Tuloksellisuustarkastuskertomus

Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa

VALTIONTALOUDEN TARKASTUSVIRASTON TARKASTUSKERTOMUKSET 11/2017

Tuloksellisuustarkastuskertomus

Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa

VALTIONTALOUDEN TARKASTUSVIRASTON TARKASTUSKERTOMUKSET 11/2017

ISSN-L 1799-8093
ISSN 1799-8093 (nid.)
ISSN 1799-8107 (pdf)
ISBN 978-952-499-381-4 (nid.)
ISBN 978-952-499-382-1 (pdf)
URN:ISBN:978-952-499-382-1
http://urn.fi/urn:isbn:978-952-499-382-1

Lönnberg Print & Promo
Helsinki 2017

Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus

Dnro 339/54/2015

Valtiontalouden tarkastusvirasto on tehnyt tarkastussuunnitelmaansa sisältyneen monia sairauksia sairastavien ja runsaasti perusterveydenhuollon palveluja käyttävien palvelujärjestelmää koskeneen tarkastuksen. Tarkastus on tehty tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuksesta antaman ohjeen mukaisesti.

Tarkastuksen perusteella tarkastusvirasto on antanut tarkastuskertomuksen, joka lähetetään sosiaali- ja terveysministeriölle sekä tiedoksi eduskunnan tarkastusvaliokunnalle, sosiaali- ja terveysvaliokunnalle, valtiovarainvaliokunnan kunta- ja terveysjaostolle, valtiovarainministeriölle ja valtiovarain controller -toiminnolle.

Ennen tarkastuskertomuksen antamista sosiaali- ja terveysministeriöllä on ollut mahdollisuus varmistaa, ettei kertomukseen sisälly asiavirheitä, sekä lausua näkemyksensä siinä esitetyistä tarkastusviraston kannanotoista.

Tarkastuksen jälkiseurannassa tarkastusvirasto tulee selvittämään, mihin toimiin tarkastuskertomuksessa esitettyjen kannanottojen johdosta on ryhdytty. Jälkiseuranta tehdään vuonna 2021.

Helsingissä 15. kesäkuuta 2017

Marko Männikkö
ylijohtaja

Nina Martikka
johtava tuloksellisuustarkastaja

Tarkastusviraston kannanotot

Pieni osa väestöstä aiheuttaa suurimman osan terveyspalveluiden kustannuksista. Tarkastuksen tavoitteena oli selvittää, onko näiden paljon palveluita käyttävien hoito järjestetty siten, että kustannusvaikuttavuudelle on mahdollisimman suuret edellytykset. Tarkastus kohdistui perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanottotoimintaan. Tarkastuksessa koottiin tietoa erityisesti siitä, toteutetaanko avosairaanhoidon vastaanotoilla ns. terveyshyötymallin sekä terveydenhuoltolain mukaisia ja asiakaslähtöisiä hyviä käytäntöjä, jotka hillitsevät kustannusten kasvua sekä edistävät asiakkaan terveydentilan kohenemista tai vähentävät sen heikentymistä.

Tietoa hyvien käytäntöjen toteuttamisesta saatiin haastattelemalla terveyskeskusten avosairaanhoidon vastaanotolla toimivia hoitajia sekä heidän asiakkaitaan, terveyskeskusten johdolle suunnatulla kyselyllä sekä Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) keräämästä avosairaanhoidon järjestelyitä koskevasta kyselyaineistosta. Lisäksi hyödynnettiin tutkimuksia terveyshyötymallin kustannusvaikuttavuudesta sekä palveluiden käytön jakautumisesta eri asiakasryhmien kesken.

Vuonna 2014 Suomen terveydenhuollon menot olivat 19,5 miljardia euroa ja sosiaaliturvamenot 52,2 miljardia euroa. Samana vuonna kunnat ja valtio käyttivät yli 2,8 miljardia euroa perusterveydenhuollon palvelujen järjestämiseen. Palveluja käyttäviin asiakkaiden hoitoon kohdistetaan merkittävästi resursseja. Eri tutkimusten mukaan 10 prosenttia joko palveluiden asiakkaista tai palvelun piirissä olevasta väestöstä aiheuttaa noin 70–80 prosenttia kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista. Kysymys on myös taloudellisten resurssien oikeanlaisesta suuntaamisesta eli siitä, miten kunnat (tulevaisuudessa maakunnat) kohdentavat resursseja erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon (SOTE-keskuksessa järjestettäviin) palveluihin. Valinta vaikuttaa siihen, millaisia ennalta ehkäiseviä palveluja paljon palveluja käyttäville asiakkaille tarjotaan ja missä laajuudessa.

Aiheen valtiontaloudellinen merkitys on huomattava: jos asiakkaiden terveydentila heikkenee, se voi johtaa laajempien ja kalliimpien sosiaali- ja terveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöön ja näin kustannusten kasvuun.

Selkeä tarkastuksessa esiin tullut puute on, että paljon palveluja tarvitsevien ja käyttävien asiakkaiden määrää tai heidän käyttämiensä palveluiden kustannuksia ei ole selvitetty järjestelmällisesti koko maassa. Tiedot perustuvat yksittäisiin tutkimuksiin ja paikallisiin sosiaali- ja terveydenhuollon tilastoihin ja kustannustietoihin. Näiden asiakkaiden määrä, heille sopivat hoitoketjut ja heihin sovellettavat toimintatavat vaikuttavat kuitenkin merkittävästi sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin ja niiden kehitykseen.

Paljon palveluita käyttäviä asiakkaita ei vielä tunnisteta, eikä tälle asiakasryhmälle ole vielä yksiselitteistä määritelmää. Valtiontalouden näkökulmasta keskeinen asiakasryhmä on erityisesti paljon palveluja tarvitsevat ja niitä käyttävät asiakkaat, ei niinkään lääketieteellisesti diagnosoitu asiakasjoukko. Tätä nykyä terveydenhuollon asiakassegmentointi perustuu paljolti tauti- tai diagnoosiluokitukseen.

Vain 20:llä tarkastuksessa tehtyyn kyselyyn vastanneista 118 terveyskeskuksesta oli vuonna 2016 käytössä terveyshyötymalliin pohjaava, kirjallisesti ohjeistettu paljon palveluja käyttävien asiakassegmentointi. Yli 2,6 miljoonaa suomalaista asuu sellaisten terveyskeskusten vastuualueilla,

joilla ei ole kirjallista ohjeistusta ko. asiakkaiden tunnistamiseen tai joissa näiden tunnistamiseen ei pyritä.

Valtiontaloudellisesta näkökulmasta paljon palveluita käyttävien tunnistaminen on tärkeää nykyisessäkin palvelujärjestelmässä. Se tulee kuitenkin entistä keskeisemmäksi tulevassa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen palvelujärjestelmässä, koska uudessa mallissa paljon palveluita tarvitsevat on tunnistettava SOTE-keskuksissa ja ohjattava maakunnan liikelaitokseen palvelutarpeen arviointia varten. Tarkastushavaintojen perusteella näyttää siltä, että valmius tällaisten asiakkaiden tunnistamiseen terveyskeskuksissa ei ole vielä kovin hyvä.

Tarkastusviraston näkemyksen mukaan sosiaali- ja terveysministeriön pitäisi ohjauksessaan painottaa, että paljon palveluita käyttävien asiakkaiden palvelujen käytöstä ja sen kustannuksista tulisi kerätä systemaattisesti tietoa ja että tätä tietoa tulisi hyödyntää tehokkaasti palvelujärjestelmän hallinnassa ja kehittämisessä.

Avosairaanhoidon vastaanotolla työskentelevillä sairaanhoitajilla ja moniammatillisella tiimillä on keskeinen asema paljon palveluja käyttävien hoidossa. Tarkastushaastatteluissa hoitajat ja asiakkaat kokivat hyväksi ja mielekkääksi käytännön, jossa tietty asiakkaalle erikseen nimetty palveluohjaaja (esimerkiksi asiakasvastaava tai omahoitaja) vastaa paljon palveluita tarvitsevan asiakkaan hoidon toteutumisesta, seurannasta ja koordinoinnista. Tällainen toimintapa vähentää lääkärissä käyntejä ja suunnittelematonta, turhaa tai päällekkäistä palveluiden käyttöä. Keinoja palvelujen hallintaan ovat henkilökohtaisen tapaamisen lisäksi puhelinyhteys hoitajaan sekä ajantasainen hoitosuunnitelma.

Tarkastushaastattelujen ja terveyskeskusten johdolle suunnatun kyselyn vastauksissa esitettiin näkemyksiä siitä, että nykyinen lainsäädäntö vaikeuttaa asiakastietojen vaihtoa ammattihenkilöiden välillä. Nykyisen lainsäädännön mukaan terveyskeskuksen tuottamia tietoja voidaan käyttää vain kyseisen terveyskeskuksen sisäisen suunnittelun ja johtamisen tarpeisiin. Asiakastietojen vaihdossa esimerkiksi sairaalan tai sosiaalihuollon palveluntuottajan välillä on noudatettava lakia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (9.2.2007/159, 10. §). Käytännössä tietojen vaihtoon tarvitaan asiakkaan suostumus.

Osaltaan tietojenvaihdon ongelmia selittää myös se, että potilastietorekistereiden ylläpitäjiä ja erilaisia käytössä olevia järjestelmiä on useita eivätkä järjestelmät ole yhteensopivia. Tiedonvaihdon ongelmat vaikuttavat siten johtuvan niin lainsäädännön, tietojärjestelmien kuin toimintatapojen jäykkyydestä. Tietojärjestelmiin on ehdotettu merkittäviä muutoksia hallituksen esityksessä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. Lakiin ehdotettavat muutokset loisivat edellytykset valtakunnallisten tietojärjestelmien käyttöönotolle sosiaalihuollossa sekä asiakastiedon joustavalle käsittelylle sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suostumus- ja kieltokäytäntöjä yhdenmukaistettaisiin ja selkiytettäisiin.

Terveys- ja hoitosuunnitelmien vähäinen käyttö on tarkastuksessa todettu selkeä puute. 1.5.2011 voimaan tulleen terveydenhuoltolain mukaan hoidon ja kuntoutuksen toteutukselle on tarvittaessa laadittava hoito- ja palvelusuunnitelma (30.12.2010/1326, 24. §). THL laati terveys- ja hoito-

suunnitelman kansallisen määrittelyn ja ohjeistuksen rakenteellisesta hoitosuunnitelmasta vuonna 2011. Hoitosuunnitelma ei tarkastushavaintojen mukaan kuitenkaan ole vielä juurtunut osaksi avosairaanhoidon vastaanottotoiminnan käytäntöä. Tämä johtuu osittain siitä, että kansallisen Kantapalvelun käyttöönotto ja rakentaminen oli tarkastuksen aikana vielä kesken. Hoitosuunnitelman tulisi ohjata asiakkaan hoitoa ja avosairaanhoidon vastaanoton arkea. Kuten edeltä käy ilmi, laissa hoitosuunnitelma on määrätty tehtäväksi vain tarvittaessa. Tätä säädöstä on tulkittu terveyskeskuksissa laveasti.

Tarkastuksessa todettiin, että terveyskeskuksissa tarvittaisiin ohjeistusta siitä, mitä tarkoittaa terveydenhoitolain ja potilaslain velvoite laatia potilaalle hoitosuunnitelma tarvittaessa. Ohjeistuksessa olisi huomioitava, että eri alueilla asuvat ja eri syistä paljon terveyspalveluita käyttävät asiakkaat olisivat keskenään tasa-arvoisessa asemassa hoitosuunnitelman saamisen suhteen.

Asiakkaan arkeen liittyvät tavoitteet hoitosuunnitelmassa parantavat asiakkaan motivaatiota osallistua hoitoon ja sitä kautta hoidon tuottamia terveysvaikutuksia. Siksi kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta on olennaista, että asiakas on mukana määrittelemässä terveys- ja hoitosuunnitelmaansa kirjattavia tarpeita ja tavoitteita yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa. Asiakkaiden omahoidon tukemiseen ja oman roolin vahvistamiseen on kehitetty myös uusia digitaalisia työvälineitä.

Tarkastusviraston suositukset

Sosiaali- ja terveysministeriön tulee

1. varmistaa, että paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden tunnistamiseen tarkoitetusta kansallisesti yhtenäisestä kriteeristöstä tiedotetaan terveyskeskuksille ja tuleville terveydenhuollon toimijoille ja että nämä ottavat kriteeristön käyttöön. Keskeistä on tunnistaa asiakkaan tarpeet, seurata palvelujen käyttöä ja kohdella asiakkaita yhdenvertaisesti.
2. selvittää paljon palveluja käyttävien asiakkaiden tietojen vaihtoon liittyvät esteet (tietosuojakysymykset, ammattihenkilöstön käyttöoikeudet, yhteistyökäytännöt) sekä edistää potilastietojärjestelmien integraatiota ja asiakastietojen hyödyntämistä kyseisen asiakasryhmän tunnistamisessa ja hoitoketjuja suunniteltaessa. Tämä voitaisiin tehdä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköistä käsittelyä koskevan lain toimeenpanon yhteydessä.
3. varmistaa, että asiakas osallistetaan nykyistä paremmin oman terveys- ja hoitosuunnitelmansa tavoitteiden ja keinojen määrittelyyn seuraamalla terveys- ja hoitosuunnitelmien määrää ja sisältöä.
4. varmistaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluohjaajat yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa järjestävät paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden yksilöllisen hoidon suunnittelun, toteutuksen ja seurannan koordinoidusti. Keskeisenä tavoitteena on kohdentaa asiakkaan palvelutarpeen mukaisia resursseja tehokkaasti ja koordinoida näyttöön perustuvia, tuloksellisuuteen tähtääviä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita.

