

JOHTAMISEN PÄÄTÖKSENTEKOON VAIKUTTAVAT TEKIJÄT SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON ORGANISAA- TIOISSA

- Ikäihmisten palveluiden ja RAVATM -mittarin näkökulma

Liiketaloustiede, johtamisen ja
organisoinnin pro gradu -tutkielma

Laatija:
Elisa Snicker

Ohjaaja:
KTT Harri Virolainen

29.8.2015
Pori

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck-järjestelmällä.

Sisällys

1	JOHDANTO	6
1.1	Johdatus aiheeseen	6
1.2	Tutkimusongelmat ja rajaukset	7
1.3	Tutkielman rakenne	7
2	IKÄIHMISTEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT	9
2.1	Suomen sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmä vuonna 2015	9
2.2	Ikäihmisten palveluiden lainsäädäntö ja laatusuositukset	12
3	JOHTAMINEN JA PÄÄTÖKSENTEKO	16
3.1	Rationaalinen ja rajoitettu rationaalinen päätöksenteko johtamisessa	16
3.2	Mittattava tieto johtamisen tukena	19
3.3	RAVA™ -mittari	23
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	28
4.1	Tieteenfilosofiset taustaoletukset	28
4.2	Tutkimusmenetelmä	29
4.3	Aineiston keruu ja analyysi	30
5	TULOKSET	35
5.1	Johtamisen päätöksentekoon vaikuttavat yhteiskunnalliset tekijät	35
5.2	Johtamisen päätöksentekoon vaikuttavat organisaation sisäiset tekijät	40
5.3	Johtamisen päätöksenteossa käytettävät tietolähteet	43
5.4	Mittareiden käyttö päätöksenteon tukena	47
5.5	RAVA-mittari johdon päätöksenteon tukena	56
5.5.1	RAVA-tiedon hyödyntäminen päätöksenteossa	56
5.5.2	RAVA-mittarin edut ja kehittäminen	60
6	JOHTOPÄÄTÖKSET	66
6.1	Tulosten yhteenveto	66
6.2	Tutkimuksen luotettavuuden arviointi	71
6.3	Tulosten pohdinta ja jatkotutkimusehdotukset	74
	LÄHTEET	77

- LIITE 1 Teemahaastattelurunko
- LIITE 2 Kyselylomake
- LIITE 3 Haastattelun analyysin mukaiset kategoriat

TAULUKOT

Taulukko 1	Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut	10
Taulukko 2	Iäkkäiden henkilöiden säännöllisesti käyttämien palvelujen kustannukset vuonna 2011.	14
Taulukko 3	Valtakunnalliset tavoitteet, joita kuntien tavoitteita asetettaessa on tarkasteltava suhteessa kunnan asukkaiden tarpeisiin	14
Taulukko 4	Arvioitu avun tarve RAVA-luokittain.....	24
Taulukko 5	Kotihoidon kustannukset/vuorokausi eri RAVA-tasoilla suurissa kaupungeissa vuonna 1999.....	27

KUVIOT

Kuvio 1	Tiedolla johtaminen ja päätöksenteko	20
Kuvio 2	Palvelumuoto/-muodot, joissa vastaajat toimivat ja joissa RAVA-mittari on käytössä.....	32
Kuvio 3	Esimerkki analyysissa käytetystä teemoittelusta, pelkistämisestä ja kategorioista	34
Kuvio 4	Yhteiskunnallisten päätösten ohjaus johtamisen päätöksenteossa ikäihmisten palveluihin liittyen	39
Kuvio 5	Organisaation strategian ohjaus johtajan päätöksenteossa	42
Kuvio 6	Hyödynnettävät tiedonlähteet johtamisen päätöksenteossa	45
Kuvio 7	Itse koostetun tiedon ajankäyttö	47
Kuvio 8	Tiedon koostaa päätöksenteon tueksi	47
Kuvio 9	Muiden mittareiden käyttö päätöksenteossa.....	50

Kuvio 10	Haasteet erilaisten mittareiden käyttöön johtamisen päätöksenteon tukena	51
Kuvio 11	Mittareiden tuloksien välittämisen muoto organisaatiossa.....	53
Kuvio 12	Mittareiden tuloksien välittämisen kohde organisaatiossa	53
Kuvio 13	Mittareiden tuloksien välittämisen aikavälit	54
Kuvio 14	Ideaalinen mittari ikäihmisten palveluiden johtamisen näkökulmasta	55
Kuvio 15	RAVA-mittarin hyödyntäminen johdon päätöksenteossa	59
Kuvio 16	RAVA-mittarin hyödyntäminen johdon päätöksenteossa (2)	60
Kuvio 17	Organisaation henkilöstön suhtautuminen RAVA-mittarin käyttöön	62
Kuvio 18	RAVA-mittarin sisällölliset kehittämissuhteet.....	65
Kuvio 19	RAVA-mittarin keskeiset kehittämisen kohteet.....	76

1 JOHDANTO

1.1 Johdatus aiheeseen

Väestön ikääntyminen niin kansallisesti kuin kansainvälisesti on ilmiö, joka on tiedetty ja tunnustettu jo pitkään. Suomessa yhteiskunnan ikääntyminen tarkoittaa koko väestörakenteen muuttumista eli vanhemmat ikäluokat kasvavat voimakkaasti, samalla kun työikäisten ja lasten määrä vähenee. Yhteiskunnan on siis reagoitava tähän muun muassa iäkkäiden palvelujen tehokkaalla ja tarkoituksenmukaisella järjestämisellä. (STM 2013, 13).

Kansallisesti iäkkäiden palvelujen järjestämistä on lähdetty erityisesti ohjeistamaan lainsäädännön ja suositusten kautta. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (980/2012) astui voimaan kesällä 2013. Lain yhtenä tavoitteena on turvata ikääntyneille riittävät palvelut niin määrältään kuin laadultaankin. Lisäksi laki vahvistaa palvelurakennemuutosta, jossa kotiin annettavat palvelut ovat ensisijaisia samalla, kun laitospainotteista palvelutarjontaa vähennetään. (L 980/2012, § 14, Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2013, 16–17.)

Nämä tekijät luovat viitteitä siihen, että palveluita on siis järjestettävä sekä laadukkaasti että kustannustehokkaasti kuitenkin asiakkaita tasa-arvoisesti kohdellen (Valvira 2013). Nykyinen laitospainotteinen palvelurakenne on kustannusarvioiden mukaan jopa 400 miljoonaa euroa kalliimpi kuin avopalveluihin keskittyvä palvelurakenne. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 58–59.) Haasteeseen vastaamisessa ovat keskeisessä roolissa organisaatioiden johto, jotka päätöksenteollaan pyrkivät reagoimaan ikärakenteen muuttumisen luomaan kysyntään edellä mainituin kriteerein. Johtamiseen liittyy olennaisena osana päätöksenteko, joka muodostuu tavoitteiden valinnasta ja keinoista tavoitteisiin pääsemiseksi (Paloheimo & Wiberg 2012, 261). Päätöksenteko on usein rationaalista, jolloin päätöksentekijä pyrkii niin itsensä kuin organisaation kannalta parhaaseen mahdolliseen lopputulokseen (Paloheimo & Wiberg 2012, 262–265). Toisaalta täydellistä rationaalisuutta rajoittaa esimerkiksi päätöksentekoon liittyvän tiedonsaannin rajallisuus, joka johtuu niin organisaationaalista tekijöistä kuin päätöksentekijästä itsestäänkin. (Simon 1979, 78–79, Hyyryläinen 2012, 44–45).

Ikääntyneiden palveluissa eräitä helposti käytettävissä olevista palvelutarpeen määrittämisen kriteereistä ovat erilaiset toimintakykymittarit, joita voidaan käyttää palveluntarpeen määrittämisen tukena. (Voutilainen & Vaarama 2005, 6–7, Sokka, Klemola & Valta 2012, Tuomivaara & Eskelinen 2012, 4.) Tämän tutkimuksen keskeinen kohde on yksi toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari RAVA™, jota on käytetty 1990-luvulta lähtien ikääntyneiden (yli 65-vuotiaiden) toimintakyvyn ja avuntarpeen mittaamiseen niin julkisella kuin yksityiselläkin sektorilla (Laine ym. 2007). RAVA-mittarin tuottamaa RAVA-

indeksiä Suomessa on käytetty asiakasrakenteen arviointiin ja asiakkaiden sijoitteluun (Lahtinen 2003, 58). Voutilaisen ja Vaaraman (2005, 29) mukaan jo vuonna 2005 RAVA™ -mittari oli käytössä palvelutarpeen arvioinnissa fyysisen toimintakyvyn ulottuvuuden mittaamisessa suurimmassa osassa kuntia. Mittaria käytettiin eniten palveluasumiseen ja omaishoidon tukeen liittyviä päätöksiä tehtäessä.

Mittareilla on siis keskeinen rooli ikäihmisten palveluiden suunnittelussa ja johdon päätöksenteon tukemisessa. Voitaneen päätellä, että mittareita käytetään johtamisen tukena palveluja suunniteltaessa ja järjestettäessä. Näin ollen on perusteltua tutkia mittarin käyttöä johtamisen työkaluna ikäihmisten palveluissa. Tämä tutkimus on osa FCG Konsultointi Oy:n RAVA™ -mittarin kehittämistyötä.

1.2 Tutkimusongelmat ja rajaukset

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ikäihmisten palveluita johtavien henkilöiden päätöksentekoa sekä siihen liittyvän tiedon hyödyntämistä. Tarkoitus on myös kartoittaa RAVA-mittarin hyödyntämistä johtamisen päätöksenteossa. Tutkimuksessa on kolme päätutkimusongelmaa sekä yksi alatutkimusongelma. Tutkimus on osa FCG Konsultointi Oy:n RAVA-mittarin kehittämistyötä.

Päätutkimusongelmat ovat:

1. Mitkä tekijät vaikuttavat johtajien päätöksentekoon sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa ikäihmisten palveluissa?
2. Mitä ja miten tietoa hyödynnetään johtamisen päätöksenteossa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa ikäihmisten palveluissa?
3. Miten RAVA-mittarin tietoja hyödynnetään johtamisen päätöksenteon tukena?

Kolmanteen päätutkimusongelmaan liittyvä alatutkimusongelma on:

Miten käyttäjät kehittäisivät RAVA-mittaria?

1.3 Tutkielman rakenne

Tämä tutkimus koostuu johdannosta, jossa käsitellään tutkimuksen aihepiiriä, määritellään tutkimuksen tavoite sekä tutkimusongelmat, joiden myötä rajataan myös aihe. Toisessa kappaleessa käsitellään teoreettinen viitekehys kirjallisuuskatsauksella, joka koskee ikäihmisten sosiaali- ja terveystalveluja vuoden 2015 Suomessa sekä johtamista ja pää-

töksentekoa teoriana. Lisäksi tarkastellaan tietoa päätöksenteon tukena erityisesti mittareiden tukemana. Kirjallisuuskatsauksen jälkeen kerrotaan tutkimuksen toteuttamisesta tieteenfilosofisesta näkökulmasta ja tarkastellaan tutkimuksen käytännön toteuttamista aineiston keruusta aineiston analyysiin.

Tutkimuksen viidennessä luvussa käsitellään tutkimuksen tulokset, joilla pyritään vastaamaan tutkimusongelmiin. Tulokset on käsitelty eritellen haastattelut sekä kysely, joilla tämän tutkimuksen aineisto on myös kerätty. Kuudennessa luvussa tuloksia heijastellaan teoreettiseen viitekehykseen, arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta sekä pohditaan tuloksien merkitystä ja esitellään jatkotutkimusehdotuksia erityisesti RAVA-mittarin kehittämistä koskien.

2 IKÄIHMISTEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT

2.1 Suomen sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmä vuonna 2015

Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä toteutuu pääsääntöisesti kuntien järjestämänä ja valtion tukemana. Lisäksi yksityinen ja kolmas sektori (järjestöt) tuottavat merkittävän osan hyvinvointipalveluita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015a.) Kunnat vastaavat sosiaali- ja terveydenhuoltoipalvelujen järjestämisestä joko yksin, kuntayhtymänä tai ostamalla palvelut toisilta kunnilta, yksityisiltä palveluntuottajilta tai järjestöiltä. Valtio tukee palvelujen järjestämistä maksamalla kunnille valtionosuutta, joka perustuu kunnan asukaslukuun, ikäjakaumaan ja sairastavuuteen. Lisäksi kunta rahoittaa sosiaali- ja terveystalvelunsa asiakasmaksuilla ja kunnallisverolla. Kunnat muodostavat myös sairaanhoitopiirejä, jotka vastaavat erikoissairaanhoidosta. Toiminta suunnitellaan sairaanhoitopiireissä niin, että erikoissairaanhoido ja perussairaanhoido muodostavat toimivan kokonaisuuden. Kunnan velvollisuus on myös seurata asukkaidensa hyvinvointia väestöryhmittäin sekä ottaa hyvinvointiin liittyvät seikat huomioon strategisessa suunnitteluksaan. Lainsäädäntö ohjaa toimintaa siten, että keskeiset sosiaalihuollon, kansanterveys-työn ja erikoissairaanhoidon palvelut on järjestettävä, mutta niiden yksityiskohtaisesta sisällöstä, järjestämistavasta tai laajuudesta ei erikseen ole annettu määräyksiä. Tämän vuoksi eri kunnissa palvelut voivat poiketa hyvinkin laajasti toisistaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013b, 2015b.)

Sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla on sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus muun muassa lainsäädännön valmistelun ja sen toteutumisen ohjauksen kautta. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö yhdessä hallinnonalan virastojen ja laitosten, kuten Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, kautta vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämistyöstä. Aluehallintovirasto ja Valvira ovat vastuussa lupahallinnosta sekä esimerkiksi sosiaali- ja terveystalvan yksityisten palveluntuottajien valvonnasta. (taulukko 1) (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015a.)

Taulukko 1 Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015a)

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut			
Ohjaus	Tutkimus ja kehittäminen	Luvat ja valvonta	Järjestäminen
<p><i>Sosiaali- ja terveysministeriö</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - valmistelee lainsäädännön ja ohjaa sen toteutumista - johtaa ja ohjaa sosiaaliturvan sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittämistä ja toimintapolitiikkaa - määrittelee sosiaali- ja terveyspolitiikan suuntaviivat, valmistelee keskeiset uudistukset ja ohjaa niiden toteuttamista ja yhteensovittamista - vastaa yhteystyöpoliittiseen päätöksentekoon 	<p><i>STM:n hallinnonalan virastot ja laitokset</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - vastaavat tutkimus- ja kehittämistehtävistä hallinnonalalla, mm. - Terveyden ja hyvinvoinnin laitos - Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea - Säteilyturvakeskus - Työterveyslaitos 	<p><i>Aluehallintovirastot</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ohjaavat ja valvovat kunnallista ja yksityistä sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja arvioivat kuntien peruspalveluiden saatavuutta ja laatua. Ne myöntävät toimiluvat alueen yksityisille palveluntuottajille. <p><i>Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ohjaa, valvoo ja hoitaa lupahallintoa sosiaali- ja terveydenhuollossa, alkoholihallinnossa ja ympäristöterveydenhuollossa. 	<p><i>Kunnat, yksityiset palveluntuottajat ja järjestöt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - kunnat vastaavat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Ne voivat tuottaa sosiaali- ja perusterveydenhuollon palvelut yksin tai muodostaa keskenään kuntayhtymiä. Kunta voi myös ostaa sosiaali- ja terveystalvot muilta kunnilta, järjestöiltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta. - sairaanhoitopiirit järjestävät erikoissairaanhoidon. Jotkut erikoissairaanhoidon palvelut järjestetään yliopistosairaaloiden erityisvastuualueiden eli ns. miljoonapiirin pohjalta.

Sosiaali- ja terveystalvot järjestää ja tuottaa siis noin 200 erilaista kunnallista organisaatiota. Vuonna 2014 parlamentaarisessa valmisteluryhmässä päätettiin niin kutsutusta sote-uudistuksesta, jonka tavoitteena on uudistaa sote-järjestämislain puitteissa kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen, tuottaminen, hallinto, suunnittelu, rahoitus ja valvonta. Uudistuksella pyritään turvaamaan yhdenvertaiset ja asiakaslähtöiset sosiaali- ja terveystalvot koko Suomeen muun muassa vahvistamalla perustalvot ja luomalla sujuvia hoito- ja palveluketjuja. Uudistuksen myötä sosiaali- ja terveystalvot järjestäviä alueita olisi kahdensadan sijaan enintään 19. Sote-alueet tuottaisivat alueensa

ei voida järjestää millään muulla tavalla kotona tai asumispalveluissa. Laitoshoidosta kunnassa päättää yleensä erillinen moniammatillinen työryhmä ja sitä järjestetään kunnan ja yksityisen sektorin ja järjestöjen toimesta vanhainkodeissa, terveyskeskusten vuodeosastolla ja erilaisissa hoiva- ja sairaskodeissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

2.2 Ikäihmisten palveluiden lainsäädäntö ja laatusuosituksot

Sosiaali- ja terveysministeriö (2014a) vastaa muiden sosiaali- ja terveyspalveluiden ohella myös ikäihmisten palveluiden toimivuudesta määrittelemällä toiminnan suuntaviivat, ohjaamalla uudistusten toteutusta ja valmistelemalla ikäihmisten palveluihin liittyvän lainsäädännön. Suomessa oli vuonna 2013 yhteensä 465 102 yli 75-vuotiasta (SOTKANet 2015a) ja Kuntaliiton (2012) mukaan heitä tulee olemaan vuonna 2030 mennessä noin 847 000. Tämä edellyttää luonnollisesti erityisesti kunnilta tiedostavaa ikääntymispolitiikkaa ja sitoutumista hyvinvoinnin turvaamiseksi (Kuntaliitto 2012).

Ikäihmisten palveluja säätelevät useat lait. Näitä ovat esimerkiksi sosiaalihuoltolaki 710/1982, joka turvaa 75 vuotta täyttäneille oikeuden päästä sosiaalipalvelujen tarpeen arviointiin seitsemän arkipäivän sisällä yhteydenotosta kuntaan. Terveyspalvelulaki 1326/2010 puolestaan määrittelee esimerkiksi hoitotakuun ja hoitoon pääsyn aikarajat. Asiakasmaksuista kunnallisissa palveluissa puolestaan säädetään asiakasmaksulaissa 734/1992. Lisäksi yksityisten palveluiden tuottajia säätelee laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta 603/1996 ja omaishoidosta puolestaan laki omaishoidon tuesta 937/2005. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014b.)

Vuonna 2013 astui voimaan erityisesti ikäihmisiä koskeva, niin sanottu vanhuspalvelulaki tai ikälaki, eli laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. Lain tarkoitus on täydentää edellä mainittuja lakeja ja se painottuu sosiaalipalveluihin. Erityisesti sillä tavoitellaan ikääntyneen väestön hyvinvoinnin ja terveyden tukemista, laadukkaiden palvelujen saamista sekä niiden sisältöön ja toteuttamiseen vaikuttamisen mahdollisuuksien lisäämistä niin henkilökohtaisella kuin kunnallisellakin tasolla. Laissa keskeistä on, että kunnat ovat valtuustokausittain laatineet suunnitelman ikääntyneen väestön tukemiseksi. Lisäksi palveluiden riittävyttä ja laatua on arvioitava vuosittain ja osoitettava riittävät voimavarat suunnitelman toteuttamisen mahdollistamiseksi, mitä myös kuntaan asetettava vanhusneuvosto on mukana valmistelemassa ja arvioimassa. Palvelutoiminnan periaatteissa huomiota kiinnitetään erityisesti kotiin annettaviin palveluihin ja toimintakykyä edistäviin toimintoihin. Iäkkään palvelutarpeet on selvitettävä monipuolisesti ja hänellä on oikeus saada palvelusuunnitelman mukaisesti laaditut palvelut kolmen kuukauden kuluessa päätöksestä. Pitkäaikainen laitoshoido järjestetään vain poikkeustapauksissa. Laki määrittelee myös, että kunnalla on

oltava näiden palvelujen järjestämistä varten riittävästi monipuolista asiantuntemusta ainakin muun muassa gerontologisen hoito- ja sosiaalityön, geriatrian, ravitsemuksen ja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen alalla, mutta varsinaista hoitajamitoitusta ei ainakaan toistaiseksi ole lakiin kirjattu. Lisäksi ikääntyneiden parissa työskentelevien ammatti- ja virkahenkilöiden tulee tehdä ilmoitus sosiaalitoimeen, mikäli he havaitsevat tehtävässään tiedon iäkkäästä henkilöstä, joka ei kykene vastaamaan omasta huolenpidostaan. (Kuntaliitto 2013.)

Jo pitkään on ollut tiedossa, että Suomen väestö vanhenee. Toisaalta valtakunnallisesti on tarvetta uudistaa taloudellisia rakenteita. Tämä tapahtuu tukemalla kasvua ja julkisen talouden kestävyyttä. Sosiaali- ja terveydenhuollon osalta tämä tarkoittaa palvelu- ja rahoitusrakenteen uudistamista. Ikäihmisten palveluiden osalta tämä koskee erityisesti laitospalveluiden vähentämistä ja kotiin tuotettavien palveluiden lisäämistä vanhuspalvelulain ohjaamana. Laitospaikkojen vähentämisen on tarkoitus vähentää vuoteen 2017 mennessä kuntien menoja jopa 300 miljoonalla eurolla. (Kuusisto & Kauppinen 2013, Valtioneuvosto 2014.) Sosiaali- ja terveysministeriö (2013) on päivittänyt ikäihmisten palveluiden laatusuosituksen vuonna 2013. Laatusuosituksella pyritään tukemaan vanhuspalvelulain toimeenpanoa. Lisäksi siinä pyritään huomiomaan meneillään olevien palveluiden rakenneuudistusten vaikutukset iäkkäiden palveluiden järjestämisen näkökulmasta. Suosituksen kokonaistavoitteena on turvata ikäihmisten laadukkaat palvelut sekä mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen. Laatusuositus ottaa kantaa muun muassa ikäihmisten oikeaan palveluun oikeaan aikaan, palvelujen rakenteeseen ja niiden johtamiseen. Palvelujen rakenteellisuuden merkitys korostuu kotona asumisen tukemiseen ja suositus ottaakin vahvasti siihen kantaa strategisen suunnittelun näkökulmasta. Kotona asumisen tukemisella on merkitystä myös taloudelliselta kannalta, sillä iäkkäiden säännöllisesti käyttämien palveluiden kustannuksista pitkäaikaisen laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen osuus on merkittävä (ks. taulukko 2). (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 3, 6–9, 36–39).

Taulukko 2 Iäkkäiden henkilöiden säännöllisesti käyttämien palvelujen kustannukset vuonna 2011. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 37.)

Palvelu	m €
Kotipalvelut	635
Kotisairaanhoido	350
Omaishoidon tuen hoitopalkkiot	107
Tavallinen palveluasuminen	26
Ympärivuorokautinen hoito/hoiva ml. tehostettu palveluasuminen, vanhainkoti, tk-pitkäaikaishoito	2 680
Yhteensä	3 798

Näin ollen laatusuositus ottaa myös kantaa palvelurakenteen muutokseen antamalla asiakasmäärätavoitteet (taulukko 3) eri palvelumuotoihin, joita kuntien tulisi seurata ja tavoitella huomioiden kunnan asukkaiden tarpeet. Laista vielä puuttuvat hoitajamitoitus-suositukset annetaan laatusuosituksessa. Kotihoidossa hoitajamitoitus lasketaan erillisin menetelmin, mutta ympärivuorokautisessa hoidossa vähimmäishoitajamitoitus (hoitoon osallistuva henkilökunta jaettuna asiakkaiden määrällä) on 0,5 ja terveyskeskusten vuodeosastoilla 0,6. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 9, 45–46, 62.)

Taulukko 3 Valtakunnalliset tavoitteet, joita kuntien tavoitteita asetettaessa on tarkasteltava suhteessa kunnan asukkaiden tarpeisiin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 39, SOTKANet 2015b)

75 vuotta täyttäneet	2010	2011	2012	2013	2017
Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet % vastaavanikäisestä väestöstä	89,5	89,6	90,0	90,3	91,0–92,0
Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. olleet 75 vuotta täyttäneet asiakkaat % vastaavanikäisestä väestöstä	11,8	12,2	11,9	11,9	13,0–14,0
Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat vuoden aikana % vastaavanikäisestä väestöstä	4,2	4,4	4,5	4,6	6,0–7,0
Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12. % vastaavanikäisestä väestöstä	5,6	5,9	6,1	6,5	6,0–7,0
Vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa laitoshoidossa terveyskeskuksissa olevat 75 vuotta täyttäneet 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä	4,4	4,4	3,7	3,1	2,0–3,0

Sosiaali- ja terveysministeriön (2013, 51–52) laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi otetaan myös kantaa strategisen johtamisen merkitykseen. Strategialla onkin hyvin suuri merkitys organisaation toiminnassa. Kauhasen (2012, 18) mukaan strategia tarkoittaa organisaation toimintasuunnitelmaa, joka ulottuu pidemmälle ajanjaksolle. Jylhäsaaren (2009, 85) mukaan erityisesti terveydenhuollossa strategisuuden merkitys on korostunut, sillä nopeat ja ennakoimattomat muutokset ovat terveydenhuollon organisaatioissa jopa mahdottomia toiminnan laajuuden vuoksi.

Ennakointi on merkittävä osa strategista ajattelua. Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden ulkoisessa toimintaympäristössä tapahtuu runsaasti asioita, joiden stabiilia tilaa, jossa kaikki uudistettavat asiat olisi tehty, ei ole mahdollista saavuttaa. Ennakoinnilla tarkoitetaan tulevaisuuteen tähtääviä toimenpiteitä, joiden avulla tunnistetaan olennaiset muutokset mahdollisimman aikaisin. Ennakoinnin avulla voidaan hallita tulevaa muutosta ja parantaa päätöksentekoa. (Pauni 2014.)

Laatusuosituksessa osoitetaan, että kunnissa on strategisessa johdossa luotava edellytykset tukea ikäihmisten toimintakykyä, ja että kunnassa toteutetaan vanhuspalvelulain mukaisia vaatimuksia. Palvelurakennetta on kehitettävä niin, että palvelut kohdistuvat kotiin ja ikääntyneiden palvelutarpeisiin kyetään vastaamaan sopivalla tavalla. Haasteena onkin suunnitella toimivat palveluketjut, jotka tukevat yhteisesti sovittuja tavoitteita ja edistää asiakkaan siirtymistä eri palvelujen välillä sujuvasti. (Sosiaali- ja terveysministeriön 2013, 51–52.)

3 JOHTAMINEN JA PÄÄTÖKSENTEKO

3.1 Rationaalinen ja rajoitettu rationaalinen päätöksenteko johtamisessa

Johtamiseen liittyy olennaisena osana päätöksenteko, joka on erilaisten valintojen tekemistä vaihtoehtojen välillä. Päätös muodostuu tavoitteiden valinnasta ja keinoista tavoitteisiin pääsemiseksi. Päätöksentekijä joutuu punnitsemaan eri ratkaisuvaihtoehtojen hyötyjä ja kustannuksia, jotta hän toimisi organisaation hyväksi. Lisäksi hänen on huomioitava mahdolliset päätöksentekoon liittyvät rajoitteet, joita luovat resurssit, esimerkiksi aika ja raha sekä institutionaalisuus, kuten päätöksentekotapa ja -aika. (Hyyryläinen 2012, 41–42, Paloheimo & Wiberg 2012, 261.)

Paloheimon ja Wibergin (2012, 261–263) mukaan päätöksenteko voidaan jakaa yksilölliseen, interaktiiviseen ja kollektiiviseen päätöksentekoon. Yksilöllisessä päätöksenteossa ihminen tekee itseään koskevia päätöksiä ja toimii niiden mukaan ottaen huomioon kuitenkin ympäröivän yhteiskunnan normit eli institutionaaliset rajoitteet. Interaktiivisessa päätöksenteossa ihmiset pyrkivät vuorovaikutuksen kautta edistämään omien tavoitteidensa toteutumista. Kollektiivinen päätöksenteko tapahtuu organisaatioissa, joissa on omia päätöksentekoa koskevia normeja. Ratkaisut tehdään organisaation nimissä esimerkiksi sopimuksilla tai auktoriteettivallalla.

Päätöksentekoa voidaan arvioida myös rationaalisuuden tai irrationaalisuuden kautta erityisesti yksilöllisessä päätöksenteossa. Rationaalinen päätöksentekijä tavoittelee maksimaalista hyötyä itselleen ja toimii tavoitteellisesti tulevaisuuteen suunnaten. Rationaalisen päätöksenteon teoria analysoikin ihmisen käyttäytymistä erilaisissa päätöstilanteissa, jos hän on toimijana rationaalinen. (Paloheimo & Wiberg 2012, 262–265.) Hyyryläinen (2012, 42) määrittelee rationaalisen päätöksen olevan sellainen, jolla saadaan mahdollisimman hyvä lopputulos mahdollisimman vähillä resursseilla. Tämä sopii kriteerinä päätöksenteon mielekkyyteen niin yksityiseen kuin julkiseenkin organisaatioon. Julkisen organisaation tulee vain ottaa huomioon omien preferenssiensä lisäksi yhteiskunnalliset arvot päätöksenteon yhteydessä (Simon 1979, 107).

Rationaalisessa päätöksenteossa vertaillaan päätöksen ennakoitujen hyötyjen ja haittojen suhdetta ja valitaan parhaaksi osoittautuva vaihtoehto. Rationaalisen päätöksenteon teoria analysoi toimijan päätöksentekoa ja keinoja, jotka toteuttavat tavoitteet mahdollisimman optimaalisesti. Teorian mukaan toimija on rationaalinen, jos hänen käyttäytymisensä täyttää seuraavat ehdot (mukaillen: Paloheimo & Wiberg 2012, 266):

- a) *”Toimija osaa järjestää päätösvaihtoehdot omien preferenssiensä mukaiseen paremmuusjärjestykseen”*

- b) *”Jos toimija pitää vaihtoehtoa 1 parempana tai vähintään yhtä hyvänä kuin 2, ja edelleen vaihtoehtoa 2 parempana tai vähintään yhtä hyvänä kuin vaihtoehto 3, niin hän pitää myös vaihtoehtoa 1 parempana tai vähintään yhtä hyvänä kuin vaihtoehtoa 3.”*
- c) *”Toimija valitsee vaihtoehdoista aina sen, mitä hän omien preferenssiensä perusteella pitää parhaana.”*
- d) *”Toimija valitsee vaihtoehdoiltaan samanlaisessa päätöstilanteessa aina saman vaihtoehdon, elleivät hänen preferenssinsä ole ajan mittaan muuttuneet. Rationaalinen toimija muodostaa vaihtoehtoja koskevan preferenssinsä riittävän, relevantin ja mahdollisimman oikean evidenssin perusteella. Kun vaihtoehtoja koskeva evidenssi muuttuu, toimija voi muuttaa preferenssejään.”*

Rationaalinen päätöksentekijä siis toimii tavoitteellisesti määritellen itselleen tärkeät arvot asettaen ne tärkeysjärjestykseen. Lisäksi rationaalinen päätöksentekijä asettaa itselleen tärkeiden arvojen kanssa yhteen sopivia tavoitteita ja tunnistaa keinot, joilla tavoitteisiin voi päästä. Näin ollen tavoitteellinen rationaalinen toiminta on myös eri päätös- vaihtoehtojen tuottamista. (Paloheimo & Wiberg 2012, 266.)

Tiedolla on merkittävä osuus rationaalisen päätöksenteon mahdollistajana. Simonin (1979, 106, 114) mukaan tiedon avulla havaitaan, mitkä tulevat seuraamukset tulevat toteutumaan. Tiedolla siis erotellaan kunkin vaihtoehdon ainutkertainen seuraamus. Täydellisen rationaalisuuden viitekehityksessä yksilön tulisi siis tietää kunkin vaihtoehtoisen strategian seuraamukset tiedon avulla ja verrata näitä seuraamuksia keskenään. Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollossa johtajat käyttävät tärkeimpinä tietolähteinään päätöksenteossa muun muassa organisaation talousarviota, päätöksenteon strategista sopivuutta, oman yksikön toimintasuunnitelmia, organisaation ohjeita ja menettelytapoja, omaa ammatillista kokemusta sekä omilta alaisilta saatua tietoa (Lavis ym. 2005, Fraser & Estabrooks 2008, Simonen 2012, 50). Kaporin ja Bondyn (2006) mukaan terveydenhuollon johtajat nimesivät tärkeimmiksi päätöksentekoon vaikuttaviksi tekijöiksi henkilökohtaisen kokemuksellisuuden, keskustelun kollegoiden kanssa ja yhteiskunnalliset suuntaviivat. Simonen (2012, 50) mukaan lainsäädäntö oli vahva vaikuttaja päätöksentekoon, mutta vähiten päätöksentekoon vaikutti julkisen sanan kannanotot. Toisaalta Laviksen ym. (2005) mukaan julkinen mielipide oli vahvana tekijänä päätöksenteon vaikuttajana.

Aina rationaalinen päätöksenteko ei ole mahdollista. Kriitikot ovatkin arvostelleet rationaalisen päätöksenteon teoriaa siitä, että todellisuudessa päätöksenteko on mutkikkaampaa kuin yksinkertaisten hyötyjen ja haittojen vertailu. Kysymyksiä herättävätkin seikat, joissa pohditaan pystyykö päättäjät ottamaan kaikki hyödyt ja haitat huomioon tai ovatko hyödyt ja haitat edes yhteismitallisia keskenään. Lisäksi tulee ottaa huomioon itse

päätöksentekijä, jonka päätöksiin vaikuttavat inhimilliset seikat, joita ei välttämättä pystytä ennakoimaan tai arvioimaan ylipäättäen. Osittain voidaankin sanoa, että ainakin täydellinen rationaalinen päätöksenteko on käsitteenä mahdoton. (Hyyryläinen 2012, 44–45.) Herbert Simon (1979, 78–79.) korostaakin, etteivät ihmiset tee aina optimaalisia valintoja, eli toimi täydellisen rationaalisesti päätöksentekijöinä. Asiaa perustellaan sillä, ettei kaikkia hyötyjen ja haittojen seurauksia pystytä ennakoimaan, seurauksia voidaan ennakoida epätäydellisesti ja päätöksenteossa ei yleensä todellisuudessa ole käytettävissä kaikkia mahdollisia vaihtoehtoja. Päätöksenteossa pyritään näin ollen tyydyttäviin ratkaisuihin. Päätös ei siis välttämättä ole paras mahdollinen vaan riittävän hyvä, joka säästää päättäjän resursseja. Tätä kutsutaan rajoitetuksi rationaaliseksi päätöksenteoksi. (Paloheimo & Wiberg 2012, 266–267, Hyyryläinen 2012, 46–47.)

Simon (1979, 79) jaottelee rajoittuneisuuden kolmeen osaan pohtimalla, mitkä ovat organisaation yksittäisen jäsenen suorituskykyyn liittyvät rajoitukset sekä rajoitukset kykyyn tehdä oikeita päätöksiä. Ensimmäinen rajoitus koskee henkilön taitojen, tapojen ja refleksien tiedostamattomuutta, jotka rajoittavat hänen toimintaansa. Lisäksi yksilön toimintaa rajoittavat hänen arvonsa ja tavoitteeseen liittyvät mielikuvat, jotka vaikuttavat päätöksentekoon. Tällä tarkoitetaan esimerkiksi henkilön sitoutuneisuutta organisaatioon ja organisaation tavoitteisiin, jolloin sitoutunut henkilö ottaa ne huomioon. Organisaatioon sitoutumaton henkilö puolestaan saattaa sekoittaa päätöksentekoon omia motiivejaan. Kolmanneksi yksilön päätöksentekoa rajoittaa hänen asiaa koskevan tiedon määrä. Merkityksellistä tällöin on esimerkiksi organisaation tuottaman tiedon kanavoiminen oikeaan päätöksentekopaikkaan oikeaan aikaan. (Simon 1979, 78–79.)

