikä mielestänne on palvelujen vähimmäistaso?
- Montako tasoa tuotteistetussa palvelussa tulisi olla?
- Kuvaile tyypillistä asiakasta eri tasoille.

2. Mitä hyötyä palvelujen tuotteistamisesta on kotihoidon näkökulmasta?

- Mitä hyötyä palvelujen tuotteistamisesta mielestänne on?
- Mitä haittaa tuotteistamisesta on?
- Miten kotihoidon tuotteistetun palvelun laatua tulisi arvioida?
- Miten tuotteistettu palvelu parantaa yhteistyötä eri toimijoiden välillä?
- Miten tuotteistettuja kotihoidon palveluja voidaan markkinoida ja kenelle?

3. Miten kotihoidon säännöllisen asiakkaan ja omaisten näkökulma huomioidaan palvelujen tuotteistamisessa?

- Miten asiakaslähtöisyys turvataan tuotteistetuissa palveluissa?
- Miten asiakkaat ja omaiset pitäisi ottaa mukaan palvelujen tuotteistamiseen?
- Millaisia asenteita oletatte asiakkailla ja omaisilla olevan tuotteistettua palvelua kohtaan?
- Millaisia odotuksia oletatte asiakkailla ja omaisilla olevan uutta palvelutuotetta kohtaan?
- Mitä arvoa palvelujen tuotteistamisella halutaan saada kotihoidon säännöllisille asiakkaille?
- Mitä ja miten asiakkaille ja omaisille pitäisi kertoa palvelutuotteesta?

LIITE 3. Infokirje haastatteluista

Kotihoidon palvelujen tuotteistaminen Sotesissa

Pyydän sinua osallistumaan tutkimushaastatteluun, jonka tarkoituksena on tuottaa tietoa kotihoidon palvelujen tuotteistamisesta Sotesin kotihoidossa. Tuotteistamisen tavoitteena kotihoidossa on tarjota säännöllisille asiakkaille oikeaa palvelua sujuvasti.

Kotihoidossa kotihoitojohtajana, kotihoidon ohjaajana tai asiakasohjaajana työskentelevä henkilö voi osallistua tähän tutkimukseen. Toivon sinun osallistuvan ryhmähaastatteluun myöhemmin sovittavana ajankohtana, lokakuun 2018 aikana kotihoidon kokoustilassa (Aarnontie 17, 4 krs.) Sovin ryhmähaastattelusta osallistujien kesken ja ilmoitan aikataulusta sekä haastattelun teemoista 25.9.2018 mennessä. Haastatteluaineisto nauhoitetaan ja litteroidaan tekstimuotoon. Aineisto käsitellään luottamuksellisesti, eikä yksittäistä henkilöä tai vastausta voi tunnistaa valmiista tutkimuksesta. Osallistuminen on vapaaehtoista ja voit halutessasi keskeyttää osallistumisesi haastatteluun missä vaiheessa tahansa.

Pro gradu -tutkielmani kuuluu sosiaali- ja terveyshallintotieteen maisteriopintoihin Vaasan yliopiston Johtamisen yksikössä. Tutkielmani ohjaajana toimii dosentti, yliopistonlehtori, HTT Seija Ollila Vaasan yliopistosta (seija.ollila@univaasa.fi). Tästä tutkielmasta saatua tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä kotihoidon palvelujen laatua ja tuotteistamista. Jos sinulla on kysyttävää, annan mielelläni lisätietoja.

Voit olla yhteydessä minuun:

Mari Jokela

sairaanhoitaja YAMK, HTM-opiskelija Vaasan yliopisto

LIITE 4. Tutkimukseen osallistumisen suostumuslomake
SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Tutkielman aiheena on ”Kotihoitopalvelujen tuotteistaminen -tietojohdamisen näkökulma”. Tutkimus tehdään kotihoidon palvelujen tuotteistamisesta Sastamalan seudun sosiaali- ja terveyspalvelut Sotesi kotihoitopalvelujen toimialalle. Haastateltavat ovat saaneet tietoa tutkimuksesta etukäteen ja heillä on oikeus saada tutkijalta lisää tietoa tutkimuksesta missä vaiheessa tahansa.

Haastattelu nauhoitetaan ja tutkimuksen raportissa voidaan käyttää suoria lainauksia haastattelusta. Haastattelumateriaali ja taustatiedot käsitellään luottamuksellisesti ja käytetään vain tätä tutkimusta varten. Nauhoitettu materiaali hävitetään litteroinnin jälkeen. Kirjallinen materiaali anonymisoidaan ja säilytetään sekä hävitetään tutkimusaineiston hallinnan ohjeiden mukaisesti. Haastateltavien nimet jäävät ainoastaan tutkijan ja tutkimuksen ohjaajan tietoon, eikä yksittäistä henkilöä voi tunnistaa valmiista pro gradu -tutkielmasta.

Osallistun vapaaehtoisesti ryhmähaastatteluun Mari Jokelan pro gradu -tutkimuksessa. Tiedän, että voin keskeyttää tutkimushaastatteluun osallistumisen, milloin tahansa, eikä se aiheuta minulle mitään seuraamuksia. Tätä suostumuslomaketta on tehty kaksi yhtenevää kappaletta, joista toinen jää haastateltavalle ja toinen tutkijalle.

Sastamalassa 1.10.2018

Haastateltavan allekirjoitus _____

Nimen selvennys _____

Haastattelijan allekirjoitus _____

Mari Jokela

Mari Jokela

Vaasan yliopisto

Taustatiedot:

Haastatteluryhmä: _____

Syntymävuosi: _____

Koulutus: _____

Ammatti: _____

Työkokemus sosiaali- ja terveysalalla yhteensä: _____

Työkokemus kotihoidossa yhteensä: _____

Työkokemus nykyisessä tehtävässä: _____