Sisällys

Tarkastusviraston kannanotot **4**

1 Mitä tarkastettiin **11**

2 Miten terveyskeskukset tunnistavat paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat? **15**

2.1 Alle puolet terveyskeskuksista pyrkii asiakkaiden systemaattiseen tunnistamiseen 15
2.2 Tunnistamista tehdään ilman selkeitä ja yhtenäisiä kriteereitä 16
2.3 Kirjallisia ohjeita tarvittaisiin 19
2.4 Potilastietojärjestelmien käyttö tunnistamisessa vaihtelee 20

3 Miten hoitohenkilökunta sekä paljon palveluja käyttävät asiakkaat saavat tukea hoidon suunnitteluun? **23**

3.1 Hoitosuunnitelmaa ei aina laadita 24
3.2 Yksilöllinen hoidon koordinointi huomioi asiakkaan tarpeet 27
3.3 Asiakasta koskeva tieto välittyy paikoin huonosti eri palveluntuottajien välillä 32
3.4 Asiakkaat ovat eriarvoisessa asemassa 33

Liite: Miten tarkastettiin **36**

Viitteet **40**

1 Mitä tarkastettiin

Tarkastuksessa selvitettiin, onko paljon palveluita käyttävien hoito järjestetty siten, että kustannusvaikuttavuudelle on mahdollisimman hyvät edellytykset. Kustannusvaikuttavuudella tarkoitetaan terveydenhuollossa sitä, että annetuilla voimavaroilla lisätään mahdollisimman paljon kansalaisten terveyttä ja hyvinvointia.[1] Tarkastus kohdistui perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanoton toimintaan. Paljon palveluja käyttävät asiakkaat ovat hyvin monimuotoinen ryhmä, jonka palvelutarve voi perustua useisiin pitkäkestoisiin somaattisiin ja psyykkisiin oireisiin (ns. monisairaat) tai muihin monimuotoisiin tarpeisiin. Tämä asiakasryhmä on keskimäärin iäkästä sekä usein myös heikossa sosiaalisessa asemassa.

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarve keskittyy pienelle osalle väestöstä. Eri tutkimusten mukaan noin 10 prosenttia väestöstä tai palveluja käyttävistä asiakkaista kerryttää 70–80 prosenttia sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista.[2] Koska pieni osa väestöstä tai palveluiden asiakkaista tuottaa suurimman osan kustannuksista, on olennaista järjestää erityisesti näiden asiakkaiden hoito mahdollisimman kustannusvaikuttavasti.

Arviot siitä, että pieni osa väestöstä aiheuttaa suurimman osan sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksista, perustuvat yksittäisten kuntien ja tutkimusten sosiaali- ja terveydenhuollon tilastoihin ja kustannustietoihin, ei koko maan palvelujen käytön tietoihin. Tarkastushavaintojen perusteella paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden tarkkaa kokonaismäärää Suomessa ei tiedetä. Oulun kaupunkia koskevassa tutkimuksessa havaittiin, että 10 prosenttia (n = 20 000) asukkaista kerryttää 81 prosenttia kunnan sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaiskustannuksista[3]. Tulos on lähes identtinen Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen pääkaupunkiseutua koskevan tutkimuksen kanssa: 10 prosenttia pääkaupunkiseudun asukkaista kerryttää 80 prosenttia sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksista[4].

Oulussa 10 prosenttia asukkaista aiheutti kokonaisuudessaan 243 miljoonan euron kustannukset, kun 90 prosenttia asukkaista kulutti sosiaali- ja terveyspalveluihin yhteensä 57,2 miljoonaa euroa. Kalleimman ryhmän vuosikustannukset olivat keskimäärin 15 940 euroa henkeä kohden, kun muilla oululaisilla vastaava luku oli keskimäärin 417 euroa.[5] Kalliista asiakasryhmästä eniten kustannuksia kerryttivät vanhuspalveluja käyttävät asiakkaat, jotka käyttivät samanaikaisesti sekä sosiaali- että terveyspalveluja. Tämän asiakasryhmän kustannukset henkeä kohti olivat keskimäärin 29 700 euroa vuodessa. Lastensuojelun asiakkaiden kustannukset olivat keskimäärin 26 700 euroa vuodessa, mutta tämän asiakasryhmän osuus kalleimman 10 prosentin ryhmästä oli vain 5 prosenttia. Yksinomaan terveyspalveluja käyttävistä asiakkaista kalliiseen asiakasryhmään kuuluivat kalliita somaattisia hoitoja tarvitsevat asiakkaat (17 %), mutta myös diabeetikot ja sydän- ja verisuonitautipotilaat (11 %). Kalliita somaattisia hoitoja tarvitsevien potilaiden kustannukset olivat keskimäärin 8 730 euroa vuodessa, ja vastaava luku diabeetikoilla ja sydän- ja verisuonitautipotilailla oli 12 000 euroa.

Myös THL:n tutkimuksessa todettiin, että sydän- ja verisuonitaudit olivat yleisiä kalliilla potilailla (yli 50 000 euroa) samoin kuin diabetes. Tulokset osoittivat niin ikään sen, että diabetesta sairastavien erittäin kalliiden potilaiden (yli 75 000 euroa) somaattisen erikoissairaanhoidon kustannuksis-

ta 50,6 prosenttia muodostuu vuodehoito-osaston kustannuksista. Potilasta kohden vuodeosaston kustannukset olivat 48 543 euroa vuodessa. Sen sijaan perusterveydenhuollon avohoidon kustannuksista erittäin kalliiden diabetespotilaiden hoitokustannukset muodostivat vain 12,8 prosenttia. Potilasta kohden perusterveydenhuollon avohoidon kustannukset olivat 12 310 euroa vuodessa.[6]

Kelan tutkimuksessa havaittiin myös, että oululaisille maksetuista 88 miljoonan euron sairaanhoitovakuutuskorvauksista 60 prosenttia (52,8 miljoonaa euroa) kohdistui 10 prosentille oululaisista. 90 prosenttia oululaisista sai korvauksia vain alle 30 miljoonaa euroa. Tähän 10 prosentin ryhmään kuuluvista noin 2 prosenttia sai pelkästään lääkekorvauksia, joiden keskimääräinen suuruus oli lähes 20 000 euroa. Sairausvakuutuskorvauksia maksettiin eniten vanhuksille, vammaisille ja lastensuojelun asiakkaille.[7]

Myös Jyväskylän yliopiston tekemässä tutkimuksessa todettiin, että 10 prosenttia väestöstä aiheuttaa suuren osan sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksista. Toisin kuin Oulun tutkimuksessa Jyväskylässä pääasialliseen tarkasteluun otettiin pitkäaikaisesti paljon palveluita käyttävät. Tarkastelun kohteeksi saatiin muut kuin tilapäisesti kalliit asiakkaat. Aiempiin tutkimuksiin verrattuna tässä tutkimuksessa saatiin enemmän tietoa siitä, millaiset asiakkaat käyttävät useita eri palveluja. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin simulointimallin avulla, millaisia säästöjä erilaisilla toiminnallisilla muutoksilla voitaisiin saada. Simulointi on tilastomatemaattinen menetelmä, jolla testataan virtuaalisesti erilaisia toimintavaihtoehtoja ja niiden vaikutuksia johonkin tapahtumaketjuun. Simuloinnin pohjatietona käytetään olemassa olevaa aineistoa. Tutkimuksessa simuloituja toiminnallisia muutoksia olivat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon saumaton yhteistyö, eri erikoisalat ylittävä yhteistyö, tarpeettomien päivystyskäyntien eliminointi ja kuljetusjärjestelyt. Simuloinnissa saatiin tietoa ehdotettujen ratkaisuvaihtoehtojen vaikutuksista mm. toiminnan kustannuksiin. Skaalattaessa kaikki tutkimuksen tulokset koko maan väestöpohjalle saataisiin noin 500 miljoonan euron säästöt. Simuloitujen toiminnallisten muutosten käyttöönotto ja tämän mahdollistama säästöjen aikaansaaminen vaatisi hoitosuunnitelman tekemistä ja eri ammattiryhmien välistä saumatonta yhteistyötä.[8]

Tarkastuksen keskeisten kriteerien lähteet ovat terveydenhuoltolaki (pykälät 3, 4, 7a, 24, 34), asetus potilasasiakirjoista ja ns. pitkäaikaissairaiden terveyshyötymalli (Chronic Care Model, ks. kuvio 1), jonka toteuttamisella pyritään sekä kustannusten hillitsemiseen että asiakkaan terveydentilan kohenemiseen tai sen heikentymisen estämiseen. Toimijoina mallissa ovat asiakas ja hänen läheisensä, terveydenhuollon ammattilaiset sekä yhteisö ja yhteistyökumppanit, esimerkiksi potilasjärjestöt. Terveyskeskuksissa asioiviin henkilöihin viitataan käsitteellä asiakas käsitteen potilas sijaan, koska halutaan korostaa terveyspalveluihin hakeutuvan henkilön aktiivisuutta, omavastuuta, valinnanvapautta sekä terveyspalvelujen käyttäjäkeskeisyyttä.[9]

Mallin kuusi elementtiä ovat 1) asiakkaan aktivointi ja voimaantuminen omahoitoon, 2) johdon sitoutuminen ja voimavarojen suuntaaminen, 3) palveluvalikoima, 4) päätöksenteon tuki, 5) yhteistyö muiden toimijoiden kanssa ja 6) kliiniset tietojärjestelmät.[10]

Mallissa keskitytään pitkäkestoista tai jatkuvaa hoitoa ja huolenpitoa tarvitseviin asiakkaisiin, koska näiden hoidossa arvioidaan saavutettavan suurimmat terveys- ja kustannushyödyt. Mallia on ajateltu sovellettavak-

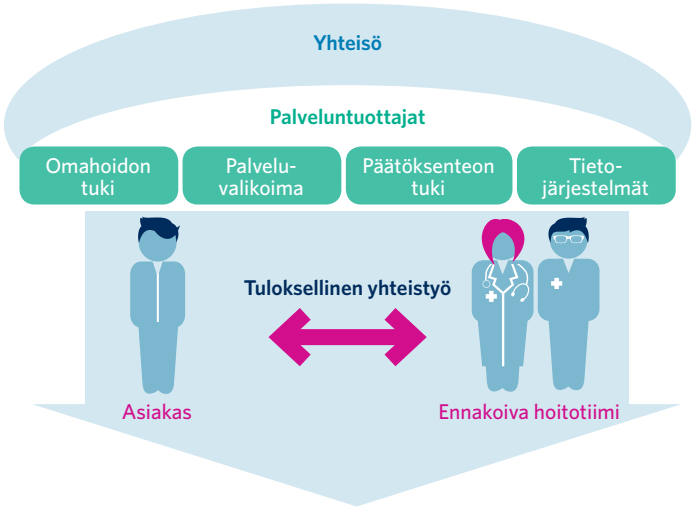
si erityisesti perusterveydenhuoltoon, mutta se voi koskea myös sosiaalipalveluita, erikoissairaanhoitoa tai muita toimialoja.[11]

Tarkastuksessa etsittiin tietoa erityisesti siitä, toteutetaanko avosairaanhoidon vastaanotoilla terveyshyötymallin mukaisia hyviä käytäntöjä. Terveyshyötymallin mukaisiin käytäntöihin kuuluu, että tunnistetaan mahdollisimman varhain ne asiakkaat, joilla on monia sairauksia tai runsas palveluiden tarve. Tunnistamisen jälkeen tietyt kriteerit täyttäville asiakkaille tarjotaan kohdennettua, esimerkiksi asiakasvastaavan tai omahoitajan koordinoimaa palvelua.

Asiakasvastaavat ovat sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia, jotka vastaavat paljon palveluita tarvitsevien hoidon toteutuksesta, seurannasta ja koordinoinnista. Terveyshyötymallin mukaisessa toiminnassa asiakasvastaava arvioi yhdessä asiakkaan kanssa palvelun tarpeen, voimavarat ja riskit, laatii hoitosuunnitelman yhdessä asiakkaan, lääkärin ja muiden hoitoon osallistuvien henkilöiden kanssa, tukee ja seuraa asiakkaan omahoitoa ja koordinoi asiakkaalle tarjottavien palveluiden kokonaisuutta.[12]

Kataisen ja Stubbin hallituskausilla (22.6.2011–29.5.2015) terveyskeskusten toimintaa kehitettiin yli 20 miljoonalla eurolla. Sosiaali- ja terveysministeriön Kaste-rahoituksella toteutettavan Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelman tavoitteena oli uudistaa perusterveydenhuollon toimintatapoja. Vuonna 2011 sosiaali- ja terveysministeriö ohjeisti, että terveyskeskuksissa tulisi olla pitkäaikaissairaille oma vastuuhenkilö, joka vastaa hoitosuunnitelman mukaisesti asiakkaan omahoidon tukemisesta, hoidon toteutuksesta ja kokonaishoidon koordinoinnista.

Sipilän hallituksen valmistelemien sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusten keskeisinä tavoitteina on kustannusten hallinta ja terveyserojen kaventaminen. Uudistuksilla odotetaan olevan merkittävä vaikutus julkisen talouden kestävyysvajeeseen. Hallitusohjelman mukaan SOTE- ja tuottavuustoimilla suunnitellaan saatavan yhteensä 3 miljardin euron säästöt vuoteen 2029 mennessä.[13]



Kuvio 1: Terveyshyötymalli[14]

2 Miten terveyskeskukset tunnistavat paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat?

Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tarvitsevat olisi ensin tunnistettava, jotta heille voitaisiin tarjota terveyshyötymallin mukaista kustannusvaikuttavaa, suunnitelmallista ja yksilöllistä hoitoa.[15]

Terveyskeskusten johdolle suunnatun tarkastuskyselyn mukaan yli 2,6 miljoonaa suomalaista asuu sellaisten terveyskeskusten vastuualueilla, joilla ei ole kirjallista ohjeistusta ko. asiakkaiden tunnistamiseen tai joissa näiden tunnistamiseen ei pyritä.[16]

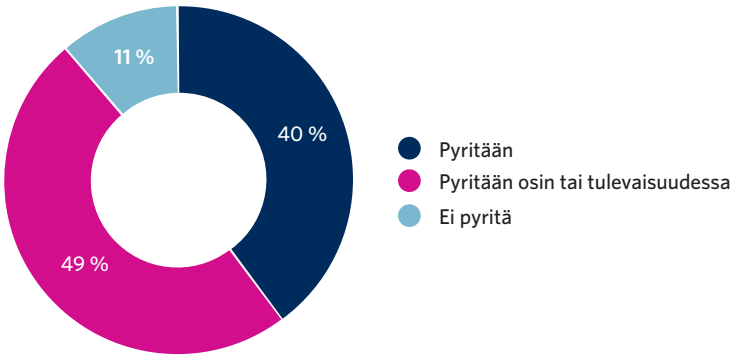
Tarkastushavaintojen mukaan terveyskeskuksissa tulisi olla selkeät kriteerit asiakassegmentointia varten. Jotta hoitohenkilökunta osaisi tunnistaa paljon palveluita tarvitsevat, tarvitaan myös selkeää ohjeistusta. Kirjallinen ohjeistus auttaisi yhdenmukaistamaan tunnistamisen käytäntöjä ja varmistaisi asiakkaiden tasapuolisen kohtelun. Ohjeistus toimisi myös perusteena tarjota kohdennettua palvelua asiakkaille, jotka sitä eniten tarvitsevat.