Rajoittuneisuutta aiheutuu siis päätöksentekijästä itsestään, mutta myös organisatorisista syistä. Päätöksentekijällä ei siis aina ole tietoa, taitoa tai kykyä tehdä järkevää päätöstä tai hänellä ei ole tietoa vaihtoehtoista. Kaikkia mahdollisia seurauksia ei pystytä hahmottamaan niistäkään vaihtoehtoista, jotka pystytään tunnistamaan. Organisatoriset rajoitteet puolestaan muodostuvat esimerkiksi organisaation rakenteista, kun samaan päätökseen saattaa osallistua useampi päätöksentekijä. Näin ollen päätöksentekotilannetta ei pystytä kokonaisvaltaisesti välttämättä tarkastelemaan, koska jokainen päättäjän näkee tilanteen omalta rajoittuneelta sektoriltaan. (Paloheimo & Wiberg 2012, 267.) Esimerkiksi päätöksenteko julkisessa organisaatiossa on Virtasen ja Stenvallin (2014, 87) mukaan prosessina näennäisen monimutkainen. Päätöksiä julkisissa organisaatiossa tekevät demokraattisesti valitut edustajat, virkamiesjohto annettujen valtuuksien rajoittamana tai yksittäinen työntekijä. Päätöksentekoa rajoittavat myös hierarkkisuus, hitaus ja hajanaisuus (Simonen ym. 2012) sekä ajan käyttöön liittyvät paineet, päätöksenteon tueksi tarvittavan tiedon puute sekä tiedon laadun arvioimisen heikkoudet (Rundall ym. 2007). Myös organisaation käytäntöjen hajanaisuus vaikuttaa päätöksentekoon luomalla eroja johtajien päätöksentekotapoihin ja perusteisiin. Tällöin kaikki johtajat eivät noudata organisaation tapoja samalla intensiteetillä, vaan päätöksentekoon vaikuttaa vahvasti oma

arvostelukyky ja toimintatapa riippumatta organisaation suosituksesta. (Fraser & Estabrooks 2008). Simonin (1979, 79) mukaan on kuitenkin huomioitava, että rationaalisuuden rajoitukset eivät ole pysyviä. Rajoitusten tiedostaminen jo itsessään muuttaa niitä. (Simon 1979, 79.)

Päätöksiä voidaan tehdä Paloheimon ja Wibergin (2012, 279) mukaan kolmessa eri tilanteessa: varmuuden, riskin ja epävarmuuden vallitessa. Varmuuden vallitessa päätöksentekijä pystyy ennakoimaan varmuudella päättämiensä asioiden seuraukset ja osaa valita parhaana pitämänsä vaihtoehdon.

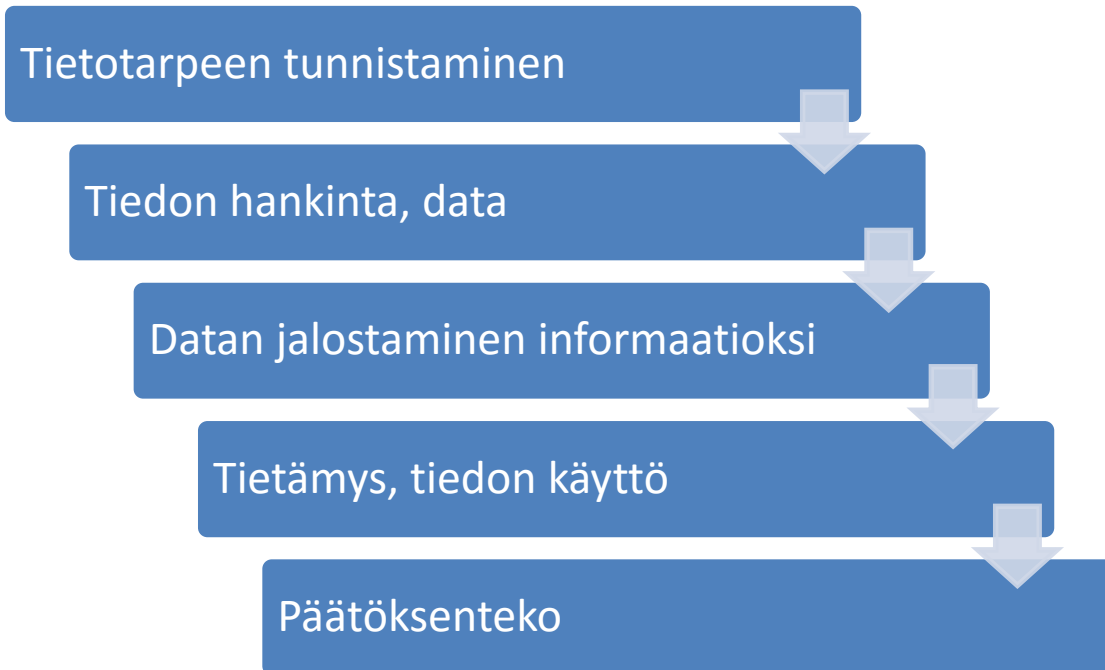
Riskin vallitessa päätöksentekijä ei voi olla täysin varma, mitä päätöksestä seuraa. Tiedossa kuitenkin on eri seurauksien todennäköisyydet. Tällöin päättäjä arvioi päätöksen seuraamusten todennäköisyydet ja valikoi pienemmän riskin päätöksenteon. Päätöksentekijä joutuu siis punnitsemaan päätöksen seurauksen hyötyjä ja haittoja. Esimerkiksi kustannus-hyötyanalyysi on työkalu erilaisten päätösvaihtoehtojen vertailuun. (Paloheimo & Wiberg 2012, 280–281.)

Epävarmuuden vallitessa puolestaan päätöksentekijä joutuu toimimaan tilanteessa, jossa ei ole tarkkaa käsitystä päätösten seurausten todennäköisyydestä. Apuna voi tällöin käyttää esimerkiksi kustannusmatriiseja, joiden avulla voidaan tehdä erilaisia normatiivisia päätöksiä. Yksi vaihtoehto on esimerkiksi pienimmän kustannuksen aiheuttava päätösvaihtoehto, jota toteuttavat optimistit ja riskinottajat. Vaihtoehtoisesti voidaan valita maksimikustannusten minimointi päätösvaihtoehto, jota noudattavat pessimistit ja riskinkaihtajat: sillä varaudutaan pahimpaan mahdolliseen seuraukseen. Kolmas vaihtoehto on kompromissi näiden väliltä. (Paloheimo & Wiberg 2012, 283.) Virtanen ja Lindvall (2014, 90–91) tuovat epävarmoin päätöksenteon tilanteisiin ratkaisuksi myös analyysin vastaavista päätöksentekotilanteista ja kohteena olevista ilmiöistä. Näiden tarkoituksena on auttaa hahmottamaan erilaisia vaihtoehtoja vastaavanlaisista tilanteista.

3.2 Mitattava tieto johtamisen tukena

Tiedolla johtaminen juontaa juurensa jo 1800-luvulle ja Taylorin tieteelliseen liikkeenjohtoon, jolloin ensimmäistä kertaa johtaminen nähtiin ammatillisena ja tietoon perustuvana toimintana (Harisalo 2010, 58, Virtanen & Stenvall 2010, 20). Laihosen ym. (2013, 8) mukaan tiedolla johtaminen voidaan jakaa kahteen pääsuuntaukseen; liikkeenjohdolliseen, joka pyrkii kehittämään välineitä tietoon liittyvien johtamistehtävien suorittamiseksi ja toisaalta tietojärjestelmien kehittämistä korostavaan tietotekniseen tietojohdantamiseen. Tässä työssä tiedolla johtamisella tarkoitetaan erityisesti tilannetta, jossa esimerkiksi päätöksentekoon tarvitaan tietoa oman organisaation toiminnasta (Kuntaliitto 2014), ks. kuvio 1. Tieto itsessään voidaan Laihosen ym. (2013, 17–19) mukaan jäsentää esi-

merkiksi dataan, joka on rakenteettomia tosiasioita. Datan perusteella luodaan informaatiota rakenteellistamalla sitä ja käyttämällä rakenteellista dataa analyyseissa. Nämä ovat usein eksplisiittistä tietoa, joka on helposti siirrettävissä ja tallennettavissa. Informaatiota tulkitsemalla muodostetaan tietämystä, joka on myös inhimillistä kokemuksen myötä karttuvaa tietoa. Esimerkiksi organisaatiossa olevasta informaatiosta tehtävää tulkintaa kutsutaan tietämykseksi.



Kuvio 1 Tiedolla johtaminen ja päätöksenteko

Tietoon perustuva johtaminen perustuu faktoihin ja rationaalisuuteen (Virtanen & Stenvall 2010, 21). Esimerkiksi Tuomivaaran ja Eskelisen (2012, 32, 41, 79) mukaan kotihoidon esimiestyöhön kuuluu olennaisesti tietoon perustuva raportointi yksikön toiminnasta ylemmälle taholle. Organisaatiot keräävät ja tuottavat tietoa erinäisiin raportteihin. Tieto, jota johtamisessa käytetään voi olla sekä laadullista että määrällistä. (Virtanen & Stenvall 2010, 21, Laihonon ym. 2013, 11–15). Ongelmaksi johtamisen päätöksenteossa saattaa muodostua joko liiallinen tieto tai tarkoituksenmukaisen tiedon puute. Sähköiset järjestelmät aiheuttavat toisaalta tietotulvaa, joka puolestaan estää työn olennaisiin osiin keskittymisen ja asianmukaisen tiedon seulomisen. Yhteen sopimattomat tai toimimattomat tietojärjestelmät luovat myös omat ongelmansa tiedon hyödyntämiselle. Lisäksi haasteena voi olla datan ja informaation heikko laatu, virheellisyys, ristiriitaisuus tai puutteellisuus, jota pyritään ennaltaehkäisemään muun muassa tallentamisen ohjeilla ja koulutuksella. (Virtanen & Stenvall 2010, 21, Laihonon ym. 2013, 11–15). Tuomivaaran ja Eskelisen (2012, 45–46) mukaan sosiaali- ja terveystieteiden johtamisessa

tietotekniikka onkin muuttunut erittäin merkittäväksi tekijäksi osana lähiesimiehen arki-työtä. Se antaa esimiehelle mahdollisuuden päätöksentekoon, joka perustuu ajantasaiseen ja oikeaan tietoon. Yleensä esimiehet kokevat, että työhön liittyvät tilastot ovat helposti saavutettavissa ja käsiteltävissä erilaisten tietojärjestelmien avulla. Toisaalta Jylhä ja Kinnunen (2008, 46) korostavatkin, että tietojen kerääminen erilaisiin tietokantoihin on turhaa, ellei niitä osata hyödyntää päätöksenteossa. Jo tiedon keruun suunnitteluvaiheessa onkin syytä kiinnittää huomiota, että tieto on niin johtamisessa kuin kliinisessä päätöksenteossa hyödynnettävissä.

Virtanen ja Stenvall (2014, 102) määrittelevät hyvän tiedon ominaisuuksiksi paikkansapitävyyden eli totuudenmukaisuuden sekä ajantasaisuuden, jolloin tieto toimitetaan silloin kun se on vastaanottajalle välttämätöntä ja hyödyllistä. Lisäksi tiedon tulisi olla täydellistä, jolla tarkoitetaan tiedon merkityksellisyyttä toimijoille. Esimerkiksi Rundall ym. (2007) kehottavatkin terveydenhuollon johtajia pohtimaan päätöksenteon tukena käytettävän tiedon luotettavuutta muun muassa omaan organisaatioon ja asiakaskuntaan sovellettavuuden kannalta. Toisaalta terveydenhuollon päätöksentekijät kaipaavat päätöksenteon tueksi napakkaa ja selvästi kirjattua tutkimustietoa, johon on kirjattu myös tutkimustulosten perusteella toimintasuosituksia tuloksiin perustuen (Orton ym. 2011). Keskeistä on myös tiedon helppo saatavuus (Simonen ym. 2012). Näiden tekijöiden koetaan helpottavan ja jopa tehostavan (Simonen ym. 2012) tiedon käyttöä päätöksenteon tukena sen sijaan, että tuloksien perusteella pitää tehdä itse päätelmiä. (Orton ym. 2011.)

Tiedolla johtaminen ja päätöksenteko tiedon perusteella edellyttävät tietotarpeen tunnistamista. Tietotarpeella tarkoitetaan sitä aukkoa, joka on nykyisen tiedon ja päätöksentekoa edellyttämän tiedon välillä (Laihonen ym. 2013, 25), joskin tietotarpeen määrittely voi olla haasteellista organisaatioiden ja niiden toimintaympäristön jatkuvan muuttumisen vuoksi (Pauni 2014). Johtamisessa tietotarve koskee olennaisen informaation saamista toiminnan seurannan, suunnittelun ja päätöksenteon tueksi. Erityisesti palveluiden johtamisessa tarvitaan tietoa tekijöistä, jotka toimivat ja jotka eivät toimi oikeiden valintojen tekemiseksi sekä toiminnan kehittämiseksi. Informaatiota tätä varten voidaan kerätä mittaamalla, jolla on merkittävä rooli johtamisen tukena. Mittaustietoa voidaan hyödyntää henkilöstön ohjauksessa ja kannustamisessa yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi (Jääskeläinen ym. 2013, 9, Laihonen & Lönnqvist 2014.). Van Beverenin (2003) mukaan tosin ylempi johto ei ollut kiinnostunut viemään tietoa alaisilleen, koska tämän ei koettu vaikuttavan työntekijöiden toimintaan millään tavalla. Tiedon käyttö edellyttää siis johdon oman positiivisen asenteen omaamista ja tiedon käytön motivaation osoittamista alaisille (Simonen ym. 2012).

Tiedolla johtamisen onnistuessa tieto osataan hyödyntää tarkoituksenmukaisesti, joka lopulta johtaa organisaation toiminnan tehostumiseen (Virtanen & Stenvall 2010, 21, Laihonen ym. 2013, 11–15). Tiedosta luodaan tällöin arvoa, jolloin esimerkiksi päätökset

perustuvat totuudenmukaiseen tilanteeseen. Tilanteen kuvaus usein luodaankin eksplisiittisellä mittausinformaatiolla (Laihonen ym. 11–15, 28).

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa asiakkaan toiminta on keskeistä, jolloin myös mittaamisessa keskeistä on asiakasnäkökulma. Modernit palveluorganisaatiot hyödyntäväkin asiakkaita mittaamisessa ja hyödyntävät edelleen tuloksia toiminnan kehittämisessä. Pelkkä asiakastyytyväisyyskysely ei kuitenkaan yksinään riitä toiminnan kehittämiseen, vaan johdon tulee hyödyntää myös asiakkaisiin liittyvää mittaamistietoa. (Laihonen & Lönnqvist 2014.) Esimiehet hyödyntävätkin erilaisia asiakastietojärjestelmiä henkilöstöhallinnollisiin tehtäviin sekä asiakastarpeiden muutosten seurantaan. Esimerkiksi kotihoidon esimiehet käyttävät asiakastietojärjestelmää työntekijäkohtaisten asiakasmäärien seurantaan. Työvuorojärjestelmästä tai työajanseurannasta puolestaan saatiin tietoa resurssien käytöstä ja tietoa hyödynnettiin niiden uudelleen ohjaamiseen. (Tuomivaara ja Eskelinen 2012, 32, 41, 79.)

Toisaalta resurssien allokoimiseen käytetään myös omaa ammattitaitoa riippumatta organisaation käytännön tavoista tai mitattavasta tiedosta (Fraser & Estabrooks 2008). Esimiehet kuitenkin tarvitsevat tilastotietoa ja näyttöä työntekijöiltä saadun tiedon lisäksi. Tiedon käyttöä tosin keskijohdon mukaan tulisi esimiehille opastaa entistä tarkemmin, jotta myös työntekijäportaalla ymmärrettäisiin tilastojen tekemisen tarpeellisuus ja niiden tekemisen taustalla olevat syyt olisivat kaikille selviä. (Tuomivaara ja Eskelinen 2012, 32, 41, 79.) Laihonen ja Lönnqvist (2014) korostavatkin, että mittaaminen saattaa kuormittaa ja kuluttaa resursseja ja näin ollen mittaaminen koetaan turhana erityisesti jos se on teknisesti hankalaa. Tämä voi vaikuttaa myös esimiehen päätöksentekoon. Esimerkiksi itse kuormittuneet esimiehet eivät välttämättä ohjaa lisää resursseja alaisilleen asiakastyöhön. (Fraser & Estabrooks 2008.)

Asiakastarpeiden ja niiden muutosten seurantaan ikäihmisten palveluiden johdossa käytetään esimerkiksi asiakastietojärjestelmiä RAVA ja RAI, jotka mittaavat asiakkaan toimintakyvyn muutosta ja ovat käytössä erityisesti kotihoidossa. (Tuomivaara ja Eskelinen 2012, 45–46.) RAVA-mittari oli jo vuonna 2005 ikääntyneiden palveluntarvetta arvioidessa ja päätöksiä tehtäessä eniten käytetty mittari (Voutilainen & Vaarama ym. 2005), joka esitellään tarkemmin luvussa 4.3. RAI-järjestelmä puolestaan on THL:n ylläpitämä kansainvälinen arviointi- ja seurantajärjestelmä, joka perustuu useisiin standardoituihin mittareihin, joilla arvioidaan iäkkäiden henkilöiden palvelutarvetta. RAI-järjestelmän kysymykset koostuvat neljästä eri toimintakyvyn osa-alueesta, joita ovat arjesta suoriutuminen, psyykinen hyvinvointi, kognitio sekä sosiaalinen vuorovaikutus ja aktiivisuus. Osa-alueet jakaantuvat sisältöalueisiin, joita on hieman yli 50. Lisäksi järjestelmässä on palvelukohtaisia kysymyksiä, jotka on räätälöity esimerkiksi kotihoitoon tai ympärivuorokautiseen hoitoon. (THL 2014.)

3.3 RAVA™ -mittari

Resurssien oikein kohdentamisen avuksi tarvitaan tietoa, jota voidaan saada esimerkiksi erilaisin mittarein. Jo vuonna 1997 (Lahtinen ym. 1999, 9–10) suurten kaupunkien terveysjohtajat kokivat tärkeäksi resurssien kohdentamisen apuvälineeksi toimintakyvyn ja avuntarpeen mittaamisen. Sosiaali- ja terveydenhuollossa käytettävien mittareiden tulee kuitenkin olla helppokäyttöisiä sekä informatiivisia. Näin eri ammattiryhmät omaksuvat mittarin käytön ja mittari tuottaa toiminnan johtamiseksi tarvittavaa tietoa.

Tähän tarpeeseen Tapio Rajala ja Eero Vaissi kehittivät vuosina 1989-1990 RAVA™ -mittarin, joka on RAVA-indeksiin perustuva yli 65-vuotiaiden toimintakyky- ja avuntarvemittari. Mittarin nimi muodostuu kehittäjiensä sukunimien kahdesta ensimmäisestä kirjaimesta. Mittari kehitettiin alun perin kuntien palvelurakennetarkastelua varten. Mittarilla ja siitä saatavalla indeksillä on verrattu eri hoitomuotojen sekä hoitolaitosten asiakkaiden toimintakykyä suhteessa hoitajien subjektiiviseen arvioon hoidon raskaudesta. Toimintakyky-indeksiä on verrattu myös kustannuksiin sekä ohjattu potilasvirtoja terveydenhuollossa. Lisäksi mittari vaikuttaisi olevan merkittävä tekijä ikäihmisten hoitopaikan valinnassa ja kriteerinä SAS (suunnittele, arvioi, sijoita) -työryhmissä kunnissa. (Lahtinen ym. 1999, 9.)

Mittarilla arvioidaan ikäihmisen päivittäisen avun ja hoivan tarvetta sekä toimintakykyä. Arviointi tehdään sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen toimesta ja siinä arvioidaan asiakkaan näköä, kuuloa, puhetta, liikkumista, rakon ja suolen toimintaa, syömistä, lääkitystä, pukeutumista, peseytymistä, muistia ja psyykettä. Toimintakykyarvion taustalla vaikuttavat siis päivittäinen selviytyminen toiminnoista, sairastavuus sekä sosiaalinen ja fyysinen ympäristö. Merkitystä on myös jo annettavien sosiaali- ja terveystalvelujen sisällöllä sekä kaikki ikäihmisen omatoimisuutta alentavilla ja edistävillä toimilla. Lisäksi tukena käytetään MMSE-muistitestiä sekä GDS-15 depressioseulaa. (Lahtinen ym. 1999, 9, FCG Oy 2014b, Sokka 2014.)

Mittarin avulla asiakkaalle lasketaan RAVA-indeksi, jonka perusteella asiakas voidaan sijoittaa RAVA-luokkaan (ks. taulukko 4). RAVA-indeksi voi henkilön kohdalla vaihdella 1,29–4,03 välillä. Indeksit puolestaan jakaantuvat kuuteen luokkaan vaihdellen satunnaisesta avuntarpeesta ja itsenäisesti kotona selviytyvästä asiakkaasta täysin autettavaan ympärivuorokautisen hoivan piiriin kuuluvaan asiakkaaseen. Mitä suuremman arvon arvioitava iäkäs saa, sitä suurempi on siis hänen avuntarpeensa. Huomioitavaa on, että indeksi kuvaa vain sitä ympäristöä, missä arviointi on tehty. Näin ollen indeksi voi vaihdella eri ympäristöissä. Esimerkiksi sairaalaympäristössä muodostunut indeksi ei ole vertailukelpoinen kotona muodostuneeseen indeksiin, koska ympäristö voi joko vahvistaa tai heikentää ikääntyneen toimintakykyä. (Lahtinen ym. 1999, 9, FCG Oy 2014b, Sokka 2014.) Arvioinnissa merkittävää on myös mittarin täyttävän henkilöstön koulutus, jotta

siitä saatava tieto olisi luotettavaa. Koulutuksen avulla mittarin täyttö on yhtenäistä ja sillä on merkitystä mittarin tuottamaan indeksiin. (Sokka ym. 2012.)

Mittarin lisenssin on hankkinut yli 300 kuntaa ja sadat yksityiset palveluntarjoajat. Mittarin omistaa Suomen Kuntaliitto ja sitä hallinnoi FCG Finnish Consulting Group Oy. RAVATM -mittarin peittoalue kattaa yli 80 % Suomen yli 65-vuotiaista. (Sokka 2014.)

Taulukko 4 Arvioitu avun tarve RAVA-luokittain (FCG Oy 2014, Lahtinen ym. 2007)

RAVA-luokka	RAVA-indeksi	Avun tarve	Viitteellinen hoito-suositus
1	1,29–1,49	Satunnainen	Itsenäisesti kotona tai omaisen avulla/kotihoito vain poikkeustapauksessa
2	1,50–1,99	Tuettu hoito	Kotihoito/tehostettu palveluasuminen erityistilanteissa
3	2,00–2,49	Valvottu hoito	Tehostettu kotihoito/Tehostettu palveluasuminen
4	2,50–2,99	Valvottu hoito	Tehostettu palveluasuminen/vanhainkoti/tehostettu kotihoito
5	3,00–3,49	Tehostettu hoito	Vanhainkotihoito/terveyskeskussairaalan pitkäaikaishoito/tehostettu kotihoito
6	3,50–4,03	Täysin autettava	Terveyskeskussairaalan pitkäaikaishoito/vanhainkoti/tehostettu kotihoito

RAVATM -mittaria voidaan hyödyntää esimerkiksi yksittäisen asiakkaan hoidon suunnitteluun ja arviointiin sekä hoitoon liittyvien asioiden perusteluihin ja valintoihin. Toi-

mintakyvyn arvion lisäksi arvioidaan myös asiakkaan hoitoisuus asteikolla 1-10, joka tarkoittaa hoitajan subjektiivista näkemystä hoidon raskaudesta. Tämä ei vaikuta indeksiin, mutta on merkityksellinen arvioitaessa esimerkiksi työn kuormittavuutta. Joissakin kunnissa mittarin antamaa indeksiä hyödynnetään palvelujen myöntämisen kriteerinä, joskin päätöksenteon tulisi nojautua kokonaisvaltaisen toimintakyvyn ja tilanteen mukaiseen arvioon. RAVA-indeksin ei siis tule olla ainoa kriteeri, johon nojata. Esimerkiksi joissakin kunnissa indeksin alaraja kotihoidon palvelujen myöntämiselle on 1,5 ja laitoshoidon alarajana 3,0. Lisäksi mittaria voidaan käyttää toimintayksikötasolla kehittämisessä ja arvioinnissa vertaillen eri yksiköitä, osastoja tai tiimejä. Sitä voidaan hyödyntää myös johtamisen vahvistamisessa ja hyödyntää henkilöstötarpeen arvioinnissa, kustannusten arvioinnissa ja resurssisuunnittelussa. Lisäksi mittaria voi hyödyntää asiakas- ja palvelumaksujen suunnittelussa. Kunnan ja valtakunnan tasolla mittaria voidaan käyttää palvelurakenteen ohjauksessa ja arvioinnissa sekä palveluiden arvioinnissa ja päätöksenteossa. (Laine ym. 2007, Sokka ym. 2012, FCG Oy 2014b.)

RAVA™ -arvioinnit tehdään RAVATAR -sovelluksella, joka tallentaa tiedot valtakunnalliseen tietokantaan. Tietokannassa henkilötunnukset eivät ole yhdistettävissä arviointitietoihin, joten sovelluksen avulla voidaan tuottaa erilaisia raportteja RAVA™ -indekseistä yksiköittäin. Lisäksi sovelluksen avulla on mahdollista tehdä poikkileikkaus-tutkimus, joka mahdollistaa vertailun alueittain tai kuntien välillä. (FCG Oy 2014b.)

RAVA-indeksin on todettu olevan käyttökelpoinen avun tarpeen mittaamisessa jo vuonna 1998 (Lahtinen ym. 1998, 31). Indeksillä pystyttiin myös erottelemaan eri hoitomuodot toisistaan. Suurten kaupunkien vertailussa todettiin, että RAVA-indeksin hajonta oli hoitomuodoissa suurta, mitä voitaisiin pienentää kehittämällä hoitopaikan valintaa ja kriteereitä niin, että ikääntyneet sijoitettaisiin todellista hoidon tarvetta vastaavaan hoitomuotoon. Myös Leskinen (2012, esimerkiksi 55–56) totesi pro gradu -tutkielmassaan RAVA-mittarin olevan reliaabeli, sillä kahden eri hoitajan arvioinnit olivat toisiaan vastaavat usealla mittauskerralla samaa ilmiötä mitattaessa. Mittarin luotettavuuteen liittyi myös Laineen ym. (2007) tutkimus, jossa todettiin hoitajien hoitoon käyttämän ajan lisääntyvän RAVA-luokissa siirryttäessä korkeammalle tasolle. Huomioitava on, ettei RAVA mittaa muita annettavan hoidon aikaan vaikuttavia tekijöitä, kuten käytöshäiriöitä tai kognitiota, mikä voidaan jopa nimetä mittarin puutteeksi.

Tuomivaaran ja Eskelisen (2012, 59–60, 76–77) mukaan esimiehet ikäihmisten palveluissa ja erityisesti kotihoidossa hyödynsivät palvelun laadun ja vaikuttavuuden parantamiseen RAI- ja RAVA -mittareita. Näiden toimintakykymittareiden avulla pystyttiin seuraamaan asiakkaiden mahdollisia ongelmia ja herättämään keskustelua mitä niille tulisi tehdä. Huomioitavaa vertailussa kuitenkin oli, ettei RAVA tunnista esimerkiksi mielen-terveyspotilaita. Näin ollen RAVA-tulokset saattoivat joissakin esimiehen alaisissa eri tiimeissä vaihdella runsaastikin, jolloin näytti siltä, että tiimeissä a on toimintakyvyltään parempikuntoisia asiakkaita kuin tiimeissä b. Toisaalta tämä antoi mahdollisuuden käydä

keskustelua alaisten kanssa asiakasmateriaalista. RAVA-tuloksia hyödynnettiin myös asiakaskohtaisessa resursoinnissa, kuten siinä, milloin asiakkaan hoitamisessa on siirryttävä kahden henkilön tiimityöskentelyyn turvallisuuden näkökulmasta. Lisäksi RAVA-arvoja voitiin verrata suhteelliseen tiimin henkilöstömäärään. Asiakastyön näkökulmasta esimiehet toivat esille sen, että RAVA-pisteet eivät välttämättä parane huonokuntoisten ja erityisten iäkkäiden asiakkaiden ollessa kyseessä, mutta jo pisteiden pysyminen samalla tasolla oli merkittävä saavutus toimintakyvyn näkökulmasta. Huolta kuitenkin esimiesten taholta aiheuttaa se, että henkilöstöllä tulisi olla aikaa varsinaisen asiakastyön lisäksi keskittyä arviointien tekemiseen. Arviointeja tehdään usein aikataulutetusti, mutta toisaalta esimiehet toivoisivat, että asiakastyössä olevat hoitajat voisivat itse päättää, milloin arvioinnin tekeminen olisi järkevää. Tällöin myös motivoitaisiin työntekijöitä tekemään mittaukset asiakkaita varten eikä tietojärjestelmiä varten. Aikataulutettu RAVA-arviointien teko esimerkiksi kaksi kertaa vuodessa vaikutti myös esimiestasolla jaksamiseen ja työn kuormitukseen.

RAVATM-mittarin avulla pystytään myös arvioimaan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia RAVA-luokittain esimerkiksi kotihoidon näkökulmasta (taulukko 5) (Lahinen 2003, 66). Kustannusten arvioinnilla on erityisesti ikäihmisten palveluiden näkökulmasta merkitystä, sillä vertailtaessa eri palvelurakenteiden mukaisia kustannuksia on voitu todeta, että nykyisen palvelurakenteen ylläpitäminen on kallein vaihtoehto. Tällä mallilla bruttokäyttökustannukset tulevat kasvamaan jopa 503 miljoonaa euroa johtuen ikääntyvän väestön lisääntymisestä. Toisaalta kustannusarvioissa ei ole otettu huomioon hoitoisuuden lisääntymistä, kun avopalveluiden piiriin siirtyy entistä huonokuntoisempia eli enemmän hoitoa vaativia asiakkaita. (Kuusisto & Kauppinen 2013.) Toisaalta Sinervo ym. (2010, 5–6) ovat todenneet, ettei ikäihmisten palveluiden hoidon siirto palveluasumisen näkökulmasta yksityiselle tai kolmannelle sektorille ole edullisin vaihtoehto. Kustannusten vertailussa todettiin kunnallisen palveluasumisen olevan halvinta verrattuna yksityisten ja järjestöjen asumisyksiköihin. Tulos ei kuitenkaan ollut täysin yksiselitteinen, sillä ei ollut varmaa, selittyikö ero alhaisella henkilöstömitoituksella.

Taulukko 5 Kotihoidon kustannukset/vuorokausi eri RAVA-tasoilla suurissa kaupungeissa vuonna 1999. (Lahtinen 2003, 76)

RAVA-luokka	Luokkarajat	RAVA k-arvo	€/vuorokausi	Kust. paino	N	Kust. yht. €/vrk	€/vrk RAVA-piste
1	1,29-1,49	1,34	9,42	0,46	3 591	33 815	7,05
2	1,5-1,9	1,69	17,82	0,86	3 565	63 519	10,52
3	2-2,49	2,22	29,8	1,44	1 384	41 246	13,44
4	2,5-2,9	2,73	42,14	2,04	899	37 884	15,42
5	3-3,49	3,22	54,37	2,63	430	23 377	16,88
6	3,5-4,02	3,71	65,52	3,17	94	6 159	17,64
Kaikki		1,82	20,68	1,00	9 963	205 999	11,38

Huomio: Taulukossa kustannukset/vrk kasvavat lineaarisesti RAVA-luokan noustessa. Kotihoidossa kustannukset vaihtelivat RAVA-luokissa voimakkaasti. RAVA-pistettä kohti laskettuna vaihtelu oli huomattavasti pienempää. Laskelma perustuu asiakaskohtaiseen toimintakyvyn ja käyntien laskentaan. Kustannukset on laskettu keskimääräisten käyntikustannusten perusteella. (Lahtinen 2003, 76)

Selvää siis on, että ikääntyneitä asiakkaita tulee hoitaa oikeassa paikassa oikeaan aikaan huomioiden todellinen toimintakyky ja avuntarve. Tällöin on kyse myös resurssien oikeanlaisesta käytöstä ja kohdistamisesta, mikä vaikuttaa myös laadukkaaseen palveluun. Kustannukset nousevat joka tapauksessa, mutta oikea-aikaisella palvelulla kustannuksia voidaan hillitä ja ohjata resurssit sinne, missä niitä todella tarvitaan. Tämän tyyppiseen arviointiin ja suunnitteluun tulee käyttää hyödyksi erilaisia arviointimenetelmiä, joista yksi esimerkki on RAVATM-mittari. (Lahtinen ym. 1999, 3, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2013a, 29, 56–58.)

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus on osa FCG Konsultointi Oy:n RAVA™ -mittarin kehittämistyötä. FCG Finnish Consulting Group Oy on Suomen kuntaliiton omistama ja Suomen suurimpia monialaisia konsulttiyrityksiä. Yhtiön palvelut keskittyvät julkisten palvelujen kehittämiseen, johdon konsultointiin, monialaiseen koulutukseen, sekä infra-, ympäristö- ja yhdyskuntasuunnitteluun. FCG Konsultointi Oy on FCG Finnish Consulting Group Oy:n tytäryhtiö, joka työllistää noin 50 henkilöä. Konsultoinnin hyvinvointipalvelut muun muassa kehittää ja arvioi yhteistyössä kuntien kanssa sosiaali- ja terveyspalveluita sekä ylläpitää ja kehittää useita sosiaali- ja terveydenhuollon luokitusjärjestelmiä johtamisen, analysoinnin ja seurannan tueksi. (FCG Oy 2014a).

4.1 Tieteenfilosofiset taustaoletukset

Tutkimusta tehtäessä on syytä huomioida, että se perustuu aina lukuisiin piileviin oletuksiin esimerkiksi ihmisistä, maailmasta ja tiedonhankinnasta. Näin ollen onkin huomioitava tutkimuksen tieteenfilosofiset taustaoletukset. (Hirsjärvi & Remes, 2002, 117, Metsämuuronen 2009, 216.) Tämän tutkimuksen taustafilosofiana voitaneen sanoa olevan osittain postpositivismi, koska tutkimuksessa pyritään osaltaan objektiiviseen havaintojen saamiseen käyttämällä kahta erilaista aineistonkeruumenetelmää, haastatteluja ja anonyymiä kyselyä. Samalla ollaan kuitenkin tietoisia siitä, ettei täydellistä objektiivisuutta voida saavuttaa, sillä tutkittavat ovat omassa luonnollisessa ympäristössään, johon ei voida vaikuttaa. Tiedon ja ymmärryksen ulkopuolelle saattaa siis jäädä myös tavoittelemattomia asioita, jolloin todellisuuskäsitys on kriittisen realistinen. Tämä osoittautuu erityisesti kyselytutkimuksen täyttäjien kohdalla, sillä esimerkiksi tarkentavia kysymyksiä heille ei voida esittää.