Tarkastuksessa tehdyn kyselyn mukaan terveyskeskuksen johdon näkemykset potilastietojärjestelmien käyttökelpoisuudesta paljon palveluita käyttävien tunnistamisessa jakautuivat kahtia: 44 prosenttia vastaajista ei pitänyt potilastietojärjestelmiä käyttökelpoisina asiakkaiden tunnistamisessa, kun taas 49 prosenttia piti.

Tarkastushaastatteluiden tulokset tukevat edellä kuvattuja kyselytuloksia. Haastatteluiden mukaan terveysasemilta, joissa paljon palveluita käyttäviä ei tunnisteta selkeästi ja järjestelmällisesti, puuttui tunnistamisen ohjeistus tai se oli vain suullista. Potilastietojärjestelmiä ei hyödynnetty. Vain tiettyjä yksittäisiä sairauksia sairastavia asiakasryhmiä pyrittiin segmentoimaan, huomioimatta muita monisairaita tai paljon palveluita käyttäviä.

2.1 Alle puolet terveyskeskuksista pyrkii asiakkaiden systemaattiseen tunnistamiseen

Valtiontalouden tarkastusviraston terveyskeskusten johdolle suuntaaman kyselyn mukaan 40 prosenttia vastanneista 118 terveyskeskuksesta pyrki vastaushetkellä systemaattiseen paljon palveluita käyttävien tunnistamiseen ja tämän ryhmän erityiseen huomioimiseen palvelujärjestelmässä eli asiakassegmentointiin.



Kuvio 2: Pyritäänkö vastuualueenne terveyskeskuksissa tarjoamaan monisairaille ja runsaasti palveluja käyttäville asiakkaille erillistä palvelua (eli näiden asiakkaiden segmentointiin)? Avovastausten perusteella uudelleenluokiteltu jakauma. N = 118.

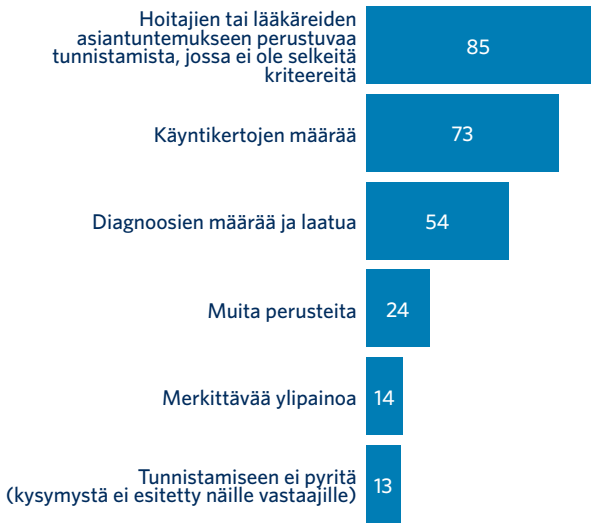
Vastaajien antamista lisätiedoista kävi ilmi, että suuri osa niistä terveyskeskuksista, jotka vastasivat tavoitteekseen segmentoinnin, pyrkivät siihen vain joissakin tapauksissa tai vasta tulevaisuudessa (kuvio 2).

Tarkastuskyselyn mukaan kehittämishankkeet olivat kesken, jopa ”alussa”. Tunnistaminen ei ollut systemaattista, yhteisesti sovittuihin kriteereihin perustuvaa. Segmentointia saatettiin tehdä vain tietyille asiakasryhmille, joista yleisimmin mainittiin esimerkiksi diabetesta sairastavat, iäkkäät tai pitkäaikaissairaat. Kaikilla monisairailla tai ilman diagnoosia olevilla mutta palveluita runsaasti tarvitsevilla ei ollut mahdollisuutta päästä terveyshyötymallin mukaisen palvelujärjestelmän piiriin.

Esimerkiksi Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakassegmentoinnin kehittämistyö on edellyttänyt myös uutta johtamista, toimintakulttuuria ja kokonaisvaltaisempaa asiakastarpeiden tunnistamista. Palvelujen tarpeeseen perustuvan asiakassegmentoinnin odotetaan mahdollistavan jatkossa entistä paremman ja oikein kohdennetun sosiaali- ja terveyspalvelun.[17]

2.2 Tunnistamista tehdään ilman selkeitä ja yhtenäisiä kriteereitä

Jotta paljon palveluita käyttävät osattaisiin tunnistaa, pitäisi terveyskeskuksissa olla selkeät kriteerit asiakassegmentointia varten. Tarkastusviraston kyselyn tulosten mukaan yleisin tapa valikoida paljon palveluita käyttävät asiakkaat oli kuitenkin hoitajien ja lääkärien asiantuntemukseen perustuva arviointi, jossa ei ollut selkeitä, yhtenäisiä kriteereitä. Lähes kaksi kolmasosaa kaikista vastanneista terveyskeskuksista käytti kriteerinä myös käyntikertojen määrää. (Kuvio 3)



Kuvio 3: Mitä seuraavista perusteista monisairaiden ja paljon palveluita käyttävien tunnistamisessa ja erilliseen palveluun valitsemisessa vastuualueenne terveyskeskuksissa käytetään? (Vastaajat pystyivät valitsemaan useita vaihtoehtoja.) N = 118.

Kaikki käyntimäärää segmentointikriteerinä käyttävät terveyskeskukset eivät ilmoittaneet selkeää numeerista käyntimäärärajaa. Numeeristen tietojen perusteella käyntimäärärajana pidettiin keskimäärin kahdeksaa käyntiä vuodessa. Suurin käyntimääräraja oli kaksikymmentä käyntiä ja pienin kolme. Vastaajien antamien lisätietojen perusteella käyntimääriä laskettaessa saatetaan ottaa huomioon vain lääkärikäynnit tai kaikki käynnit terveysasemilla. Joissakin terveyskeskuksissa oli oma erisuuruinen raja lääkäri- ja hoitajakäynneille.

Tarkastuksessa haastateltujen terveydenhuollon asiantuntijoiden mukaan tunnistamisessa käytettiin kriteereinä esimerkiksi asiakkaiden tuntemiseen perustuvaa hoitajan tai lääkärin tekemää arviota käyntikertojen määrästä avosairaanhoidon vastaanotolla tai päivystyksessä tai kirjallista taulukkoa asiakkaan sairauden hoitotasapainoa mittaavien viitearvojen ylityksistä tai alituksista.

Haastatteluissa kävi ilmi, että etenkään pienillä paikkakunnilla ei katsottu olevan tarvetta systemaattiselle, kriteereihin perustuvalle tunnistamiselle, koska hoitohenkilökunta tunsi asiakkaat hyvin. Joissain tapauksissa asiakasmääriltään suurillakin terveysasemilla tunnistaminen perustui paljolti hoitajan kokemukseen ja asiantuntemukseen selkeiden ja yhtenäisten kriteerien sijaan. Tarkastuksessa tehdyn kyselyn perusteella hoitajien ja lääkärien asiantuntemukseen perustuva monisairaiden ja paljon palveluita käyttävien tunnistaminen ilman selkeitä kriteereitä oli erittäin yleistä terveyskeskuksen koosta riippumatta. Kyselyn tulosten tulkinnassa on huomioitava, että eri terveyskeskuksissa voi olla niiden koosta riippumatta useita asiakasmääriltään erikokoisia terveysasemia ja muita avosairaanhoidon vastaanottopisteitä.

Paljon palveluja käyttävät asiakkaat ovat heterogeeninen ryhmä, jolla on monimuotoisia palvelutarpeita

Tarkastuksessa haastateltujen terveydenhuollon asiantuntijoiden mukaan runsaasti palveluja käyttävät asiakkaat voitiin jakaa kahteen asiakastyyppiin: 1) Asiakkaat, joiden palvelujen käytön tarve oli todellinen ja jotka hyötyivät palvelusta, esimerkiksi monisairaat. 2) Runsaasti palveluja käyttävät asiakkaat, jotka eivät varsinaisesti hyödy palveluista mutta silti hakeutuvat toistuvasti niiden piiriin.

Kansainvälisissä tutkimuksissa monisairastavuutta on määritelty kahdella eri tavalla. Komorbiditeetista (comorbidity) puhutaan silloin, kun henkilöllä on yksi pitkäaikaissairaus ja siihen liittyviä lisäsairauksia. Yleisimmin kuitenkin käytetään käsitettä multimorbiditeetti (multimorbidity), jolloin potilaalla on vähintään kaksi pitkäaikaissairautta, esimerkiksi somaattinen ja psyykkinen sairaus.[18]

Toisinaan terveydenhuollon palveluja runsaasti käyttävistä asiakkaista käytetään myös käsitettä suurkäyttäjät tai suurkuluttajat (frequent user). Somaattisista sairauksista keuhkosairaudet, nivelsairaudet, astma ja diabetes on esitetty terveyspalveluiden suurkäytön ennustekijäksi. Psyykkiset oireet, kuten masennus ja ahdistus, lisäävät terveyspalveluiden suurkäytön riskiä. Myös sosiaaliset taustatekijät vaikuttavat merkittävästi suurkäyttöön. Nämä taustatekijät liittyvät koulutukseen, varallisuuteen sekä työmarkkinaasemaan ja ammattiin. Suurkäyttäjät tulevat alhaisemmista sosiaaliluokista, ja heidän koulutustasonsa on yleensä alhainen. Taustatekijöistä myös naissukupuoli on usein tutkimuksissa esitetty terveyspalveluiden suurkäytön ennustekijäksi. Joidenkin tutkimusten mukaan merkittävä suurkäytön taustatekijä on myös potilaan ikä. Ikävuosien mukaan suurkäytön huippu asettuu 25–44-vuotiaisiin tai yli 65-vuotiaisiin. On myös tutkimuksia, joissa ei ole löydetty suurkäytön yhteyttä ikään.[19]

Tarkastuksessa haastatellun terveydenhuollon asiantuntijan mukaan monisairaat voivat olla myös keski-ikäisiä ja työttömiä. Heillä ei ole selkeää pitkäaikaissairautta, mutta heillä on jokin hoitamaton kansanterveydellinen ongelma, jota ei ole todettu aiemmin. Tämä voi johtua osittain siitä, että perusterveydenhuollossa ei tehdä säännönmukaisesti terveystarkastuksia toisin kuin työterveyshuollossa. Mikäli asiakas ei ole työterveyshuollon piirissä, voivat sairaudet päästä hoitamattomana kehittymään pitkäaikaissairauksiksi. Paljon palveluita tarvitsevat asiakkaat eivät siis välttämättä käytä paljon palveluita. Tämäkin on ongelma terveydenhuollon kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta. Haastatellun työterveyshuollon asiantuntijan mukaan monisairailla on erilaisia tuki- ja liikuntaelinsairauksia ja mielenterveysongelmia. He ovat vaarassa ajautua ennenaikaiselle eläkkeelle.

Kriteerien määrittäminen sille, kuka ja millainen on paljon terveydenhuollon palveluita käyttävä asiakas, on osoittautunut haasteelliseksi ilmiön monimuotoisuuden vuoksi. Paljon palveluita käyttävät asiakkaat ovat hyvin heterogeeninen ryhmä (Taulukko 1), jolla on runsaasti kroonisia somaattisia sairauksia ja psyykkisiä oireita. Haastateltujen terveydenhuollon asiantuntijoiden mukaan monisairailla ja runsaasti erilaisia palveluja käyttävillä on monimuotoisia tarpeita, joihin perusterveydenhuolto ei nykyään pysty vastaamaan.

Taulukko 1: Paljon palveluita käyttävät terveydenhuollon asiakkaat terveydenhuollon ammattilaisten kuvaamana ja palvelutarve[20]

Palvelujen käyttö	Palvelutarve	Kohderyhmä
Paljon palveluja käyttävät, joiden palvelutarve on perusteltu	Pitkäkestoinen palvelutarve	Monisairaat asiakkaat, joilla jokin pitkäaikaissairaus (diabetes, reuma, syöpä, sydän- ja verisuonisairauksia)
Toistuvasti paljon palveluja käyttävät	Pitkäkestoinen palvelutarve	Moniongelmaiset (sosiaalitoimen, mielenterveystyön, päihdetyön asiakkaat, huono taloudellinen tilanne)
Toistuvasti paljon palveluja käyttävät	Tunnistamaton palvelutarve	Somatisoijat (kuolemanpelko, sairauden pelko, paljon tiedostamattomia ongelmia)
Toistuvasti paljon palveluja käyttävät	Pitkäkestoinen palvelutarve	Henkilöt, joilla alentunut kyky huolehtia itsestään (heikkolahjaiset, ongelmanratkaisukyvyttömät, asiakkuuden periytyminen)
Toistuvasti paljon palveluja käyttävät	Pitkäkestoinen palvelutarve	Riipuvuusongelmat (lääke-, päihde- ja palvelujärjestelmästä riippuvaiset)
Toistuvasti paljon palveluja käyttävät	Pitkäkestoinen ja/tai tunnistamaton palvelutarve	Yksinäiset tai yksinäiseksi itsensä kokevat, sosiaalisten kontaktien puute

Tarkastushaastatteluiden mukaan terveysasemilla, joissa paljon palveluita käyttäviä ei tunnisteta selkeästi ja järjestelmällisesti, pyritään lähinnä segmentoimaan vain tiettyjä yksittäisiä sairauksia sairastavia potilaita huomioimatta muita monisairaita tai runsaasti palveluita käyttäviä. Havaintoa tukee myös se, että muutamilla terveysasemilla terveysaseman johto valitsi monisairaiden ja paljon palveluita tarvitsevien hoitoa tuntevaksi haastateltavaksi tietylle sairausryhmälle nimetyn hoitajan, esimerkiksi reumahoitajan tai diabeteshoitajan.

2.3 Kirjallisia ohjeita tarvittaisiin

Ohjeistus toimisi perusteena tarjota kohdennettua palvelua

Jotta hoitohenkilökunta osaisi tunnistaa paljon palveluita käyttävät, tarvitaan selkeää ohjeistusta. Kirjallinen ohjeistus auttaisi yhdenmukaistamaan tunnistamisen käytäntöjä ja varmistaisi asiakkaiden tasapuolisen kohtelun. Ohjeistus toimisi myös perusteena tarjota kohdennettua palvelua asiakkaille, jotka sitä eniten tarvitsevat.

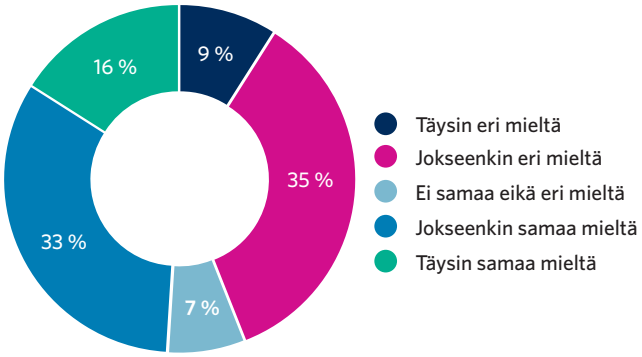
39 prosentilla tarkastusviraston kyselyyn vastanneista terveyskeskuksista oli ohjeistus monisairaiden ja runsaasti palveluja käyttävien tunnistamiseen. Vain 25 prosentilla oli kirjallinen ohjeistus aiheesta. 14 prosentilla oli muu kuin kirjallinen ohjeistus. Tyypillisin selitys ohjeiden puuttumiselle oli, että ohjeita ”odoteltiin” tai ”valmisteltiin” tai ”suunniteltiin”. 11 prosenttia terveyskeskuksista ei lainkaan pyrkinyt paljon palveluita käyttävien tunnistamiseen. Avosairaanhoidon vastaanotolla tehdyissä tarkastushaastatteluissa kävi ilmi, että jos tunnistamiseen oli ohjeistettu, ohjeistus oli yleensä annettu suullisesti hoitajien perehdytyksissä.

Kuvio 4: Onko vastuualueenne terveyskeskuksissa kirjallinen ohjeistus monisairaiden ja runsaasti palveluja käyttävien asiakkaiden tunnistamisesta? N = 118.

2.4 Potilastietojärjestelmien käyttö tunnistamisessa vaihtelee

Kuten edeltä on ilmennyt, näyttää siltä, että valmius potilastietojärjestelmien hyödyntämiseen paljon palveluja käyttävien tunnistamisessa nykyisissä terveyskeskuksissa ei ole kovin hyvä.

Tarkastuksessa tehdyn kyselyn mukaan terveyskeskuksen johdon näkemykset potilastietojärjestelmien käyttökelpoisuudesta paljon palveluita käyttävien tunnistamisessa jakautuivat kahtia: 49 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä, että potilastietojärjestelmät mahdollistavat asiakkaiden tunnistamisen, kun taas 44 prosenttia ajatteli päinvastoin.



Kuvio 5: Potilastietojärjestelmät mahdollistavat monisairaiden ja runsaasti erilaisia palveluja käyttävien tunnistamisen. N = 118.

Tarkastuksessa haastatellut hoitajat kertoivat, että potilastietojärjestelmiä hyödynnetään harvoin runsaasti palveluja käyttävien tunnistamisessa. Terveysasemalla, jossa tunnistaminen oli järjestetty hyvin, potilastietojärjestelmistä selvitettiin, ketkä asiakkaat käyttävät paljon erikoissairaanhoidon päivystyspalvelua. Tieto palvelujen käytöstä tuotiin näkyväksi järjestelmässä myös hoitohenkilöstölle.

Potilastietojärjestelmiä ei hyödynnetä paljon palveluja käyttävien tunnistamisessa

Asiakastiedon hyödyntämisellä voidaan parantaa organisaation resurssien suuntaamista ja toiminnan tehostamista. Tiedon hyödyntäminen edellyttää, että on olemassa riittävän laadukasta asiakastietoa, että tieto on saatavissa potilastietojärjestelmistä, että tieto tuodaan näkyväksi hoitohenkilöstölle, että tietoa osataan jalostaa ja että tietoa osataan ja halutaan hyödyntää toiminnan suunnittelussa.

Tutkimusten mukaan terveydenhuollon johto pitää tietojärjestelmistä saamaansa tietoa hyödyllisenä ja johtamistyötä tukevana. Tietojärjestelmien optimaalinen hyödyntäminen hoitotyön johtamisen tukena ei aina onnistu. Esteeksi terveydenhuollon johto kokee tiedon reaaliaikaisuuteen, nopeaan saatavuuteen ja tietokokonaisuuksiin liittyvät puutteet. Hoitotyön johtajat kaipaavat nykyistä jäsennellympää ja loogisemmassa järjestyksessä esitettyä tietoa sekä suosivat graafista esitystapaa. Tietojärjestelmät eivät myöskään tarjoa riittävän valmista tietoa. Johtajat kaipaavat valmiita raportteja. Tämä edellyttää myös tietojärjestelmien parempaa integraatiota. Terveydenhuollon johto arvostaa myös sitä, että heillä on mahdollisuus hakea juuri sitä tietoa, jota he tarvitsevat. Terveydenhuollon johdon muuttuva ja monialainen rooli vaatii kokonaisuuksien hallintaa, ja he katsovat, että tietojärjestelmistä saatavan tiedon tulee olla kokonaisvaltaista, eheää, keskustelevaa ja ennustavaa.[21]

Tarkastuksessa tuli esille myös tietosuojaan ja vaitiolovelvollisuuteen liittyviä ongelmia. Ongelma korostuu entisestään toimittaessa sosiaali- ja terveydenhuollon raja-alueella. Ongelmia liittyi niin lainsäädäntöön, teknisiin ratkaisuihin kuin työkulttuureihin. Yksi esimerkki teknisestä ongelmasta on se, että hoitosuunnitelmaa on vaikea löytää tietojärjestelmistä. Toisaalta työkulttuurista ja totutuista toimintatavoista riippuen sama asiakastieto voi siirtyä toiseen yksikköön hyvinkin nopeasti ja vaivattomasti mutta toiseen yksikköön hyvin hankalasti. Esimerkiksi eri hoito- ja palvelusuunnitelmat näkyvät toisille sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille mutta toisille eivät. Tarkastuskyselyssä muutama terveyskeskuksen johtaja piti myös nykyistä tietosuojalainsäädäntöä esteenä paljon palveluita käyttävien tunnistamiselle tietojärjestelmistä.

OMAHOITOLOMAKE
Hoitosi peruspilari on terveys- ja hoitosuunnitelma, jonka teet yhdessä hoitajan ja lääkärin kanssa.
Omahoitolomake auttaa sinua ja terveydenhuollon ammattilaista hoitosi suunnittelussa.
Täyttämällä tämän lomakkeen voit valmistautua vastaanottokäyntiin ja terveys- ja hoitosuunnitelmasi tekoon. Ota vastaanotolle mukaan myös merkintäsi tai kirjanpitosi omaseurannan toteuttamisesta (esimerkiksi verensokerin –ja verenpaineen omaseuranta, PEF-mittaukset).
Omahoitokuvioni
Kuvioon on koottu hyvinvointiin vaikuttavia asioita - mitkä niistä ovat sinulle tärkeitä?
Terveyden ja sairauden omaseuranta
Uni ja lepo
Päihteet, alkoholi ja tupakka
Lääkärin ja hoitajan käynnit
Lääkkeiden käyttö
Mielen hyvinvointi
OMAHOIDOLLA
VOIN VAIKUTTAA HYVINVOINTIINI
Harrastukset
Syöminen
Arjessa pärjääminen
Liikkuminen
Työ
Nimi
Täyttöpäivämäärä
potku2

3 Miten hoitohenkilökunta sekä paljon palveluja käyttävät asiakkaat saavat tukea hoidon suunnitteluun?

Hoitosuunnitelma ei ole juurtunut osaksi avosairaanhoidon vastaanoton käytäntöä. Hoitosuunnitelman tulisi ohjata asiakkaan hoitoa ja työntekijöiden hoitotyön arkea. Lainsäädäntö ei ole ohjannut siihen, että paljon palveluja käyttäville asiakkaille laadittaisiin julkisissa terveyspalveluissa hoitosuunnitelmia kattavasti ja järjestelmällisesti. Tarkastushavaintojen mukaan hoitosuunnitelmilla voidaan estää turhaa tai päällekkäistä palvelujen käyttöä ja näin hillitä kustannuksia. Toisaalta ajantasaisilla suunnitelmilla voidaan myös seurata hoidon toteutusta ja hoitotavoitteiden täyttymistä mahdollisimman suuren terveyshyödyn saavuttamiseksi.

Suurin osa pitkäaikaissairauksien hoidosta perustuu asiakkaan itsensä toteuttamaan, yhdessä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa suunniteltuun omahoitoon. Toimet, joilla parannetaan hoitoon sitoutumista, tuottavat huomattavia kustannussäästöjä ja lisäävät terveyteen kohdistuvien tavoitteiden toteutumista.[22] Vaikka terveydenhuollossa on jo kehitetty erilaisia omahoidon toimintamalleja ja työkaluja, niitä käytetään tarkastushavaintojen mukaan hoitotyössä varsin vähän.

Asiakkaiden tarpeiden tulisi olla avosairaanhoidon vastaanottopalvelujen lähtökohta. Se edellyttäisi systemaattisempaa paljon palveluja käyttävien asiakkaiden tarpeiden tunnistamista, tarpeiden kirjaamista ja hoidon seuraamista.

Koska paljon palveluita käyttävien asiakkaiden kokemus palvelujärjestelmästä on keskeistä hoidon vaikuttavuudelle, tarkastuksen aineistoa hankittiin myös haastattelemalla eri puolella Suomea sijaitsevien kuntien terveysasemien asiakkaita. Koska runsaasti palveluita käyttävistä terveyskeskusten asiakkaista ei ole olemassa minkäänlaista rekisteriä, asiakkaat poimittiin siten, että kutakin haastatteluun suostunutta terveysasemaa pyydettiin hankkimaan monisairas tai runsaasti palveluja käyttävä asiakas haastateltavaksi.

Tarkastuksessa haastatellut asiakkaat (n = 11) pitivät vastaanottoajan saamista vaikeana ja omahoitajan vastaanottoaikoja liian vähäisinä ja lyhyinä. Heidän mukaansa hoidon onnistumista vaikeutti merkittävästi myös henkilöstön vaihtuvuus.

Liian lyhyt vastaanottoaika ei mahdollista asiakkaiden tarpeiden tunnistamista

Tarkastuksessa haastateltujen avosairaanhoidon vastaanotossa työskentelevien hoitajien mukaan tieto asiakkaasta välittyy hyvin kunnan perusterveydenhuollon sisällä mutta enintään kohtalaisesti joidenkin muiden toimijoiden välillä.

Alueelliset erot kunnallisten palveluiden saatavuudessa ja palveluvalikoimassa ovat merkittäviä. Tämä vaikuttaa paljon palveluja käyttävien asiakkaiden mahdollisuuteen saada erilaisia palveluja. Hoitohenkilöstö tuntee oman kunnan palveluvalikoiman, mutta siirryttäessä suurempiin alueisiin, esimerkiksi kuntayhtymiin, palveluvalikoimaa ei enää tunneta.

3.1 Hoitosuunnitelmaa ei aina laadita

Hoitosuunnitelma toimii vain osittain asiakkaan hoidon koordinoinnin välineenä

Terveys- ja hoitosuunnitelmalomake on kansalliseen käyttöön tarkoitettu työväline, jonka tavoitteena on kehittää erityisesti pitkäaikaissairaiden hoitoa. Hoitosuunnitelman tulisi ohjata asiakkaan hoitoa ja avosairaanhoidon vastaanoton hoitotyön arkea. Hoitosuunnitelma ei ole vielä juurtunut osaksi avosairaanhoidon vastaanottotoiminnan käytäntöä.[23]

Hoitosuunnitelmaa koskevan lainsäädännön mukaan hyvin laadittujen suunnitelmien katsotaan edistävän palvelujen yhteen sovittamista sekä varmistavan laatua ja yksilöllistä hoitoa sekä hoidon vaikuttavuutta ja tehokkuutta. Tarkastuksessa haastateltujen hoitajien mukaan hoitosuunnitelman laatimisella ja sen noudattamisella voi olla myös hillitsevä vaikutus palvelujen käyttöön ja kustannuksiin: asiakkaan käynnit tapahtuvat suunnitelluin väliajoin, ja asiakkaan hoitoa ja lääkitystä voidaan koordinoida siten, että päällekkäisyyttä tai yhteensopimattomia hoitoja tai lääkityksiä voidaan välttää.

Lainsäädäntö ei velvoita hoitosuunnitelman käyttöön

Lainsäädäntö ohjaa heikosti hoitosuunnitelmien käyttöä

Lainsäädäntö ei ole ohjannut riittävästi paljon palveluja käyttävien asiakkaiden hoitosuunnitelman laatimiseen julkisissa terveyspalveluissa. Terveydenhuoltolaissa hoitosuunnitelman käyttöön ohjataan hyvin väljästi ja yleisesti ohjeistamalla, että hoitosuunnitelmaa käytetään tarvittaessa. Potilaslaissa on kuitenkin yksityiskohtaisia säännöksiä siitä, mitä hoitosuunnitelmaan pitäisi kirjata. Potilaslaissa yksilöllistä suunnitelmaa koskeva säännös sisältyy pykälään 4 a, jonka mukaan terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta tai muuta vastaavaa tilannetta koskeva suunnitelma. Samoin potilaslaissa korostetaan, että suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa, läheistensä tai hänen laillisen edustajansa kanssa. Potilaslain pykälän 4 mukaan suunnitelmasta on ilmettävä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Saman lain 12. pykälän 1. momentissa säädetään lisäksi, että potilasasiakirjoihin on merkittävä potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan kannalta tarpeelliset tiedot.