Postpositivismin lisäksi tutkimuksessa vaikuttaa konstruktivismi, jossa todellisuus on realistista eli eri henkilöiden suhteellista todellisuutta. Osa todellisuudesta saattaa olla, ja oletettavasti onkin, yhteistä eri yksilöiden välillä, koska vastaajat toimivat työssään samankaltaisissa ympäristöissä sosiaali- ja terveysalalla ikäihmisten palveluiden piirissä. Löydökset kuitenkin ovat tutkijan hermeneuttista tulkintaa tutkittavista ja tarkoituksena on luoda tulkintoja todellisuudesta. Löydöksinä ovat ne seikat, joita tutkija tulkitsee tutkittavasta. Tämä näkyy esimerkiksi tulosten analyysissä, jossa saatavat tulokset analysoidaan teemoittelemalla ja kategorisoimalla yhteneväiset ajatukset samoihin teemoihin. (Metsämuuronen 2009, 217–218.)

4.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusta voitaneen löyhästi luonnehtia käsitteellä fenomenografia, jossa tutkitaan sitä, miten ihmisten tietoisuudessa maailma rakentuu ja ilmenee. Erityisesti tutkitaan ihmisten käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä, jotka voivat vaihdella riippuen esimerkiksi koulutustasusta ja kokemuksista. (Metsämuuronen 2009, 234–235.) Hirsjärven ym. (2002, 27–128) mukaan tutkimuksella tulee olla myös jokin tehtävä, kuten kartoittaa, selittää, kuvata tai ennustaa ilmiötä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja selittää tutkittavaa ilmiötä eli miten sosiaali- ja terveystieteen johtajat käyttävät erilaista tietoa päätöksenteon tukena. Lisäksi kartoittava tutkimus kuvaa tätä tutkimusta, koska tutkimuksessa selvitetään myös RAVA-mittariin liittyviä, vähän tunnettuja, käsityksiä ja kehittämideoita.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin menetelmätriangulaatiota eli tutkimuskohdetta tutkittiin eri tutkimusmenetelmillä (Eskola & Suoranta 2008, 68–69). Tutkimuksen ensimmäinen osio toteutettiin haastatteluina, koska tavoitteena oli selvittää, mitä haastateltavat ajattelivat tutkittavasta ilmiöstä. Menetelmänä käytettiin teemahaastattelua, jolloin haastattelun aihepiirit olivat ennalta valittu. Teemat (ks. liite 1) valittiin tutkimusongelmaan sekä aiempaan kirjallisuuteen perustuen, jota tutkija oli tutkimussuunnitelmaan aiheesta etsinyt. Koska kyseessä on myös toimeksianto, hyödynnettiin toimeksiantajan ehdotuksia teemojen valinnassa. Haastatteluilla kartoitettiin johtamisen päätöksentekoa, sitä tukevia elementtejä sekä RAVA-mittarin antamien tietojen hyödyntämistä johdon päätöksenteossa. Lisäksi mittarin kehittämisen kannalta käsiteltiin sitä, mitä tietoja RAVA-mittarin toivottaisiin antavan. Teemahaastattelussa haastattelija varmistaa, että kaikki ennalta valitut teemat käydään haastattelijan kanssa läpi, mutta järjestyksellä ei haastattelun aikana ole tarkkaa merkitystä. Teemahaastattelu katsottiin tälle tutkimukselle sopivaksi, koska tarkoitus oli tehdä yksilöllisiä tulkintoja vastaajien näkemyksistä tutkittavasta ilmiöstä. Lisäksi teemahaastattelua hyödynnettiin, jotta keskustelu pysyisi mahdollisimman avoimena ja haastateltavilla on mahdollisuus puhua myös niistä asioista, joita tutkija ei välttämättä olisi osannut ennalta kysyä. (Eskola & Suoranta 2008, 86–88.)

Haastattelut toimivat myös osittain esitutkimuksena ja tukena kyselylomakkeen tuottamiselle. Kyselylomakkeen teemat valittiin haastatteluissa ilmenneiden yhteneväisten teemojen mukaisesti. Tarkoitus oli kysyä laajemmalla otannalla samoja asioita, kuin mitä haastatteluissa ilmeni. Lisäksi RAVA-mittarin kehittämisen kannalta oli tärkeää saada laaja otos sitä käyttävältä kohdejoukolta. Kyselylomake hyväksyttiin toimeksiantajalla ennen sen lähettämistä vastaanottajille. Kysely keskittyi johdon päätöksentekoon, RAVAan ja sen kehittämiseen liittyviin asioihin, kuten mittarin merkitykseen päätöksenteon tukena sekä yleensä erilaisiin mittareiden ja tietolähteiden hyödyntämisen tapoihin. Kyselylomake muodostui 18:sta kysymyksestä, joista kuuteen oli annettu valmiit vastausvaihtoehdot. Näistä kaksi kysymystä koski taustatietoja ja neljään kysymykseen pyydettiin lisäksi tarkentavat, avoimet tiedot. Loput kysymyksistä olivat avoimia kysymyksiä.

4.3 Aineiston keruu ja analyysi

Tutkimuksessa käytettiin menetelmänä triangulaatiota, jolloin tutkimuskohdetta tutkittiin kahdella eri aineistonhankintamenetelmällä. Aineisto kerättiin teemahaastatteluin (Liite 1) ja kyselylomakkeella (Liite 2), jotka kumpikin kuitenkin edustavat pääsääntöisesti kvalitatiivista tutkimusotetta. Tutkimus aloitettiin haastatteluin, jolloin aiheesta saatiin syvällisempää kuvaavaa tietoa. Tätä tietoa hyödynnettiin kyselylomakkeen muodostamisessa, jotta tutkimusaiheesta saataisiin vielä haastatteluita monipuolisempi ja laajempi käsitys. Tutkimusmenetelmien tarkoituksena oli siis täydentää toisiaan, kuten triangulaation tavoitteena yleensä onkin (vrt. Eskola & Suoranta 2008, 68–72).

Aineiston keruu ja analysointi käsitellään seuraavassa erillisinä osioina aloittaen haastatteluiden ja kyselyn toteutuksesta eli aineiston keruusta jatkaen näiden analyysin kuvaukseen.

Haastatteluiden toteutus

Tutkimuksen kohderyhmänä ovat ne sosiaali- ja terveysalan organisaatiot, jotka käyttävät RAVA-mittaria (N = 432). Lisäksi tarkasteluun valitaan niiden organisaatioiden edustajia, jotka ovat mukana RAVA-mittarin kehittämistyössä (N = 4) ja ovat näin ollen myös kiinnostuneita tutkimuksesta. Tarkoitus on saada mahdollisimman kattava kuva tiedosta johdon päätöksenteon tukena sekä RAVA-mittarin käyttötarkoituksesta. (mm. Eskola & Suoranta 2008, 18.) Näistä hyvinvointialan organisaatioista tutkimuskohteena ovat ne johtavassa asemassa olevat henkilöt, jotka hyödyntävät RAVA-tietoa työssään. Valittavissa organisaatioissa on kaiken tyyppisiä ikäihmisten palveluyksiköitä, kuten kotihoito, palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen.

Haastatteluaineisto kerättiin teemahaastatteluin niiltä organisaation edustajilta (n = 4), jotka ovat mukana kehittämässä RAVA-mittaria ja joiden organisaatioissa hyödynnetään RAVA-tietoa päätöksenteossa. Näin pystyttiin varmistamaan, että haastateltavat ovat todella kiinnostuneita aiheesta ja ovat asiantuntijoita aiheen saralla. Kyseessä on siis harkinnanvarainen otanta, jossa keskitytään pieneen määrään tapauksia (Eskola & Suoranta 2008, 18). Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja haastatteluista sovittiin sähköpostitse. Haastattelusta sai myös kieltäytyä kesken haastattelun, mikäli näin halusi. Haastateltaville luvattiin anonymiteetti, jolloin heitä ei voida aineistosta tunnistaa.

Haastattelut (n = 4) toteutettiin tammikuussa 2015. Haastatellut toimivat esimiesasemassa vähintään sijaisena, jos eivät kokoaikaisesti. He käyttivät työssään RAVA-mittaria päätöksenteossa tai olivat mukana työryhmissä, jossa RAVA-mittarin tietoja hyödynnetään organisaation toiminnan suunnittelussa. Haastatteluista kolme toteutettiin puhelinhaastatteluina ja yksi kasvotusten ja kukin haastattelu äänitettiin. Haastattelut kestivät pääsääntöisesti noin 55 minuuttia, vaihdellen 25 minuutista 63 minuuttiin. Tunnelma haastatteluissa oli hyvä ja keskusteleva, ja vastaajat olivat kukin kiinnostuneita RAVA-

mittarista ja sen kehittamisestä. Haastattelut äänitettiin ja analysointi aloitettiin litteroimalla äänitetyt haastattelut. Litteroitua aineistoa tuli yhteensä Word-dokumentille 32 sivua Times New Roman koon 12 fontilla ja rivivälillä 1. Teemahaastattelun mukaisesti haastattelija varmisti, että kaikki teemat keskusteltiin läpi haastattelun aikana kunkin haastateltavan kanssa.

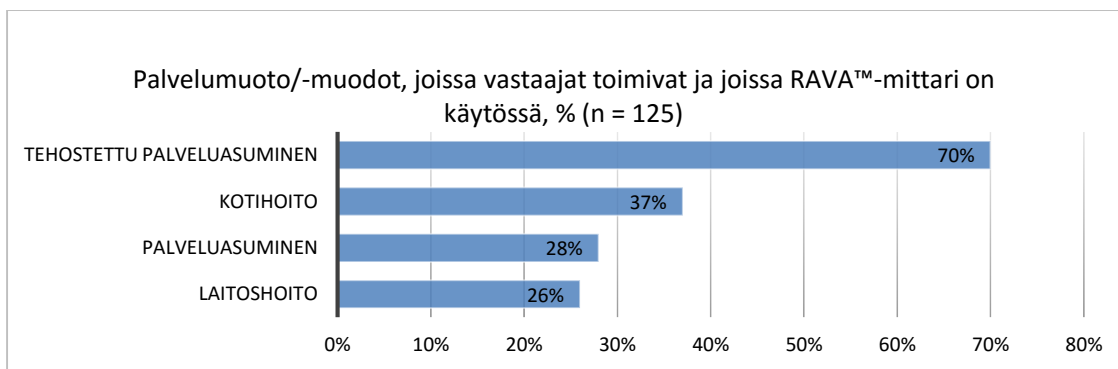
Vastaajat toimivat esimies- tai johtotehtävissä kotihoidossa ja asumispalveluissa. He toimivat julkisessa organisaatiossa, yksityisellä palveluntuottajalla sekä järjestöllä. Kaikilla vastaajilla koulutustaustalla oli hoitoalan koulutus, muun muassa sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, lähihoitaja ja fysioterapeutti. Lisäksi kaikilla vastaajilla oli yksi tai useampia ammattinimikkeitä, kuten sosionomi tai merkonomi. Varsinainen esimieskoulutus oli kahdella vastaajalla: he olivat suorittaneet tai olivat suorittamassa ylempää AMK-tutkintoa hallinnon alalta. Työkokemusvuodet vaihtelivat noin viidentoista ja hieman alle 30 vuoden aikajänteellä. Esimiehenä tai johtotehtävissä haastateltavat olivat toimineet vähintään neljä vuotta. Kaikki vastaajat eivät eritelleet alaisten määrää, mutta alaisia kerrottiin olevan 30 ja toisaalta useita yksiköitä henkilökuntineen.

Kyselyn toteutus

Kysely lähetettiin sähköpostitse Webropol-järjestelmän linkkinä kaikille Manner-Suomen RAVA-lisenssiyhteyshenkilöille (N = 432) helmikuussa 2015. Vastausaikaa annettiin kaksi viikkoa. Otoksesta rajattiin pois Ahvenanmaalaiset vastaanottajat, sillä kyselyä ei käännetty ruotsinkielelle. Kysely osoitettiin esimies- tai johtavassa asemassa oleville ja siihen sai vastata samasta organisaatiosta useampikin vastaaja. Mikäli kyselyn vastaanottaja ei itse toiminut esimiesasemassa, pyydettiin saatteessa toimittamaan kysely tällaiselle henkilölle. Otosmenetelmänä käytettiin siis tällöin sekä harkinnanvaraista kokonaisuotantaa että lumipallo-otantaa, jossa asiantuntija johtaa toisen asiantuntijan luokse. Menetelmä on perusteltu RAVA-mittarin kehittämisen näkökulmasta, jotta kaikki sitä käyttävät ja lisenssimaksua maksavat saavat mahdollisuuden osallistua sen kehittämiseen. Näin myös varmistettiin mahdollisimman kattava kuva mittarin käytöstä sekä varmistetaan vastausten riittävyys. Muistutusviesti lähetettiin vielä kahta päivää ennen kyselyn sulkeutumista, minkä ansiosta vastaajien määrä nousi 61:stä 125:n (n = 125). Sähköpostitse ei tavoitettu 61 vastaanottajaa (sähköpostiosoite ei ollut voimassa tai henkilö oli vaihtanut organisaatiota tai oli lomalla), jolloin otokseksi muodostui N = 362 organisaatiota. Vastausprosentiksi muodostui siis 34,5.

Kyselyyn vastasi yhteensä 125 henkilöä. Vastaajista noin 60 % toimi esimiesasemassa ja 40 % johtajan asemassa. Erilaisia nimikkeitä oli 48, esimerkiksi vanhustyön johtaja, kotihoidon johtaja, toiminnanjohtaja, toimitusjohtaja, ylilääkäri, osastonhoitaja, kotihoidon esimies ja sosiaaliohjaaja. Nykyisessä tehtävässä oli toimittu keskimäärin 9 vuotta, vaihdellen alle vuodesta 27 vuoteen. Koulutustaustoiltaan vastaajat olivat

pääsääntöisesti hoitotyön ammattilaisia. Sairaanhoidajan ammatin vastaajista omai jopa 78 %. Johtamiseen liittyviä opintoja, esimerkiksi johtamisen erikoisammattitutkinto tai yliopisto-opintoina johtaminen pää- tai sivuaineena, oli 22 %:lla. Vastaajista 64 %:lla oli useampi kuin yksi tutkinto. Ylempi korkeakoulututkinto (yliopisto) oli 21 % vastaajista. Suurin osa vastaajista toimi tehostetun palveluasumisen piirissä (ks. kuvio 2). Alaisia vastaajilla oli keskimäärin 44, vaihdellen alle 2,5 alaisesta 320 alaiseen. Alaisten nimikkeet olivat pääsääntöisesti hoitohenkilöstöä sekä esimiehiä. Asiakkaita vastaajien organisaatioissa oli keskimäärin 215, vaihdellen kahdeksasta asiakkaasta 10 000 asiakkaaseen. Suurimmalla osalla oli kuitenkin alle 100 asiakasta. Vastaajilla oli omia esimiehiä pääsääntöisesti yksi, vaihdellen nollan ja neljän tai enemmän välillä. Osa vastaajista tosin vastasi todennäköisesti kysymykseen johtamiensa esimiesten määrällä.



Kuvio 2 Palvelumuoto/-muodot, joissa vastaajat toimivat ja joissa RAVA-mittari on käytössä

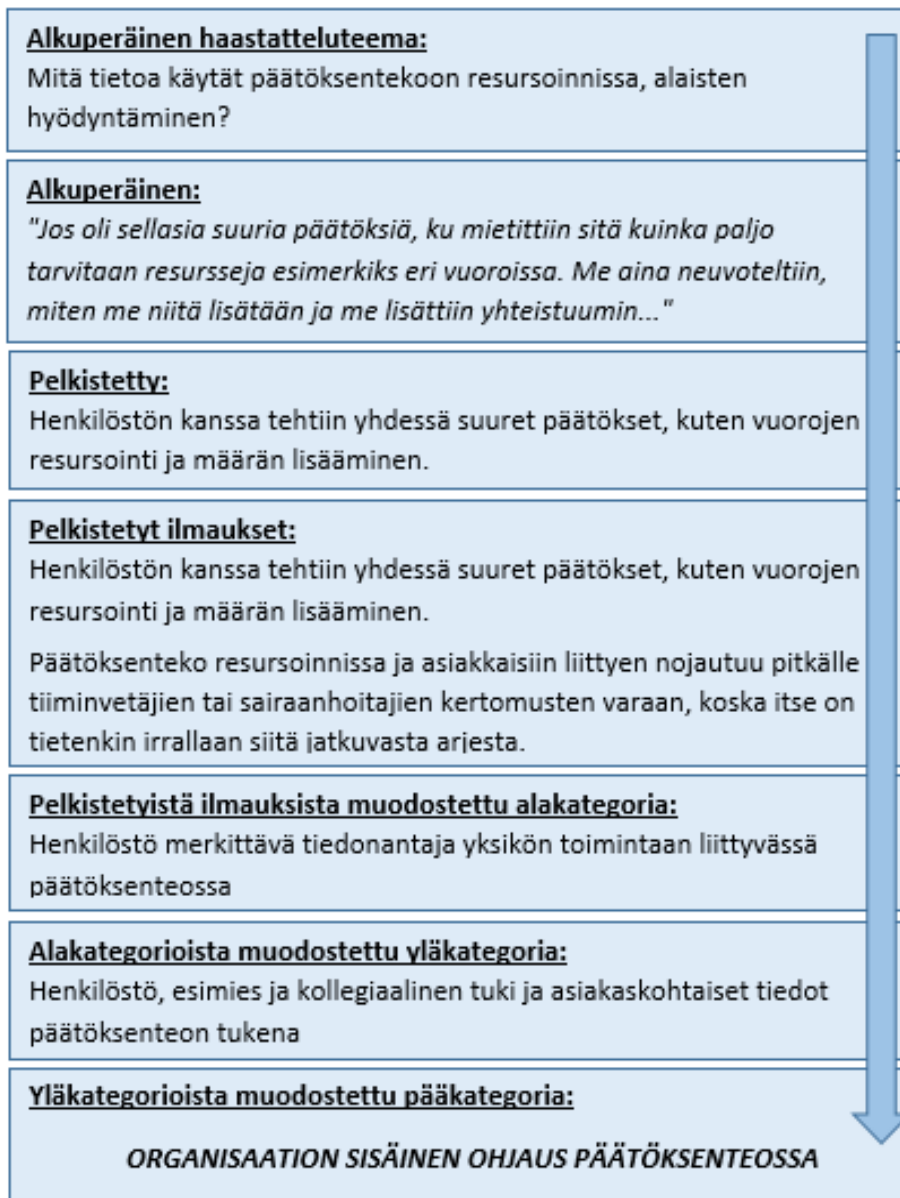
Haastatteluaineiston analyysi

Metsämuurosen (2009, 254) mukaan laadullisen aineiston analyysi aloitetaan pilkkomalla aineisto ensin käsitteellisiksi osiksi, jonka jälkeen nämä osat kerätään synteisin avulla johtopäätöksiksi. Latvalan ja Vanhala-Nuutisen (2001) mukaan tästä käytetäänkin nimitystä sisällönanalyysi. Kyngäksen ja Vanhasen (1999) mukaan ennen analysoinnin aloittamista tulee päättää, analysoidaanko vain se, mikä on selvästi ilmaistu aineistossa vai etsitäänkö myös piiloviestejä. Tässä analyysissä päätettiin analysoida vain selvästi ilmaistut asiat, jotta analyysi ja tulokset pysyvät selvästi rajattuina. Seuraavaksi määriteltiin analyysiyksikkö, jotka Latvalan ja Vanhala-Nuutisen (2001) mukaan voivat olla aineistossa esiintyviä yksittäisiä sanoja tai lauseita. Analyysiyksiköiden tulee kuitenkin olla tarpeeksi laajoja kuvaamaan tutkittavaa kokonaisuutta, jotta alkuperäisen aineiston sävyt eivät katoa analyysia tehdessä (Graneheim & Lundman 2004). Analyysiyksiköiksi valittiin lauseita, jotka analyysin edetessä pelkistettiin kuvaamaan tutkittavaa teemaa.

Sekä haastatteluaineisto että kyselyaineiston kvalitatiiviset osiot analysoitiin siis sisällönanalyysillä aloittaen etsimällä aineistosta tutkimusongelmien vastauksia. Haastattelun

analyysissä hyödynnettiin teemahaastattelurunkoa, joskin aineisto analysoitiin induktiivisesti sisällön johdattelemana. Analyysiyksiköt kirjattiin aluksi suorina lainauksina muistiin, minkä jälkeen ne pelkistettiin pyrkien säilyttämään alkuperäinen sävy. Seuraavaksi analyysissä etsittiin pelkistetyistä ilmauksista yhteneväisyydet ja eroavaisuudet ja samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin yhdeksi kategoriaksi, jolle pyrittiin muodostamaan sisältöä mahdollisimman kuvaava nimi. Nämä kategoriat ovat alakategorioita, joista samaa tarkoittavat ilmaisut edelleen yhdistettiin yläkategorioiksi ja lopulta pääkategorioiksi. (Elo & Kyngäs 2008, Eskola & Suoranta 2008, 86, 174–184) Metsämuurosen (2009, 254) mukaan tällä tarkoitetaan abstrahointia, jonka avulla tutkimusaineiston johtopäätökset voidaan irrottaa yksittäisistä henkilöistä ja lausumista ja siirtää ne yleiselle tasolle.

Haastatteluissa muodostuneet kategoriat ovat luettavissa liitteessä 3 ja esimerkki analyysistä nähtävillä kuviossa 3. Tulosten esittelyn yhteydessä pääkategoriat muodostavat otsikot, joiden alle on kirjattu yläkategoriat, jotka on sanallisesti avattu tekstiin. Lisäksi kategorioita kuvaamaan on käytetty alkuperäishaastattelun suoria lainauksia, joissa haastateltuihin viitataan termeillä H1, H2, H3 ja H4.



Kuvio 3 Esimerkki analyysissä käytetystä teemoittelusta, pelkistämisestä ja kategoriaista

Kyselylomakkeen analyysi

Kyselylomake analysoitiin niin ikään sisällönanalyysillä etsimällä vastauksista yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia ja kategorioimalla vastaukset. Lomakkeen alkuperäisiä vastauksia ei kuitenkaan pelkistetty, sillä ne olivat jo lähtökohtaisesti varsin pelkistettyjä vastauksia. Koska kyseessä oli pääsääntöisesti kvalitatiivinen kyselylomake, ei analyysissä käytetty perinteisiä kvantitatiivisia menetelmiä, kuten ristiintaulukointeja tai p-arvon määrittämistä. Analyysissä syntyneet kategoriat kuitenkin kvantifioitiin (Eskola & Suoranta 2008, 164), koska kyseessä oli varsin laaja vastaajajoukko (n = 125). Aineiston kvantifioiminen tehtiin laskemalla eri kategorioissa olevat samaa tarkoittavat lausumat ja muodostamalla niistä prosenttilukuja.

5 TULOKSET

Tutkimuksen tulokset esitellään seuraavassa analysoitujen teemojen ja kategorioiden mukaisesti. Kategorioittain esitellään ensin haastatteluaineiston (n = 4) tulokset ja tämän jälkeen kyselyaineiston (n = 125) tulokset.

5.1 Johtamisen päätöksentekoon vaikuttavat yhteiskunnalliset tekijät

Haastateltujen johtajien mukaan päätöksentekoon vaikutti keskeisesti yhteiskunnalliset tekijät. Nämä oli jaettavissa niin kunnallisen tason ohjaukseen kuin valtakunnallisen tason ohjaukseen päätöksenteossa. Kunnallinen ohjaus sosiaali- ja terveystalouden johtajien päätöksenteossa näkyi erilaisten päätöspöytäkirjojen, strategisten suuntauksien sekä rakenteellisten palvelujen tarjonnan kautta. Myös kunnallispolitiikalla oli keskeinen merkitys päätöksenteon mahdollisuuksiin.

Yksityisellä sektorilla seurattiin kunnan lautakuntien päätöspöytäkirjoja, joiden perusteella voitiin arvioida kilpailevien yritysten tuloa alueelle. Lisäksi tärkeätä oli olla ajan tasalla siitä, mitkä ovat kunnan palvelutarpeet, jotta niihin osattiin yrityksen puolesta vastata ajoissa.

Kunnan strategiset suuntaukset puolestaan näkyivät johtamisen päätöksentekoon vaikuttajina erityisesti ikääntymispoliittisten tai vanhuspalvelustrategioiden kautta, joista puolestaan julkisen sektorin yksiköt juonsivat myös omat toimintasuunnitelmansa ja tavoitteensa. Esimerkiksi vanhuspalvelustrategia ohjasi kunnissa yksiköiden rakentamista ja kehittämistä sekä mahdollista konseptiajattelun muuttamista, eli mahdollisesti panostamista kotona asumiseen ja laitospaikkojen sulkemista. Kunta ohjasi päätöksentekoa siis rakennepäätöksillä sekä fyysisten paikkojen ja tarjolla olevien palvelujen kautta. Tämä luonnollisesti ohjasi vahvasti päätöksentekoa myös yksikön esimiestasolla esimerkiksi asukkaiden sisäänottokriteerien kiristymisenä tai rekrytoinnin tarpeellisuuden hahmottamisena. Mikäli yksikön hoitosuuntauksiin oltiin strategisellakin tasolla panostamassa, kannatti sinne myös rekrytoida henkilöstöä sekä toisin päin. Strategiatyöskentelyssä oltiin kuitenkin oltu vahvasti mukana, joten myös tätä kautta oli päästy vaikuttamaan omiin päätöksentekomahdollisuuksiin.

“...jos aattelee esimerkiksi vanhustenhuollossa sitä päätöksentekoo ... minkälainen on se rakenne siis ihan fyysiset paikatkin. Että minkälaista palvelua kunnalla on mahdollisuus tarjota. Mutta että tavallaan on se suositus siitä, että kuinka prosenttia on pitkäaikaissairaanhoidossa ja kuinka monta tehostetussa ja muussa, ni ohjaa mutta se on toinen asia sitten että onkse muuttanut yhtään mitään hoidossa. Muuta ku se että raha tulee eri paikasta” (V2)

Kunnallispolitiikan koettiin ohjaavan päätöksentekoa riippuen kunnan poliitikkojen valtasuhteista. Erityisesti pienessä kunnassa julkisella sektorilla koettiin, ettei sananvaltaa muilla juurikaan ole, mikäli poliitikot ovat jonkin asian suunnan päättäneet. Pitkä työkokemus osoitti myös sen, että valtasuhteiden muuttuessa muuttuivat myös päätöksenteon suuntaviivat. Kunnallispoliitikot vaikuttavat erityisesti pienessä kunnassa myös rahaan ja talouteen, jonka mukaan yksiköiden esimiesten tulee lopulta tehdä budjettinsa tulevalle vuodelle. Tämä vaikuttaa taloudelliselta kannalta päätöksentekoon, koska vastaajien mukaan rahalla tai sen puutteella on suuri merkitys, koska talous määrää esimerkiksi priorisoinnin tasot. Tällä tarkoitetaan sitä, että onko yksiköllä taloudellisesti mahdollista tuottaa vain peruspalveluita asiakkailleen vai voidaanko panostaa muun muassa hoidon laatuun ja siten paremmaksi koettuun ikääntyneiden hoitoon. Taloudelliset tekijät valitettavan usein koettiin vaikuttavan nimenomaan asiakaspalvelutuotannon laadun heikkenemiseen, koska pystyttiin tekemään vain perustyö ilman kehittämistä.

”...pienessä kunnassa on pakko pysyä siinä, että poliitikot päättää ja mutinat. Et me voijaan tehdä esityksiä, koska sen mitä on huomannut, ni neljä vuotta ja muuttuu valtasuhteet ja nii muuttuu suuntakii.” (VI)

Kunnan lisäksi ympäröivällä yhteiskunnalla oli merkitystä päätöksenteossa ja sen ohjaamisessa lainsäädännön sekä suositusten kautta. Ikääntyneiden palveluita ohjaavat lainsäädännöstä erityisesti niin sanottu vanhuspalvelulaki sekä ikääntyneiden palveluiden laatusuositus, jotka painottavat kotona asumista ja sen tukemista.

Lainsäädäntö ja laatusuositus näkyvät päätöksenteossa erityisesti innovatiivisen ajattelun kautta, joka oli sekä lähtöisin päättäjistä itsestään, mutta myös osittain pakotettua. Toisaalta koettiin, ettei kotona asumiseen panostaminen ole vaikuttanut omaan päätöksentekoon, koska päätöksentekijän ajattelutapana on aina ollut suosia kotia ensisijaisena asumispaikkana. Tätä oli tuettu erinäisin asiakaslähtöisin keinoin, kuten toteuttaen asiakkaan toiveita kotona asumisen suhteen. Kaikki asiakkaat eivät kuitenkaan välttämättä halua asua kotona valtakunnallisista päätöksistä huolimatta, joten myös tätä toivetta oli pyritty tarpeen mukaan kunnioittamaan järjestämällä asiakkaalle tarkoituksenmukainen jatkohoitopaikka kotona asumisen jälkeen. Työuran aikana oli myös havaittu muutokset yhteiskunnallisessa ajattelutavassa suosia kotona asumista, joka näkyi palvelukonseptin

muuttumisessa lyhyelläkin aikavälillä. Esimerkiksi hieman yli neljä vuotta aiemmin kahden henkilön apua tarvitseva asiakas siirrettiin automaattisesti pitkäaikaishoivaan vuodeosastolle, kun nyt ryhmäkodissa oli mahdollista asua yhden tai kahden avustettavana. Lisäksi merkitykselliseksi koettiin toisaalta se, että asiakas saattoi nyt asua kotona kuolemaansa asti, koska myös saattohoitoa oli mahdollista toteuttaa ilman siirtymistä laitokseen. Lisäksi koettiin, että kotona asumisen painopistettä pystyttiin tukemaan, mikäli osattiin hyödyntää nykytekniikkaa päätöksenteon tukena.

Esimiehiltä ja johtajilta vaadittiin suosituksen ja lainsäädännön myötä innovatiivisia ratkaisuja resursointiin ja hoitoon. Toisaalta koettiin, ettei asiakkaita pystytä olemassa olevilla resursseilla hoitamaan kotiin ja toivottiin kestävämpää ratkaisua tilanteeseen. Vastaajat korostivat asiakaslähtöisyyttä, mutta huolta aiheuttivat rajalliset olemassa olevat taloudelliset ja henkilöstöön liittyvät resurssit sekä vastuun rajanveto laadukkaasta hoidosta, jolla asiakkaan kotona asumista todella pystytään tukemaan. Eräs vastaaja koki, ettei omalla päätöksenteollään pysty millään tavalla vaikuttamaan laadukkaaseen kotihoitoon positiivisesti, vaan joutuu tekemään päätökset annetuilla ylemmän tason ehdoilla, kun asiakkaita on yhä enemmän ja hoitajia yhä vähemmän. Samalla annettavan hoidon kriteerejä on jouduttu kiristämään, jotta palvelutarpeeseen voidaan vastata ja asiakkaiksi voitiin ottaa vain entistä heikompiuntoisia asiakkaita. Toisaalta koettiin, ettei samalla oltu panostettu ennaltaehkäiseviin palveluihin tai jatkohoitoon eli palvelutaloasumiseen tarpeeksi, jolloin pelkona olivat kotihoito-palvelukonseptin todella heikot tulevaisuuden näkymät, koska palvelutarpeeseen ei ehkä pystytä vastaamaan millään tavalla tulevina vuosina. Osa vastaajista ei halunnut ajatellakaan ikääntyneiden palveluiden tulevaisuutta, koska se näytti uhkaavalta ja jopa ahdistavalta.

Yhteiskunnallisen lainsäädännön koettiin tuoneen lisäksi pirstaleisuutta palveluihin, jolloin yhden asiakkaan luona saattoi käydä päivän aikana ihmisiä kolmesta eri palvelusta. Toisaalta eräessä kunnassa oli lain myötä muutettu palvelurakenteita, minkä myötä palveluohjaus oli siirretty omaan yksikköön. Tällöin esimerkiksi asumispalvelupäätökset pystyttiin tekemään suoraan yhdestä organisaatiopisteestä käsin niin sanotusti yhden luukun periaatteella, mikä korosti asiakaslähtöisyyttä ja helpotti asiakkaan asiointia vain yhdessä paikassa. Tällöin asiakkaan kokonaistilanne on yhden palvelukoordinaattorin käsissä, mikä helpottaa esimerkiksi vastaanottavassa yksikössä asiakkaaseen liittyvää päätöksentekoa asumispalveluyksikköön muuttamisessa. Yksiköstä voidaan myös ohjata yhteyttä ottavat asiakkaat palvelukoordinaattorin puheille keskustelemaan erilaisista palvelumahdollisuuksista.

“Ja sillan jos laaja-alaisesti nää palvelutalot jos noi päättäjät tiedostaa, että se on koti siinä missä kodit tuolla omakotitaloissa ja kerrostaloissa, niin näitä vois olla enemmän. Kysyntää tällaselle kodinomaselle palveluasumiselle on huomattavasti enemmän ku tällä hetkellä pystytään tarjoamaan.” (V4)

“...pahimmillaan saatto olla parikymmentäki paikkaa iltavuorossa yhdellä työntekijällä... on niinku sellasia piipahduksia siel asiakkkaan luona. Ja jotenkin ite koen, et se ei oo riittävää ... sit tulee hoitaja tuomaan lääkkeit ja sit tulee joku eri ihminen tuomaan sulle lämmitetyn aterian tai kauppapalvelu tulee tuomaan ostokset, et jotenkin se on niin pirstoutunutta... Mut jotenkin ite nään ja koen, että osa on myös vankeina siellä kotona. Ni en mie en sitä niinku laadukkaana pidä ikääntyneitten hoitona. En ainakaan ite itteleeni toivois sitä.” (V3)

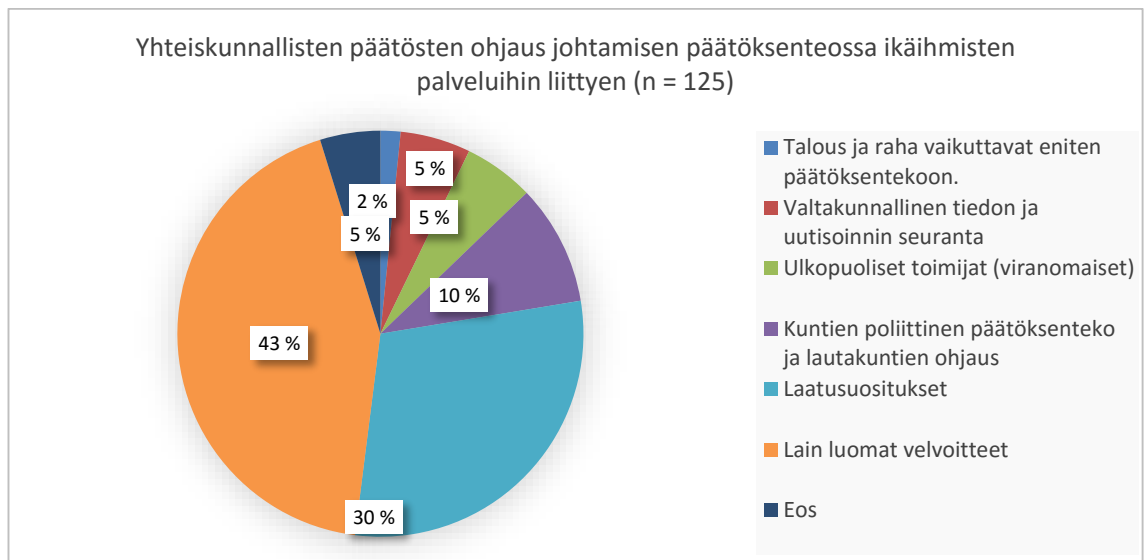
Keskustelua herätti lainsäädännön puitteissa lisäksi itsemääräämisoikeuden korostuminen, joka oli kieltänyt tietyt hoitomuodot, kuten niin sanottujen hygieniahaalareiden käytön, jolloin asiakkaan hoitoon vaadittiin uusia innovatiivisia ratkaisuja. Myös sote-uudistus hämmensi erityisesti yksityisen sektorin puolella, koska koettiin, ettei toimintaa voitu suunnitella jatkuvien muutosten vuoksi. Haastatteluiden aikana julkisessa keskustelussa korostettiin sote-uudistuksen yhteydessä kunnan isompaa vastuunottamista palveluista. Tämä epäilytti yhtä vastaajaa, joka pohti, pystyykö yksikään kunta vastaamaan ikääntyneiden määrän kasvuun varsinkaan taloudellisesti.