Vaikka lailla on pyritty yhdenmukaistamaan sitä, mitä asiakirjoihin pitäisi kirjata, viittaavat tarkastushavainnot siihen, että samassakin toimintayksikössä tehdään sisällöllisesti hyvin erilaisia hoito- ja palvelusuunnitelmia. Tällöin suunnitelmat eivät toimi laadun varmistajina potilaslaissa tarkoitetulla tavalla. Myöskään hoidon vaikuttavuustavoitteet eivät toteudu, koska kukin palveluntuottaja tekee ja päivittää suunnitelmaa tai useita erillisiä suunnitelmia vain omasta näkökulmastaan. Tällöin on todennäköistä, että asiakkaan hoito- ja palveluketju rakentuu monista hoitomalleista ja erilaisista tavoitteista.

Terveydenhuoltolain (L1326/2010) mukaan potilaalla on mahdollisuus valita hoitopaikkansa. Jos henkilö asuu tai oleskelee säännönmukaisesti tai pitempiaikaisesti kotikuntansa ulkopuolella, hän voi käyttää hoitosuunnitelmansa mukaisen hoidon toteuttamiseen myös muun kuin oman kuntansa perusterveydenhuollon palveluja. Tässä tapauksessa terveydenhuoltolain mukaan oma terveyskeskus siis voi laatia hoitosuunnitelman, jota toteutetaan jonkin toisen kunnan terveyskeskuksessa. Tätä mahdollisuutta on kuitenkin käytetty vähän.[24]

Myös laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L559/1994/559) mainitaan kirjallisen hoitosuunnitelman käytöstä sairaanhoitajan jatkaessa lääkemääräystä. Sairaanhoitaja voi jatkaa potilaan lääkitystä vain silloin, kun lääkäri on tehnyt lääketieteellisen taudinmäärityksen ja tehnyt potilaan kirjalliseen hoitosuunnitelmaan merkinnän lääkityksen jatkamisesta ja seurannasta.

Asiakas- ja potilaslakien lisäksi palvelujen toteuttamista koskevan suunnitelman laadinnasta on säädetty myös sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuja koskevassa laissa ja sitä koskevassa asetuksessa. Asetuksen 3. pykälään on kirjattu, että kotona annettavista palveluista on laadittava yhdessä palvelun käyttäjän kanssa palvelu- ja hoitosuunnitelma. Suunnitelma on edellytys sille, että jatkuvasti ja säännöllisesti annetusta kotipalvelusta, kotisairaanhoidosta tai molemmista voidaan periä asetuksen mukainen asiakasmaksu. Pykälässä säädetään myös, että suunnitelmaa on päivitettävä palvelutarpeen muuttuessa.

THL toteutti vuoden 2015 lopulla perusterveydenhuollon avosairaanhoitotoimintaa selvittävän kyselyn kaikille Manner-Suomen 151 terveyskeskukselle. Terveysasemien työjärjestelyitä kartoittava osa kyselystä kohdistettiin terveysasemille, joilta tuli yhteensä 399 vastausta.[25]

Tarkastusviraston analysoiman THL:n kyselyaineiston perusteella oli harvinaista, että yli puolella terveysaseman pitkäaikaissairaista asiakkaista olisi ollut terveys- ja hoitosuunnitelma. Noin 20 prosentilla terveysasemista ei ollut lainkaan käytössä terveys- ja hoitosuunnitelmaa pitkäaikaissairaille. Terveysasemien väestöpohjista ei ole kattavaa tietoa, mutta tässä joukossa oli myös suuria terveysasemia. Tuloksia tulkittaessa on otettava huomioon, että osassa terveyskeskuksia, kuntia tai kuntayhtymiä pitkäaikaissairaiden hoito on keskitetty tietyille yksittäisille terveysasemille, jolloin muilla terveysasemilla ei ole tarvetta pitkäaikaissairaiden hoitosuunnitelmien tekoon.

Hoitosuunnitelmaa käytetään asiakkaan hoidon koordinoinnin välineenä perusterveydenhuollossa. Hoitosuunnitelmaa käytetään usein vain yksinkertaisten ja mitattavissa olevien hoitotoimenpiteiden kirjaamiseen. THL:n ohjeiden mukaisessa hoitosuunnitelmassa asiakas määrittelee yhdessä hoitohenkilöstön kanssa hoitosuunnitelmaan tarpeensa ja tavoitteensa, koska arkeen liittyvät tavoitteet motivoivat asiakasta huolehtimaan terveydestään paremmin.[26] Mikäli hoitosuunnitelmaan ei kirjata, miten toimenpiteellä tai palvelulla päästään asetettuun tavoitteeseen, on vaikea arvioida, onko jollakin toimenpiteellä tai palvelulla ollut vaikutusta asiakkaan elämäntilanteen ja terveyden kohentumiseen.

Tarkastuksessa haastateltujen hoitajien mukaan yleisin syy siihen, että hoitosuunnitelmia ei tehdä, on se, että niiden täyttäminen vie liikaa hoitohenkilöstön aikaa, koska potilastietojärjestelmä ei ole kovin käyttäjäystävällinen. Esimerkiksi joissakin potilastietojärjestelmissä hoitosuunnitelmaan voi tehdä muokkauksia vain kolmenkymmenen päivän ajan. Jos suunnitelmaa halutaan muokata tämän jälkeen, pitää koko suunnitelma käytännössä kirjoittaa uudestaan. Hoitosuunnitelmaa voi olla myös vaikea löytää potilastietojärjestelmistä.

Terveyshyötymallin tavoite, että asiakkaan hoitoa ohjaa yksi yhtenäinen kirjallinen suunnitelma, ei täyty. Jos asiakas käy perusterveydenhuollossa sekä lääkärin että sairaanhoitajan vastaanotolla, pahimmassa tapauksessa lääkärillä ja hoitajalla ei ole yhtä yhtenäistä hoitosuunnitelmaa vaan he tekevät kumpikin omansa. Lääkärin ja hoitajan yhteinen hoitosuunnitelma voisi toimia parhaimmillaan myös lääkäri–hoitaja-työparin työnjaon välineenä.

Jos asiakas saa useita erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, saman asiakkaan hoitoa ja palvelua voivat ohjata useat eri suunnitelmat. Esimerkiksi, jos asiakas saa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelujen ohella myös sosiaalihuollon tuottamia palveluja, sosiaalihuolto tekee terveydenhuollon suunnitelmien lisäksi oman palvelu- tai hoitosuunnitelmansa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemän tutkimuksen mukaan hoitosuunnitelman puuttuminen vaikutti kielteisesti pitkäaikaissairaiden kokemukseen vastaanottoajan riittävyydestä ja hoidon laadusta lääkärin vastaanotolla. Pitkäaikaissairaus tulisi huomioida suunniteltaessa terveyskeskuksen vastaanottoaikojen kestoa. THL:n mukaan yhä useammalle pitkäaikaissairaalle pitäisi laatia hoitosuunnitelma, joka sitouttaa asiakasta hoitoon ja helpottaa terveydenhuollon ammattilaisten työtä kokoamalla yhteen asiakkaaseen liittyvät tiedot.[27]

Tarkastuksessa haastateltujen hoitajien mukaan asiakkaalle jäävä tieto hoidon tavoitteista, seuraavasta käynnistä ja tuloksista sekä kirjallinen hoitosuunnitelma auttavat asiakasta hoidon motivoinnissa. Hoitajat korostivat, että paljon palveluja käyttävien hoitosuunnitelma tehdään asiakkaan kokonaistilanteesta, ei yksittäisistä sairauksista.

Toisaalta haastatellut hoitajat pitivät ongelmana sitä, että kaikilla asiakasta hoitavilla tahoilla ei ole mahdollisuutta katsoa asiakkaan hoitosuunnitelmaa muuten kuin asiakkaan luvalla.

Asiakashaastattelujen mukaan asiakkaat eivät ole aina tietoisia siitä, että heille on tehty hoitosuunnitelma. Tämä johtuu siitä, että asiakkaat saavat harvoin mukaansa tulostetun hoitosuunnitelman. Hoitosuunnitelma näkyy joissakin tapauksissa Kanta-palvelussa, mutta kaikilla asiakkailla ei ole mahdollisuutta käyttää sähköisiä palveluja.

Omahoitolomaketta käytetään vähän

WHO:n mukaan vain noin puolet pitkäaikaissairaista asiakkaista hoitaa kroonista sairauttaan ohjeiden mukaisesti. Hoitojen laiminlyönti heikentää huomattavasti hoidon tehoa. Suurin osa hoidosta perustuu asiakkaan omahoitoon. Toimenpiteet, joilla parannetaan hoitoon sitoutumista, tuottavat huomattavia kustannussäästöjä ja lisäävät terveyteen kohdistuvien tavoitteiden toteutumista.[28]

Terveydenhuollossa on jo kehitetty erilaisia asiakkaiden omaa roolia vahvistavia ja omaa vastuunottoa tukevia omahoidon toimintamalleja ja työkaluja. Näitä ovat esimerkiksi omahoitolomake, ryhmäohjaus, terveysvalmennus ja omahoitoa edistävät digitaaliset tukipalvelut (esimerkiksi ODA, Hyvis-portaali ja Palveluvaaka). Niitä käytetään hoitotyössä tarkastushavaintojen mukaan kuitenkin vielä varsin vähän.

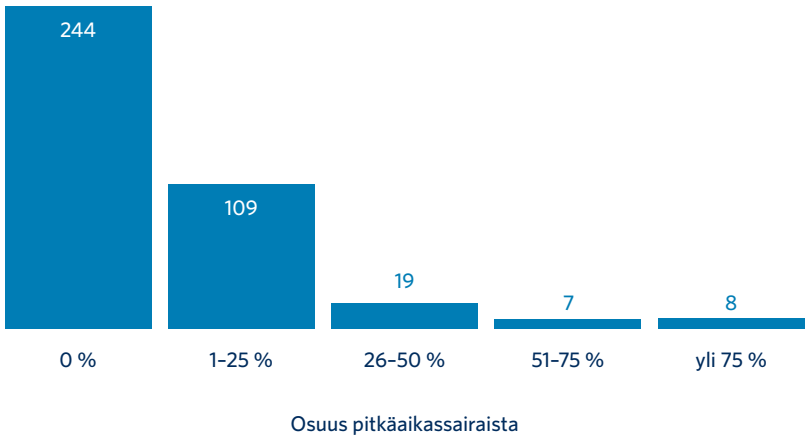
Omahoito ja asiakkaan saama ohjaus lisäävät keskeisesti asiakkaan vastuuta pitkäaikaissairauksien hoidosta. Omahoidon tuki on tärkeä terveyshyötymallin elementti, joka näyttää tehostavan yksilöllistä toimintaa korostamalla asiakkaan autonomiaa. Vastuu päätöksistä on hyvin informoidulla asiakkaalla.[29]

Omahoitolomake on esimerkki työvälineestä, jonka avulla saadaan tuotua asiakkaan omia näkemyksiä terveys- ja hoitosuunnitelmaan. Omahoitolomakkeen avulla asiakas voi valmistautua vastaanottokäyntiin ja hoitosuunnitelman laadintaan. Asiakasta kannustetaan lomakkeen avulla myös

Omahoitolomakkeen avulla asiakasta kannustetaan itsestä huolehtimiseen, sairauksien ennaltaehkäisyyn ja niiden hoitoon

itsestä huolehtimiseen ja sitä kautta sairauksien ennaltaehkäisyyn ja niiden hoitoon. Omahoitolomake annetaan asiakkaalle täytettäväksi ennen vastaanotolle tuloa, esimerkiksi ajanvaraustilanteessa. Asiakas täyttää lomakkeeseen hyvinvointinsa kannalta tärkeiksi kokemiaan asioita. Tällaisia voivat olla esimerkiksi uni, liikkuminen, arjessa pärjääminen, mielen hyvinvointi, lääkkeiden käyttö jne.

Tarkastuksessa analysoidussa THL:n keräämässä kyselyaineistossa terveyskeskuksia pyydettiin arvioimaan, kuinka suurella osalla asiakkaista on käytössään omahoitolomake. Omahoitolomakkeen käytön osuus vaihteli nollasta 80 prosenttiin. Käytännössä omahoitolomakkeen käyttö edes pienellä osalla terveysaseman pitkäaikaissairaista oli harvinaista. Noin 63 prosentilla eli 244:llä kyselyyn vastanneista 387 terveysasemasta pitkäaikaissairaiden omahoitosuunnitelma ei ollut lainkaan käytössä (kuvio 6). Tarkastuksen haastattelujen mukaan kahdeksalla terveysasemalla kahdeksastatoista tarkastukseen tietoja antaneesta oli käytössä omahoitolomake. On huomattava, että haastatteluihin oli valikoitu kuntia, joissa tiedettiin sovelletun terveyshyötymallin mukaisia käytäntöjä, joihin sisältyy omahoidon tuki. Haastatteluhavainnot eivät ole tilastollisesti yleistettävissä kaikkiin terveysasemiin.



Kuvio 6: Potilaslähtöisen omahoitolomakkeen käyttö pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidossa terveysasemilla. Aineisto: THL:n avosairaanhoitokysely 2015. Kysymykseen vastanneiden terveysasemien määrä yhteensä 387.

3.2 Yksilöllinen hoidon koordinointi huomioi asiakkaan tarpeet

Asiakkaiden tarpeiden tulisi olla avosairaanhoidon vastaanottopalvelujen lähtökohta. Se edellyttäisi paljon palveluja käyttävien asiakkaiden tarpeiden systemaattisempaa tunnistamista, tarpeiden kirjaamista ja hoidon seuraamista.