Kyselyyn vastanneiden johtajien ikäihmisten palveluihin liittyvään päätöksentekoon yhteiskunnalliset päätökset vaikuttivat pääsääntöisesti lain luomien velvoitteiden (43 %) ja laatusuositusten (30 %) kautta (kuvio 4). Lain velvoitteet vaikuttivat työn suunnitteluun ja palvelujen järjestämiseen. Myös asiakaslähtöisen hoidon tuottamiseen oli lain velvoitteilla merkitystä. Lisäksi lain mukaisesti kehitettiin toimintaa ja tarjottavan palvelun laatua. Vastaajat kertoivat myös yksinkertaisesti, että lakia on noudatettava ja siksi se vaikuttaa päätöksentekoon. Laatusuositukset ohjasivat niin ikään toiminnan suunnittelua ja kehittämistä. Lisäksi laatusuositukset olivat läsnä päivittäisessä toiminnassa ja päätöksenteossa. Myös palvelun laadunhallinnassa laatusuositukset toimivat tukena.

”Päätösten on pohjauduttava lakiin ja asetuksiin. On tarjottava kunnan resurssien puitteissa niin laadukasta palvelua kuin mahdollista.”

”Lain ja ohjeiden noudattaminen, asiakkaan itsemääräämisoikeus ja valinnan vapaus, asiakkaat hoidetaan kotiin mahdollisimman pitkään.”

”Työssä otetaan joka päivä huomioon laatusuositusten toteutuminen ja vanhuspalvelulain suositukset.”



Kuvio 4 Yhteiskunnallisten päätösten ohjaus johtamisen päätöksenteossa ikäihmisten palveluihin liittyen

10 % vastaajista nimesi vaikuttavaksi tekijäksi kuntien poliittisen päätöksenteon ja lautakuntien ohjauksen. Päätökset, joihin nämä vaikuttavat, ovat palvelujen järjestämisen suunnittelu. Lisäksi vastaajat kertoivat palvelujen järjestämistä koskevan päätöksenteon tapahtuvan kaupungin tai kunnan lautakunnissa, johon johtajat pyrkivät vastaamaan resurssien puitteissa. 5 % vastaajista kertoi ulkopuolisten toimijoiden vaikuttavan päätöksentekoon. Ulkopuolisilla toimijoilla tarkoitettiin esimerkiksi Valviraa, AVIa ja Ay-liikkeitä. Päätöksentekoon vaikuttaminen tapahtui valvonnan ja ohjeistusten kautta. Esimerkiksi Valviran kerrottiin vaativan ikäihmisten palveluasumisen mukaiset mitoitus- ja tilojen koon sekä ruokahuollon. Näiden toteutumista valvotaan säännöllisesti.

5 % vastaajista kertoi ylipäätään valtakunnallisen tiedon ja uutisoinnin seurannan vaikuttavan päätöksentekoon. Uutisoinnin seuraamisella pyritään tekemään ennakoivia päätöksiä laadukkaista palveluista ja toiminnan kehittämisestä vastaamaan asiakkaiden ja yhteiskunnan tarpeita. Vain 2 % kertoi talouden ja rahan vaikuttavan eniten päätöksentekoon yhteiskunnallisen päätöksenteon näkökulmasta.

”Talous määrittää nykyään paljon muita tavoitteita enemmän. Palveluja joudutaan karsimaan, priorisoimaan.”

5.2 Johtamisen päätöksentekoon vaikuttavat organisaation sisäiset tekijät

Organisaation sisäinen ohjaus haastateltujen johtajien päätöksenteossa näkyi organisaation luomana rutiininomaisuutena, byrokratiana ja toisaalta joustavana organisaatorakenteena. Yksityisellä sektorilla myös organisaation strategia oli päätöksentekoa ohjaava tekijä. Lisäksi budjetti ja talous nimettiin päätöksentekoa ohjaaviksi.

Eryteisesti julkisella sektorilla rutiininomaisuus helpotti päätöksentekoa, mutta toisaalta moniportainen byrokratia lisäsi päätöksentekoon liittyviä haasteita. Helpoiksi päätöksiksi vastaajat nimesivät henkilöstöhallinnolliset asiat sekä asiakasasiat, jotka koettiin rutiininomaisiksi ja päivittäin tehtäviksi päätöksiksi. Helpoiksi koettuja henkilöstöhallinnollisia asioita olivat muun muassa henkilöstön lomiin liittyvät päätökset tai erityisen tarpeelliset hankintapäätökset. Tällöin päätös erityisen tarpeellisesta hankinnasta, kuten pesukoneesta ryhmäkodille, myös tehtiin ja mietittiin myöhemmin, mistä raha siihen liikenee. Toisaalta erityisesti asiakasasioihin liittyvissä päätöksissä koettiin olevan isot valtuudet, jolloin päätöksenteko oli suhteellisen helppoa. Lisäksi esimerkiksi kotihoidossa asiakkaisiin liittyvät päätökset, kuten asiakaslaskutus, ovat lain puitteissa kaikille asiakkaille yhteneväiset. Tämä luo päätöksiin myös turvaa ja takasi esimiehen aseman päätöksentekotilanteessa. Byrokratia koettiin kuitenkin toisaalta päätöksentekoa tukevaksi, koska päätöksenteko oli läpinäkyvää ja avointa. Lähestulkoon kaikki päätökset tuli tehdä kirjallisesti ja ne olivat pääsääntöisesti julkisesti nähtävissä. Asiakaskohtaiset päätökset lähetettiin myös asiakkaille kirjallisesti nähtäviksi. Julkiset asiakirjat koettiin myös julkisen sektorin päätöksenteon eduksi verrattuna yksityiseen sektoriin. Yksityisellä sektorilla asioiden koettiin toisaalta tapahtuvan liiketoiminnan ehdoilla jopa salassa, jolloin ennakkointia esimerkiksi yksiköiden lopettamisen suhteen ei voitu tehdä.

Toisaalta byrokratia turhautti vastaajia, koska monesti pienetkin päätökset piti varmistaa esimieheltä ja omat valtuudet yksinkertaisissakin asioissa koettiin vähäisiksi. Lisäksi päätöksenteon kirjalliseen muotoon saattaminen tarkoitti sitä, että monesti se aiheutti turhaakin paperityötä. Haasteita päätöksentekoon oli lisäksi luonut kuntien yhdistyminen ja niiden erilaiset päätöksentekokäytännöt ja sitä myöten myös lisääntynyt byrokratia. Esimerkiksi aiemmin esimies oli saanut päättää lyhyet sijaisuudet itse, mutta kuntien yhdistymisen myötä tämä päätös piti kierrättää sosiaali- ja terveystoimen johtajan kautta, joka kaiken lisäksi toimi eri kunnassa aiemman kuntajaon perusteella. Päätös saattoi lisäksi kiertää jopa kunnanjohtajan kautta, mikä koettiin melko turhauttavaksi suhteellisen pienen päätöksen aikaansaamiseksi. Päätökset kiersivät monesti myös erilaisten kunnan lautakuntien kautta, mikä loi haasteita arkityöhön, koska päätöksenteko saattoi kestää pitkäänkin ylemmällä taholla. Lisäksi kahtiajako sosiaali- ja terveystoimeen koettiin päätöksenteon kannalta haastavaksi, koska asiakkaan palveluketju ei ollut tällöin selkeä ja asiakkaan palvelun vastuumaksajatahoja jouduttiin selvittämään pitkäänkin.

Yksityisen sektorin vastaajat puolestaan korostivat päätöksenteon helppoutta, koska koettiin, että itsellä on valtaa tehdä päätöksiä. Aiempi kokemus julkisella sektorilla korosti yksityisen puolen päätöksentekovaltaa, joka osittain jopa saattoi hämmästyttää vastaajia. Päätöksenteko oli siis joustavaa ja yksinkertaista ja päätöksentekijällä oli valtuudet tehdä omia yksiköitä koskevia päätöksiä ilman, että niitä välttämättä tarvitsi kierrättää esimiehen kautta. Tätä tuki erityisesti ohut organisaatorakenne, joka mahdollisti monipuolisen omia yksiköitä koskevan päätöksenteon. Esimerkiksi pitkäaikaisen sijaisen saattoi palkata vakituiseksi yksikköön ilman, että paikkaa laitettiin yleiseen hakuun, kuten julkisella sektorilla. Lisäksi henkilöstöä oli helppo liikutella yksiköstä toiseen ja lisäresurssin ottaminen oli yksinkertaista. Toimintaa myös pystyi kehittämään melko vapaasti.

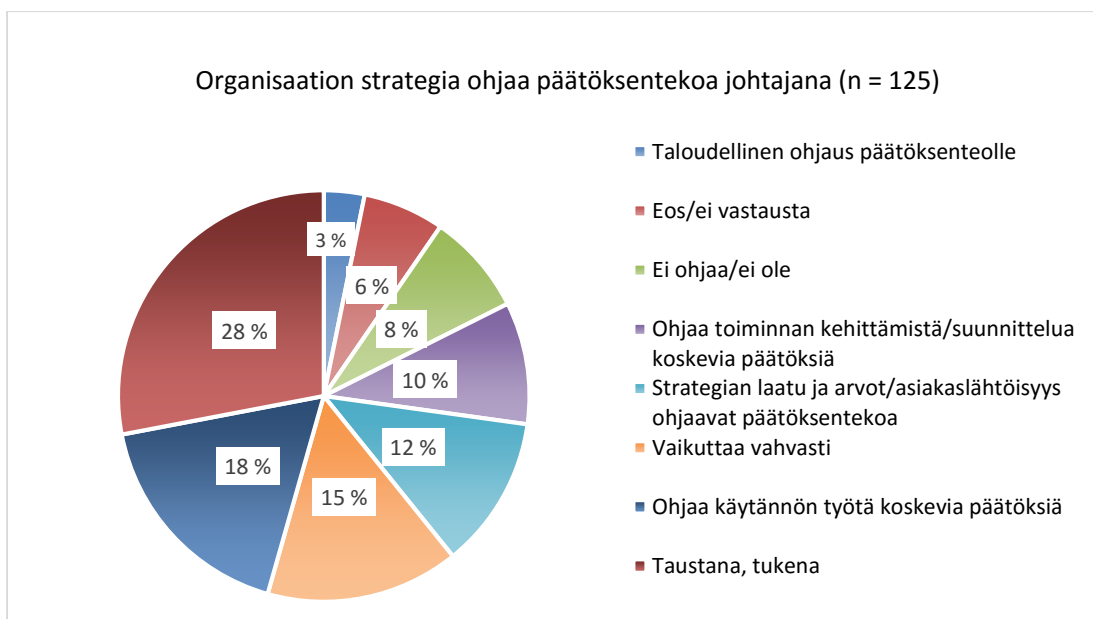
...kuntasektorilla, ..., ku olin aluejohtajana, ..., ni kylhän siis työtä oli aivan hirveesti ja tuntu, että vastuuta oli aivan mielettömästi ja sitten taas valtaa itellä tosi vähän, että suurin piirtein piti varmistaa todella pieniä asioita piti varmistaa niinku omilta esimiehiltä. (V3)

Yksityisellä sektorilla puolestaan yrityksen strategia ja arvot ohjasivat myös päätöksentekoa ja ne pidettiin mielessä esimerkiksi kehittämissuunnitelmissa jatkuvasti. Toisaalta nämä koettiin enemmän suuntaa antaviksi viitteiksi kuin suoraan konkreettisiin päätöksentekotilanteisiin vaikuttaviksi tekijöiksi. Taustalla tällöin päätöksenteossa oli esimerkiksi asiakaskokemuksen painottuminen ensisijaisena asiana palvelukonseptia kehitettäessä ja uusia päätöksiä tehtäessä. Joissakin yksiköissä oli laadittu strategian mukainen laadunhallintajärjestelmä, joka esimerkiksi asiakaspalautteiden avulla ja toimintasuunnitelman tukemana tuki kehittämistä koskevaa päätöksentekoa.

Budjetin ja talouden koettiin olevan päätöksenteon kokonaisvaltainen ohjaaja. Kaikki vastaajat korostivat tätä, sillä ilman rahaa ei päätöksiä voida tehdä tai toimintaa toteuttaa. Budjetointi ohjaa toiminnan suunnittelua ja sen yhteydessä tehtävät laskelmat määrittelevät esimerkiksi kuinka paljon yksikkö tuottaa palveluita vuodessa. Toteumaa seurataan vuoden mittaan itse ja päätökset tehdään taloudellisen ohjauksen rajoitteissa. Eräs haastateltu koki myös taloudellisen ohjauksen näkökulmasta päätöksenteon julkisen sektorin puolella helpommaksi, koska yksikölle annettiin tietyt verovarot, joiden mukaan seuraava vuosi toteutettiin. Tällöin toiminta on myös ennalta-arvattavampaa kuin yksityisellä sektorilla, jossa maksavien asiakkaiden määrä ratkaisee yksikön tulevaisuuden ja käytettävissä olevat varat. Toisaalta myös julkisen taloudellisen laman ja rahatilanteen vaikeuden koettiin johdattavan yleisesti päätöksentekoa siihen, että hoitopaikkoja ei ole ja kotona on pakko asua.

“Sä saat budjettikirjan ja sen perusteella sä alat laskea siitä sit kuntasektorilla puhun nimenomaan. Siellä periaatteessa siis raha ratkasee sen, sä tiedät kuinka paljon on käytössä... ...Jos budjetti on alimitotettu, jos se suunnitellaan tietosesti, että se ei kata sitä oikeeta tiedossa olevia kustannuksia varten, ni aika lirissä ollaan.” (V2)

Kyselyssä kartoitettiin johtajan päätöksentekoon vaikuttavista sisäisistä tekijöistä erityisesti organisaation strategian merkitystä (kuvio 5). 28 % kertoi organisaation strategian toimivan päätöksenteon taustana tai tukena antamalla suuntaviivat toiminnalle. Strategian koettiin olevan yksi osa päätöksentekoa ja sen mukaan ainakin pyrittiin toimimaan. 18 % koki strategian ohjaavan käytännön työtä koskevia päätöksiä ja 15 % ilmoitti strategian yksinkertaisesti vaikuttavan vahvasti päätöksentekoon. Käytännön työn päätöksentekoon strategia vaikutti esimerkiksi asiakaskriteerien muodostamisella. Lisäksi strategia määritteli kuinka paljon yksikkö tai organisaatio palveluitansa tuottaa ja kenelle. Myös henkilöstön työn määrä juonnettiin strategiasta, jotta yrityksen toiminta olisi kannattavaa.



Kuvio 5 Organisaation strategian ohjaus johtajan päätöksenteossa

12 % vastaajista eritteli strategian laadun, arvojen sekä asiakslähtöisyyden ohjaavan päätöksentekoaan. Strategian mukaisella päätöksenteolla pystyttiin luomaan tasapuolista, asiakslähtöistä sekä laadukasta työtä. Strategian mukaisia arvoja viestittiin myös työyhteisölle asiakslähtöisyyden näkökulmasta. Erityisesti inhimilliset arvot, kuten hellä ja hyvä hoito, viihtyisyä, tasavertainen ympäristö ja avoin toiminta ohjasivat päätöksentekoa.

”Lempikysymykseni työyhteisö ns. tiimipalaverissa on ” miten se palvelee meidän asiakkaita”. Päätöksenteon pohjana toimivat arvot ja toiminta-ajatus. Olemme täällä asiakasta varten. Hoito- ja palvelusuunnitelma ohjaa asiakkaan hoitoa. Henkilökunta on sitoutettava/saatava ymmärtämään, että arvot johtavat työtämme. Tehtäväni on vastata, että työmme pohjautuu todella näihin arvoihin. Se on jatkuvaa arvoihin pohjautuvaa keskustelua ja hoidon suunnittelua.”

Toiminnan kehittämistä ja suunnittelua koskeviin päätöksiin organisaation strategia vaikutti 10 %:n vastaajista. Strategiaa päivitettiin säännöllisin väliajoin ja sen mukaisesti toimintaa kehitettiin. Toiminnan suunnittelu pohjautui myös vastaajien mukaan strategiaan. 3 % kertoi strategialla olevan taloudellisen ohjauksen vaikutus päätöksenteolle, sillä strategiaan oli kirjattu talousluvut. Talouden kerrottiin määrittelevän toimintaa. 8 % puolestaan ilmoitti, ettei strategia ohjaa päätöksentekoa millään tavalla tai sitä ei ollut. Syinä strategian päätöksentekoon vaikuttamattomuudelle oli se, että linjaukset olivat niin laajoja, ettei ainakaan suoraan ohjannut päätöksentekoa.

5.3 Johtamisen päätöksenteossa käytettävät tietolähteet

Haastateltujen johtajien päätöksenteon tietolähteinä toimivat organisaation sisällä niin henkilöstö, asiakkaat sekä esimies. Päätöksenteossa käytettiin myös erilaisia organisaation tuottamia tietoja, kuten mittareiden tuottamaa tietoa (luku 5.4) ja erityisesti potilas-tietojärjestelmän sekä toiminnanohjauksen (kotihoidossa) tuottamia tietoja.

Henkilöstö on erityisen merkittävä tiedonantaja koskien päätöksentekoa niin resursoinnista, asukkaista ja yksikön kehittämistyöstä. Päätöksenteon koettiin pitkälle nojautuvan tiiminvetäjien sairaanhoitajien kertomusten varaan, koska esimies tai johtaja saattoi itse olla melko irrallaan jatkuvasta arjesta. Henkilöstön kanssa haastateltavat neuvottelivat ja päättivät yhdessä suuret resursointiin liittyvät päätökset, kuten työvuorojen henkilöstömäärät sekä työvuorojen lisäämistä koskevat seikat. Tämä kuitenkin edellytti aktiivista osallistumista esimerkiksi viikoittaisiin henkilöstöpalaveriin. Palaverissa pääsi ajan tasalle myös asiakkaiden tilanteista, mikä tuki asiakkaita koskevia päätöksentekotilanteita. Toisaalta erityisesti asiakkaita koskeva tieto tulikin pelkästään henkilöstöltä, koska välttämättä esimies ei asiakkaita työssään kohtaa. Yksikön kehittämiseen saatiin tietoa ja toiveita niin ikään palavereista, mutta myös kehittämishaluiset luottamushenkilöt koettiin tueksi esimerkiksi muutoksia koskevien suunnitelmien ja päätösten läpiviemiseksi työyhteisössä.

Asiakkaat ja asiakaslähtöisyys koettiin ohjaavan ja tukevan päätöksentekoa myös vahvasti. Erityisesti yksityisellä puolella korostettiin ikääntyneiden asiakkaiden merkitystä

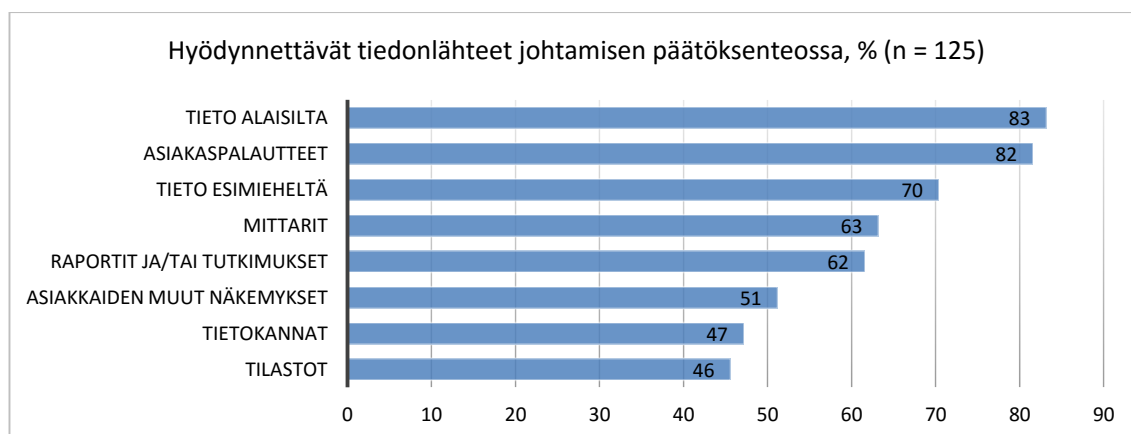
päätöksenteon ohjaajina. Asiakkaille pyritään luomaan hyvät puitteet ja aidosti asiakaslähtöinen palvelu annetuilla raameilla ja budjetilla. Eräs vastaaja totesi, ettei ole koskaan kokenut bisneksen teon ohjanneen päätöksentekoaan yksityisellä puolella, vaan ikäänntyneet asiakkaat ja heille annettava paras mahdollinen palvelu. Lisäksi asiakkaiden kuntoisuus oli yksi tekijä koskien yksikön resursointia ja hankintoja. Mikäli asiakkaiden kuntoisuus oli laskusuhdanteinen, voitiin perustella uusien työntekijöiden palkkaaminen tai toimintakykyä tukevien laitteiden hankinta. Erääseen yksikköön oli asukaskuntoisuuden perusteella perustettu fysioterapeutin vakanssi, jotta asiakkaiden mahdollisimman hyvää toimintakykyä pystyttiin tukemaan.

Esimiehen tukea päätöksentekoon hyödynnettiin erityisesti taloutta koskevissa, toimintaan liittyvissä sopimuksellisissa tilanteissa tai kehittämistyöhön liittyvissä päätöksentekotilanteissa. Erityisesti tiukassa taloudellisessa tilanteessa haettiin esimiehen tuki päätöksenteolle tai kun yksikkö joutui ylittämään budjettinsa. Lisäksi esimiehen tukea tarvittiin yksityisellä sektorilla kuntien kanssa uusien sopimusten solmimisessa sekä uusien liiketoimintaa kehittävien ideoiden siunaamisessa. Aina esimiehen tukea päätöksentekoon sitä haettaessa ei saatu, vaan tiukassa taloudellisessa tilanteessa keskusteluyritykset on jopa jätetty huomioimatta ja todettu esimiehen olevan vain nuuka. Lisäksi esimiehen tukea ei haettu tilanteessa, jossa esimies on enemmänkin kollega kuin esimies.

Potilastietojärjestelmä oli päätöksenteossa keskeinen tiedontuottaja, josta oli mahdollisuus saada erilaisia raportteja. Näitä raportteja hyödynnettiin erityisesti resursointiin liittyvässä päätöksenteossa, jossa tarpeisiin pystytään vastaamaan riittävin resurssein. Esimiehet kuitenkin kiinnittivät huomiota siihen, että hyödyntääkseen potilastietojärjestelmiä erinäisten hyödyllisten tietojen saamiseksi, tarvittiin melko hyvääkin atk-osaamista. Tietojärjestelmät eivät välttämättä tuottaneet raportteja itsestään, vaan monesti tämä vaati esimiehen tai johtajan manuaalista käsin laskentaa suunnitelluista ja toteutuneista asiakaskohtaisista kotihoitotunneista. Potilastietojärjestelmän lisäksi kotihoidossa käytössä oleva mobiili- ja työnohjausjärjestelmä toi näkyvyyttä ja jämäkyyttä toimintaan, ja sitä myöten helpotti läpinäkyvää päätöksentekoa esimerkiksi resursointiin liittyen. Toiminnanohjausjärjestelmän avulla pystyttiin myös osoittamaan asiakastarpeen ja siihen vastaamiseen vaadittavan henkilöstöresursoinnin määrä, sillä järjestelmä osoittaa, miten työ osataan suunnitella vastaamaan tavoitteita. Järjestelmä osoitti henkilöstön mahdollisen ylimääräisen ajan, kun tavoitteena oli olla asiakastyössä 60 % työajasta. Mikäli tämä alitui selvästi, voitiin olettaa, ettei työtä suunnitella tavoitteiden mukaisesti tai käytössä oli liikaa resursseja.

”Että tavallaan se on siitä tietojärjestelmästä kii plus se on myös siitä että mitään sellasta tietoa ei saada ulos mitä esimiehet ei halua, ja mitä ei kerrota etukäteen vuodelalusta ni kukaan ei niitä osaa sieltä hakee ja niitä ei jälkikäteen sieltä oikeen saa” V2

Kyselyyn vastanneet käyttävät johtamisen päätöksenteossa eniten (83 %) tietoa alaisilta sekä asiakaspalautteita (82 %) (ks. kuvio 6). Alaisilta saatava tieto keskittyi pääsääntöisesti suulliseen tietoon, joka muodostui vastaajien mukaan kehityskeskusteluista ja erilaisista palavereista sekä kokouksista. Pienissä yksiköissä keskustelua käytiin vastaajien mukaan päivittäin, koska alaisten kohtaaminen oli tiiviimpää. Alaisilta saatua tietoa käytettiin asiakkaiden ja heidän erilaisten tilanteidensa, kuten asumistarpeiden mahdollisiin muutoksiin liittyvään päätöksentekoon. Keskustelua alaisten kanssa hyödynnettiin myös asiakastyön kuormittavuuden arviointiin ja siihen liittyvään päätöksentekoon. Alaisilta saatavaa kirjallista palautetta hyödynnettiin myös. Kirjallinen palaute saatiin esimerkiksi henkilöstötyytyväisyyskyselyiden kautta. Lisäksi käytettiin alaisten potilastietojärjestelmään kirjaamia asiakaskohtaisia tietoja erityisesti asiakkaisiin kohdistuvaan päätöksentekoon. Muita alaisiin liittyviä hyödynnettäviä tietoja olivat esimerkiksi sairauspoissaolo-tilastot, joita päätöksenteossa käytettiin.



Kuvio 6 Hyödynnettävät tiedonlähteet johtamisen päätöksenteossa

Asiakaspalautteista suurin osa tuli suoraan asiakkailta kirjallisesti erilaisten asiakastyytyväisyyskyselyiden sekä säännöllisten palautekyselyiden muodossa. Yksiköissä oli käytössä myös jatkuva asiakaspalautemahdollisuus tai toisaalta koko organisaation yleinen palautejärjestelmä. Kirjallisten palautteiden lisäksi päätöksenteossa hyödynnettiin myös suullisesti saatua asiakaspalautetta. Lisäksi päätöksenteossa hyödynnettävää asiakaspalautetta kerättiin säännöllisesti omaisilta tai tilaaja/-maksajaorganisaatioilta. Myös muistutukset ja kantelut mainittiin päätöksenteossa hyödynnettäviksi asiakaspalautteiksi.

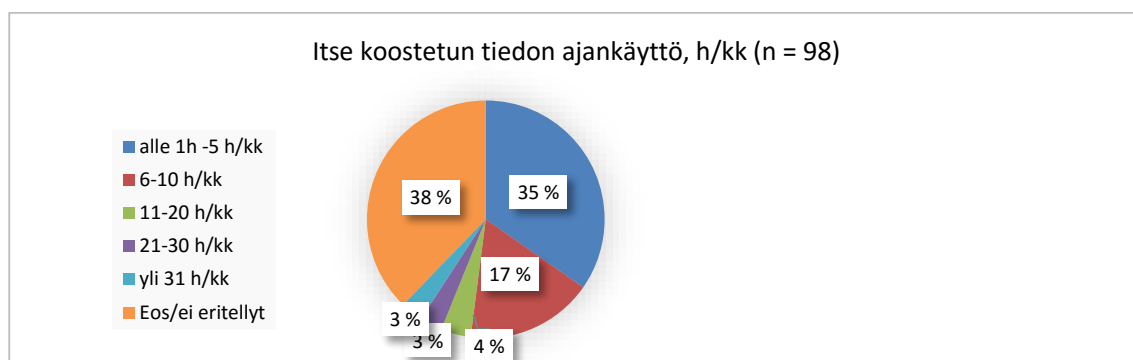
Tietoa esimieheltä käytti 70 % vastaajista. Esimieheltä saatava tieto oli yhtäläillä suullista sekä kirjallista. Suullisesti tietoa saatiin kehityskeskusteluista sekä erilaisista yhteisistä kokouksista. Myös kirjallista palautetta saatiin ja hyödynnettiin. Näiden muotoja olivat organisaation raportit, organisaation intra, talousseuranta, kirjalliset esimieheltä saatavat ohjeet sekä sähköposti.

Mittareita, raportteja tai tutkimuksia hyödynnettiin lähes yhtä paljon, kun noin 60 % ilmoitti käyttävänsä näitä tietona johtamisen päätöksenteossa. Eniten käytettäviä mittareita päätöksenteossa olivat RAVA, RAI ja MMSE tai CERAD. RAVA-mittaria käytettiin asiakkaan toimintakyvyn kuvaamiseen, asiakkaiden sijoittamiseen, resursointiin tai henkilöstömitoitukseen sekä tietoon asiakkaan palvelutarpeista. RAI:ta käytettiin päätöksenteossa asiakasrakenteen kuvaamiseen tiimi-, yksikkö- ja organisaatiotasolla sekä valtakunnalliseen vertailuun. Lisäksi RAI:ta hyödynnettiin hoidon sisällön suunnitteluun, henkilöstöresursointiin sekä toimintakyvyn kuvaukseen. Kuusi vastaajaa ilmoitti käyttävänsä sekä RAVA- että RAI-mittaria. Raporteista ja tutkimuksesta selvästi eniten hyödynnettiin STM:n raportteja ja suosituksia. Lisäksi tiedonlähteenä käytettiin THL:n raportteja ja tutkimuksia. Yleisesti vastaajat kertoivat käyttävänsä yleisesti ikäihmisiin liittyvää tieteellistä tutkimusta. Myös oman kaupungin tai kunnan asukasrakennetta ja tietoa käytettiin esimerkiksi palvelutarpeen määrittelyjä varten.

Hieman alle puolet vastaajista käytti asiakkaiden muita näkemyksiä (kuin asiakaspalautteita), tietokantoja ja tilastoja. Suurin osa näistä asiakasnäkemyksistä tuli vanhusneuvostoilta. Muita keskeisiä tietokanavia olivat asiakas- tai asukaskokoukset, joita organisaatiossa järjestettiin sekä niistä saatavat palautteet. Muita hyödynnettäviä tiedonantotahoja olivat esimerkiksi eläkeläisjärjestöt, asiakasraadit ja julkiset keskustelu- tai yleisötilaisuudet. Hyödynnettäviä tietokantoja olivat selvästi eniten potilastietokannat, joista luettiin hoitotietoja ja lääkärin kertomuksia päätöksenteon tueksi. Muita mainittuja oli Terveysportti, josta hyödynnetään käypä hoito -suosituksia. Lisäksi tieteellisiä julkaisuja etsitään erilaisista lääke- ja hoitotieteellisistä tietokannoista, kuten Medlinesta, Nelli-portaalista ja muista yliopistojen tietokannoista. Päätöksenteossa hyödynnettäviä tilastoja olivat organisaation itsensä tuottama tieto, kuten asiakaskäyntiraportit, käyttöaste, organisaation vuositilastot. Näitä tietoja käytettiin muun muassa toiminnan suunnitteluun. Lisäksi toiminnan suunnitteluun käytettiin tilastokeskuksen ja THL:n tietoja. Näitä olivat esimerkiksi THL:n SotkaNetin tietoja väestökehityksestä. HILMOa hyödynnettiin alueellisen ja valtakunnallisen tilastotiedon etsimiseen vastaavaan tarkoitukseen.

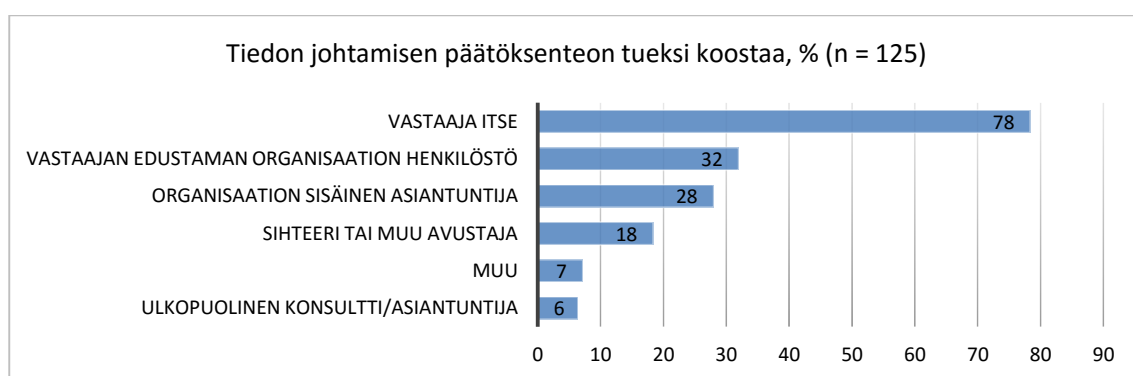
Tiedon koostamiseen edellisistä tietolähteistä käytettiin jonkin verran ulkopuolista apua, mutta suurimmaksi osaksi tieto koostettiin itse (78 % vastaajista). 35 % käytti aikaa tiedon koostamiseen yhdestä viiteen tuntia kuukaudessa (kuvio 7). 17 % vastaajista käytti aikaansa kuudesta kymmeneen tuntia ja 9 % yhdestätoista tunnista 31 tuntiin kuukaudessa. 38 % ei osannut sanoa tai ei eritellyt tuntimäärää.

”suurimman osan työstä”



Kuvio 7 Itse koostetun tiedon ajankäyttö

Tietoa koosti myös organisaation henkilöstö (32 %) (kuvio 8). Organisaation sisäinen asiantuntija koosti tiedon 28 %:lle johtajista. Asiantuntijanimikkeitä olivat muun muassa talousasiantuntija- tai päällikkö, sovellus- tai ICT-asiantuntija, palvelusuunnittelija, sairaanhoitaja, kotihoidon johtaja, hoitopalvelu-, laatu- tai terveystalvupäällikkö, kehitysjohtaja tai hoitotyön asiantuntija.



Kuvio 8 Tiedon koostaa päätöksenteon tueksi

Sihteeri tai muu avustaja koosti tiedon puolestaan 18 %:lle vastaajista ja ulkopuolinen konsultti kuudelle prosentille. Muita asiantuntijoita hyödynsi 7 % vastaajista. Muita asiantuntijoita olivat johtavassa asemassa oleva henkilöt tai hoitotiimit.

5.4 Mittareiden käyttö päätöksenteon tukena

Haastatellut käyttivät erilaisia mittareita paljonkin johdon päätöksenteon tukena. Haasteetonta tämä ei kuitenkaan ollut. Mittareiden koettiin olevan varsin yksipuolisia ainakin ainoana päätöksenteon välineenä. Lisäksi valtakunnallisesti mittareiden hajanaisuus koettiin haasteelliseksi. Myös mittareiden käyttäjä- tai täyttäjäpohjaiset tekijät koettiin haasteellisiksi, kun mittaria käytetään johdon päätöksenteon tukena.

Johdon päätöksenteon tukena käytettiin asiakkaan toimintakykyä mittaavia mittareita, kuten RAVAA, ADL/IADL-mittaria, fysioterapeuttien käyttämiä SPPB- ja tasapainomitareita sekä arjen toimintaa kuvaavia arkiosallistumisen toimintoja mittaavia mittareita. Yhdelläkään haastatelluista ei ollut RAI-mittaria käytössä yksikössään, mutta ainakin yhteen yksikköön se oli todennäköisesti tulossa. Yhdessä yksikössä ei ollut muita ainakaan avuntarvetta osoittavia mittareita käytössä kuin RAVA. Lisäksi käytössä päätöksenteon tukena olivat kognitiota mittaavat mittarit MMSE ja CERAD sekä ikääntyneiden mielialamittari GDS-15. Myös kipumittareita ja ravitsemusmittareita käytettiin hyödyksi esimiestyössä. Näitä asiakkaan eri toimintakyvyn ulottuvuuksia käytettiin asiakaskohtaisiin päätöksiin esimerkiksi palvelutarpeen arvioinnissa ja niiden tulokset kirjattiin päätöksiin.

Resursoinnin mittarina käytettiin hoitajamitoituksen ja asiakkaan kuntoisuuden tai hoitoisuuden vertailua. Näitä tietoja tilastoitiin jopa viikoittain. Näiden tekijöiden kohtaamattomuudesta saatiin myös palaute nopeasti. Lisäksi hoitajamitoitus-asiakkaan kuntoisuusvertailua voitiin käyttää perusteluna omalle esimiehelle, mikäli omassa yksikössä oli tarvetta lisäresurssille, esimerkiksi saattohoitotilanteessa. Asiakkaiden kuntoisuus saattoi myös vaihdella nopeallakin aikavälillä, jolloin lisäresurssia saatettiin tarvita pikaisestikin. Toisaalta yksityisellä tai kolmannella sektorilla myös kuntien vaatimukset hoitajamitoituksesta oli tarkkaan määritelty, joten mitoitustietoja täytyi reaaliaikaisesti kyetä osoittamaan.

Haasteena mittareiden käytössä päätöksenteon välineenä koettiin niiden yksipuolisuus ainoana päätöksenteon välineenä sekä mittareiden valtakunnallinen hajanaisuus. Lähes kaikki haastateltavat korostivat sitä, että vaikka mittareita käytetään vahvasti päätöksenteon tukena, eivät ne koskaan saisi olla ainoita päätöksenteon välineitä. Mittareiden ei koeta mittaavan koskaan tarpeeksi laajasti ainakaan yhden asiakkaan tilannetta, vaan ne ovat enemmän suuntaa antava tuki päätöksenteolle. Näin ollen päätöksenteon tukena käytettiin myös esimerkiksi alaisten antamaa tietoa, varsinkin kun kyse on ihmisläheisestä työstä. Haasteena koettiin myös erityisesti yksityisellä sektorilla mittareiden hajanaisuus, koska asiakkaina saattaa olla useita kuntia, jotka kukin vaativat ostoyksikköä käyttämään omia mittareitaan. Toiveena olisikin, että koko Suomessa käytettäisiin samoja mittareita ja niiden pohjalta tehtäisiin myös palvelurakennelinjaukset.

“... ite ainakin jos näin valtakunnallisesti sanois, ni toivoisin selkeästi koko Suomessa käytössä samat mittarit ja ylipäättänsä niinkun näitten pohjalta niinkun tehtäis näitä päätöksiä, että esimerkiksi niinku rakenne ja palveluitten rakenteesta ja sitten niinku linjauksista sun muista. ... Et jotenkin se että minua ainakin ittee se vähän hämää, että puuttuu selkeät linjaukset näitten mittaristoissa. Että jos ne on päätöksenteon pohjalla, ni niitten pitäis olla samat kaikki.” (V3)

Haastatteluissa mittareiden käytöstä päätöksenteon välineenä erityisesti haasteeksi osoittautuivat käyttäjä- tai täyttäjäpohjaiset tekijät. Mittareiden täyttäjien näkökulmasta mittareiden tulisi olla mahdollisimman selkeitä ja yksiselitteisiä, jotta vältettäisiin tulkinalliset poikkeamat. Lisäksi mittareiden täyttämisen eettisyyteen luottaminen saattoi joskus olla haasteellista. Mittareita täyttävät ihmiset, joten inhimilliset tekijät ovat keskeisiä vaikutustekijöitä mittareiden tuloksiin. Samasta henkilöstä täytettävä toimintakykymittari saattoi antaa eri tulokset eri täyttäjän näkökulmasta, erityisesti mikäli mittari ei ollut yksiselitteinen ja tarkoin ohjeistettu. Näin ollen myös mittarin käyttäjän koulutuksen merkitys korostui, jotta mittarin tarkoitus ymmärrettiin samoin tekijästä riippumatta. Toisaalta eettisyystekijät erityisesti mittareissa, joita käytetään johdon päätöksenteon tukena resursoinnissa, olivat keskeisiä. Joskus alaisten kanssa oli jouduttu keskustelemaan siitä, yritetäänkö mittarin täytöllä tehdä asiakkaista hieman heikompikuntoisia, jotta se palvelisi hoitohenkilöstöä jollakin tapaa johdon päätöksenteossa.

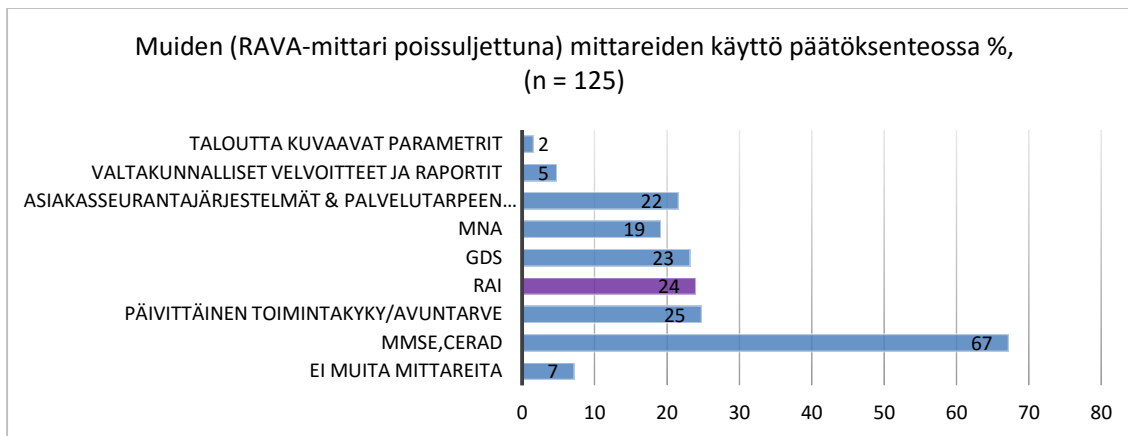
”Ettei niihin tuu tulkinnallisia eroja ja sit tietysti välillä on noussut keskusteluihin, että yritetäänkö vähän vedättää. Tehdäänkö vähän heikompikuntoinen, jotta seuraisi jotain muuta. Se on sit taas hoitohenkilökunnalta kauheen epäeettistä toimintaa. Että ei pysytä siinä mikä on todellinen tilanne, vaan tehdään tästä vähän heikompikuntoinen, ni auttasko se meitä jatkossa johonkin suuntaan.” (V4)

Haastateltavia pyydettiin myös kuvailemaan ihanteellinen mittari ikäihmisten palveluiden johdon päätöksenteon tueksi. Ihanteellinen mittari osoittaisi työntekijän käyttämän työajan sekä asiakkaan toimintakyvyn yhteyden realistisiin kustannuksiin. Mittari olisi lisäksi helppokäyttöinen, kohdennettu oikeisiin mitattaviin asioihin mutta yksinkertainen. Lisäksi mittari selvittäisi avuntarpeen, käytetyn ajan, hoitoisuuden ja käytettävien henkilöstöresurssien määrän suhteessa hyvään hoitoon. Asiakasnäkökulmasta mittari mittaisi myös toteutettavan hoidon laadun asiakkaan kokemuksen mukaisesti.

”..mitä tietoja jouvun aina tuottamaan, nin on se työntekijän käyttämä työaika...sen asiakkaan luona kuukaudessa esimerkiksi, ja sitten se kustannus siitä. Paljonko se niinku realistisesti maksaa... olis suoraviivaisesti nähtävissä se niinkun se yhteys, että niinkun se asiakkaan toimintakyky ja kustannus.” (V1)

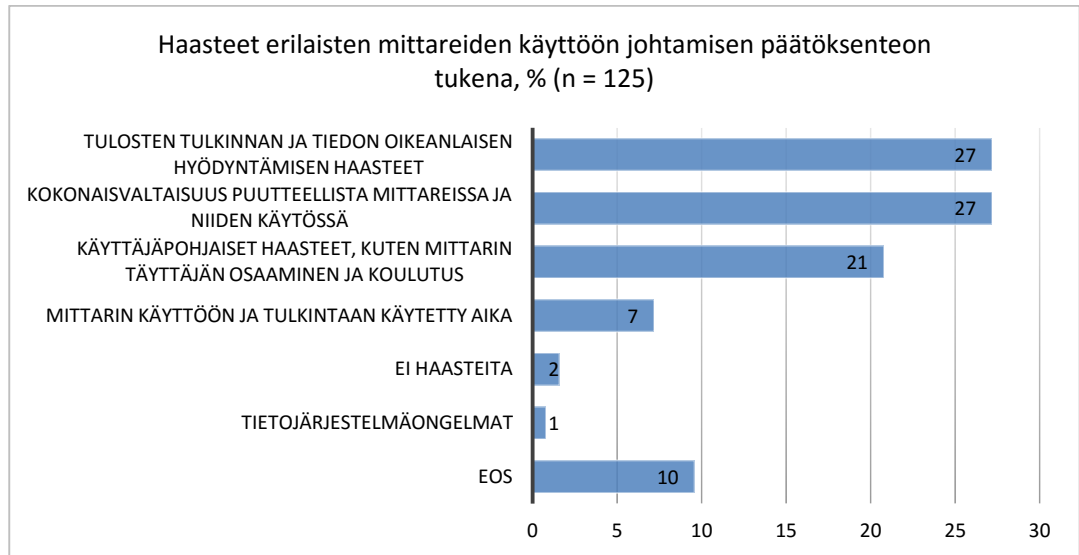
Kyselyyn vastaajat käyttivät päätöksenteon tuessa kahdeksaa erilaista mittaria (kuvio 9). 7 % vastaajista ilmoitti, ettei käytä muita mittareita kuin RAVAA. Eniten käytettiin muistia ja kognitiota mittaavia MMSE-mittaria ja CERADia, kun lähes 70 % vastaajista ilmoitti näitä käyttävänsä. Melko tasaisesti käytettiin muita erityisesti asiakkaan hoitoon liittyviä mittareita, kuten päivittäinen toimintakyky, GDS-mielialamittaria ja MNA-ravitsemusmittaria. Näitä kutakin käytti neljäsosa vastaajista. RAI-mittaristo oli käytössä niin

ikään neljäsosalla vastaajista. Asiakasseurantajärjestelmiä sekä palvelutarpeen arvioin-
teja päätöksenteossaan käytti 22 % vastaajista. Näitä olivat esimerkiksi tilastotiedot asia-
kaskäynneistä, asiakkaiden maksuluokista, työajan käytöstä, kotihoidon mobiiliohjaus-
järjestelmän tuottamat tiedot ja hoitotyön suunnitelmat sekä palvelutarpeen arvioinnit.
Myös asiakastyytyväisyyskyselyt sekä niiden tulokset luettiin mittareihin päätöksenteon
tueksi. Lisäksi vastaajista 5 % käytti valtakunnallisia velvoitteita ja raportteja päätöksenteon
pohjana. Näillä viitattiin esimerkiksi HILMO-tilastoihin, Valviran ja AVIn ohjeis-
tuksiin hoitajamitoituksista sekä vanhuspallvelulakiin. Myös taloustiedot ja käyttöasteet
olivat päätöksentekoa ohjaavia tekijöitä 2 %:lla vastaajista.



Kuvio 9 Muiden mittareiden käyttö päätöksenteossa

Mittareiden käyttöön päätöksenteon tukena liittyi erilaisia haasteita (kuvio 10). Hie-
man alle 30 % vastaajista kertoi haasteellista olevan tulosten tulkinta sekä tiedon oikean-
lainen hyödyntäminen. Tulosten tulkinnan haasteita loi se, ettei mittarin tuloksia välttä-
mättä ymmärretä. Lisäksi saatettiin luottaa liikaa yhden mittarin tuottamiin tuloksiin hu-
mioimatta muita tekijöitä päätöksenteossa. Toisaalta mittareiden tuloksille ei välttämättä
anneta tarpeeksi painoarvoa, koska muut seikat, kuten talous, painavat päätöksenteossa
enemmän. Mittareiden tulosten tulkinta ja käsittely erityisesti esimies- ja johtajatasolla
saattoi jäädä myös kokonaan tekemättä.



Kuvio 10 Haasteet erilaisten mittareiden käyttöön johtamisen päätöksenteon tukena

27 % vastaajista koki haasteeksi myös mittareiden sekä niiden käytön kokonaisvaltaisuuden puutteen. Hankalaksi koettiin se, että yksiköissä oli useita mittareita, joita henkilöstö täyttää ja joita käytetään. Tämän koettiin luovan pirstaleisuutta arviointeihin. Vastaajien mukaan haasteellista oli kerätä tieto monista mittareista yhteen kuvaamaan ajankohtaista tietoa yksiköstä ja asiakkaista. Asiakasnäkökulmasta minkään mittarin ei koettu antavan kuitenkaan kokonaisvaltaista kuvaa yhdestä henkilöstä, minkä takia monien mittareiden käyttö olikin pakollista. Mittareiden koettiin olevan suppeita ja suuntaa antavia.

”Eivät yleensä yksinään anna tarvittavaa tietoa, tarvitaan useita mittareita, joiden perusteella tarvittavat päätökset voidaan tehdä”

”Mittari on suuntaa antava. Numeroiden takana on aina ihmiselämän moninaisuus.”

”eri kunnat haluavat käyttää eri mittareita; rava, RAI.. tuo kirjavuutta käytäntöön ja mahdollisesti sekoittaa henkilöstöä. Myös mittari jää näin pinnallisemmaksi.”

Käyttäjöpohjaisia haasteita, kuten mittarin täyttäjän osaaminen ja koulutus vaikeutti mittareiden tuloksiin luottamista 21 % vastaajan kohdalla. Mikäli mittaria ei osata täyttää oikein, tuloksiin ei voitu luottaa ja näin ollen ei sitä voitu käyttää päätöksenteon pohjana. Myös henkilöstön sitoutuminen, motivaatio ja ymmärrys mittarin merkityksestä ja sen täyttämisen tarkoituksenmukaisuudesta ja hyödyntämisestä vaikuttivat päätöksenteon luotettavuuteen. Henkilöstö ei välttämättä aina tiedosta mittarin täytön ja tulosten merkitystä, jolloin mittareita tehdään rutiininomaisesti ja epätarkasti, koska täyttämällä ei

koeta olevan merkitystä. Koulutuksen merkitys nimettiin suureksi tekijäksi, joskin sekin oli motivaation ja hintatason suhteen haasteellista. Mittareiden täyttöön vaikuttivat myös inhimilliset tekijät, jolloin luotettavaa mittaria ei koettu voivan olevankaan.

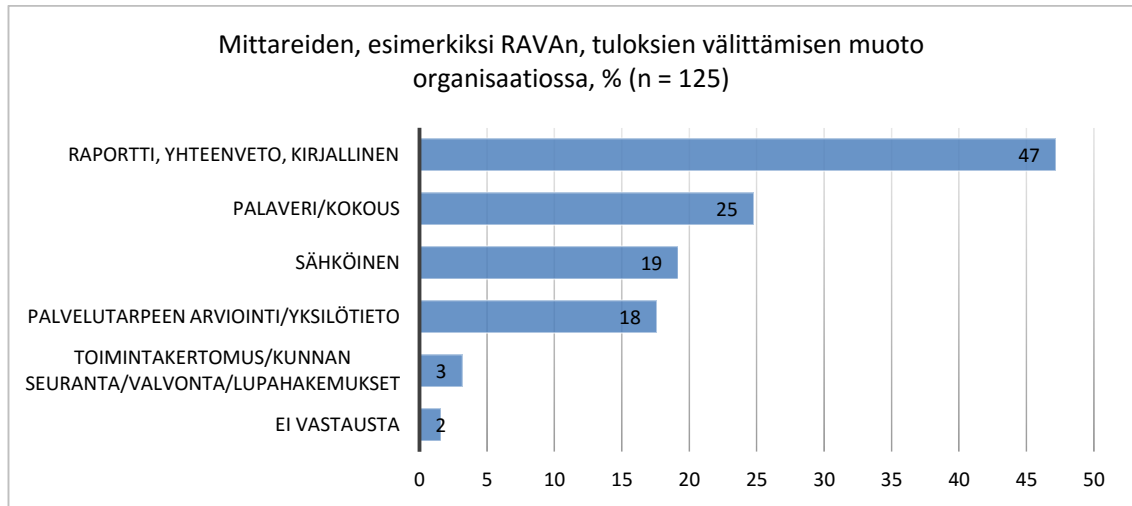
”Mittarin käyttäjät täyttävät lomaketta erilailla, esim. ymmärretään kysymys väärin.”

”...tietysti mittarin loppukäyttäjien asiantuntemus mittausta tehdessään - voiko tulokseen luottaa?”

Mittarin käyttöön ja tulkintaan käytetyn ajan koki haasteelliseksi 7 % vastaajista. Mittareiden moninaisuuden vuoksi tulkintaan ei ehditty käyttää aikaa niin paljon, kuin olisi tarve. Perehtymisen moniin mittareihin kerrottiin olevan puutteellista. Näin ollen myös tulosten yhteenvedo ja tulkinta oli aikaa vievää, eikä sitä välttämättä mielellään tehtykään. Mittareiden tulosten tulkinnan koettiin jopa vievän turhaan aikaa perustyöltä.

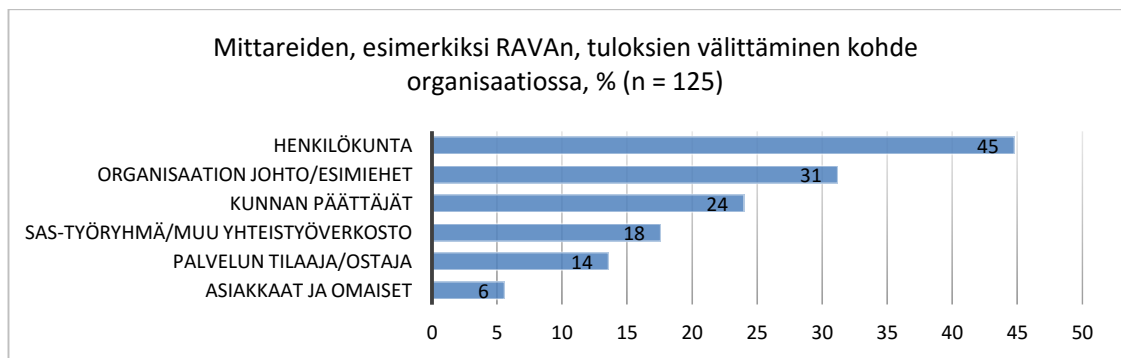
Yksittäiset vastaajat ilmoittivat ongelmaksi myös tietojärjestelmähaasteet, koska mittarit eivät olleet esimerkiksi potilastietojärjestelmään yhdistettävissä. Osa ilmoitti myös, ettei mittarin käytössä johdon päätöksenteon tukena ole minkäänlaisia haasteita.

Johtajat välittivät mittareiden tuloksia pääsääntöisesti kirjallisesti, yhteenvedojen ja raporttien kautta (kuvio 11). Tulokset ovat poikkileikkaustutkimuksen tuloksia, keskiarvoja, kotihoidon ja omaishoidon kehittämiseen liittyvät yhteenvedot sekä palvelujen kohdentamista. Myös päätöksiin mittareiden tuloksia kirjataan muistiin. Neljäsosa vastaajista kävi mittareiden tuloksia läpi suullisesti, osana palavereita tai kokouksia. Tuloksia käytiin läpi erilaisissa henkilöstö-, yksikkö- ja tiimikokouksissa, johtoryhmän ja laadunhallintakokouksissa ja osana työn arviointia. 19 % välitti mittareiden tuloksia sähköisessä muodossa, kuten sähköpostitse. 18 % puolestaan kävi tietoa läpi yksilö- eli asiakaskohtaisesti ja palvelutarpeen arvioinneissa. Tuloksia hyödynnettiin tällöin esimerkiksi SAS-ryhmän palaverissa tai yksittäisten asiakkaiden tilanneseurannassa tai palveluhakemuksissa. Tuloksia kirjattiin myös toimintakertomuksiin kunnan seurantaa, valvontaa tai lupahakemuksia varten (3 %).



Kuvio 11 Mittareiden tuloksien välittämisen muoto organisaatiossa

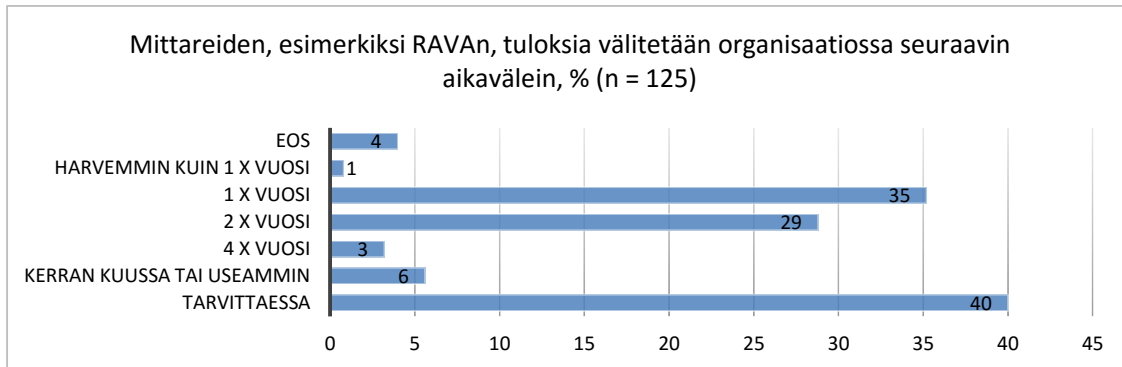
Mittareiden tuloksia välitettiin organisaatioissa eniten henkilökunnan, kuten hoitajien, lääkäreiden ja sosiaalityöntekijöiden, taholle, kun 45 % vastaajista ilmoitti näin tekevänsä (kuvio 12). 39 % kertoi välittävänsä tulokset organisaation johdolle tai omille esimiehilleen. Neljäsosa toimitti tulokset kunnan päättäjille, kuten kaupunginvaltuustolle, -hallitukselle ja -lautakunnille. 18 % toimitti tulokset SAS-työryhmälle tai muulle yhteistyöverkostolle. Palvelun tilaajalle tai ostajalle tulokset toimitettiin 14 %:ssa vastauksia ja 6 % ilmoitti viestivänsä mittareiden tuloksista asiakkaalle itselle tai hänen omaiselleen.



Kuvio 12 Mittareiden tuloksien välittämisen kohde organisaatiossa

Mittareiden tuloksia välitettiin pääsääntöisesti tarvittaessa (40 %) (kuvio 13). Tuloksista viestittiin tällöin aina, kun asiakkaan tilanteessa tapahtui muutoksia tai pyydettyäessä. Myös silloin, kun päätöksenteossa tarvittiin mittareiden tuloksia, niistä viestittiin. Lähes yhtä usein tuloksia välitettiin kerran tai kaksi vuodessa. Tällöin monessa organisaatiossa tehtiin poikkileikkaustutkimus tai tulokset kirjattiin vuosikertomukseen. Myös moniammatilliselle tiimille tulokset vietiin tiedoksi hoito- ja palvelusuunnitelmien tarkistusten

yhteydessä. Kerran kuussa tai useammin tuloksia välittävät (6 %) kertoivat tilastoja tehtävän joka kuukausittaiseen SAS-palaveriin, jonka takia tuloksista myös näin usein viestittiin.



Kuvio 13 Mittareiden tuloksien välittämisen aikavälit

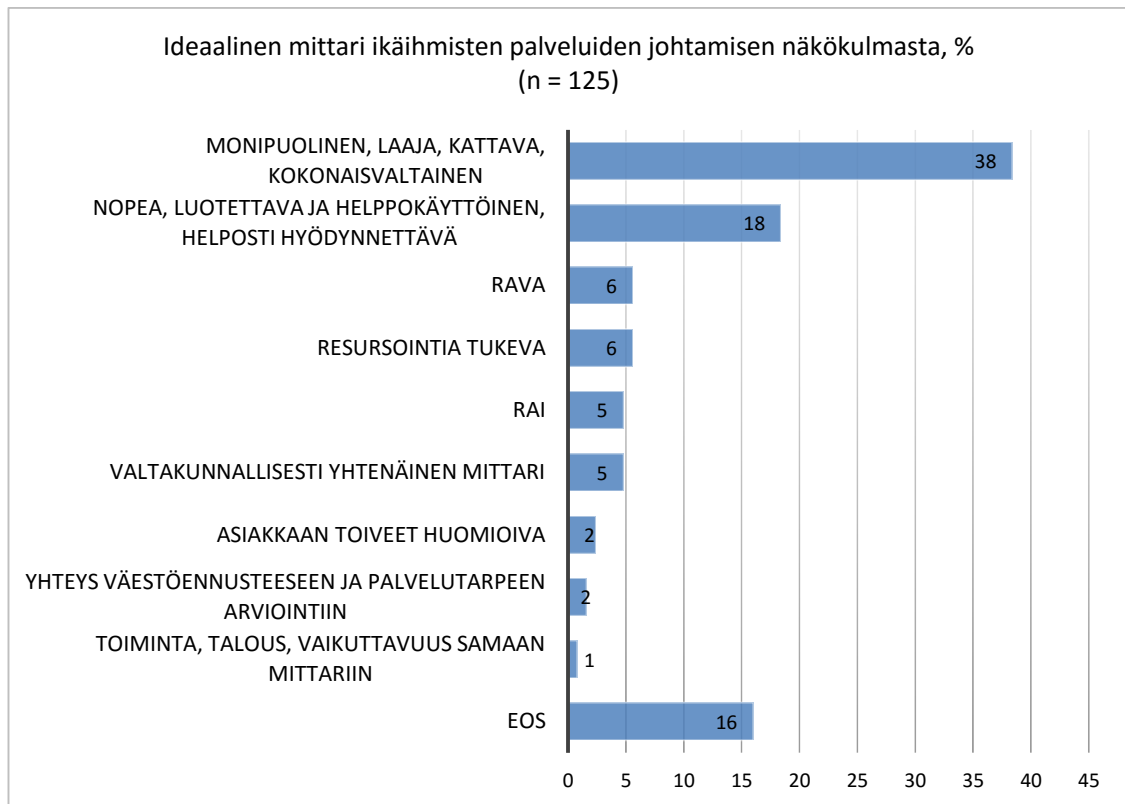
Ideaalinen mittari ikäihmisten palveluiden johtamisen näkökulmasta olisi vastaajien mukaan monipuolinen, laaja, kattava ja kokonaisvaltainen (38 %) (kuvio 14). Tällaista mittaria voisi käyttää kaikenikäisiin ja -kuntoisiin asiakkaisiin ja se huomioisi arjen toimintakyvyn ja elämänlaadun. Mittari huomioisi toimintakyvyn kaikki osa-alueet: asiakkaan muistin, fyysiset ja psyykkiset ja sosiaaliset ominaisuudet. Toiseksi eniten toivottiin mittarin olevan nopea, luotettava, helppokäyttöinen ja helposti hyödynnettävä (18 %). Tällainen mittari huomioisi asiakkaan toiveet, eikä kadottaisi ihmistä mittaamisen keskelle. Mittari antaisi nopeasti ja helposti vertailtavaa tietoa samalle näkymälle. Lisäksi mittarin tulisi olla nopea ja helppo käyttää ja täyttää ilman suurempia tulkinnallisuuksia. Mittarin tulisi olla myös helposti koulutettava. Raportointimahdollisuuden tulisi olla johdon näkökulmasta helppo.

”Eri osa-alueet kattavasti, mutta yksinkertaisesti ja selkeästi huomioiva sekä valtakunnallisesti käytössä oleva. Helppo ja nopea täyttää ja tulkita.”

Kuusi prosenttia vastaajista koki RAVAn olevan ideaalinen mittari juuri sen helppokäyttöisyyden ja nopean täyttämisen vuoksi. Monimutkaisemman mittarin koettiin jäävän mahdollisesti käyttämättä. Muutamia lisäyksiä RAVA-mittariinkin ehdotettiin toimintakyvyn osa-alueiden kohdalla. Viisi prosenttia vastaajista puolestaan koki RAI-mittarin olevan ideaalinen mittari johdon päätöksenteossa, koska se mittaa monipuolisesti toimintakykyä.

”RAVA on monelta osin lähellä ideaalia kun puhutaan tehostetusta palveluasumisesta/laitoshoidosta. Kotihoidossa on varmasti enemmän haastetta selvittää todellista pärjäämistä.”

”Tarkempi kuin Rava, mutta väljempi kuin RAI :) Resurssien allokointia helpottava ja toimintaa kuvaava.”



Kuvio 14 Ideaalinen mittari ikäihmisten palveluiden johtamisen näkökulmasta

Kuusi prosenttia vastaajista toivoi mittarin olevan resursointia tukeva. Mittari huomioisi arvioinnissa hoitoisuuden sekä henkilöstön tarpeen ja siten auttaisi resursoinnissa. Viisi prosenttia vastaajista puolestaan toivoi valtakunnallisesti yhteneväistä mittaria, jolla arvioida asumispalveluiden kohdennettavuutta. Lisäksi yksittäiset vastaukset kohdistuivat toiveisiin, jossa ideaalinen mittari ottaisi asiakkaan toiveet huomioon ja sillä olisi yhteys väestöennusteeseen. Tällöin asiakaskokemus saataisiin luotettavasti nähtäville ja mittari ennustaisi väestöennusteen mukaisesti palvelutarpeen muutokset. Myös toiminnan, talouden ja vaikuttavuuden toivottiin saatavan samaan mittariin päätöksenteon tueksi.

5.5 RAVA-mittari johdon päätöksenteon tukena

5.5.1 RAVA-tiedon hyödyntäminen päätöksenteossa

Haastatteluiden perusteella RAVA-mittarin tuottamaa tietoa hyödynnettiin johdon päätöksenteossa yksikön toiminnan arvioinnissa ja suunnittelussa sekä perusteluina toiminnan kuvauksessa ja sitä koskevissa päätöksissä. Toiminnan arvioinnilla ja suunnittelulla tarkoitettiin RAVA-mittarin antamien tietojen hyödynnettävyyttä toiminnan tavoitteiden todentamisessa, suunnittelussa sekä asiakkaiden palvelutarpeen arvioinnissa nykyisessä hoitomuodossa ja jatkosijoitusta suunniteltaessa. RAVA-poikkileikkaustutkimuksen avulla pystyttiin tarkastelemaan asiakkaiden sijoittumista yksikköjen välillä tai yksikön tiimeihin eli minkä kuntoiset asiakkaat olivat sijoittuneet minnekin. Tämä mahdollisti myös asiakaskunnan vertailun RAVA-luokittain sekä alueittain. Lisäksi RAVA-mittarin antamien tulosten myötä pystyttiin todentamaan toiminnan tavoitteita, koska sen perustella voitiin osoittaa, että paljon hoitoa tarvitsevat asiakkaat ovat esimerkiksi tehostetun palveluasumisen piirissä ja huonokuntoisimmat asiakkaat pitkäaikaishoivan piirissä.

Toiminnan suunnittelussa RAVA-mittarin tulokset toimivat tukena siten, että RAVA-luokkien perusteella pystyttiin ennakoimaan esimerkiksi kotihoidossa tuntimäärien lisääntymistä. Tämä edellytti, että seuranta oli tehty useamman vuoden ajan. Mittarin tulosten avulla pystyttiin ennakoimaan hoidon tarpeen lisääntyminen ilta- ja yöhoidon osalta, koska kasvutrendit olivat ennustettavissa aiempien tulosten perusteella. Lisäksi kotihoidon sisäisen porrastuksen seuranta sekä trendit hoidossa oli mahdollista havaita RAVAn avulla. Nähtävissä oli esimerkiksi yli 85-vuotiaiden asiakkaiden lisääntyminen, joilla RAVA-tulokset eivät olleet korkeat eli toimintakyky oli hyvä. Toisaalta oli nähtävissä myös kotihoidon asiakkaiksi tulevia nuoria ihmisiä, joilla RAVA puolestaan oli korkea eli toimintakyky heikko.

Erytyisesti lähiesimiestyössä RAVAn asiakaskohtainen merkitys toiminnan suunnittelussa näkyi myös asiakaskohtaisissa arvioinneissa nykyisessä hoitomuodossa sekä jatkosijoitusta suunniteltaessa. RAVA-mittarilla on keskeinen rooli SAS-työryhmän väliin, johon haastateltavat osallistuivat lähes jokainen jollakin tapaa. RAVA-mittari määritteli vahvasti kotona pärjäämättömien asiakkaiden toimintakykyä ja oli merkittävä tekijä jatkosijoitusta koskevassa päätöksenteossa. Liian alhaisilla RAVA-pisteillä asiakas ei ollut välttämättä oikeutettu siirtymään seuraavan tason hoitoon esimerkiksi tehostetun palveluasumisen piiriin. Myös kotihoidon hoidon tarpeen arvioinneissa hyödynnettiin RAVA-mittaria, jolloin tehtiin päätös, minkä tasoista kotihoitoa asiakkaan oli mahdollista saada. RAVA-mittaria käytettiin siis hoidon kriteerien muodostamiseen ja hoidon porrastukseen. Mittari teki näkyväksi myös asiakkaalle sekä omaisille sen, mikä toimintakyky hänellä mahdollisesti oli verrattuna muihin vastaavan ikäisiin ihmisiin. Mittarilla voitiin

siis osoittaa asiakkaan hoidon tarve suhteessa toisiin asiakkaisiin ja käyttää sitä päätöksenteon perusteena. Toisaalta ongelmaksi koettiin se, ettei mittari aina osoittanut todellista hoidon tarvetta, vaan RAVA-indeksi saattoi olla pieni vaikka hoidon tarve olisikin suuri.

”mutta kyllä se anto niinku viitteet että oikeella tiellä ollaan ja ollaan niinku oikeilla suuntaviivoilla sen suhteen että että niinku ne paljon hoitoa tarvitsevat ihmiset on sitten siellä tehostetussa palveluasumisessa.” (V1)

“Ensin oli nää mittaukset tehty ja sit lähetettiin keskustelemaan kuka sit saa seuraavan paikan et kuka sen kiireellisimmin tarvitsee.” (V3)

RAVA-mittarin tietoja hyödynnettiin myös toiminnan kuvauksessa ja siihen liittyvissä päätöksissä. Tietoa käytettiin yksiköiden ja kaupunkien välisessä seurannassa, vertailussa, hoidon ja palvelutarpeen sekä siten henkilöstötarpeen lisääntymisen perusteluina sekä toimintaan liittyvän päätöksenteon perusteluna henkilöstölle.