Asiakaslähtöisyys tarkoittaa sitä, että ammattilaiset hyödyntävät asiakkaan kokemuksellista tietoa asiakkaansa asioiden hoidossa, ohjauksessa ja

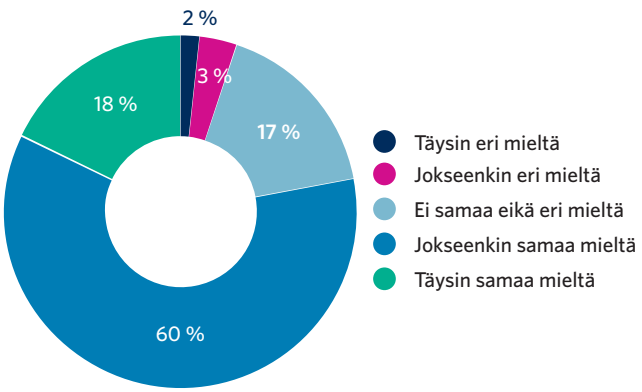
palveluissa. Lähtökohtana on arjessa pärjääminen. Asiakaslähtöisyys edellyttää, että asiakas määrittelee terveys- ja hoitosuunnitelman tarpeen ja tavoitteen, koska arkeen liittyvät tavoitteet parantavat motivaatiota osallistua hoitoon.[30]

Vastaanottomallilla tarkoitetaan erilaisia tapoja järjestää terveysaseman asiakkaiden vastaanotto. Vastaanottokäytänteet ohjaavat terveyskeskusten ja niihin kuuluvien terveysasemien toimintaa. Ne vaikuttavat asiakkaiden hoitoon pääsyyn ja hoidon toteutumiseen ja sitä kautta asiakkaiden terveyteen. Eri terveysasemilla tehtyjen tarkastushaastatteluidenkin perusteella näyttää siltä, että käytännössä malleja voi olla yhtä monta kuin palveluntarjoajiakin, joten niiden tyhjentävä kuvailu ei tässä yhteydessä ole mahdollista. Muutamia yleisesti Suomessa käytettyjä vastaanottomalleja ovat esimerkiksi omalääkärimalli (kutsutaan myös väestövastuulääkärijärjestelmäksi), jossa jokaisella asiakkaalla on esim. asuinpaikan perusteella määrittyvä omalääkäri, omalääkäri-omahoitajamalli, jossa asiakkaalle ennalta määrätty lääkäri ja hoitaja toimivat työparina hoitotilanteessa, sekä listautumismalli, jossa asiakas varaa ensimmäisen vapaan ajan omalta terveysasemaltaan eikä hänelle ole etukäteen määrätty omalääkäriä tai -hoitajaa.[31]

Monet kunnat ovat luopuneet Suomessa 1990-luvulla kehitetystä omalääkärijärjestelmästä, koska siihen liittyi monia palveluiden saatavuusongelmia. Kun lääkärin vastaanotolle ei saatu aikoja, päivystysluonteiset palvelut ruuhkautuivat.[32]

Uusimpana toimintamallina on kehitetty myös asiakassegmentointia. Segmentointia on perusteltu sillä, että siinä lääkärien ja hoitajien päivä- ja viikko-ohjelmat rakennetaan siten, että erilaisten asiakkaiden tarpeet otetaan paremmin huomioon.[33] Esimerkiksi Hämeenlinnassa on käytössä terveyshyötymalliin perustuva kanavamalli, jossa asiakkaat on segmentoitu tilapäisiä terveyspalveluita tarvitseviksi ja pitkäaikaissairaiksi tai korkeassa sairastumisriskissä oleviksi. Kummallakin asiakasryhmällä on oma, eri tavalla toimiva vastaanottokanavansa: tilapäisiä palveluita tarvitsevien hoidosta huolehtii moniammatillinen hoitotiimi, kun taas kullakin pitkäaikaissairaalla asiakkaalla on vastuuhoitaja, joka koordinoi asiakkaan hoitoa moniammatillisen tiimin tuella. Kanavamallin tarkoituksena on pitää huolta siitä, että paljon erityistukea tarvitsevat asiakkaat saavat palveluja, ja heille pyritään laatimaan mahdollisuuksien mukaan hoito- ja palvelusuunnitelmat. Muun väestön on ajateltu käyttävän niitä palveluja, joita voidaan nopeimmin ja kätevimmin tarjota.[34]

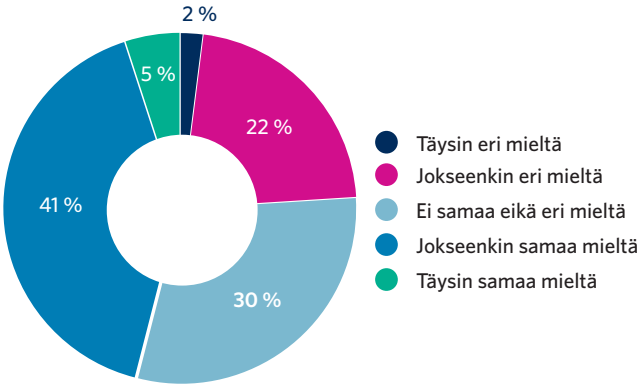
Kahdeksantoista prosenttia Valtiontalouden tarkastusviraston kyselyyn vastanneista terveyskeskuksen johdon edustajista piti omaa avosairaanhoidon vastaanottomalliaan varauksetta asiakaslähtöisyyttä edistävänä, ja 60 prosenttia oli jokseenkin tätä mieltä. Hyvin harva vastanneista oli sitä mieltä, että oman terveyskeskuksen vastanottomalli ei edistänyt asiakaslähtöisyyttä. Melko suuri osa kyselyyn vastanneista (17 %) ei ottanut kantaa tähän kysymykseen. (kuvio 7).



Kuvio 7: Avosairaanhoidon vastaanottomallillamme edistetään monisairaille tarjottavien palvelujen asiakaslähtöisyyttä. N=118.

Melko suuri osuus pienistä terveyskeskuksista ei ottanut kyselyssä kantaa vastaanottomalliinsa. Pienissä terveyskeskuksissa ei välttämättä ole juuri valinnanvaraa vastaanottomallin järjestämisessä. Toisaalta tarkastuksen haastatteluissa tuotiin esille, että pienissä terveyskeskuksissa vastanottomalli voi jo nykyisellään vastata asiakkaiden tarpeisiin, kun hoitohenkilöstö tuntee alueensa asiakkaat.

Terveyskeskusten johdon näkemyksissä monisairaiden asiakkaiden ohjauksen yhdenmukaisuudesta ja selkeydestä oli hajontaa. Vastaajista 46 prosenttia piti ohjausta jokseenkin tai täysin yhdenmukaisena ja selkeänä. Hyvin suuri osuus vastaajista (30 %) ei halunnut ottaa kysymykseen kantaa (kuvio 8).



Kuvio 8: Monisairaiden asiakkaiden ohjaus on yhdenmukaista ja selkeää. N=118.

Kyselyissä annetuista avovastauksista käy ilmi, että monisairaat ovat esimerkiksi diagnoosiensa ja iän perusteella keskenään erilaisessa asemassa palveluohjauksen näkökulmasta: osan ohjaus voi olla selkeää, toisten taas ei. Ohjaus saattaa myös toteutua osalla terveyskeskuksen terveysasemista hyvin mutta osalla ei.

Tarkastuksen havaintojen mukaan avosairaanhoidon vastaanotossa työskentelevillä sairaanhoitajilla on keskeinen asema paljon palveluja käyttävien hoidossa. Osassa kuntia vastaanotossa oli pitkäaikaissairaille oma asiakas-

vastaava. Asiakasvastaavan tehtävänä on koordinoida pitkäaikaissairauksien hoitoa perusterveydenhuollossa. Tavoitteena on kohdentaa resursseja siten, että jokainen asiakas saa yksilöllisesti suunnitellun hoidon ja seurannan. Aikaisemmissa tutkimuksissa ja tarkastuksen haastatteluissa on tuotu esille, että sairauksia ennakoivan hoitotiimin, johon asiakasvastaava kuuluu, on todettu vähentävän lääkärin asiakkaaseen käyttämää vastaanottoaikaa.[35]

Eniten palveluja tarvitseville tulisi taata oma hoitaja hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi

Paljon palveluja käyttävien asiakkaiden mukaan vastaanottoaikoja oli vaikea saada ja ne olivat liian lyhyitä. Asiakkaat toivat esille, että hoidon onnistumiseen vaikuttaa merkittävästi myös henkilöstön vaihtuvuus. Henkilöstön vaihtumisen vuoksi asiakkaan pitää kertoa oma sairaushistoriansa aina uudelleen. Asioiden jatkuva kertaaminen ja alusta aloittaminen koettiin turhauttavana ja epämiellyttävänä. Tarkastuksessa haastateltujen hoitajien ja asiakkaiden mukaan liian lyhyt vastaanottoaika (10–20 minuuttia) ei mahdollista kokonaisvaltaista tarpeiden tunnistamista. Usein varataan uusi aika, jolloin hoitosuunnitelmaa joudutaan täydentämään.

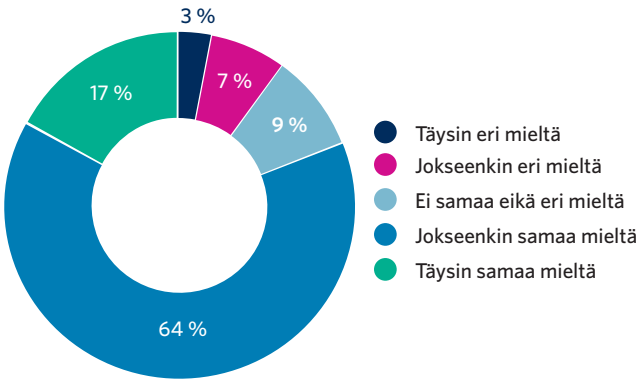
Tarkastuksen haastattelujen mukaan asiakkaalle nimetty omalääkäri ja omahoitaja ovat tärkeitä asiakkaan hoidon onnistumisen kannalta. Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävän asiakkaan näkökulmasta omahoitajan ja omalääkärin saatavuus ovat erittäin tärkeitä kehittämiskohteita. Niissä kunnissa, joissa ei ollut omalääkäri- tai omahoitajavastaanottomallia, ammattihenkilöiden vähyys sekä omalääkäripalveluiden puuttuminen koettiin negatiivisena. Osa asiakkaista oli aikaisemmin kokenut hyvänä omalääkärijärjestelmän.

Vastaanottoajan saamisella nopeasti ja vaivatta oli suuri merkitys haastateltujen asiakkaiden tyytyväisyydelle oman terveysasemansa palveluihin. Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävät asiakkaat pitivät erittäin tärkeänä, että viestiin ja soittopyyntöön vastattiin nopeasti.

Omahoitaja ja omalääkäri koettiin erittäin tärkeäksi ja tarpeelliseksi. Omahoitajatoiminta oli koettu hyväksi ja mielekkääksi. Avosairaanhoidon vastaanotolla työskentelevien sairaanhoitajien ystävällinen ja ammattitaitoinen suhtautuminen asiakkaaseen vaikutti positiivisesti palveluista saatuun kokemukseen. Vastaanotossa työskenteleviltä sairaanhoitajilta saatu ohjaus ja apu oli riittävää ja asianmukaista. Suurin osa haastatelluista asiakkaista koki saaneensa apua sairaanhoitajan vastaanotolta.

Avosairaanhoidon vastaanottomallin organisointi vaikuttaa palvelujen käyttöön ja kustannuksiin

Noin 80 prosenttia tarkastuskyselyyn vastanneista terveyskeskuksen johtajista katsoi, että heidän vastuualueensa terveyskeskuksen avosairaanhoidon vastaanottomalli hillitsee monisairaiden ja runsaasti palveluja käyttävien turhaa palveluiden käyttöä. Näistä 64 prosenttia näkee tässä suhteessa jonkin verran parantamisen varaa (jokseenkin samaa mieltä olevat).



Kuvio 9: Avosairaanhoidon vastaanottomallillamme hillitään monisairaiden ja runsaasti erilaisia palveluja käyttävien tarpeetonta palvelujen käyttöä. N=118.

Hoidon suunnitelmallisuus vähentää turhaa palvelujen käyttöä

Suurin osa tarkastuksessa haastatelluista hoitajista oli sitä mieltä, että asiakkaalle nimetty asiakasvastaava, omahoitaja tai omahoitaja–lääkäri-työpari vähentää lääkärissä käyntejä. Toinen palvelujen käyttöön merkittävästi vaikuttava tekijä on hoidon suunnitelmallisuus. Hoidon suunnitelmallisuuteen vaikuttavat tekijät (oma hoitaja, puhelinyhteys hoitajaan, sovitut käynnit, jotka on merkitty hoitosuunnitelmaan) ovat oleellisia terveydenhuollon asiakaslähtöisessä ja kustannusvaikuttavassa vastaanottotoiminnassa.[36] Sosiaali- ja terveysministeriö on perustellut terveyshyötymallin mukaista avosairaanhoidon vastaanottomallia sillä, että se vähentää kustannuksia ja organisoi perusterveydenhuoltoa uudella tavalla.

Terveyshyötymalliin mukaista perusterveydenhuollon vastaanottotoimintaa, henkilöstön työnjakoa ja asiakaslähtöisyyttä on kehitetty useissa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste 2012–2015) osahankkeissa. Kaste-ohjelman tavoitteita olivat hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen ja palvelujen järjestämien asiakaslähtöisesti. Yksi osa terveydenhuollon kehittämistä ovat olleet Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelma ja terveyshyötymallin käyttöönotto terveyskeskuksissa. Kaste-ohjelman terveyshyötymallin elementtien kehittämiseen liittyvien osahankkeiden saamat valtionavustukset ovat yhteensä 20,3 miljoonaa euroa.[37]

Koska terveyshyötymallin käyttöönotto on Suomessa lähtenyt liikkeelle hyvin vaihtelevasti, ei suomalaisia tutkimuksia mallin kustannusvaikuttavuudesta vielä ole. Sen sijaan kansainvälisissä tutkimuksissa mallin todetaan parantavan asiakkaan hoidon tuloksia ja siten vähentävän hoidon kustannuksia.[38] Tutkimuksissa on voitu myös osoittaa, mitkä pitkäaikaissairaudet ja niiden yhdistelmät ennustavat terveydenhuollon korkeita kustannuksia.[39]

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen mukaan eri elämäntilanteessa olevien asiakkaiden palvelujen tarpeet terveyshyödyn saavuttamiseksi saattavat erota toisistaan. Paljon palveluja käyttävien asiakkaiden hoitamiseen tarvitaan kohdennettuja ja uudentyyppisiä palveluita, esimerkiksi digitaalisia terveydenhuoltopalveluja sekä matalan kynnyksen vastaanottopalveluja. Myös moniammatillisuuden toteutuminen vastaanotoilla ja erimuotoiset ryhmävastaanotot yleistyvät. Toisaalta perinteisen ajanvarausvastaanoton ja päivystysvastaanoton tarve vähenee ja resurssit pystytään kohdentamaan tarkoituksenmukaisemmin.[40]

Parantamalla asiakkaan kokemusta hoidosta parannetaan myös väestön terveyttä ja samalla vähennetään hoidon kustannuksia. Asiakkaan omahoito vaikuttaa keskeisesti hänen hoitonsa tuloksiin. Asiakkaan tulisi olla tietoinen omasta terveydentilastaan. Keskeisiä terveydenhuollon kustannusvaikuttavuutta parantavia tekijöitä ovat hoidon suunnittelu, hoidon jatkuvuus, asiakkaan sitouttaminen ja ennalta ehkäisevä toiminta.[41]

3.3 Asiakasta koskeva tieto välittyy paikoin huonosti eri palveluntuottajien välillä

Tarkastuksessa kuultujen avosairaanhoidon vastaanotossa työskentelevien sairaanhoitajien mukaan tieto asiakkaasta välittyy hyvin kunnan perusterveydenhuollon sisällä mutta vain kohtalaisesti tai jopa huonosti joidenkin toimijoiden kesken.