RAVA-mittarin tietoja tiimien ja yksiköiden välisessä seurannassa käytettiin erityisesti asiakkaiden toimintakyvyn ja hoidon tarpeen näkökulmasta. Yksikkönäkökulmasta mittarin avulla pystyttiin osoittamaan, mihin alueelle tai yksikköön raskas- tai kevythoitoisimmat asiakkaat ovat sijoittuneet. Mittarin keskiarvotulokset olivat erityisen tärkeitä, koska niiden avulla voitiin osoittaa sekä henkilöstölle että ylemmälle taholle esimerkiksi henkilöstösiirtojen ja resursoinnin tarpeellisuutta. RAVA-mittarin seurannan keskiarvot hyödynsivät myös määrärahojen hakemisessa, koska sen avulla voitiin osoittaa asiakkaiden hoitoisuuden lisääntyneen ja siten henkilöstötarpeen kasvaneen. Pitkän ajan seurantojen ja säännöllisesti tehtävien poikkileikkausten avulla pystyttiin osoittamaan asiakaskunnan toimintakyvyn heikentyminen ja hoidon tarpeen lisääntyminen. Samoin perustein henkilöstösiirrot olivat mahdollisia tehdä. Asiakaslaatu oli perustellusti muuttunut raskashoitoisemmaksi ja esimerkiksi tämän avulla pystyttiin osoittamaan kotihoidon palveluiden tarpeen lisääntyneen. Toisaalta mittarin antamien tietojen perusteella muodostettiin myös hoidon kriteereitä, joilla pystyttiin tietyn kuntoisia asiakkaita rajaamaan pois palvelun piiristä osoittamalla myös asiakkaalle toimintakyvyn tason verrattuna muihin vastaaviin asiakkaisiin.

“Ni sillan voi niinku osottaa lukuina eikä vaan, että musta tuntuu siltä että tässä kohtaa on tapahtunu kasvua.” (V3)

Vastaajat korostivat RAVA-mittarin merkitystä hoidon ja palvelutarpeen sekä siten henkilöstötarpeen lisääntymisen perustelevana tekijänä. Vertailun avulla pystyttiin myös

osoittamaan henkilöstölle, minkä kuntoisia asiakkaita yksikössä pystyttiin vielä hoitamaan, koska toisaalla vertailtavassa vastaavassa yksikössä saattoi olla raskaampihoitosempia asiakkaita, joilla RAVA-indeksit olivat korkeampia. Myös henkilöstösiirrot RAVA-keskiarvojen mukaisesti heikomman keskiarvon tiimistä suuremman keskiarvon tiimiin oli helpompaa perustella. Tärkeä huomio oli myös se, että henkilöstökin koki päätöksenteon reiluksi, kun päätökselle oli selvä kirjallinen perustelu.

“Ni onhan se niinku johtamisessa hyvä semmonen apuväline, että pysty niinku näyttämään, et hei että tästä on niinku asiakkaan rava-asiakkaiden keskiarvo näin paljon ja teillä on näin paljon, että sen takia heille on siirretty vaikka se yks työntekijä lisää avuks.” (V3)

Mittarin tietoja käytettiin myös kaupunkien välisessä seurannassa ja vertailussa, joka tehtiin kuuden suuren kaupungin (Helsinki, Espoo, Vantaa, Turku, Tampere ja Oulu) kesken. Tämä tehtiin poikkileikkaustutkimuksen avulla, jonka myötä ylempi päättävä taho pystyi tekemään päätökset eri palvelutasojen mahdollisista lisäämisistä tai tehostamisista. Myös rakennemuutosten suunnittelua tehtiin poikkileikkaustutkimusten avulla. Esimerkiksi hoidon porrastus on saatettu muodostaa RAVA-mittarin luokitusten perusteella ja palvelun myöntämisen kriteerit monesti perustuivat RAVA-indeksiin. Erään vastaajan mukaan palvelun strategisen toiminnan suunnittelussa RAVA-indeksin perusteella oli tehty palvelun myöntämisen raja-arvot ja tavoiteluvut on muodostettu RAVAn mukaisiksi. Myös kriteerit eri asumismuodoille on haettu RAVA-indeksin mukaisesti.

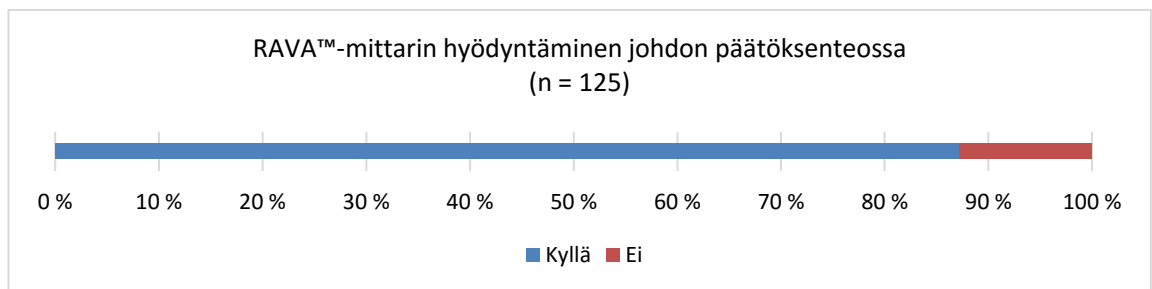
”Strategisen toiminnan suunnittelussa meillä on tietyt linjaukset, minkä kuntoisia ihmisiä esimerkiksi meillä on kotihoidossa hoidetaan. Meillä on niinkun ollu siellä tavoitteissa, että kotihoidon rava-indeksi, kotihoidon asiakkaiden keskimääräinen rava-indeksi on esimerkiksi 1,9.” (V1)

“Ja sit laskin tehostettuu kotihoito... Eli periaatteessa sielläkin melkein kaikki yöhoitoa saavia oli niitä, jotka olis RAVAn puolesta sijoitettu vanhainkotiin pitkäaikaikäspäätöksellä. Ja tavallaan se kerto siitä hoidon vaatavuudesta.” (V3)

Toisaalta vastaajat halusivat tuoda esiin myös sen, ettei mittaria käytetty ainoana perustelevana tekijänä päätöksenteossa edellä mainittuihin. Syitä olivat mittarin lähinnä suuntaa antavat tulokset, joiden tulkinta vaati myös inhimillisten tekijöiden huomiointia. Ylemmälle taholle perustelut esimerkiksi henkilöstötarpeille olivat lukuina helppo osoittaa, mutta päivittäisessä resursointiin liittyvässä päätöksenteossa vaadittiin myös ymmärrystä esimerkiksi asiakkaan tilanteesta ja siihen muutoin vaikuttavista teki-

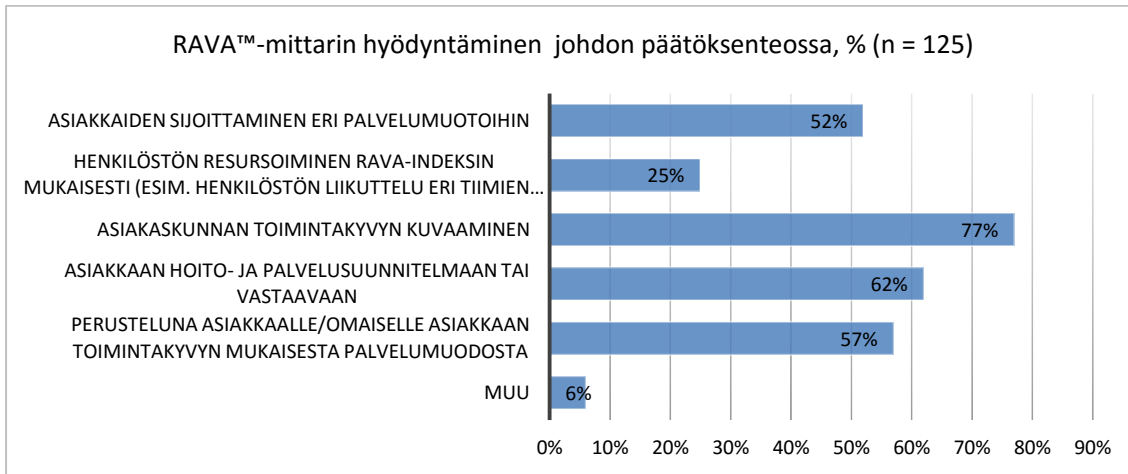
jöistä, jotka hoidollisesti eivät välttämättä RAVA-indeksissä näy. Myös työpaikan ilma-
piiri, henkilöstökriisit ja asiakassuhteiden tiedettiin vaikuttavan hoitoisuuden kokemuk-
seen sekä lisäävästi että vähentävästi RAVA-tuloksiin verrattuna. Esimerkkinä käytettiin
myös vuodepotilaan hoitoa, joka saattaa olla helpompaa kuin fyysisesti toimintakykyisen
täysin dementoituneen iäkkään hoito. RAVAn lisäksi päätöksenteossa resursoinnin osalta
käytettiin siis myös omaa ammattikokemusta potilas- sekä työntekijäturvallisuuden kan-
nalta.

Kyselyyn vastaajista 87 % hyödynsi RAVA-mittaria johdon päätöksenteossa (kuvio
15). 13 % ei käyttänyt mittaria tähän tarkoitukseen. Syynä olivat esimerkiksi se, ettei
vastaaja tehnyt julkisen sektorin sijoituspäätöksiä tai sijoituspäätös oli tehty ennen asiak-
kaan tuloa yksikköön. Osa vastaajista kuitenkin kertoi, että palvelun ostaja hyödyntää
RAVAn antamia tuloksia. Osa ei käyttänyt RAVAA päätöksenteon tukena, koska käy-
tössä oli jokin muu mittari, kuten RAI tai RAVAn ei koettu palvelevan esimerkiksi resur-
sointisuunnittelun tarvetta. Muutama vastaaja ilmoitti, ettei osaa käyttää RAVAA tai sii-
hen ei ole aikaa.



Kuvio 15 RAVA-mittarin hyödyntäminen johdon päätöksenteossa

Noin puolet vastaajista hyödynsi RAVA-mittaria asiakkaiden sijoittamisessa eri pal-
velumuotoihin (kuvio 16). Neljäsosa käytti mittarin tuloksia henkilöstön resursoimiseen
ja liikutteluun eri tiimien välillä. Suurin osa (77 %) vastaajista hyödynsi RAVA-mittaria
pätöksenteossaan kuvaamaan asiakaskunnan toimintakykyä. Toimintakykyä kuvattiin
pääsääntöisesti johtoportaalte tai päättäjätahoille, kuten hallitukselle, perusturvalautakun-
nalle, kunnan hallitukselle tai sosiaali- ja terveystoimen johdolle. Lisäksi toimintakykyä
kuvattiin palvelun ostajalle tai tilaajalle, yhteistyökumppaneille sekä valtion elimille, ku-
ten Valviralle tai AVI:lle. Myös henkilöstölle tai esimiehelle esitettiin asiakaskunnan toi-
mintakyvyn yhteenvedoja.



Kuvio 16 RAVA-mittarin hyödyntäminen johdon päätöksenteossa (2)

Asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan mittarin tuloksia käytti hyödyksi 62 % vastaajista. Hieman alle 60 % käytti tuloksia perusteluna asiakkaalle tai omaiselle asiakkaan toimintakyvyn mukaisesta palvelumuodosta. Muita tapoja hyödyntää (6 %) päätöksenteossa oli palvelujen saamisen kriteerien muodostaminen, hoitotyön kehittäminen, hoivahinnan määrittäminen sekä kilpailutukseen sekä raportteihin hoidosta kunnille.

5.5.2 RAVA-mittarin edut ja kehittäminen

Haastateltavilta tiedusteltiin mittarin kehittämisen näkökulmasta mittarin eduista ja kehitettävistä tekijöistä. RAVA-mittarin etuina koettiin olevan sen toimivuus palvelutarpeen kartoituksen tukena sekä hallinnon työkaluna. Lisäksi sen etuina olivat modifioitavuus, edullisuus ja helppokäyttöisyys. Henkilöstön näkökulmasta eduiksi nimettiin mittarin vaikiintunut sija vanhustenhuollossa, mittarin selkeys sekä hyöty käytännön hoitotyöhön. Kehittämisen näkökulmasta puolestaan koettiin tarvetta laajentaa mittaria toimintakyvyn ja ikähaitarin näkökulmasta sekä päivittämistä terminologian, hallinnon ja markkinoinnin näkökulmista.

Mittarin ei pääsääntöisesti koettu antavan turhaa tietoa, vaan sen nyt keräämä tieto koettiin hyvänä. Osa haastateltavista oli sitä mieltä, ettei mittaria tarvitsisi ainakaan laajentaa. Etuna koettiin mittarin toimivuus toimintakyvyn kuvaajana asiakkaan tullessa palvelun piiriin. Mittarin avulla asiakasta haastateltaessa huomio kiinnittyi erilaisiin osatekijöihin ja niiden merkitykseen asiakassuhteen alussa. Lisäksi hallinnollisesta näkökulmasta RAVA-mittarin koettiin olevan erityisen hyvä vertailutiedon antamisessa hyvin selkeässä ja helposti luettavassa muodossa.

“10 vuoden kokemuksella se tieto mitä siinä nyt on, niin on hyvät. . En kauheesti lähtis laajentamaan. ei. Täl hetkellä siinä on just perusasioita, joita arvioinnissa tarvitaankin.” (V4)

Mittarin modifioitavuus koettiin erittäin hyvänä ominaisuutena, koska mittariin oli helppo lisätä organisaation omia ja sen toiminnalle sopivia kysymyksiä. Lisättyjä kohtia olivat esimerkiksi kysymykset koskien muistia sekä lääkemäärää. Nämä toimivat toimintakykyä kartoittavalle henkilöstöllekin herättelevinä kysymyksinä, jolloin merkittäviin asioihin osattiin hoitotyössä kiinnittää huomiota. Mittari on myös edullinen käyttää, mikä nimettiin ehdottoman hyväksi puoleksi. Lisäksi kehuja sai mittarin internetiin siirtymisen, mikä oli entisestään helpottanut mittarin käyttöä.

Henkilöstön suhtautuminen mittariin koettiin pääsääntöisesti hyvänä. Etuina henkilöstö koki mittarin selkeyden sekä sen, että mittari on lyhyt ja nopea täyttää. Hoitajat kokivat mittarin palvelevan tarkoitustaan ja sitä hyödynnettiin päivittäisessä työssä antamaan konkreettista tietoa asiakkaille ja heidän läheisilleen toimintakyvystä ja kuntoutuksen tarpeen osa-alueista. Mittari on ollut pitkään organisaatioissa käytössä ja henkilöstö koki sen osana rutiininomaista työtä. Henkilöstön suunnalta oli myös esitetty toive, ettei mittaria kehitettäisi pidemmäksi, jottei sen täyttämiseen menisi liikaa aikaa. RAVA-mittarin edut henkilöstön näkökulmasta näyttäytyivät myös verrattaessa THL:n RAI-mittariin, jonka heikkouksina koettiin sen pituus ja monitahoisuus. RAI-mittarin täytön koettiin vievän enemmän aikaa kuin RAVA-mittarin. Lisäksi tarpeellisen tiedon suodattaminen ylemmälle taholle koettiin haasteellisena.

Kehittämisen näkökulmasta koettiin tarvetta RAVA-mittarin laajentamiselle toimintakyvyn osa-alueilta. Samassa yhteydessä RAVAA verrattiin RAI-mittariin, jonka hyvinä puolina koettiin erityisesti sen laajempi mittausnäkökulma, joka myös palvelee asiakkaita paremmin. RAVA-mittariin toivottiin lisättävän sosiaalinen ulottuvuus, ympäristön vaikutus toimintakykyyn sekä kognitiota mittaavat tekijät. Lisäksi esimerkiksi yksikössä, jossa asiakkaiden RAVA-indeksillä ollut merkitystä enää sijoittamisen suhteen, toivottiin erityisesti elämänlaatua mittaavaa osiota. Osa-alueiden lisäämistä perusteltiin myös sillä, että osa henkilöstöstä koki RAVA-mittarin olevan riittämätön antamaan tarvittavaa tietoa asiakkaan toimintakyvystä. Laajentamista toivottiin myös vanhuspalvelulain hengessä alle 65-vuotiaille, koska toimintakyky määrittelee lain mukaan saatavat palvelut iästä riippumatta. Lisäksi tämän ikäryhmän asiakkaat näyttäisivät olevan lisääntymässä erityisesti kotihoidon näkökulmasta.

”...vanhuspalvelulain lain mukaiseksi palveluiksi sitten voi olla 45-vuotias toimintakyvyltään verrattavissa vanhukseen niin niin se on tässä sellanen mikä on se miinuspuoli että tätä ei voi käyttää alle kuusvitosille.” (V1)

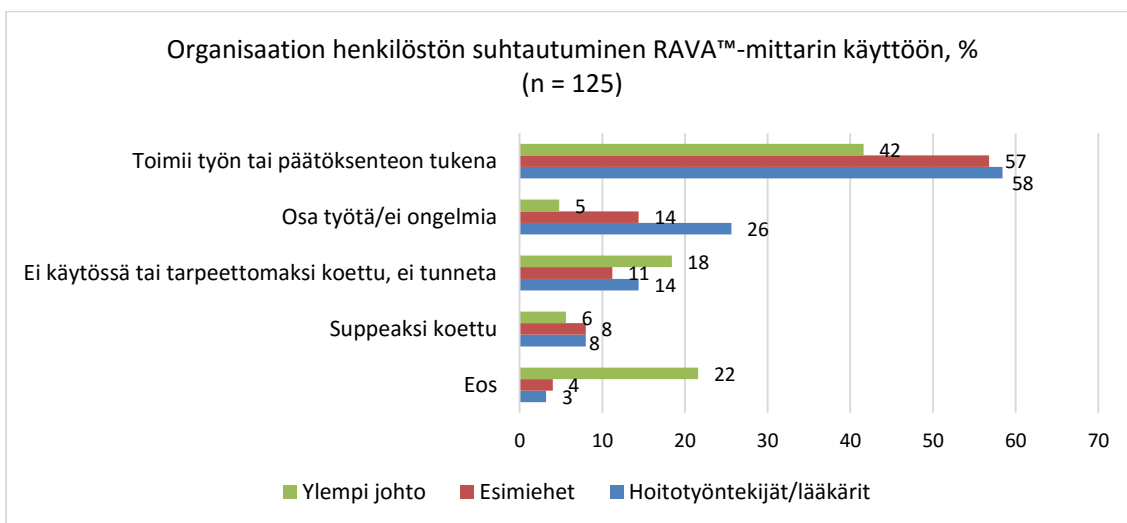
Kehittämisen osa-alueeksi nimettiin myös RAVA-mittarin terminologian päivittäminen vastaamaan tämän päivän hoitotyötä. Terminologia oli aiheuttanut keskustelua myös henkilöstön parissa. Esimerkiksi termien, kuten vuodepotilas, lieventäminen olisi asiallista, koska koettiin, ettei vuodepotilaita tulevaisuudessa välttämättä enää ole.

Hallinnon näkökulmasta RAVA-mittarin kehittämiseksi toivottiin näkökulmia kustannuslaskelmien sekä henkilökuntaresursoinnin näkökulmasta. Mittariin tulisi haastateltavien mukaan lisätä hoidettavuuden ja RAVA-indeksin yhteys kustannuslaskelmiin ja muihin taloudellisiin tekijöihin. Lisäksi linkki henkilöstöresursointiin koettiin hyvänä lisänä. Näiden perusteella koettiin, että kenties hallinnossa työskentelevät hyödyntäisivät mittarin antamia tuloksia enemmän.

Markkinointi oli yksi merkittävä kehittämisen kohde. Markkinointi tulisi suunnata kohdeorganisaatioille ja siellä hallinnon ihmisille. Markkinoinnin tulisi sisältää käytännön esimerkit siitä, miten mittaria voidaan hyödyntää. Jopa RAVA-mittarin tulevaisuuden koettiin riippuvan tehokkaasta markkinoinnista.

“...rava tulis esiin siellä missä hallinnon ihmiset kokoontuu ja siellä ihan oikeesti tulis käytännön esimerkit, että miten sitä voidaan käyttää ... ne ei osaa nähdä sen hyötyjä, koska ne ei osaa käyttää sitä hallinnollisessa merkityksessä. Ja mä toivoisin että se tulis esiin, koska se on ihan käsittämättömän hyvä työväline” (V2)

Kyselyyn vastaajien mukaan organisaation henkilöstö suhtautui RAVA-mittarin käyttöön pääsääntöisesti hyvin (kuvio 17). Ylemmän johdon suhtautuminen osana päätöksentekoa koettiin hieman heikommaksi kuin esimiesten tai hoitohenkilöstön. Lähes 60 % sekä hoitotyöntekijöistä, lääkäreistä sekä esimiehistä suhtautui mittarin käyttöön osana työn tai päätöksenteon tukea.



Kuvio 17 Organisaation henkilöstön suhtautuminen RAVA-mittarin käyttöön

Ylemmän johdon mittarin hyödyntäminen päätöksenteossa näkyi asiakastilanteen seuraamisessa ja hoidon kohdentamisessa oikein. Yksikköjä myös pystyttiin vertailemaan esimerkiksi hoitoisuustiedon avulla. Vertailtavuustieto vaikutti myös resurssien siirtoon tai henkilöstötarpeen selvittelyyn asiakastyön kuormittavuuden myötä. Tilastot myös ohjasivat toimintaa ja niiden pohjalta luotiin organisaatioon erilaisia linjauksia. Toimintaa pystyttiin lisäksi kehittämään mittarin antamien tulosten tukemana. RAVA-mittaria pidettiin ylemmän johdon näkemyksen mukaisesti hyvänä ja konkreettisena mittarina.

Esimiesten positiivinen suhtautuminen näkyi mittarin merkityksen ymmärtämisenä ja sen hyödyntämisenä päätöksenteon tukena. Mittarin tuloksista oltiin kiinnostuneita ja sitä pidettiin informatiivisena ja vertailukelpoista tietoa tuottavana. Esimiehet käyttivät mittaria yhtenä työkaluna henkilöstöresursoinnissa ja sen perusteluissa. Lisäksi mittaria käytettiin hoitotyön kuormittavuuden seurannassa. RAVA-mittari nimettiin myös keskeiseksi työkaluksi asiakkuuksien määrittämiseen sekä sijoituksiin. Mittarin avulla pystyttiin kohdentamaan esimerkiksi raskaammat palvelut toimintakyvyn mukaisesti. Lisäksi mittarin tulokset ohjasivat laitospaikkojen vähentämisessä. Näiden lisäksi mittaria käytettiin työn kehittämisen ja laadunhallinnan tukena, sekä talous- ja toimintasuunnitelmaa tehtäessä. Mittari osoitti näkyväsi tulokset, joita erilaisin palauttein saadaan ja se helpotti ohjeistuksien antamista alaisille.

Hoitohenkilöstön positiivinen suhtautuminen mittariin näkyi muun muassa mittarin merkityksen ymmärtämisessä erityisesti koulutuksen kautta. Koulutuksen myötä mittaria myös hyödynnettiin paremmin työssä ja arvioinneissa. Mittari auttoi myös antamaan hyvän kuvan toimintakyvystä ja oli ollut monessa organisaatiossa pitkään käytössä. Mittaria oli voitu käyttää asiakkaan kuntoisuuden muutoksen havainnoinnissa sekä oman työn kuormittavuuden osoittamisessa. Lisäksi koulutus oli antanut eväitä ymmärtää mittarin tuloksien merkitystä sijoittamisessa ja hoidon suunnittelussa. Helppokäyttöisyys huomioitiin myös positiivisena asiana. Joissakin yksiköissä RAVA-mittari koettiin niin hyvänä, ettei muita mittareita ollut käytössä. Hoitohenkilöstö näytti hyödyntävän mittaria enemmän kuin lääkärit.

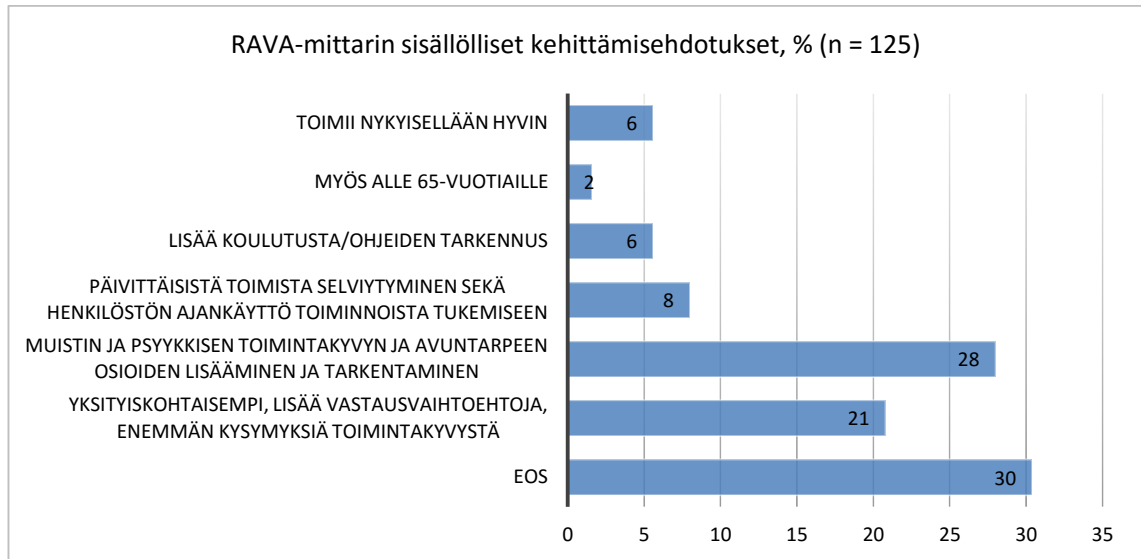
RAVA-mittari koettiin osana työtä 5 % kohdalla ylempää johtoa, 14 % kohdalla esimiestasoa ja neljäsosan kohdalla hoitotyöntekijöitä ja lääkäreitä. Ylemmän johdon ja esimiesten suhtautumista mittariin osana rutiineja kuvattiin niin, ettei mittari herättänyt erityisiä mielipiteitä, vaan on mittari muiden joukossa tai osana tavanomaista päätöksentekoa. Myös hoitotyöntekijöiden ja lääkäreiden suhtautuminen oli samankaltaista, kun mittari oli osa hoitotyötä, joka ei juuri mielipiteitä herättänyt. Hyötyjä ei välttämättä kuitenkaan tunnustettu.

RAVA-mittari ei välttämättä ollut käytössä tai se koettiin tarpeettomaksi tai sitä ei tunnettu kaikissa ammattiryhmissä keskimäärin 15 % kohdalla. Ylemmän johdon koettiin olevan eniten vieras RAVA-mittarin suhteen, kun 18 % vastaajista oli sitä mieltä, ettei ylempi johto käytä tai tunne mittaria. Pääsääntöisesti kerrottiin, ettei ylempi johto tunne

mittaria. Osa myös koki mittarin hyödyttömäksi tai se ei ollut käytössä. Lisäksi keskittyminen päätöksenteossa kohdistui muihin mittareihin. Tästä selvin esimerkki oli RAI-mittari. Esimiesten kohdalla 14 % suhtautui mittariin tarpeettomana tai sitä ei tunnettu. Mittariin ei ollut tutustuttu tai koettiin, ettei siitä ole hyötyä työlle. RAVA-mittari oli myös jäämässä taka-alalle muiden mittareiden vallatessa alaa. Toisaalta mittauksia tehtiin vain yksilö- tai asiakastasolla, jolloin tuloksia ei hyödynnetty esimiestason päätöksissä. Henkilöstöstä 11 % ei tuntenut mittaria tai siihen suhtauduttiin tarpeettomana. Syyksi kuitenkin nimettiin mahdollinen koulutuksen ja tiedon puute. Lisäksi RAVA-mittarin puutteellisuus erityisesti muistisairaiden kohdalla koettiin isoksi tekijäksi tarpeettomuuden kokemuksen luoja.

Alle 10 % kaikista käyttäjätahoista koki mittarin suppeaksi. Ylempi johto suhtautui tässä tapauksessa RAVA-mittariin karkeana ja suuntaa antavana tilastona, jota voidaan kuitenkin käyttää yhtenä tukena päätöksenteolle. Harkinnassa tällöin olikin RAI-mittariin siirtyminen. Esimiesten näkemykset suppeudesta osoittautuvat toiveena selkiyttää RAVA-mittaria yksityiskohtaisemmaksi esimerkkien avulla. Lisäksi mittarin koettiin olevan suuntaa antava ja sen koettiin sopivan kömpelösti esimerkiksi mielenterveysasiakkailla. Suhtautuminen oli varauksellista ja suppeuden vuoksi muutamassa yksikössä oli harkittu RAI-mittariin siirtymistä sen monipuolisuuden vuoksi. Hoitohenkilöstön ja lääkäreiden näkemys suppeudesta osoittautui käyttövaikeuksina. Tällä tarkoitettiin sitä, ettei esimerkiksi toiminnoista löytynyt aina sopivaa asiakasta kuvaavaa tekijää. Lisäksi koettiin, ettei RAVA-mittari anna laajaa kuvaa toimintakyvystä. Erityisesti muistisairaiden huono toimintakyvyn kuvaus oli merkittävä mittarin miinus.

Vastaajat kehittäisivät RAVA-mittaria sisällöllisesti kehittämällä mittaria myös alle 65-vuotiaille, koulutuksen lisäämisellä, päivittäisistä toiminnoista selviytymisen lisäämisellä, toimintakyvyn osa-alueiden lisäämisellä sekä yksityiskohtaistamisella (kuvio 18). 6 % koki, että mittari toimii nykyisellään hyvin, eikä tarvetta kehittämiselle ole. Tyytyväisiä oltiin erityisesti sen nopeuteen arviointimittarina ja siihen, että mittari on hyvä ja helppo täyttää.



Kuvio 18 RAVA-mittarin sisällölliset kehittämissuositukset

Vastaajista 2 % toivoi, että mittari olisi käytettävissä myös alle 65-vuotiaille. Huolta herätti, miten saadaan näkyviin tähän ikäryhmään kuuluvat asiakkaat, joita vanhuspalvelulain mukaan kuuluu kuitenkin iästä huolimatta hoitaa. Myöskään alle 65-vuotiaiden mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden lisääntyminen ja hoidon raskaus ei näy RAVA-mittarin arvioinneissa.

Kuusi prosenttia puolestaan toivoi lisää koulutusta luotettavuuden lisäämiseksi. Myös ohjeiden tarkentamista ehdotettiin, jottei vastaamisessa olisi liikaa tulkintavaihtoehtoja.

Kahdeksan prosenttia kaipasi mittariin päivittäisten toimintojen arviointia kuvaavaa osiota, jonka avulla voitaisiin myös kuvata hoitajan käyttämä aika asiakkaan luona. Lisäksi erilaisten hoitotoimenpiteiden, kuten haavanhoidon, viemän ajan tulisi vaikuttaa RAVA-indeksiin.

Eniten, 28 %, mittarin kehittämistä toivottiin muistin ja psyykkisen toimintakyvyn sekä näiden aiheuttaman avuntarpeen osioiden lisäämisen ja tarkentamisen kohdalla. Erittäin muistiosiota kaivattiin RAVA-mittariin selvästi. Vastaajat kokivat, ettei mittari anna todenmukaista kuvaa muistisairaana toimintakyvystä. Näin ollen mittarin tulokset koettiin myös epäluotettavina. Lisäksi psyykettä toivottiin mittarin toimintakyvyn osa-alueisiin vahvemmin näkyviin.

Vastaajista 21 % toivoi RAVA-mittarista yksityiskohtaisempaa, lisää vastausvaihtoehtoja ja enemmän kysymyksiä toimintakyvystä. Vastausvaihtoehtoihin kaivattiin siis lisää variaatiota. Toimintakyvyn osa-alueiden lisäämisen koettiin tuottavan mittarista tarkempi, koska nyt se koetaan ylimalkaisena tai raakana mittarina, joka ei anna toimintakyvystä todellista kuvaa. RAVA-mittari nimettiin sopivaksi suuntaa antavaksi mittariksi.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Tulosten yhteenveto

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ikäihmisten palveluita johtavien henkilöiden päätöksentekoa sekä siihen liittyvän tiedon hyödyntämistä. Tarkoitus oli myös kartoittaa RAVA-mittarin hyödyntämistä johtamisen päätöksenteossa. Tutkimuksessa oli kolme päättämöngelmaa sekä yksi alatutkimöngelma.

Tutkimuksessa käytettiin tutkimusmenetelminä haastatteluita (n = 4) ja kyselyä (n = 125), jotka kohdennettiin RAVA-mittaria käyttäviin ikäihmisten palveluiden organisatioihin ja niiden johtajiin sekä esimiehiin. Tulokset analysoitiin laadullisella sisällön analyysillä, jotka kyselyn tulosten osalta myös kvantifioitiin.

Ensimmäinen tutkimöngelma koski kysymystä johtajien päätöksentekoon vaikuttavista tekijöistä sosiaali- ja terveydenhuollon organisatiossa. Johtamisen olennainen elementti on päätöksenteko ja siihen vaikuttavat erilaiset valinnat ja ratkaisuvaihtoehdot, jotta toimittaisiin organisatión hyväksi (Hyyryläinen 2012, 41–42, Paloheimo & Wiberg 2012, 261). Simon (1979, 107) painottaakin rationaalisen päätöksenteon yhteydessä erityisesti julkisen organisatión velvollisuutta ottaa päätöksenteossa huomioon yhteiskunnalliset arvot omien preferenssien lisäksi. Tämän tutkimuksen mukaan ikäihmisten palveluiden johdossa päätöksentekoon vaikuttivatkin niin yhteiskunnalliset tekijät erityisesti lainsäädännön ja niin sanotun vanhuspalvelulain (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012) kuin ikäihmisten palveluiden laatusuosituksen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013) kautta. Samaa näkemystä tukee niin Simosen (2012, 50) kuin Kapiroirin ja Bondyn (2006) tutkimus, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon johtajat nimesivät lainsäädännön tai yhteiskunnalliset suuntaviivat yhdeksi tärkeimmäksi päätöksentekoon vaikuttavaksi tekijäksi.

Lain ja suosituksen vaikutukset tuntuivat näkyvän erityisesti siinä, että toimintaa pyrittiin kehittämään asiakaslähtöiseksi (esimerkiksi Kuntaliitto 2013). Samalla kuitenkin palvelurakennemuutoksen myötä palvelujen kohdistuessa yhä enemmän kotiin (Kuusisto & Kauppinen 2013, Valtioneuvosto 2014), koettiin haasteita yhä vähenevien resurssien ja lisääntyvien asiakasmäärien myötä. Luonnollisesti tämä vaikuttaa myös kuntien vanhuspalvelustrategioihin ja sitä myöten myös yksiköiden toimintasuunnitelmiin. Johtajien päätöksenteossa tämä konkretisoitui esimerkiksi asiakkaiden sisäänottokriteerien kiristymisenä sekä rekrytoinnin tarpeellisuuden huomioimisena. Osaltaan koettiin päätöksenteon suhteen kuitenkin niin, että ylempi taho päättää, mitä tehdään ja omaa päätäntävaltaa ei siten ole. Tämä näkyi myös kunnallisessa poliittisessä päätöksenteossa, jonka koettiin vahvasti vaikuttavan omaa päätöksentekoa rajoittavana tekijänä. Toisaalta kunnilla on

lain luomat velvollisuudet seurata asukkaidensa hyvinvointia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013b, 2015b) ja huomioida tämän lisääntyvän ikääntyvän väestöryhmän määrä osana tiedostavaa ikääntymispolitiikkaansa (Kuntaliitto 2013, Valtioneuvosto 2015). Tästä näkökulmasta oletettavaa onkin, että poliittinen ohjaus näkyy organisaatioiden johtajien päätöksentekoon vaikuttavana tekijänä.