Näkemykset asiakkaita koskevan tiedon välittymisestä eri toimijoiden välillä jakautuvat selvästi kahtia. Suhteellisen suuri määrä vastaajista on jättänyt ottamatta kantaa tiedon välittymiseen. Tätä saattaa selittää joko terveyskeskuksen johdon epätietoisuus asiasta tai se, että tieto välittyy eri toimijoiden väillä eri tavoin. Haastatteluissa saatu tieto tukee jälkimmäistä näkemystä. Haastatteluiden perusteella tieto yleensä välittyy hyvin terveyskeskuksen sisällä mutta usein huonosti terveyskeskuksen ja erikoissairaanhoidon ja erityisesti sosiaalipalvelujen välillä.

Numeeristen ja osin sanallistenkin kyselyvastausten perusteella yleisin tapa tunnistaa runsaasti palveluja käyttävät asiakkaat on hoitajan tai lääkärin asiantuntemukseen perustuva tunnistaminen. Tämä vaatii sitä, että asiakkaalla on pitkäaikainen asiakassuhde tietyllä terveysasemalla tai tiettyyn hoitajaan tai lääkäriin.

Muutama vastaaja toi esiin huolensa tietojen siirtymisestä erityisesti silloin, kun asiakas vaihtaa hoitopaikkaansa. Kyselyvastausten perusteella suuri osa terveyskeskuksista perustaa asiakassegmentoinnin nimenomaan asiakkaan tuntemiseen.

Yli puolet vastaajista katsoi, että monisairaiden asiakkaiden hoidon työnjaosta on sovittu täysin tai jokseenkin selkeästi. Melko suuri osuus vastaajista (21 %) ei ottanut kysymykseen kantaa. Tämä saattaa johtua siitä, että työnjaon selkeys riippuu esimerkiksi monisairaan diagnooseista (esimerkiksi tietyt kansansairaudet) tai että työnjaosta on sovittu selkeästi vain tietyillä terveyskeskukseen kuuluvilla terveysasemilla.

Tarkastuksen haastattelujen mukaan runsaasti erilaisia palveluja tarvitsevien asiakkaiden palveluverkoston tulisi rakentua asiakkaan tarpeiden mukaan asiakkaan kokonaistilanteesta. Niinpä palveluverkostoja ei voida rakentaa lääketieteellisten diagnoosien mukaisesti. Samalla asiakkaalla saattaa olla monia erilaisia diagnooseja, tai asiakkaan elämäntilanne saattaa muuttua äkillisesti. Tällöin myös palvelujärjestelmän tulisi pystyä reagoimaan muuttuneeseen tilanteeseen nopeasti. Viiveetön tiedonkulku on sen ehdoton edellytys.

Tarkastushaastatteluiden mukaan tiedon välittymistä haittaavat edelleen monet ongelmat. Asiakasta koskeva reaaliaikainen tieto ei ole aina käytettävissä silloin, kun sitä tarvitaan. Tiedot voivat esimerkiksi olla vielä sanelupalvelussa eivätkä näin ollen ole nähtävissä reaaliaikaisesti.

Tiedon välittymisen ongelmat eivät välttämättä näy suoraan asiakkaalle. Tarkastuksessa haastatelluista asiakkaista lähes kaikki (10/11) olivat tyytyväisiä saamaansa tietoon ja hoitoa koskevan tiedon välittymiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa tietotekniikkaa pidetään keinona, jolla turvataan palveluja ja tiedon välittymistä. Tarkastushavainnot kuitenkin osoittivat, että tiimeissä, joihin kuuluu sekä sosiaali- että terveydenhuollon ammattilaisia, potilaskertomusjärjestelmä vaikeuttaa yhteistyötä.

3.4 Asiakkaat ovat eriarvoisessa asemassa

Tarkastushaastatteluiden mukaan hoitajat yleensä tuntevat oman kunnan palveluvalikoiman, mutta siirryttäessä suurempiin alueisiin, kuntayhtymiin, palveluvalikoimaa ei enää tunneta. Ei esimerkiksi tiedetä, keneen ottaa yhteyttä, koska esimerkiksi kunnan nettisivuja päivitetään huonosti.

Kuntien erilainen palveluvalikoima asettaa asiakkaat eriarvoiseen asemaan palvelujen saatavuudessa

Paljon palveluja käyttävien asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia rajoittaa se, että alueelliset erot kunnallisten palvelujen saatavuudessa ja palveluvalikoimissa ovat merkittäviä. Esimerkiksi joissakin kunnissa on erillistä asiakasvastaavapalvelua monisairaille ja runsaasti palveluja käytäville asiakkaille, kun taas toisissa kunnissa asiakkaille on tarjolla kansansairauksille omat erikoistuneet hoitajat, kuten esimerkiksi diabeteshoitaja, reumahoitaja jne. Terveysasemien vaihtelevat palveluvalikoimat kuntien välillä ja sisällä voivat vaikeuttaa erityisesti paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden mahdollisuuksia saada lähialueelta sosiaali- ja terveyspalveluja tai vaihtaa terveysasemaa.

Asiakashaastatteluissa tuotiin esille, että monisairas asiakas saattaa joutua hakemaan hoitoa eri sairauksiinsa eri palveluista eri puolilta kuntaa tai kuntayhtymää. Palveluverkko on hyvin hajallaan, ja etäisyydet palveluihin ovat pitkiä. Yhdeltä terveysasemalta saa yhdenlaista palvelua ja toiselta toisenlaista. Tämä asettaa kuntien asukkaat eriarvoiseen asemaan. Tarkastushaastatteluiden perusteella myös hoitohenkilöstön on vaikea hahmottaa alueen palveluvalikoimaa. Kuntien muodostaessa suurempia kuntayhtymiä yhteystietojen päivittäminen ja niistä tiedottaminen eri yksiköiden välillä ja oman yhteysverkoston luominen voi viedä aikaa.

Tutkimusten mukaan palvelujen saatavuus ja huono palvelukokemus ovat vaikuttaneet myös pitkäaikaissairaiden palvelujen käyttöön. Pitkäaikaissairaat vaihtavat terveysasemaa terveysaseman muihin asiakkaisiin verrattuna useammin. Terveysaseman vaihtajista 70 prosentilla on pitkäaikaissairaus. Terveysasemaa vaihtaneet kokivat vaihdon sujuvaksi, mutta tietoa valinnan perustaksi oli ollut tarjolla niukasti. Viidennes terveysasemaa vaihtaneista oli kokenut vaikeuksia päästä lääkäriin. Terveysasemaa vaihtaneet arvioivat lääkärin ja hoitajan vastaanottotoimintaa kriittisemmin kuin muut terveysaseman asiakkaat.[42]

Tarkastuksessa haastateltujen hoitajien mukaan yhteistyö toimii parhaiten perusterveydenhuollon henkilöstön kanssa. Parantamisen varaa olisi etenkin sosiaalitoimen kanssa tehtävässä yhteistyössä.

Käytännössä nykyisen palvelujärjestelmän pirstoutuminen, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sekä sosiaalitoimen välinen raja ja työntekijöiden vaihtuvuus hankaloittavat nykyisin hyvän kokonaishoidon toteutumista. Tarkastuksessa haastateltujen asiakkaiden ja hoitajien mukaan monisairaille ja moniammatillista apua tarvitseville asiakkaille on olennai-

sen tärkeää, että joku ammattilainen hallitsee hoidon kokonaisuuden ja pystyy koordinoimaan hoitoa yhdessä asiakkaan kanssa. Tällöin erityisen tärkeää on, että hoito- ja palveluketjut on määritelty alueellisesti.

Hoitoketjukuvaus on työkalu, jonka avulla määritellään perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen eri toimijoiden työnjako ja yhteistyö tietyn sairauden tai terveysongelman hoidossa. Hoitoketjukuvauksessa kuvataan prosessia, joka alkaa asiakkaan palvelutarpeesta ja päättyy, kun palvelun tarve loppuu. Hoitoketjukuvauksissa ei anneta varsinaisesti hoito-ohjeita, mutta tarvittaessa niissä voidaan viitata esimerkiksi valtakunnalliseen hoitosuositukseen.[43] Alueellisten hoitoketjukuvausten tehtävänä on edistää hoidon sujuvuutta ja tehokkuutta silloin, kun asiakas tarvitsee tietyn sairauden tai oireen hoidossa sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palveluja.

Hoitoketjut tulisi luoda perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä muiden oleellisten toimijoiden yhteistyönä, mikä takaa hoitoketjujen toimivuuden ja toteutumisen. Tarkastushaastattelujen mukaan käytännössä näin ei kuitenkaan aina toimita, vaan hoitoketjukuvauksia laaditaan myös organisaatiokohtaisesti.

Tarkastuksessa haastateltujen hoitajien mukaan hoitoketjukuvauksia on tehty yleisimmistä kroonisista sairauksista, esimerkiksi diabeteksesta, reumasta, verenpainetaudista jne.

Suurin osa (70 %) tarkastuskyselyyn vastanneista terveyskeskusten johtajista totesi, että hoitohenkilöstölle on tiedotettu hoitoketjukuvausten sijainnista. Melko suuri osa terveyskeskuksen johdosta (17 %) ei ottanut kysymykseen kantaa. Suurin osa terveyskeskusten johdosta myös katsoo, että hoitohenkilöstö osaa hyödyntää terveyskeskuksen palveluvalikoimaa (74 % vastaajista).

Liite: Miten tarkastettiin

Liite

Tässä liitteessä kuvataan, miten tarkastuksen tuloksiin on päädytty ja minkälaisia rajoituksia tuloksiin liittyy.

Tarkastuksen tavoite ja hyödyntäminen

Tarkastuksessa selvitettiin, onko paljon perusterveydenhuollon palveluita käyttävien hoito järjestetty siten, että kustannusvaikuttavuudelle on mahdollisimman suuret edellytykset. Tarkastus kohdistui perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanoton toimintaan. Tarkastuksessa etsittiin tietoa erityisesti siitä, toteutetaanko avosairaanhoidon vastaanotoilla terveyshyötymallin ja terveydenhuoltolain mukaisia ja asiakaslähtöisiä hyviä käytäntöjä, joilla pyritään sekä kustannusten säästämiseen että asiakkaan terveydentilan kohenemiseen.

Tarkastustuloksia voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmien uudistustyössä.

Tarkastuksen kohde

Tarkastuksen kohteena oli sosiaali- ja terveysministeriö ja sen ohjauksessa oleva perusterveydenhuollon avosairaanhoito. Tarkastuskertomusluonnoksesta pyydettiin lausunto sosiaali- ja terveysministeriöltä, joka antoi lausunnon. Lausunnossa annettu palaute on otettu huomioon lopullista tarkastuskertomusta laadittaessa. Lausunto ja siitä tehty yhteenveto löytyvät tarkastusviraston verkkosivuilta.

Tarkastuksen kysymykset, kriteerit, aineistot ja menetelmät

Tarkastuskysymykset, kriteerit, aineistot ja menetelmät on kuvattu lyhyesti seuraavalla sivulla.

Tarkastushaastattelukäynnit tehtiin eri puolille Suomea 17 eri sairaanhoitopiiriin sijoittuville terveysasemille (18 kpl). Näytteeseen valikoitiin kahteen ryhmään kuuluvia terveysasemia: sellaisia, joissa ennakkotietojen mukaan oli vastuuhenkilö, joka vastasi monisairaiden ja runsaasti palveluita käyttävien hoidon koordinoinnista (8 kpl) ja sellaisia, joissa ei ollut vastuuhenkilöä (10 kpl). Näytteen valintaa ohjanneet ennakkotiedot saatiin Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen joulukuussa 2015 toteuttaman kyselyn aineistosta, joka käsitteli avosairaanhoidon vastaanottotoimintaa, sekä Potku2 -hankkeen loppuraportista. Potku2-hankkeessa Väli-Suomen perusterveydenhuollon toimijat kehittivät pitkäaikaissairaiden potilaiden hoitoa terveyshyötymallin viitekehyksessä.[44] Terveysasemien johto valitsi haastatellut avosairaanhoidon vastaanotoilla toimineet hoitajat.

Tarkastuskysely terveyskeskusten johdolle kohdistettiin kaikille Manner-Suomen 150 terveyskeskukselle. Kyselyyn vastasi 118 terveyskeskusta eli 79 % kaikista terveyskeskuksista. Vastanneiden terveyskeskusten väestöpohja kattaa 92 % Suomen väestöstä.

Tarkastuksessa on hyödynnetty myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen perusterveydenhuollon avosairaanhoitotoiminnan kyselyä, jossa selvitettiin terveysasemien työjärjestelyitä. Kyselyyn vastasi 399 terveysasemaa. Suomessa toimi 2015 yhteensä 541 avosairaanhoidonpalveluita tarjoavaa lääkärin vastaanottopistettä.[45]

Tarkastuksen esiselvitysvaiheessa tarkastusasetelmasta pyydettiin kommentit sosiaali- ja terveysministeriöltä. Tarkastusasetelmaa tarkennettiin saatujen kommenttien johdosta.

Tarkastuskysymykset ja niiden osakysymykset	Tarkastuksen kriteerit, aineistot ja menetelmät
1. Miten löydetään mahdollisimman varhain ne henkilöt, joilla on monia sairauksia ja runsas palvelujen tarve? – 1.1 Millä keinoilla monisairaat ja runsaasti palveluja käyttävät asiakkaat tunnistetaan?	Kriteerit: Monisairaiden hoidon organisointi on asianmukaista, jos tietoa ja osaamista käytetään hyödyksi monisairaiden asiakkaiden tunnistamisessa, tunnistaminen on systemaattista ja perustuu yhtenäiseen, asiakkaille tasapuoliseen kriteeristöön, tunnistamisesta on kirjallinen ohjeistus. Aineistot: Avosairaanhoidon vastaanotossa työskentelevien sairaanhoitajien haastattelut 18 kpl, terveyskeskusten asiakashaastattelut 11 kpl, Valtiontalouden tarkastusviraston kysely terveyskeskuksen johdolle, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen avosairaanhoitokysely terveyskeskuksen johdolle, keskeinen lainsäädäntö ja tutkimustieto. Analyysimenetelmät: tekstimuotoisen aineiston laadullinen analyysi sekä numeerisen aineiston kuvaileva määrällinen analyysi
2. Miten hoitohenkilökunta sekä monisairaat ja runsaasti palveluja käyttävät asiakkaat saavat tukea hoidon suunnitteluun ja toteutukseen? – 2.1 Onko omahoito- ja hoitosuunnitelma käytössä monisairaiden ja runsaasti palveluja käyttävien asiakkaiden hoidossa? – 2.2 Voidaanko avosairaanhoidon vastaanottomallilla ottaa huomioon paremmin asiakkaiden erilaiset tarpeet? – 2.3 Miten asiakasta koskeva tieto välittyy palveluketjussa? – 2.4 Onko hoitohenkilöstöllä tiedossa, millainen on asiakkaiden palveluvalikoima alueella?	Kriteerit: Tuki on asianmukaista, jos hoitosuunnitelmaa ja omahoidon lomaketta on käytetty hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa, asiakkaat ovat saaneet yksilöllistä asiakaspalvelua, asiakas on saanut apua ongelmiinsa. Ammattilaiset suunnittelevat ja tekevät hoitosuunnitelmat yhdessä asiakkaan kanssa, moniammatillisuus ja toimijoiden roolit ovat selkeät ja hoitoketjut/prosessit on tuotu näkyväksi ammattilaisille. Lisäksi katsotaan, että asiakeskeisyys on huomioitu, jos toiminnassa on vastattu asiakkaiden tarpeisiin ja asiakas toteuttaa yhdessä tehtyä hoitosuunnitelmaa. Aineistot: Avosairaanhoidon vastaanotossa työskentelevien sairaanhoitajien haastattelut 18 kpl, terveyskeskusten asiakashaastattelut 11 kpl, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen avosairaanhoitokysely terveyskeskuksen johdolle, keskeinen lainsäädäntö ja tutkimustieto. Analyysimenetelmät: tekstimuotoisen aineiston laadullinen analyysi sekä numeerisen aineiston kuvaileva määrällinen analyysi

Tarkastuksen toteutusaika

Tarkastus toteutettiin 23.3.2016–5.5.2017. Haastattelut asiakkaille ja terveyskeskuksen vastaanoton sairaanhoitajille tehtiin 10.5.–23.8.2016, kysely terveyskeskuksen johdolle tehtiin 27.10.–29.11.2016.

Tarkastuksen tekijät

Tarkastuksen tekivät johtavat tuloksellisuustarkastajat Nina Martikka ja Aija Kaartinen. Tarkastusta ohjasi tuloksellisuustarkastuspäällikkö Anna-Liisa Pasanen.

Tarkastuksen tuloksiin liittyvät rajoitukset ja varaukset

Yksittäisten terveysasemien väestöpohjista ei ole kattavaa tietoa, joten THL:n vuonna 2015 terveysasemille kohdistaman kyselyn aineiston analyysin perusteella kuvattujen työjärjestelyiden yleisyyttä ei voi suhteuttaa väestöön. Tuloksia tulkitessa on otettava huomioon tarkastushaastatteluissa saatu tieto, että osassa terveyskeskuksia, kuntia tai kuntayhtymiä pitkäaikaissairaiden hoito on keskitetty tietyille yksittäisille terveysasemille, jolloin muilla terveysasemilla ei ole tarvetta pitkäaikaissairaiden hoitosuunnitelmien tai potilaslähtöisten omahoitolomakkeiden käyttöön.

Kahdeksallatoista terveysasemalla tehtyjen haastattelujen (18 hoitajien haastattelua, joista osa ryhmähaastatteluita, sekä 11 asiakashaastattelua) tuottaman tiedon tilastollinen yleistäminen kaikkiin Suomen terveysasemiin ei ole mahdollista, koska kyse on laadullisesta näytteestä, joka ei ole tilastollisesti edustava. Haastatteluaineiston tarkoituksena on tuottaa syvällistä tietoa palvelujärjestelmän käytännöistä. Kunkin terveysaseman johto valitsi haastateltavat hoitajat, jotka puolestaan valitsivat haastateltavat asiakkaat. Asiakkaiden valikoitumisessa oli keskeistä myös asiakkaan oma suostumus, koska haastatteluun ei voitu velvoittaa. Haastateltavien valikoituminen tulee ottaa huomioon analyysin tuloksia tulkittaessa.

Sosiaalihuollon palvelut on rajattu pääosin tarkastuksen ulkopuolelle. Tarkastuksessa sosiaalihuoltoa on käsitelty lähinnä asiakastietojen välittymisen yhteydessä. Tarkastus on osa hoito- ja hoivakustannusten hallinta -teemaa. Rajauksesta on päätetty teemasuunnitelmassa.

Alkuperäinen suunnitelma oli, että osana tarkastusta olisi selvitetty asiakasvastaavapalvelun vaikutusta diabetespotilaiden hoitokäyntien lukumääriin tai hoitojaksojen pituuksiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta hankittavan yksilötason rekisteriaineiston avulla. Tämä olisi tehty vertailemalla kuntia, joissa on jo otettu käyttöön asiakasvastaavamalli, niihin kuntiin, joissa tätä palvelua ei vielä olisi käytössä. Vertailuajankohtina olisi käytetty vuosia 2010 ja viimeisintä saatavilla olevaa vuotta (2015). Arvioinnissa olisi käytetty ekonometrisiä menetelmiä (difference-in-differences). Suunnitelmasta kuitenkin luovuttiin, koska kuntien terveysasemista olisi ollut vaikea saada kunnollista vertailuasetelmaa. Tarkastuksen haastatteluaineiston perusteella asiakasvastaavatoiminnan käytännöt vaihtelivat paljon terveyskeskuksittain ja -asemittain. THL:n Diabetes Suomessa (FinDM) -ohjausryhmässä oli tuotu esille sama havainto ja päädytty samaan johtopäätökseen.[46]

Viitteet

Viitteet

1 Sintonen H & Pekurinen M (2006) Terveystaloustiede. WSOY, Helsinki.

2 Leskelä R-L ym. (2013). Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asiakkaat Oulussa. Suomen Lääkärilehti 48/2013 vsk 68, 3163–3169; Leskelä R-L ym. (2015). Paljon erikoissairaanhoidon palveluja käyttävät potilaat. Suomen Lääkärilehti 43/2015 vsk 70; Ruohonen, T ym. (2016) Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän (Kainuun sote) ja Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus (JYTE) -kuntien paljon sote-palveluita käyttävien hoitotoiminnan analysointi sekä kehittäminen : loppuraportti, Agora Center, Jyväskylän yliopisto.

3 Leskelä R-L ym. (2013). Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asiakkaat Oulussa. Suomen Lääkärilehti 48/2013 vsk 68, 3163–3169.

4 Kapiainen S ym. (2010). Pääkaupunkiseudun erittäin kalliit potilaat. THL, Avauksia 3/2010. Yliopistopaino. Helsinki.

5 Kapiainen S ym. (2010). Pääkaupunkiseudun erittäin kalliit potilaat. THL, Avauksia 3/2010. Yliopistopaino. Helsinki.

6 Kapiainen S ym. (2010). Pääkaupunkiseudun erittäin kalliit potilaat. THL, Avauksia 3/2010. Yliopistopaino. Helsinki.

7 Jos tieto ohjaisi sote-suunnittelua. Sosiaalivakuutus 27/2015, 35–36.

8 Ruohonen T ym. (2016). Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän ja Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus -kuntien paljon sotepalveluja käyttävien hoitotoiminnan analysointi sekä kehittäminen. Loppuraportti, Agora Center.

9 Muurinen S & Mäntyranta T (2010) Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa.

10 Muurinen S & Mäntyranta T (2010) Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa.

11 Muurinen S & Mäntyranta T (2010) Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa.

12 Muurinen S & Mäntyranta T (2010) Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa.

13 Ratkaisujen Suomi (2015) Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015.

14 Innokylä (2014) Terveyshyötymalli - Chronic care model (CCM). https://www.innokyla.fi/web/malli795854. (alkuperäisestä kuviosta muokattu kuvio).

15 Muurinen S & Mäntyranta T (2011) Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa. Sosiaali- ja terveysministeriö.

16 Terveyskeskusten väestövastuualueiden väkilukujen lähde Kuntaliitto.

17 http://www.hel.fi/www/sote/fi/esittely/julkaisut/uutiskirjeet/palvelutuudistuvat

18 Hujala, Anneli (2016). Sähköpostikysely.

19 Tiirinki, Hanna (2016). Sähköpostikysely.

20 Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämistyön julkaisut ISSN 1798–2022.

21 Mielonen J & Ukkonen A-E (2016) Tiedon laatu hoitotyön johtamisessa. Tietojärjestelmien tarjoama tieto johtamisen tukena. Pro gradu tutkielma. Sosiaali- ja terveydenhuollon maisteriohjelma. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, Itä-Suomen yliopisto.

22 WHO (2003). Adherehce to long-term therapies: Evidence for action; Aarnio E ym. (2015) Cost-effectiveness of statin treatment for primary prevention in conditions of real-world adherence – estimates from the Finnish prescription register. Atherosclerosis 2015; 239: 240–7, Osterberg L & Blaschke T (2005) Adherence to medication. N Engl J Med 2005; 353: 487–97.

23 Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (2011) Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet.

24 https://tesso.fi/artikkeli/hoitopaikan-vaihtaneita-toistaiseksi-vahan

25 Parhiala K ym. (2016) Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt 2015. Tutkimuksesta tiiviisti 7, toukokuu 2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

26 Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (2011). Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet.

27 Vehko T ym. (2016). Potilaiden tyytyväisyys terveysasemien palveluihin. Suomen Lääkärilehti 38/2016 vsk 71.

28 WHO (2003). Adherehce to long-term therapies: Evidence for action; Aarnio E ym. (2015) Cost-effectiveness of statin treatment for primary prevention in conditions of real-world adherence – estimates from the Finnish prescription register. Atherosclerosis 2015; 239: 240–7, Osterberg L & Blaschke T (2005) Adherence to medication. N Engl J Med 2005; 353: 487–97.

29 Bodenheimer, T ym. (2002) Improving primary Care for Patients with Chronic Illness. Journal of American Medical Association (288). 1775–1779; Bodenheimer, T ym. (2002b) Improving primary Care for Patients With Chronic Illness, The Chronic Care Model, Part 2, Journal of American Medical Association (288).1909–1914; Bodenheimer, Tym. (2002) Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. Journal of American Medical Association 288 (20), 2469–2475.

30 https://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/32520_HoSu_Roi_25032014_osallistujat.pdf

31 Karttunen A (2016) Perusterveydenhuollon avopalveluiden vastaanottomallien kehittämishaasteet. Case Tampere. pro gradu, Tampereen yliopisto, Johtamiskorkeakoulu, Hallintotiede.

32 http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/omalaakarijarjestelma-pitaisi-paivittaa/

33 http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/omalaakarijarjestelma-pitaisi-paivittaa/

34 Karttunen A (2016) Perusterveydenhuollon avopalveluiden vastaanottomallien kehittämishaasteet. Case Tampere. pro gradu, Tampereen yliopisto, Johtamiskorkeakoulu, Hallintotiede; http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/omalaakarijarjestelma-pitaisi-paivittaa/

35 Schaefer, J & Davis, C (2004) Case management and the Chronic Care Model: a multidisciplinary role. Lippincott`s Case Management 9(2). 96–103.

36 Schäfer WL ym. (2011) A multicountry study evaluating quality, cost and equity in primary care. BMC Fam Pract 2011;12:115.

37 Potku I ja II, Potilas kuljettajan paikalle, Väli-Suomen Chronic care model 2010–2014; Pakaste, Pohjois-Suomen moninaiset sosiaali- ja terveyspalvelut 2009–2013; VeTe – vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto 2009–2011; RAMPE – rautaisia ammattilaisia terveydenhuoltoon 2010–2012; Hyvä vastaanotto I–II, jatkuvaa parantamista sosiaali- ja terveydenhuollon tiimeissä 2010–2013.

38 Coleman K ym. (2009) Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium. Health Affairs January/February 2009 vol. 28 no. 1, 75–85.

39 Vogeli C ym. (2007). Chronic Conditions: Prevalence, Health Consequences, and Implications for Quality, Care Management, and Costs. Journal of General Internal Medicine. Volume 22, Supplement 3, 391–395.

40 Sosiaali- ja terveysministeriö (2016). Valtakunnallinen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmä. Hoidon saatavuus alatyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2106:XX.

41 Berwick DM ym. (2008) The Triple Aim: Care, Health, And Cost. Health Affairs 27 (3). 759–769.

42 https://www.thl.fi/fi/-/terveysaseman-vaihtajat-ovat-usein-pitkaaikaissairaita-ja-kriittisia-palvelujen-kayttajia

43 Holmberg-Marttila D ym. (2015) Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hoitoketjuopas. Perusterveydenhuollon yksikkö, PSHP; http://www.kaypahoito.fi/documents/10184/12754/Hoito-suosituksesta-hoitoketjuksi.pdf.

44 Oksman ym (2014). POTKU2 –hankkeen loppuraportti.

45 Parhiala K ym (2016) Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt 2015. Tutkimuksesta tiiviisti 7, toukokuu 2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

46 Suullinen tiedonanto: Ilmo Keskimäki, THL, 21.9.2016.

Tarkastuskertomuksen valokuvat

sivuilla 10 ja 14
iStock

sivulla 22
Valokuvaaja: Heidi Järvenpää, VTV

Suomi Finland 100

VALTIONTALOUDEN TARKASTUSVIRASTO
ANTINKATU 1, PL 1119, 00101 HELSINKI
PUH. 09 4321, WWW.VTV.FI

ISBN 978-952-499-382-1 (PDF)