Yhteiskunnalliselta näkökannalta oli kenties hieman yllättävääkin, etteivät taloudelliset tekijät tuntuneet vaikuttavan johtamisen päätöksentekoon erityisen voimakkaasti. Toisaalta niille henkilöille, joille taloudellisilla tekijöillä oli merkitystä päätöksenteossa, tuntui niiden heijastelevan juuri rakenneuudistuksia ja niukkenevia resursseja. Tällöin siis koettiin, että pystytään tekemään vain perustyö ilman kehittämisnäkökulmaa. Toisaalta osa vastaajista koki niukkojen resurssien tuottavan innovatiivista toimintaa, joka reflektoinee myös rationaalisen päätöksentekijän määritelmää toimia päätöksenteossa tärkeiden tavoitteiden mukaisesti ja tunnistaa keinot, joilla tavoitteisiin voidaan päästä (Paloheimo & Wiberg 2012, 266).

Lain ollessa voimakas yhteiskunnallinen päätöksentekoa ohjaava tekijä, oli mielenkiintoista havaita, että myös uutisointi ja valtakunnallinen tiedonanto vaikuttivat johtajien päätöksentekoon. Tätä näkemystä tukee Laviksen ym. (2005) tutkimustulokset, joissa terveydenhuollon johtajien päätöksentekoon vaikutti vahvasti julkinen mielipide. Toisaalta Simosen (2012, 50) mukaan sosiaali- ja terveysjohtajien päätöksentekoon tämä vaikutti vähiten. Tämän tutkimuksen tulosta heijastanee kuitenkin sote-uudistuksen voimakas uutisointi tutkimuksenteon aikaan. Sosiaali- ja terveysministeriön (2015 c, d) mukaan sote-uudistuksella tavoitellaan vakautta ja ennustettavuutta terveystalouteen, mutta tämän tutkimuksen tuloksissa sote-uudistus nähtiin enemmän epävarmuutta päätöksentekoon ja tulevaisuuteen tuovana tekijänä erityisesti yksityisellä sektorilla.

Rationaalinen päätöksenteko, jossa päätöksentekijä tunnistaa tavoitteet ja keinot, joilla niihin päästään, ei aina ole mahdollista. Rajoitteita muodostuu päätöksentekijästä itseltään, mutta myös organisatorisista tekijöistä, kuten organisaation rakenteista. Samaan päätöksentekoon voi osallistua useampi päätöksentekijä erityisesti julkisessa organisaatiossa, mikä osaltaan rajoittaa päätöksentekoa hierarkkisuuden, hitauden ja hajanaisuuden kautta. (Paloheimo & Wiberg 2012, 266–267, Simonen ym. 2012, Virtanen & Stenvall 2014, 87.) Myös tämä tutkimus tuki erityisesti Simosen ym. (2012) tuloksia, jonka mukaan organisaation sisäisillä tekijöillä, kuten hierarkkisuudella, oli merkitystä päätöksentekoon vaikuttajana. Erityisesti julkisella sektorilla byrokratia ja organisaation rakenteet, kuten kuntien yhdistyminen ja sosiaali- ja terveydenhuollon kahtiajako, vaikeutti ja hidasti johtajien päätöksentekoa. Toisaalta toisin kuin Simosen ym. (2012) tulosten mukaan johtajat kokivat kuitenkin osittain byrokraattisuuden positiivisena asiana, koska se loi turvaa ja läpinäkyvyyttä päätöksentekoon. Yksityisellä sektorilla toimivat johtajat taas kokivat päätöksenteon helpoksi, koska organisaatorakenne oli ohut mahdollistaen toimivallan tehdä itsenäisiä päätöksiä.

Organisaation sisäisistä tekijöistä myös strategialla oli merkitystä päätöksenteon suuntaviivojen antajana ja käytännön päätöksenteon ohjaajana. Strategian kautta muodostettiin asiakaskriteereitä ja luotiin tulevia suuntaviivoja palvelujen tuottamisen määrästä ja kohderyhmästä. Myös Jylhäsaari (2009,85) korostaa strategisuuden merkitystä terveydenhuollon johtamisessa, koska nopeisiin ja ennakoimattomiin muutoksiin on hänen mukaansa lähes mahdotonta reagoida toiminnan laajuuden vuoksi. Myös ikäihmisten palvelujen laatusuositus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 52–52) korostaa strategian merkitystä ikäihmisten palveluiden johdossa, jotta ikääntyneiden palvelutarpeisiin kyetään vastaamaan oikealla ja riittävällä tavalla. Tämän tutkimuksen mukaan strategia korosti erityisesti asiakaslähtöistä palvelua ja inhimillisiä arvoja, kuten hyvää ja hellää hoitoa. Asiakaslähtöisyyden korostuminen oli mielenkiintoinen havainto, kun samalla yhteiskunnallisen vaikutuksen alla koettiin, ettei olemassa olevilla resursseilla asiakaslähtöistä työtä voida tehdä, koska resursseja ei ole ja asiakkaita on entistä enemmän. Kyseessä lienee katsantokannan ero, jossa strategian kautta päätöksenteko muokkautuu arvojen mukaisesti, mutta lainsäädännön kannalta koetaan laadukkaana palvelun tuottaminen jopa mahdottomaksi.

Toinen tutkimusongelma koski sitä, mitä ja miten tietoa hyödynnetään sosiaali- ja terveydenhuollon organisaation ikäihmisten palveluiden johtamisen päätöksenteossa. Simonin (1979, 106,114) mukaan tieto onkin rationaalisen päätöksenteon mahdollistaja. Tämän tutkimuksen mukaan johtajat käyttivät eniten tietolähteenään tietoa alaisiltaan, joka tukeekin Fraserin ja Estabrooksin (2008) ja Simosen (2012, 50) tutkimusten tuloksia. Tieto saatiin alaisilta pääsääntöisesti suullisesti ja sitä hyödynnettiin erityisesti asiakkaisiin liittyviin päätöksiin, kuten asumistarpeiden muutosten arviointiin sekä resursointitarpeiden arviointiin. Esimerkiksi taloudellisiin päätöksiin hyödynnettiin tietoa esimieheltä, joskaan tukea ei aina käytetty kollegiaalisista syistä. Tulos poikkeaa esimerkiksi Kapiririn ja Bondyn (2008) tutkimuksesta, jonka mukaan yksi tärkeistä päätöksentekoon vaikuttavista tekijöistä oli kollegiaalinen keskustelu. Tietolähteenä päätöksenteossa käytettiin keskeisesti myös asiakaspalautteita ja asiakkaiden muita näkemyksiä, joka Laihosen ja Lönnqvistin (2014) mukaan onkin modernin palveluorganisaation tunnusmerkki.

Virtasen ja Stenvallin (2010, 21) mukaan tietoon perustuva johtaminen perustuu faktoihin ja rationaalisuuteen, mikä edellyttää faktuaalista tietoa perustuen esimerkiksi mitaustuloksiin (Jääskeläinen ym. 2013, 9, Laihonen & Lönnqvist 2014). Edellä mainitut tietolähteet voidaankin ajatella inhimillisinä tietolähteinä, joiden lisäksi tutkimukseen osallistuneet käyttivät faktoihin perustuvia tietoja päätöksenteon tukenansa. Näitä olivat erilaiset tietokannat, kuten potilastietokanta, tieteelliset tietokannat ja tilastot sekä erilaisien mittareiden tuottamat tiedot. Tietokantoja käytettiin resursointiin ja toiminnan kehittämiseen, mikä tukee Tuomivaaran ja Eskelisen (2012, 32–79) tutkimuksen tuloksia asiakastietojärjestelmien hyödyntämisestä henkilöstöhallinnollisiin tehtäviin ja resurssien uu-

delleen ohjaamiseen. Tutkimuksia ja mittareiden antamia tietoja puolestaan hyödynnettiin muun muassa asiakasrakenteen ja palvelutarpeen määrittelyä varten. Tietokantojen hyödyntämisen kuitenkin koettiin edellyttävän hyvää atk-osaamista, joskin Tuomivaaran ja Eskelisen (2012, 45–46) mukaan sosiaali- ja terveystieteiden lähiesimiehet kokivat, että tilastot olivat helposti saavutettavissa ja tulkittavissa. Tätä tukee myös tämän tutkimuksen tulos, jossa johtajat kertoivat pääsääntöisesti kokoavan päätöksentekoon tarvitsemansa tiedon itse ja käyttävänsä siihen melko vähän aikaa. Tulos viitanee siis siihen, että tieto on helposti saatavissa ja käsiteltävissä. Orton ym. (2011) sekä Simonen ym. (2012) korostavatkin tiedon helpon saatavuuden ja tulkinnan olevan merkittävä tekijä sen tehokkaaseen päätöksentekoa tukevaan käyttöön.

Mittareiden merkitys päätöksenteon tukena on faktaan perustuvassa päätöksenteossa korkea (esim. Jääskeläinen ym. 2013, 9). Tutkimuksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon ikäihmisten palveluiden johdossa käytetään noin kahdeksaa eri mittaria päätöksenteossa, joista merkittävimmät olivat RAVA- ja RAI-mittari ja niitä käytettiin palvelutarpeen määrittelyyn. Tulos tukee Tuomivaaran ja Eskelisen (2012, 45–46) tutkimusta, jonka mukaan erityisesti kotihoidossa nämä toimintakykyä kuvaavat asiakastietojärjestelmämittarit olivat käytössä. Mittareiden käyttö koettiin kuitenkin haasteelliseksi tulosten tulkinnan ja tiedon hyödyntämisen näkökulmista. Syiksi nimettiin muun muassa se, että mittareita on liikaa ja tiedon kokoaminen on tällöin haasteellista. Simosen ym. (2012) mukaan tämä viittaakin tiedon tehottomaan käyttöön, kun tiedon tulkinta ja saatavuus koetaan vaikeaksi. Myös Virtanen ja Stenvall (2010, 21) viittaavat tiedon tehottomaan käyttöön johtuen liiallisesta tietotulvasta, jolloin työhön ei pystytä keskittymään tai asianmukaista tietoa ei kyetä seulomaan. Tämän lisäksi johtajat kokivat mittarin täyttäjien kohdistuvia luottamusongelmia, koska epäiltiin, ettei mittareita osata täyttää oikein. Tämä tuki myös Rundallin ym. (2007) tutkimusta, jonka mukaan päätöksentekoa rajoitti tarvittavan tiedon laadun heikkous. Näin ollen tuloksiakaan ei uskallettu päätöksenteossa hyödyntää, joskin ratkaisuksi tähän esitettiin koulutusta ja sen merkityksen korostamista (myös Virtanen & Stenvall 2010,21, Laihonon ym. 2013, 11-15). Nämä tekijät luovat käsityksen myös täydellisen rationaalisen päätöksenteon mahdottomuudesta, koska itse päätöksentekijään liittyvät inhimilliset rajoitteet estävät päätöksenteon seuraamusten täydellisen arvioinnin (Hyyryläinen 2012, 44–45). Johtajat toisaalta halusivat korostaakin, ettei faktaa tuottavia mittareita edes haluta käyttää ainoana päätöksenteon perusteena, vaan myös oma ammattikokemus oli merkittävä tekijä päätöksenteon tukena (ks. myös Fraser & Estabrooks 2008). Mittareiden tuloksia puolestaan viestittiin melko monipuolisesti erityisesti alaisille niin säännöllisesti kuin tarpeen mukaankin. Tästä voidaan päätellä, että johtajat suhtautuivat itse mittareiden tuottaman tiedon käyttöön ja uskoivat sen vaikuttavan työntekijöiden toimintaan (Van Beveren 2003, Simonen ym. 2012).

Kolmas tutkimusongelma koski RAVA-mittarin tietojen hyödyntämistä johtamisen päätöksenteon tukena. Kuten jo aiemmin todettiin, lähes kaikki johtajat käyttivät RAVAA

päätöksenteossaan. Käyttöä ei ollut, mikäli sijoituspäätöksiä ei tehty tai mittaria ei osattu käyttää. Tämä tulos viitanee RAVA-mittarin vahvaan käyttöön asiakkaiden jatkohoito-sijoitusten suunnittelussa, joka nimettiin mittarin käyttökohteeksi. Mittari on alun perin suunniteltu kuntien palvelurakennetarkastelua varten ja sillä on ollut tarkoitus verrata eri hoitomuotoja ja asiakkaiden toimintakykyä suhteessa hoitajien arvioon hoidon raskaudesta (Lahtinen ym. 1999, 9). Tutkimuksen tulosten mukaan mittaria käytetään juuri näihin alkuperäisiin tarkoituksiin. Lisäksi mittaria käytetään resursoinnin ennakoimiseen, henkilöstötarpeen arviointiin, palvelujen myöntämisen kriteereihin, kilpailutuksiin ja hoi-vahinnan määrittämiseen, jotka ovatkin mittarin käyttötarkoituksia (Laine ym. 2007, Sokka ym. 2012, FCG Oy 2014b). Samankaltaisia tuloksia löysivät myös Tuomivaara ja Eskelinen (2012, 59–60, 76–77) sekä Lahtinen (2003, 66). RAVA-mittarin tuloksia pidettiin erityisen hyvänä faktuaalisena perusteluna sekä alaisille, esimiehille että päättäjille yksikön toimintaan liittyvien päätösten tukijana. Keskeisenä tässä näytti olevan erityisesti resursointiin ja sitä myöten esimerkiksi talouteen liittyvät perustelut, joskin varsinaisessa päätöksenteon hyödyntämisessä mittarin keskeinen rooli oli asiakaskunnan toimintakyvyn kuvaamisessa. Toisaalta tätä käytettiin perusteluna juuri resursointiinkin, joten tulokset eivät ole toisiansa poissulkevia.

Kolmannen tutkimuskysymyksen alakysymyksenä oli mittarin kehittämiseen liittyvät seikat käyttäjänäkökulmasta. Kysymyksessä tarkasteltiin ensin eri käyttäjäportaiden, ylemmän johdon, esimiesten ja henkilöstön, suhtautumista mittariin. Tulosten perusteella voidaan todeta, että mittari on toimiva päätöksenteon tukena. Mittarin käyttötarkoitus tunnutaan ymmärtävän joka käyttäjäportaalla. Erityisesti henkilöstön näkökulmasta koulutuksen merkitys käyttämisen merkityksellisyyteen tuotiin esiin, mikä Sokan ym. (2012) mukaan onkin merkittävää mittarin yhtenäisen täytön ja siten saatavan tiedon luotettavuuden kannalta. RAVA-mittarin eduiksi luettiin erityisesti sen helppokäyttöisyys. Tekninen helppokäyttöisyys ei kuormita tai kuluta resursseja, vaan mittarien käyttö koetaan tällöin merkityksellisenä (Laihonen & Lönnqvist 2014).

Toisaalta mittari kuitenkin koettiin osana rutiininomaista työtä, mikä viitanee myös Tuomivaaran ja Eskelisen (2012, 76–77) tutkimuksen tuloksiin, jossa esimiehet olivat huolissaan mittarin aikataulutettujen tekemisten vaikutuksesta henkilöstön motivaatioon hyödyntää mittaria. Toiveena oli, että hoitajat voisivat päättää, milloin arviointeja tehdään. Toisaalta tämän tutkimuksen tulosten mukaan mittareiden tuloksia raportoitiin tarvittaessa, mikä voi johtua myös siitä, että henkilöstö tuottaa arviointeja oman ammattiarvionsa mukaisesti. RAVA-mittarin alkuperäisen käyttötarkoituksen katoaminen palvelurakennetarkastelua varten näkyi kuitenkin ylemmän johdon suhtautumisessa mittariin tarpeettomana. Perusteluna oli esimerkiksi se, että mittaria käytetään vain yksilötason mittauksiin sekä se, että mittari on karkea ja suuntaa antava tilasto, jolloin sitä ei hyödynnetty johdon päätöksenteossa. RAVAn kannalta huolestuttavaa oli myös se, että RAI-mittarin kerrottiin tulevan RAVAn tilalle monessa kunnassa ja näin ollen myös niihin yksityisiin

organisaatioihin, joilta kunnat ostavat palvelunsa. Tähän toisaalta ehdotettiin tehokasta markkinointia käytännön esimerkein, jotta mittarin hyödyntämisen merkitys nähtäisiin konkreettisesti.

RAVA-mittaria ehdotettiin kehitettäväksi erityisesti toimintakyvyn mittaamisen laajentamisen näkökulmasta. Erityisesti muistiin ja psyykkiseen toimintakykyyn liittyvät asiat vaativat käyttäjien näkökulmasta kehittämistä, sillä mittari saattoi näiden puutteiden vuoksi jäädä jopa käyttämättä esimerkiksi muistiasiakkaisiin keskittyneissä yksiköissä. Muistiasiakkaiden ja käytöshäiriöisten asiakkaiden sekä aikaa vievien hoitotoimenpiteiden kohdalla mittari ei anna todenmukaista kuvaa hoitajakuormituksesta tai toimintakyvystä, mikä Laineen ym. (2007) tutkimuksen mukaan olikin mittarin luotettavuuteen heikentävästi vaikuttava tekijä. Nämä tekijät olivatkin keskeisiä kehittämissuhteita, kun mittariin haluttiin lisäksi hoitajan kuluttama sekä hoitotoimenpiteiden viemä aika asiakkaan luona. Lisäksi terminologiaan toivottiin päivittämistä. Se onkin ajankohtaista, sillä mittarin termistö on osaltaan alkuperäistä 25 vuoden takaa. Myös mittarin laajemman hyödynnettävyyden kannalta lisäyksiä toivottiin kustannuslaskelmiin, joka teknisesti kenties olisikin mahdollista, sillä kustannusarvioita suhteessa RAVA-indeksiin on esimerkiksi kotihoidon suhteen tehty Lahtisen (2003, 76) toimesta.

Toisaalta osa vastaajista oli mittarin laajentamista vastaan, koska RAVAn koettiin toimivan juuri tällaisena, napakkana ja helppona tehdä. Näkökulmaa tukee myös Tuomivaaran ja Eskelisen (2012, 76–77) tutkimus, jossa oltiin huolissaan arvioinnin viemästä ajasta, koska henkilöstön tulisi pystyä keskittymään asiakastyöhön muun työn ohella. Ihanteellisen mittarin kuvauksessa johtajat käyttivätkin termejä nopea, luotettava, helposti hyödynnettävä, mutta myös laaja, kattava ja kokonaisvaltainen. RAVA kuitenkin koettiin myös ideaaliksi sen yksinkertaisuuden vuoksi. Mittarista saatava tieto koettiin myös hyvänä, jolloin laajemmaksi kehittäminen ei välttämättä enää palvelisi tiedon selkeää kirjaamista (Orton ym. 2011) ja tehokasta käyttöä päätöksenteon tukena (Simonen ym. 2012).

6.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Tämä tutkimus toteutettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2015) mukaisen hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tutkimuksen toteutus, tulosten käsittely, esittely ja arviointi tehtiin noudattamalla rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta. Tutkimustieto on hankittu eettisesti kestäväällä tavalla, esimerkiksi tutkimuksen tuloksien käsittelyssä on pyritty suojelemaan tutkimukseen osallistuneiden anonymiteettiä.

Tämän tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin menetelmillä uskottavuuden, vahvistettavuuden ja siirrettävyyden

perusteella. Arvioinnin kohteena ovat tutkimus- ja analyysiprosessi. (Graneheim & Lundman 2004.)

Uskottavuutta voidaan tarkastella tutkimuksen tarkoituksen tarkastelun kautta. Uskottavuutta lisää aineiston ja analyysiprosessin vastaavuus tutkimuksen tarkoitukseen. Tällä tarkoitetaan tutkimusongelman, otoksen ja aineistonkeruun arviointia suhteessa tutkimuksen tarkoitukseen. (Graneheim & Lundman 2004.) Tässä tutkimuksessa tarkoituksena oli tuottaa tietoa johtamisen päätöksenteossa ikäihmisten palveluissa sekä mitä ja miten tietoa hyödynnetään päätöksenteossa. Lisäksi tarkastelunäkökulmana oli RAVA-mittarin tuottama tieto päätöksenteon hyödyntämisessä. Ongelma rajattiin kaikesta johtamisesta sosiaali- ja terveydenhuollon sekä erityisesti ikäihmisten palveluiden johtamiseen. Rajaus suunnattiin tähän kohderyhmään siksi, että tarkoituksena oli myös kehittää RAVA-mittaria, joka on tarkoitettu yli 65-vuotiaiden toimintakyvyn mittaamiseen ja on siten ikäihmisten palveluiden piirissä käytössä. Lisäksi rajausta ikäihmisten palveluihin tukee sen ajankohtaisuus kansallisen palvelurakennemuutosten myötä (esim. Valtioneuvosto 2015), johon niin ikään RAVA-mittari on suunniteltu antamaan tukea (Lahtinen ym. 1999, 9). Otos oli myös helppo määritellä RAVA-mittarin lisenssihaltijoiden mukaisesti. Anonymiteetin säilyttämisen vuoksi otoksesta ei selviä vastaajien organisaatiot, jolloin samasta organisaatiosta voi olla useampi vastaaja. Tämä osittain heikentänee uskottavuutta, vaikka toisaalta tarkoituksena oli tuottaa tietoa päätöksenteon ja RAVA-mittarin kokemuksista ylipäättään ikäihmisten palveluiden johdossa, eikä oltu kiinnostuneita erityisesti yksittäisten organisaatioiden käyttökokemuksista.

Aineisto kerättiin pääsääntöisesti kvalitatiivisin menetelmin, jolloin otoskokojen (haastattelut $n = 4$) ja kysely ($n = 125$) koettiin riittävän. Mikäli kyseessä olisi ollut kvantitatiivinen tutkimus, olisi tarpeen ollut tarkastella esimerkiksi p-arvoja ja tehdä arviointia riittävästä aineistokoosta (Metsämuuronen 2009, 85). Laadullisen aineiston ollessa kyseessä riittävää otoskokoa onkin hankala määrittää, joskaan tarkoitus ei ole kuitenkaan yleistää tuloksia. Uskottavuutta heikentäne se, etteivät haastattelujen aineistot alkaneet kyllääntyä eli toistamaan samaa (Eskola & Suoranta 2008, 62), mutta toisaalta ne eivät myöskään poikenneet toisistaan merkittävästi jos lainkaan. Aineiston keruu kahdella eri menetelmällä kuitenkin lisää tutkimuksen uskottavuutta, koska haastattelut toimivat kyselyn tuottamisen perusteena yhdessä kirjallisuuden kanssa. Näin saatiin laajemmalla vastaajajoukolta lisätietoa, joka pelkin haastatteluin olisi saattanut jäädä saamatta. Toisaalta aineistonkeruun uskottavuutta olisi lisännyt kyselyn pilotointi pienelle joukolle otosta, mutta toisaalta kyselyn pohjalla käytettiin jo haastatteluja ja kyselyn tarkasti myös toimeksiantaja sekä yksi ulkopuolinen henkilö.

Analyysissa puolestaan analyysiyksiköiksi valittiin tutkimukseen vastanneiden lauseita, koska näin pystyttiin säilyttämään alkuperäisen tarkoituksen ja vastauksen sävyt paremmin kuin jos analyysiyksiköiksi olisi valittu pelkät yksittäiset sanat. Laajat lausahdukset olisivat toisaalta olleet liian laajoja vaikeuttaen analyysia ja tutkimusongelmaan

vastaamista (Graneheim & Lundman 2004). Näin ollen myös analyysissä tuotetut kategoriat (esim. liite 3) vastaavat tutkimusongelmiin. Alkuperäislainauksin pystyttiin todentamaan kategorioiden muodostaminen, mikä lisää uskottavuutta (Graneheim & Lundman 2004). Toisaalta tutkijan mielestä haastatteluosion analyysi näistä tekijöistä huolimatta kadotti osan alkuperäisestä sävystä, mikä osaltaan heikentää uskottavuutta. Syynä tähän oli se, että haastatteluissa keskusteltiin runsaasti yleensä ikäihmisten palveluista ja palveluiden yhteiskunnallisesta tilasta, joita ei voitu ottaa analyysissä huomioon, koska ne eivät vastaa tutkimusongelmaan. Omalta osaltaan tämä puolestaan kuitenkin lisää uskottavuutta, koska analyysistä on kyetty rajaamaan epäolennainen aineisto pois (Graneheim & Lundman 2004). Tutkija kuitenkin kokee, että tutkimusongelmiin saatiin vastaukset aineiston ja analyysin tukemana, jolloin ne ovat todennäköisesti oikein valittu. Tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimuksen vahvistettavuutta voidaan arvioida tutkijan kyvystä tarkastella aineistoon objektiivisesti tiedostaen ennakkokäsityksensä ja niiden vaikutukset aineiston analyysiin. Kvalitatiivisen tutkimuksen aineiston analyysi on tutkijan tulkintaa tutkittavista, (Graneheim & Lundman 2004, Eskola & Suoranta 2008, 145, Metsämuuronen 2009, 217–218), johon vaikuttaa tutkijan oma tausta sosiaali- ja terveysalalla. Tämä on pyritty huomioimaan tulosten analyysissä luotettavuuden saavuttamiseksi, mutta täydellistä objektiivisuutta ei voitane saavuttaa. Toisaalta tutkijan asiantuntijuus tutkittavalla alalla syventää aiheen ymmärrystä ja siten luotettavuutta, mutta tämä saattaa luoda myös tiedostamattomia ennakkokäsityksiä aiheesta, jotka vaikuttavat tutkijan huomaamatta analyysiin. Objektiivisuutta ja siten vahvistettavuutta on lisätty esimerkiksi kyselyyn vastaajien anonymiteetillä, jolloin tutkija ei ole voinut tietää tai tunnistaa vastaajia millään tavalla.

Tutkimuksen siirrettävyyttä voidaan tarkastella tulosten siirrettävyydellä toiseen aineistoon tai ryhmään (Graneheim & Lundman 2004). Toisaalta Eskola ja Suoranta (2008, 62) huomauttavat, ettei kvalitatiivisen tutkimuksen tuloksia ole tarkoitus yleistää vaan tarkoitus tarkastella ilmiötä syvällisellä tutkimusotteella. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tiedon käsittelyyn vaikuttavat tutkijan tulkinnat vahvasti, joten on mahdollista, että toinen tutkija olisi muodostanut esimerkiksi analyysivaiheessa erilaiset kategoriat vastaamaan tämän tutkimuksen tutkimusongelmiin. Toisaalta sisältö ei olisi kenties muuttunut olennaisesti, mutta toinen tutkija olisi saattanut painottaa eri asioita. Lisäksi toinen tutkija olisi kenties saanut samoilla haastattelukysymyksillä erilaiset vastaukset, koska haastattelukeskusteluja leimasi vahvasti tutkimuksen tekijän ja haasteltavan konsensus ja asiantuntijuus ikäihmisten palveluista. Tällöin keskustelu oli todennäköisesti syvällisempää kuin sellaisen tutkijan kanssa, joka ei ole toiminut ikäihmisten palveluissa tai omaa sosiaali- ja terveysalan tutkintoa. Siirrettävyys on kuitenkin pyritty huomioimaan tutkimuksen rajauksessa ja tutkimuksen toteutuksen kuvauksessa. Lisäksi analyysin on pyritty kuvaamaan mahdollisimman läpinäkyväksi käyttäen suoria lainauksia, jotta lukija pystyisi jäljittelemään tutkijan ajatuksia analyysin etenemisestä.

Tutkimuksen siirrettävyyttä toisenlaiseen aineistoon tulee tarkastella kriittisesti, koska tutkimusta niin sanotusti leimaa suomalainen yhteiskunta ja Suomen ikäihmisten palveluita varten kehitetty mittari. Näin ollen esimerkiksi muun toimialan johtamiseen tai kansainväliseen kontekstiin tulokset ovat tiettyä kriittisyyttä noudattaen mahdollista siirtää. Toisaalta tuloksia tarkastellessa voitaneen tehdä joitakin päätelmiä kuitenkin johtamisen päätöksentekoon vaikuttavista tekijöistä sosiaali- ja terveysalalla riippumatta siitä, toimitaanko juuri ikäihmisten palveluissa. On kuitenkin tutkimuksen lukijan päätettävissä, ovatko tulokset siirrettävissä toisenlaiseen kontekstiin. Tutkimuksen siirrettävyyttä toisaalta lisäsi aiempien tutkimusten vastaavan kaltaiset tulokset johdon päätöksentekoon vaikuttavista seikoista sosiaali- ja terveysalalla.

6.3 Tulosten pohdinta ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että johtamisen päätöksentekoon sosiaali- ja terveysalalla ikäihmisten palveluissa vaikuttavat monenlaiset seikat, joskin lainsäädäntö tuntui painavan erityisen paljon. Tämä onkin luonnollista, koska ylipäätään sosiaali- ja terveydenhuoltoa, mutta erityisesti ikäihmisten palveluita ohjaavat omat lakinsa, joita on päivittäisessäkin työssä noudatettava. Lisäksi organisaation byrokraattisuus leimasi erityisesti julkisen sektorin päätöksentekoa, mutta ei pelkästään rajoittavana tekijänä vaan myös turvan luojana. Yksityisellä sektorilla organisaation keveys tuki päätöksenteon helppoutta ja antoi valtaa ja vastuuta tehdä omaa yksikköä koskevia päätöksiä. Tuloksesta voitaneen päätellä, että julkista sektoria olisi kenties syytä keventää päätöksenteon helpottamiseksi. Toisaalta yksityinen sektori voisi julkisen sektorin keinoin luoda päätöksentekoon turvaa esimerkiksi vaatimalla läpinäkyvämpää päätöksentekoa.

Tietolähteinä päätöksenteossa käytettiin sekä inhimillisiä tietolähteitä sekä faktapohjaista tietoa. Erityinen merkitys näyttäisi olevan alaisilla. Kyseessä on kuitenkin ihmisläheinen toimiala, jopa hoiva-ala, jolloin inhimillisen vaikutuksen toisaalta olettaisi olevankin merkityksellinen päätöksenteossa. Toisaalta osa johtajista ja esimiehistä kertoi olevansa melko kaukana alaistensa arjesta, jolloin päätöksenteossa on niin sanotusti pakko hyödyntää alaisten antamaa tietoa päivittäisestä toiminnasta. Faktatietoina käytettiin erityisesti mittareita, mutta myös muita tilasto- tai tietokantatietoja. Päätöksenteossa toisaalta korostettiin sekä sitä, etteivät yksittäiset tietolähteet voi antaa riittävää kuvaa päätöksenteon tueksi, mutta toisaalta ylemmälle taholle perusteltaessa päätöksentekoa tarvitaan kirjallista tietoa inhimillisen mututuntuman lisäksi. Päätöksenteko koski useasti erityisesti asiakaskohtaisia päätöksiä, joka heijastanee sitä, että vastaajista noin 60 % toimi esimiesasemassa. Esimiesasemassa toimivat ovat kuitenkin todennäköisimmin tekemi-

sissä asiakkaiden kanssa, jolloin päätöksentekokin liittyy useammin asiakkaisiin kuin johdossa asemassa toimivilla. Tätä tuki myös se, että lähteenä päätöksenteossa käytettiin lähes yhtä usein asiakaspalautteita.

Tuloksissa mielenkiintoista oli se, etteivät esimerkiksi taloustekijät tuntuneet olevan erityisen merkittäviä päätöksentekoon vaikuttavia tekijöitä ainakaan kyselyn perusteella. Haastatteluissa rahan merkitys päätöksenteon ohjaajana tuntui osittain olevan merkittävä, koska se nousi niin poliittisen päätöksenteon, organisaation kuin mittareiden kannalta keskusteluissa esiin. Lisäksi yhteiskunnallinen keskustelu taloudellisista tekijöistä erityisesti ikäihmisten palveluiden näkökulmasta tuntuu olevan merkittävää, joten odotettavissa olisi ollut tämän merkityksen ilmeneminen vahvemmin myös tässä tutkimuksessa. Liekö kyseessä se, ettei ole osattu kysyä oikeita kysymyksiä vai onko vastaajien ajattelu-tapa kuitenkin niin asiakaslähtöinen, joka heijastelikin voimakkaasti vastauksissa, ettei talouden ajatella vaikuttavan päätöksentekoon. Toisaalta kyseessä voi olla niin itsestään selvä asia, ettei sitä ole tuotu vastauksissa ilmi.

Mittareiden merkitys johdon päätöksenteossa oli merkittävä, mutta ongelmiksi muodostuivat luotettavuustekijät. Vastauksissa oli aistittavissa se, ettei mittareiden täyttöön aina uskalleta luottaa, koska siihen vaikuttavat voimakkaasti inhimilliset tekijät. Näin ollen mittareiden ja arvioiden tekemisen koulutusta ei voitane liikaa korostaa, jotta päästäisiin yhteneväisiin ja vertailtaviin arvioihin niin asiakaskohtaisesti kuin lopulta tiimi-, yksikkö- ja organisaatiokeskeisesti. Toisaalta mittareita koettiin olevan liikaa, jolloin tiedon kokoaminen koettiin varsin haastavaksi. Nämä saattavat heijastella toiveita, joissa tuotiin ilmi se, että kansallisesti olisi syytä olla yhteneväiset ja selkeät mittarit kaikille toimijoille, jotta sirpaleisuudelta välttyttäisiin. Tämä loisi myös yhteneväisyyttä ja tasa-arvoa eri toimijoiden kesken sekä lisäisi luotettavaa vertailtavaa tietoa kansallisesti.

RAVA-mittarin osalta tulokset olivat pääsääntöisesti positiivisia. Kyseessä on vanha mittari, jolla on vakiintunut sija ikäihmisten palveluiden piirissä. Mittari koettiin helpoksi ja yksinkertaiseksi käyttää, mikä todennäköisesti lisää sen käyttöastetta. Toisaalta se myös on omalta osaltaan mittaria vastaan, koska osa käyttäjistä koki mittarin olevan liian suppea ja karkea päätöksenteon tueksi. Tämäkin heijastanee esimiesten hieman suurempaa osuutta vastaajista, joiden päätöksenteko koskee pitkälti asiakasasioita. RAVA-mittari onkin yksittäisen henkilön yhtenä ainoana mittarina suuntaa antava juuri sen puutteiden, kuten kognition ja asiakasajan mittaamisen puitteissa. Toisaalta mittari palvelee erittäin hyvin tarkoitustaan tarkastella palvelurakenteita ja hoidon porrastettavuutta, koska siitä sai helposti tilastotietoja pitkältä ajalta. Ratkaisu tähän löytyikin tuloksista, jossa ehdotettiin mittarin koulutuksen laajentamista erityisesti hallintoon konkreettisilla esimerkeillä, jotta mittarin käyttötarkoitus todella ymmärrettäisiin ja sitä osattaisiin hyödyntää.

RAVA-mittari on siis vanha mittari, mikä osaltaan lisää sen luotettavuutta, mutta toisaalta se heijastelee myös aikaansa. Näin ollen kehittäminen on ajankohtaista ja tukea siihen kysyttiin tutkimukseen osallistuneilta. Tuloksista voidaan päätellä, että mittari

on pääsääntöisesti hyvä sellaisena kuin se on, koska se on nopea täyttää ja helppo hyödyntää päätöksenteossa. Vaikka mittarin laajentamista ehdotettiin, kannattanee tähän suhtautua varauksella, koska vaikuttaa siltä, että yksinkertaisuus näyttäisi olevan etu verrattuna kilpailevaan RAI-mittariin. Koettiin, ettei mittari saa viedä liikaa aikaa, mutta sen tulee kuitenkin olla kattava kertomaan asiakkaan tilanteesta, jolloin ideaali mittari oli RAVAn ja RAI:n välistä. Tulos toisaalta herättää kysymyksen, että tulisiko henkilökohtaisen toimintakykyä mittaavan mittarin olla joka tapauksessa eri kuin johdon päätöksentekoa tukevan mittarin. RAVAA suosivat johtajat olivat jopa huolissaan RAVA-mittarin kohtalosta, jottei se jää RAI-mittarin jalkoihin ja painottivat mittarin markkinoinnin merkitystä (ks. kuvio 19). Niin markkinoinnissa kuin koulutuksessa tulisi ottaa huomioon RAVA-mittarin käyttötarkoitus sekä toimintakyvyn että avuntarpeen mittarina mutta erityisesti myös sen merkitys johdon päätöksenteon tukena hoidon porrastuksessa sekä palvelurakenteen tarkastelussa. RAVA-mittaria voitaisiin laajentaa kuitenkin ottamaan huomioon hoitajan käyttämä aika asiakkaan luona riippumatta siitä, johtuuko ajankäyttö hoidettavan kognitiosta vai tehtävästä hoitotoimenpiteestä. Tähän voitaisiin myös lisätä RAVA-indeksin suhde realistisiin kustannuksiin.

RAVA-mittarin keskeiset kehittämisen kohteet:

- ◆ Terminologian päivittäminen
- ◆ Hoitajan käyttämä aika asiakkaan luona
- ◆ RAVA-indeksin suhde realistisiin kustannuksiin
- ◆ Koulutuksessa ja markkinoinnissa johtamisen päätöksenteon tuen merkityksen korostaminen

Kuvio 19 RAVA-mittarin keskeiset kehittämisen kohteet

Lisäksi terminologian päivittäminen osaltaan on syytä tehdä, jotta mittari vastaisi enemmän ajan kuvaa. RAVA-mittariin voitaisiin ehdottomasti kehittää myös yhteys taloudellisiin tekijöihin, kuten hoidon realistisiin kustannuksiin, mikä tuskin olisi mahdottomuus, koska tutkimuksia aiheesta on tehty ennenkin.

Jatkotutkimusehdotuksina ovat RAVA-mittarin kehittämiseen liittyvät tekijät, eli miten hoitajan käyttämä aika asiakkaan luona voidaan siihen luotettavasti lisätä. Lisäksi ehdotetaan tutkittavaksi, miten RAVA-indeksin suhde saataisiin liitettyä realistisiin kustannuksiin niin, että se huomioi organisaation kustannus- ja asiakasrakenteen siten, että tiedot olisivat helposti käytettävissä. Lisäksi voitaisiin selvittää, onko päätöksentekoon vaikuttavilla tekijöillä eroa erityisesti julkisen ja yksityisen sektorin johtajien välillä sekä laajentaa tutkimusotetta muillekin toimialoille ja niissä käytettäviin erilaisiin mittareihin.

LÄHTEET

- Elo S & Kyngäs H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107–115.
- Eskola J & Suoranta J. 2008. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 8. painos. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- FCG Oy. 2014a. Hyvinvointi- ja ICT -palvelut. Saatavilla: http://www.fcg.fi/fin/palvelut/hyvinvointi_ja_ict_palvelut/. Viitattu 5.10.2014.
- FCG Oy. 2014b. RAVA-mittarin kotisivut. Saatavilla: <http://www.ravamittari.fi/>. Viitattu 5.10.2014.
- Fraser K D & Estabrooks C. 2008. What Factors Influence Case Managers' Resource Allocation Decisions? A Systematic Review of the Literature. *Medical Decision Making* 28 (3), 394–410.
- Granheim U H & Lundman B. 2004. Qualitative content analysis in nursing reasearch: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24 (2), 105–112.
- Harisalo R. 2010. *Organisaatioteoriat*. 3. painos. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.
- Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. 2002. *Tutki ja kirjoita*. 6.-8. painos. Tammi. Vantaa.
- Hyyryläinen E. 2012. Johtaminen rationaalisuuteen pyrkivänä päätöksentekona. Teoksessa Hyyryläinen E. (toim.): *Näkökulmia hallintotieteisiin*. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 63. *Hallintotieteet I*. Saatavilla: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-380-6.pdf. Viitattu 30.11.2014. 42–62.
- Jylhä V & Kinnunen U-M. 2008. Terveystietokannat: Tiedon hyödyntäminen tutkimustyössä ja johtamisessa. Teoksessa: Hyppönen H. (toim.). *Sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikan ja tiedonhallinnan tutkimuspäivät*. Stakes, Työpapereita 19/2008. Saatavilla: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76291/T19-2008-VERKKO.pdf?sequence=1#page=42>. Viitattu 7.6.2015.

- Jylhäsaari J. 2009. Johtamisen muutos kuntien perusterveydenhuollon organisaatioissa. Tietoista uudistamista vai realiteetteihin sopeutumista? Väitöskirja. Hallintotieteiden tiedekunta. Vaasan yliopisto.
- Jääskeläinen A, Laihonen H, Lönnqvist A, Pekkola S, Sillanpää V & Ukko J. 2013. Arvoa palvelutuotannon mittareista. Teknologian ja innovaatioiden kehittämiskeskus. Tampereen teknillinen yliopisto. Tampere. Saatavilla: https://dspace.cc.tut.fi/dpub/bitstream/handle/123456789/21795/arvoa_palvelutuotannon_mittareista.pdf?sequence=1. Viitattu 18.12.2014.
- Kauhanen J. 2012. Henkilöstövoimavarojen johtaminen. 10.-11. painos. Sanoma Pro. Helsinki.
- Kapiriri L & Bondy S J. 2006. Health practitioners' and health planners' information needs and seeking behavior for decision making in Uganda. *International Journal of medical informatics* 75 (10-11), 714–721.
- Kuntaliitto. 2012. Ikääntyneiden palvelut. Saatavilla: <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/Sivut/default.aspx>. Viitattu 24.2.2015.
- Kuntaliitto. 2013. Vanhuspalvelulaki. Saatavilla: <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/vanhuspalvelulaki/Sivut/default.aspx>. Viitattu 24.2.2015.
- Kuntaliitto. 2014. Tiedolla johtaminen. Saatavilla: http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/kuntajohtaminen/johtamisen_valineet/Sivut/default.aspx. Viitattu 18.12.2014.
- Kuusisto R & Kauppinen S. 2013. Laitoshuolto: Laitoshoidon osuuden vähentäminen palvelurakenteessa. Muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9487679&name=DLFE-28108.pdf. Viitattu 3.12.2014.
- Kyngäs H & Vanhanen H. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3–11.
- Laihonen H & Lönnqvist A. 2014. Mittaaminen luo pohjaa tiedolla johtamiselle. *Yleislääkäri* 29 (2), 25–27.
- Lahtinen Y. 2003. Hoidon tarve ja tuottavuus vanhustenhuollossa vuosina 1998–2001. Teoksessa Hjerpe A, Kangasharju A & Vuorento R. (toim.) *Kunnalliset palvelut – Terveys- ja vanhustenhuollon tuottavuus*. VATT-julkaisuja 37, Helsinki. 58–70.

- Lahtinen Y, Rajala T, Paunio P & Liukko M. 1999. Suurten kaupunkien RAVA-tutkimus. Vanhuksien toimintakyvyn ja avun tarve. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Laihonen H, Hannula M, Helnader N, Ilonen I, Jussila J, Kukko M, Kärkkäinen H, Lönnqvist A, Myllärniemi J, Pekkola S, Virtanen P, Vuori V & Yliniemi T. 2013. Tietojohtaminen. Tampereen teknillinen yliopisto. Saatavana: <http://dspace.cc.tut.fi/dpub/handle/123456789/21534>. Viitattu 18.12.2014.
- Laine J, Rajala T, Lahtinen Y, Noro A, Finne-Soveri H, Talvinko T & Valvanne J. 2007. Selittääkö fyysinen toimintakyky asiakkaan saamaa hoitoaikaa vanhusten laitoshoidossa? RAVA-indeksin ja RAI-järjestelmän hierarkkisen toimintakykymittarin vertailu. *Sosiaalilääketieteen aikakauslehti*. 44, 153–162.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012/980. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>. Viitattu 5.10.2014.
- Latvala E & Vanhanen-Nuutinen L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. WSOY: Helsinki. 21–43.
- Lavis J N, Davies H, Oxman A, Denis J-L, Golden-Biddle K & Ferlie E. 2005. Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making. *Journal of Health Services Research & Policy* 10 (1), 35–48.
- Metsämuuronen J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 4. laitos, 1. painos. Tutkijalaitos. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Orton L, Lloyd-Williams F, Taylor-Robinson D, O’Flaherty M & Capewell S. 2011. The Use of Research Evidence in Public Health Decision Making Processes: Systematic Review. *Public Health and Policy* 6 (7), e21704, 1–10.
- Pauni M. 2014. Tulevaisuuden ennakointi. Kuntajohtaminen. Kuntaliitto. Saatavilla: <http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/kuntajohtaminen/strateginen-johtaminen/tulevaisuuden-ennakointi/Sivut/default.aspx>. Viitattu 3.12.2014.
- Paloheimo H & Wiberg M. 2012. Poliitiikan perusteet. 5.-6. painos. WSOY. Vantaa.

- Rundall T G, Martelli P F, Arryo L, McCurdy R, Graetz I, Neuwirth E B, Curtis P, Schmittiel J, Gibson M & Hsu J. 2007. The Informed Decision Toolbox: Tools for Knowledge Transfer and Performance Improvement. *Journal of Healthcare Management* 52 (5), 325–342.
- Simon H A. 1979. *Päätöksenteko ja hallinto*. Weilin+Göös. Espoo.
- Simonen O. 2012. Vaikuttavuustiedon hyödyntäminen erikoissairaanhoidon johtamisessa. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Akateeminen väitöskirja. Saatavilla: <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/66852/978-951-44-8667-8.pdf?sequence=1>. Viitattu 7.6.2015.
- Simonen O, Viitanen E & Blom M. 2012. Factors relating to effectiveness data use on healthcare management. *International Journal of Productivity and Performance Management* 61 (7), 752–764.
- Sinervo T, Noro A, Tynkkynen L-K, Sulander J, Taimio H, Finne-Soveri H, Lilja R & Syrjä V. 2010. Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen? Kustannukset, asiakasrakente, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*. Helsinki. Yliopistopaino.
- Sokka L. 2014. Alueellinen RAVA™ -mittari- ja RAVATAR -loppukäyttäjäkoulutus. 8.4.2014. Koulutusdiat.
- Sokka L, Klemola L & Valta M. 2012. Koulutuksen vaikutus RAVA arviointeihin. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 4 (2), 107–115.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Laitoshoito. Saatavilla: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/laitoshoito. Viitattu 25.2.2015.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013a. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Saatavana: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf. Viitattu 5.10.2014.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013b. Sairaanhoidopiirit ja erityisvastualueet. Saatavana: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/vastuutahot/sairaanhoidopiirit. Viitattu 24.2.2015.

- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014a. Ikäihmiset. Saatavana: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset. Viitattu 24.2.2015.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014b. Ikäihmisten palveluja ja etuuksia koskevaa lainsäädäntöä. Saatavilla: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset/lain-saadanto. Viitattu 24.2.2015.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015a. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut. Saatavana: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/vastuutahot. Viitattu 24.2.2015.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015b. Kunnat. Saatavana: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/vastuutahot/kunnat_toteuttavat. Viitattu 24.2.2015.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015c. Sote-uudistus. Saatavilla: http://www.stm.fi/viireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakenneuudistus. Viitattu 24.2.2015.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015d. Sote-uudistus. Saatavilla: <http://stm.fi/sote-uudistus>. Viitattu 7.6.2015.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015e. Omaishoito. Saatavilla: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/omaishoito. Viitattu 25.2.2015.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015f. Kotihoito. Saatavilla: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut. Viitattu 25.2.2015.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015g. Asumispalvelut. Saatavilla: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/asumispalvelut. Viitattu 25.2.2015.
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. 2013. ”Vanhuspalvelulaki”. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Muistio lain toimeenpanon ja tulkinnan tueksi. Saatavana: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=7724561&name=DLFE-26865.pdf. Viitattu 5.10.2014.
- SOTKANet. 2015a. 75-100 -vuotta täyttäneet vuonna 2013. Saatavilla: <http://uusi.sotkanet.fi/taulukko/Jv3/113,114/3/3A/0/>. Viitattu 24.2.2015.

- SOTKANet. 2015b. 75 vuotta täyttäneiden %-osuus vastaavanikäisestä väestöstä vanhuspalveluissa. Saatavilla: <http://uusi.sotkanet.fi/taulukko/Vv3/112,113,114/3/3A/0/>. Viitattu 25.2.2015.
- THL. 2014. RAI-järjestelmän rakenne. Saatavilla: <http://www.thl.fi/fi/web/ikaantymisen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta/rai-jarjestelman-rakenne>. Viitattu 25.2.2015.
- Tuomivaara S & Eskelinen K. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon esimiesten kokemuksia tietotekniikan hyödyllisyydestä työssään. Tietotekniikan mahdollisuudet käytännön sosiaali- ja terveydenhuollon esimiestyössä -hankkeen loppuraportti. Työterveyslaitos. Juvenes Print. Jyväskylä.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2015. Hyvä tieteellinen käytäntö. Saatavilla: <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>. Viitattu 29.6.2015.
- Valtioneuvosto. 2014. Hallituksen päätös rakennepoliittisen ohjelman toimeenpanon vahvistamisesta. 28.8.2014. Saatavilla: <http://valtioneuvosto.fi/tiedostot/julkisen/pdf/2014/budjettineuvottelut-2014/rakennepoliittinen-ohjelma/hallituksen-paatos-280814.pdf>. Viitattu 3.12.2014
- Valvira. 2013. Vanhuspalvelulaki voimaan - uusia haasteita valvonnalle ja ohjaukselle. Saatavana: http://www.valvira.fi/valvira/valvojan_vinkkelista/vanhuspalvelulaki_voimaan_-_uusialaasteita_valvonnalle_ja_ohjaukselle. Viitattu 5.10.2014.
- Van Beveren J. 2003. Does health care for knowledge management? *Journal of Knowledge Management* 12 (4), 160–172.
- Virtanen P & Stenvall J. 2010. Julkinen johtaminen. Tietosanoma. Helsinki.
- Virtanen P & Stenvall J. 2014. Älykäs julkinen organisaatio. Tietosanoma. Helsinki.
- Voutilainen P & Vaarama M. 2005. Toimintakykyymmittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. *Stakes, Raportteja 7/2005*. Helsinki. Saatavilla: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76960/Ra7-2005.pdf?sequence=1>. Viitattu 5.10.2014.

TEEMAHAASTATTELURUNKO

0. Taustatiedot:

Organisaatio, millainen? Yksiköt?

Asema organisaatiossa, koulutustausta:

Työkokemus

Organisaation yksiköt/koko?

RAVA-tiedon hyödyntäminen päätöksenteossa

1. RAVA antaa tietoa – hyödynnättekö ravaa jollakin tavalla?
2. RAVAn tulisi antaa tietoa...
 - a. onko tietopuutteita?
 - b. antaako turhaa tietoa?
3. Käytän muita mittareita/tietoa johdon päätöksenteossa seuraavasti
4. Käytän johtamisen päätöksenteossa RAVA-tietoa seuraavasti...
5. Käyttääkö esimiehesi/muu ylempi johto RAVAA päätöksenteossa hyödyksi?
Auttaako resursoinnissa?
Käytätkö vertailussa?
6. Haasteet mittareiden käyttöön päätöksenteon tukena?
7. Mittareiden tulosten viestiminen organisaatiossa? Kenelle miten
8. Miten henkilöstö suhtautuu mittarin käyttöön?
9. Kuka tiedon koostaa
10. Millainen olisi ihanteellinen mittari toiminnan ja päätöksenteon tueksi?

11. Tieto päätöksenteon tukena – päätöksenteon prosessi ikäihmisten palveluissa, miten etenee? *Esimerkiksi iäkkäiden sijoittaminen muihin yksiköihin /asiakkuuden alkaminen/päättyminen/henkilöstöhallinnolliset päätökset (rutiinia, byrokratiaa jne?)*

12. Millaisia päätöksiä työssäsi teet/Miten kuvailisit tekemiäsi päätöksiä? Esimerkki esim. asiakaskohtaisesta päätöksestä

- miten organisaatio ohjaa päätöksentekoa (esim. strategia, arvot tms.) Miten ikäpoliittinen ohjelma näkyy?
- Entä yhteiskunta?

13. Mitä tietoa käytät päätöksentekoon esimerkiksi resursoinnissa/asiakkaiden sijoittamisessa

- Alaisten hyödyntäminen?
- Esimiehen hyödyntäminen?
- Organisaation tuottama tieto?



RAVA™-mittarin tuottaman tiedon hyödyntäminen johdon päätöksenteossa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa

Tämän kyselyn tarkoituksena on tuottaa tietoa siitä, miten sosiaali- ja terveydenhuollossa hyödynnetään RAVA™-mittarin tuottamaa tietoa johdon päätöksenteon tueksi. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää RAVA™-mittaria vastaamaan terveydenhuollon johtamisen tarpeita. Tutkimus on osa FCG Konsultointi Oy:n RAVA™-mittarin kehittämistyötä.

Kysely on lähetetty kaikille niille organisaatioille, joilla on RAVA™-mittarin lissenssi. Kyselyyn vastaajan tulisi olla johtavassa/esimiesasemassa. Kysely käsitellään anonyymisti eikä siitä ole mahdollista tunnistaa vastaajaa. Tulokset raportoidaan Turun kauppakorkeakoulun hyvinvointialan maisteriohjelman johtamisen ja organisoinnin pro gradu -tutkielmassa syksyllä 2015.

Kiitos yhteistyöstä ja arvokkaista vastauksista!

Lisätiedot:

KTM-opiskelija

Elisa Snicker

elisa.snicker@utu.fi

040xxxxxx

ja

Erityisasiantuntija

Lotta Sokka

Hyvinvointi- ja ICT-palvelut

FCG-konsultointi Oy

lotta.sokka@fcg.fi

044xxxxxxx

Taustatiedot

Kysymykset 1-6 kartoittavat sekä organisaation että vastaajan taustatietoja.

1. Organisaatio

Tiedot organisaatiosta, jossa työskentelet.

- Julkinen
- Yksityinen
- Järjestö
- Muu, mikä?

2. Asema ja nimike organisaatiossa

Asema (esim. lähiesimies, johtaja tms.)

Nimike

Kuinka monta vuotta/kuukautta olette toimineet nykyisessä tehtävässä

3. Koulutustausta

4. Työhistoria lyhyesti

5. Palvelumuoto/-muodot, jossa toimit ja jossa RAVA™-mittari on käytössä

Voit valita useamman vaihtoehdon.

- Kotihoito
- Palveluasuminen
- Tehostettu palveluasuminen
- Laitoshoito

6. Mikä on johtamasi organisaation koko?

Mikäli tarkka lukumäärä ei ole tiedossa, arvio riittää. Alaisten määrää ei tarvitse eritellä nimikkeittäin.

Asiakkaiden määrä

Alaisten määrä ja nimikkeet

Omien esimiesten määrä ja nimikkeet

Kysymykset 7-18 koskevat RAVA™ -mittaria ja johdon päätöksentekoa.

7. Käytän RAVA™-mittaria hyödyksi päätöksenteossa

- Kyllä
- En. Miksi?

8. Miten hyödynnät RAVA™-mittaria hyödyksi päätöksenteossa/millaisissa päätöksissä?

Voitte valita useamman vaihtoehdon

- Asiakkaiden sijoittaminen eri palvelumuotoihin
- Henkilöstön resursoiminen RAVA-indeksin mukaisesti (esim. henkilöstön liikkuttelu eri tiimien välillä)
- Kuvaamaan asiakaskunnan toimintakykyä, kenelle?
- Asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan tai vastaavaan
- Perusteluna asiakkaalle/omaiselle asiakkaan toimintakyvyn mukaisesta palvelumuodosta
- Muu, mikä?

9. Mitä muita mittareita käytät ikäihmisten palveluihin liittyvän johtamisen päätöksenteon tukena?

10. Minkälaista tietoa muutoin käytät johtamisen päätöksentekoon?

Päätöksenteolla tarkoitetaan työhön ja johtamiseen liittyviä päätöksiä, kuten palvelurakenteen/resursoinnin ennakointi, asiakkaiden sijoittaminen, henkilöstöhallinnolliset päätökset jne. Valinnan perään voi eritellä, minkälaisesta tiedosta on kyse. Esimerkiksi potilastietokannat, Tilastokeskuksen tilastot, STM:n raportit jne.

- Mittarit, mitkä ja mitä tietoa?
- Raportit, mitkä ja mitä tietoa?
- Tietokannat, mitkä ja mitä tietoa?
- Tilastot, mitkä ja mistä?
- Tieto alaisilta, suullinen, kirjallinen, muu?
- Tieto esimieheltä, suullinen, kirjallinen, muu?
- Asiakaspalautteet, mistä?
- Asiakkaiden muut näkemykset (esim. vanhusneuvostot), mitkä?

11. Kuka koostaa edellä mainituista tiedon lähteistä saatavan tiedon johtamisen päätöksenteon tueksi?

- Koostan tiedon itse, käytän aikaa xx h/kk tai xxh/vuosi (arvio)
- Sihteeri tai muu avustaja
- Edustamasi organisaation henkilöstö
- Organisaation sisäinen asiantuntija, nimike?
- Ulkopuolinen konsultti/asiantuntija
- Muu, kuka (nimike)?

12. Miten yhteiskunnalliset päätökset ohjaavat omaa johdon päätöksentekoasi ikäihmisten palveluihin liittyen?

Tällä tarkoitetaan esimerkiksi ns. ikälakia ja ikäihmisten palveluiden laatusuosituksia.

13. Miten edustamasi organisaation strategia ohjaa omaa johdon päätöksentekoasi työssäsi?

14. Miten, kenelle ja milloin mittareiden, esimerkiksi RAVAn, tuloksia viestitään organisaatiossa?

- Miten
- Kenelle
- Milloin/Kuinka usein

15. Miten koet, että organisaatiosi henkilöstö suhtautuu RAVATM-mittarin käyttöön?

Hoitohenkilöstö, lääkärit

Esimiehet

Ylempi johto

16. Miten kehittäisit RAVATM-mittaria?

Johdon päätöksenteon näkökulmasta

Sisällöllisesti

17. Mitä haasteita liittyy erilaisten mittareiden käyttöön johtamisen päätöksenteon tukena?

18. Millainen olisi ideaalinen mittari ikäihmisten palveluiden johtamisen näkökulmasta?

Haastattelun analyysin mukaiset kategoriat

Alla on luettavissa haastatteluaineiston analyysissa muodostuneet kategoriat. Numeroin on merkitty pääkategoriat, vihreällä korostettu yläkategoriat ja nuolimerkinnöin on luettavissa alakategoriat. RAVA-mittaria koskevassa aineiston analyysissa on selvyiden vuoksi lisäksi luettavissa tutkimusongelman mukaiset välikategoriat (RAVA-tiedon hyödyntäminen päätöksenteossa sekä RAVA-mittarin edut ja kehittäminen). Tässä analyysissa on myös nähtävissä osittain pelkistettyjen ilmausten teemoja.

1. Pääkategoria: Organisaation ulkoinen ohjaus päätöksenteossa

Kunnalliset päätökset ja politiikka päätöksenteon vaikuttajina

- Kunta ohjaa päätöksentekoa päätöspöytäkirjoilla, strategisilla tekijöillä sekä rakenteellisella palvelujen tarjonnalla.
- Poliitiikka ohjaa päätöksentekoa riippuen kunnan poliitikkojen valtasuhteista

Yhteiskunnan ohjaus päätöksenteossa lainsäädännön ja suositusten kautta

- Yhteiskunnan ohjaus päätöksenteossa näkyy lainsäädännön, ikääntyneiden palveluiden laatusuosituksen ja kotona asumisen panostamisen kautta niin, että päätöksenteossa täytyy olla innovatiivinen laadukkaan palvelun tuottamisella olemassaolevin resurssein
- Yhteiskunnan ohjaus kotona asumiseen ei näy päätöksenteossa, koska pyrkinyt aina päätöksenteossa suosimaan kotona asumista

2. Pääkategoria: Organisaation sisäinen ohjaus päätöksenteossa

Rutiininomaisuus julkisella sektorilla tuo helpoutta päätöksentekoon, mutta byrokratia lisää haasteita

- Erityisesti julkisella sektorilla rutiininomaiset päätöksentekotilanteet, kuten asiakasiat ja henkilöstöhallinnon päätökset, ovat helppoja tehdä.
- Julkisella sektorilla byrokratia ja rutiinit luovat päätöksentekoon läpinäkyvyyttä ja avoimuutta.
- Haasteita päätöksentekoon luo julkisella sektorilla monitasoinen byrokratia, jolloin päätöksentekijällä ei ole varsinaista päätöksentekovaltaa

Päätöksenteko yksityisellä sektorilla on joustavaa ja yksinkertaista ilman byrokratian portaita

- Yksityisen sektorin päätöksenteko on joustavaa ja yksinkertaista. Päätöksentekijällä on valtuudet tehdä omia yksiköitä koskevia päätöksiä

Yksityisellä sektorilla organisaation strategia ohjaa päätöksentekoa

- Asiakaslähtöisen toiminnan kehittämisen suuntaviivat

Päätöksentekoa ohjaa kokonaisvaltaisesti budjetti ja talous

3. Pääkategoria: Johtamisen päätöksenteossa käytettävät tietolähteet

Henkilöstö, esimies ja kollegiaalinen tuki ja asiakaskohtaiset tiedot päätöksenteon tukena

- Henkilöstö merkittävä tiedonantaja yksikön toimintaan liittyvässä päätöksenteossa
- Päätöksentekoa ohjaa asiakkaat ja asiakaslähtöisyys
- Asukkaiden kuntoisuus on tukena päätöksenteossa koskien resursointia ja hankintoja.
- Esimiehen hyödyntäminen taloudellisissa ja toimintaan liittyvissä sopimuksellisissa tai kehittämistyöhön liittyvissä päätöksentekotilanteissa
- Esimiehen kollegiaalinen tuki päätöksenteon apuvälineenä
- Esimiestä ei hyödynnetä päätöksenteossa tilanteissa, jossa esimies on kollega tai välinpitämätön yksikön asioista

Päätöksenteossa hyödynnetään organisaation tuottamasta tiedosta potilastietojärjestelmää tai toiminnanohjausta

4. Pääkategoria: Mittareiden käyttö päätöksenteon tukena

Käytössä olevat mittarit

- Toimintakykymittareina RAVAn lisäksi IADL, fysioterapeuttien käyttämät SPPB ja tasapainomittari sekä arjen toimintaa kuvaavat arkiosallistumisen toiminnot
- Kognitiota mittaavat mittarit, kuten MMSE ja CERAD
- Mielialamittarit, kuten GDS-15
- Kipumittari ja ravitsemusmittari
- Resursointiin käytössä hoitajamitoitukseen ja asiakkaiden hoitoisuuteen perustuvat mittaukset

Mittareiden käyttö päätöksenteon välineenä

- Mittareiden yksipuolisuus ainoana päätöksenteon välineenä.
- Valtakunnallisesti mittareiden hajanaisuus haasteena.

Käyttäjöpohjaiset haasteet mittareiden käytössä päätöksenteon välineenä

- Mittareiden täyttäjien näkökulmasta niiden selkeys ja yksiselitteisyys, jotta vältetään tulkinnalliset poikkeamat
- Mittareiden täytön eettisyys

Ihanteellinen mittari ikäihmisten palveluiden johdon päätöksenteon tueksi

- Ihanteellinen mittari osoittaa työntekijän käyttämän työajan sekä asiakkaan toimintakyvyn yhteyden realistisiin kustannuksiin
- Ihanteellinen mittari on helppokäyttöinen, kohdennettu oikeisiin asioihin sekä yksinkertainen
- Ihanteellinen mittari selvittää avuntarpeen, käytetyn ajan, hoitoisuuden ja käytettävien henkilöstöresurssien määrän suhteessa hyvään hoitoon
- Ihanteellinen mittari mittaa toteutettavan hoidon laadun asiakkaan kokemuksen mukaisesti

5. Pääkategoria: RAVA-mittari johdon päätöksenteon tukena

Välikategoria: RAVA-tiedon hyödyntäminen päätöksenteossa

RAVA-mittarin tuottaman tiedon hyödyntäminen toiminnan arvioinnissa ja suunnittelussa

- RAVA-mittarin tieto hyödynnetään toiminnan tavoitteiden todentamisessa
- RAVA-mittarin tuottama tieto tukena toiminnan suunnittelussa pitkällä tähtäimellä
- RAVA-mittarin tuottama tieto palvelutarpeen arvioinnissa niin nykyisessä hoitomuodossa kuin jatkosijoitusta suunniteltaessa
 - RAVAA käytetään SAS-työryhmän yhtenä mittarina, jolla arvioidaan asiakkaan hoidon tarvetta sijoituspaikka-arvioinneissa
 - RAVAA käytetään tukena kotihoidon hoidon tarpeen arvioinneissa
 - RAVA-mittarin avulla voidaan osoittaa asiakkaalle hoidon tarve suhteessa muihin asiakkaisiin

RAVA-mittarin tuottaman tiedon hyödyntäminen perusteluna toiminnan kuvaukseen ja sitä koskeviin päätöksiin

- RAVA-mittarin antamaa tietoa käytetään yksiköiden ja kaupunkien välisessä seurannassa ja vertailussa
 - RAVA-mittarin antamia tietoja käytetään tiimien ja yksiköiden välisessä seurannassa ja vertailussa asiakkaiden toimintakyvyn ja hoidon tarpeen näkökulmasta
 - RAVA-mittarin antamia tietoja käytetään suurten kaupunkien vertailussa
 - RAVA-mittarin keskiarvotuloksia hyödynnetään osoittamaan henkilöstölle henkilöstösiirtojen tarpeellisuutta
 - RAVA-poikkileikkausvertailun avulla voidaan osoittaa henkilöstöllekin, minkä kuntoisia asiakkaita yksikössä vielä voidaan hoitaa.
 - Poikkileikkaustutkimuksien avulla vertailua eri kaupunkien välillä, jonka avulla ylempi taho pystyi tekemään päätökset eri palvelutasojen lisäämisestä tai tehostamisesta.
 - Poikkileikkaustutkimuksen avulla rakennemuutoksen suunnittelu
- RAVA-mittarin antamaa tietoa käytetään yhtenä faktatekijänä, jolla voidaan perustella hoidon ja palvelutarpeen sekä siten henkilöstötarpeen lisääntymistä
 - RAVA-tieto osoittaa asiakkaiden hoitoisuuden lisääntymisen ja siten henkilöstötarpeen lisääntymisen
 - RAVA-tieto perusteluna alueelliselle suunnittelulle resursoinnin ja henkilöstötarpeen näkökulmasta
 - RAVA-mittarin antamien tulosten avulla osoitetaan hoidon ja palvelutarpeen lisääntymistä
- RAVA-mittarin antamat tiedot henkilöstölle toiminnan perustelun välineenä
- RAVA-mittaria ei käytetä yksinään päätöksenteon välineenä sen suuntaa antavien tulosten johdosta
 - RAVA ei ole ainoa päätöksenteon väline, koska se ei huomioi hoidon vaativuuden inhimillisiä tekijöitä.
 - RAVA-mittari ei ole päivittäisen päätöksenteon väline, koska tulokset ovat enemmän suuntaa antavia

Välikategoria: RAVA-mittarin edut ja kehittäminen

RAVA-mittari toimii hyvin palvelutarpeen kartoituksen tukena ja hallinnon työkaluna

- RAVA-mittaria ei tarvitse muuttaa, vaan kartoitettavat osa-alueet ovat riittävät
- RAVA-mittari toimii hyvin esimerkiksi asiakkaan palvelutarpeen kartoitustilanteissa kiinnittämään huomiota eri osatekijöihin
- Hallinnolliselle puolelle RAVA-indeksit antaa vertailtavaa tietoa hyvin selkeässä ja helppossa muodossa.
- Käsittämättömän hyvä työväline hallintoon.

RAVA-mittarin etuna sen modifioitavuus, edullisuus ja helppokäyttöisyys

- RAVA-mittarin erityisen toimivana osiona on mahdollisuus lisätä organisaation omia ja sen toiminnalle sopivia kysymyksiä.
- Mittari on edullinen käyttää, joka on ehdoton hyvä puoli.
- Erityisen hyvää on ollut ravattareen eli internetiin siirtyminen, joka on entisestään helpottanut mittarin käyttöä.

RAVA-mittarin etuna henkilöstön näkökulmasta on sen vakiintunut sija ikääntyneiden palveluissa, lyhyys ja selkeys sekä hyöty käytännön työhön

- Henkilöstö kokee mittarin etuna sen lyhyiden ja selkeiden
- Mittari ollut pitkään käytössä ja näin ollen on osa rutiininomaista työtä
- Hoitajat kokevat mittarin palvelevan tarkoitustaan ja sitä hyödynnetään päivittäisessä työssä antamaan konkreettista tietoa asiakkaille ja läheisille esimerkiksi kuntoutuksen tarpeen osa-alueista.
- RAVAn edut suhteessa RAI-mittariin koetaan RAI:n pituus ja monitahoisuus, koska mittaaminen vie enemmän aikaa kuin RAVAssa. Myös tarpeellisen tiedon suodattaminen ylemmälle tasolle saattaa olla haasteellista.

RAVA-mittaria tulisi laajentaa toimintakyvyn osa-alueiden osalta sekä alle 65-vuotiaille

- Mittariin tulisi lisätä sosiaalinen ulottuvuus, ympäristön vaikutus toimintakykyyn, kognitiota sekä elämänlaatua mittaavat tekijät.
- Osa henkilöstöstä kokee RAVA-mittarin olevan riittämätön sen antaman tiedon suhteen
- Mittaria tulisi kehittää vanhuspalvelulain hengessä myös alle 65-vuotiaille
- RAI:n vahvuus RAVAssa nähden koetaan RAI:n laajempi mittausnäkökulma, joka palvelee asiakkaita enemmän.

RAVA-mittarin terminologiaa tulisi päivittää vastaamaan nykypäivää

- Mittarin terminologia tulisi modifioida nykypäivään
- Mittariston termistö aiheuttanut keskustelua henkilöstön parissa

RAVA-mittaria tulisi kehittää enemmän hallinnon työkaluksi kustannuslaskelmien ja henkilökuntaresursoinnin näkökulmasta

- RAVA-mittarin kehittäminen niin, että hallinnossa työskentelevät hyödyntäisivät sen antamia tuloksia enemmän
- Mittariin tulisi lisätä hoidettavuuden ja rava-indeksin yhteys kustannuslaskelmiin sekä henkilökuntaresursointiin

RAVA-mittaria tulisi markkinoida kohdeorganisaatioille hyödyllisen käytön käytännön esimerkein

- Ravan tulevaisuus riippuu nyt hyvin paljon markkinoinnista
- Ravan markkinointi hallinnon ihmisille. Markkinoinnin tulee sisältää käytännön esimerkit siitä, miten mittaria voidaan käyttää hyödyksi. Harva hallinnossa oleva ylihoitaja tai johtava hoitaja ei osaa käyttää tai näe mittarin hyötyjä.