

HARRIET FINNE-SOVERI & PIA NURME

**Tehostetun palveluasumisen
asukasvalinta ja palveluohjauksen
kriteeriehtotus Porvoossa**

Kevät 2007



Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

postimyynti: Stakes / Asiakaspalvelut PL 220, 00531 Helsinki
puhelin: (09) 3967 2190, (09) 3967 2308 (automaatti)
faksi: (09) 3967 2450 • Internet: www.stakes.fi

© Kirjoittajat ja Stakes

Taitto: Christine Strid

ISBN 978-951-33-2016-4 (nid.)

ISSN 1795-8091 (nid.)

ISBN 978-951-33-2017-1 (PDF)

ISSN 1795-8105 (PDF)

Stakes, Helsinki 2007

Valopaino Oy
Helsinki 2007

Esipuhe

Väestön ikääntyessä palvelujen riittävyys ja niiden oikeudenmukainen jakautuminen tarvitsevien kesken tulee olemaan eräs kuntien kynnyskysymyksistä. Samalla henkilöstöpulasta uhkaa tulla vanhuspalvelujen pysyvä huolen aihe.

Vakaat yhteisesti sovitut palveluihin pääsyn kriteerit edesauttavat henkilöstöä hahmottamaan palvelujen sisältöä ja tarjontaa ja toisaalta hoidon palvelujen tarvetta. Kriteerien noudattaminen helpottaa muutostrendien seuranta ja omien päätösten seurausten tarkastelua eri ajankohtina.

Kiireinen arki ja työntekijöiden vaihtuvuus ovat uhkatekijöitä, joiden kielteiset vaikutukset heijastuvat pahimmillaan iäkkäiden kuntalaisten, heitä hoitavien ja hoivaavien työntekijöiden sekä kunnan veronmaksajien terveyteen, hyvinvointiin ja kukkaroon. Yhteisesti tehtyjen sopimusten kirjaaminen auttaa kaikkia osapuolia selviytymään muuttuvasta maailmasta turvallisesti mielin.

Stakesissa 5.9.2007

Harriet Finne-Soveri
ylilääkäri
RAI projektipäällikkö

Tiivistelmä

Harriet Finne-Soveri, Pia Nurme. Tehostetun palveluasumisen asukasvalinta ja palveluohjauksen kriteeriehtodus Porvoossa. Kevät 2007. Stakes, Työpapereita 28/2007. 33 sivua, hinta 12 €. Helsinki 2007. ISBN 978-951-33-2016-4

Porvoon kaupungin sosiaali- ja terveyskeskus/Vanhuspalvelut päätti ostaa 45 paikkaa tehostettua palveluasumista yksityiseltä palveluntuottajalta 1.6.2007 alkaen. Ympäri vuorokautisen hoidon lisäpaikat mahdollistivat vanhuspalveluiden palvelurakenteen ja palveluohjauksen uudelleen järjestelyn. Helmikuussa 2007 Porvoossa oli yhteensä 354 laitospaikkaa, 226 vanhainkodeissa ja 128 paikkaa Näsin terveyskeskuksessa. Tuettua palveluasumista järjestettiin yhteensä 87 paikkaa, tehostettua palveluasumista oli 54 paikkaa, ja kotihoidon piirissä hoidettiin vuositasolla noin 1 000 asiakasta, kuutisen sataa kerrallaan.

Hankkeessa kartoitettiin vanhuspalvelujen nykyinen kohdentuminen, etsittiin uuteen palvelutalo Laamanniin palvelurakenteen uudistumisen mukaiset asukasehdokkaat sekä laadittiin kriteeriehtodus jatkon palveluohjaukselle.

RAI-järjestelmä oli käytössä ympärivuorokautisessa hoidossa ja osassa kotihoitoa. Sen mittareita ja valtakunnallisia keskiarvoja vuosilta 2000–2006 käytettiin raportin analyysissä vertailuperusteina. Ympäri vuorokautista hoitoa tarjoavaan uuteen palvelutalo Laamanniin valittiin ehdokkaat monivaiheisessa prosessissa 1) kartoittamalla RAI:n avulla laitoshoidon kevythoitoiset ja haastattelemalla heidät 2) kartoittamalla palveluohjaajien käsityksen ja käytettyjen mittareiden perusteella (RAI:n mittarit, MMSE RaVa) ympärivuorokautista hoitoa tarvitsevat kotihoiton asiakkaat (n = 108) 3) valitsemalla heistä mittareiden ja palveluohjaajien suosituksen perusteella raskashoitoisimmat tai muusta syystä eniten valvonnan tarpeessa olevat asiakkaat 4) suorittamalla näille RAI arvio (n = 57) ja haastattelemalla näistä halukkaat henkilökohtaisesti (n = 33). 5) lopullinen lista koottiin niistä laitoshoidon kevythoitoisista ja kotihoiton raskashoitoisista henkilöistä, jotka olivat halukkaita siirtymään palvelutaloon.

Porvoon terveyskeskuksen potilaat olivat kevythoitoisempia kuin Suomen terveyskeskusosastojen potilaat keskimäärin ja vanhainkotien asukkaat kevythoitoisempia kuin vanhainkotiasukkaat Suomessa keskimäärin. Kotihoito kohdentui keskiraskashoitoisille siten, että sekä kevythoitoisimpia että raskashoitoisimpia oli vähemmän kuin Suomen kotihoidossa keskimäärin.

Laamannin valintaprosessi onnistui hyvin. Ehdotetut henkilöt halusivat itse muuttaa palvelutaloon ja asiakasaineistona he edustivat hieman vaativampaa potilaskuntaa kuin Suomen kotihoiton RAI-järjestelmää käyttävien palvelutalojen aineisto keskimäärin mutta ei aivan yhtä vaativaa kuin Suomen RAI järjestelmää käyttävien vanhainkotien asukasaineisto keskimäärin. Heistä 12 muutti terveyskeskusosastoilta, kaksi sairaalasta 10 vanhainkodeista, neljä toisesta kevyemmin mitoitetusta palvelutalosta ja 15 kotoa. Raportin valmistumisvaiheessa kaksi paikkaa jätettiin täyttämättä.

Prosessia hyödynnettiin RAI-pohjaisten palveluohjauksen kriteerien laatimiseksi kullekin palvelurakenteen tasolle.

Avainsanat: palveluohjaus, kotihoito, laitoshoido, RAI, MDS

Sisälllys

Esipuhe

Tiivistelmä

Osa I

TAUSTA JA VALINTAPROSESSI.....	9
Toimeksianto ja taustatiedot	9
Porvoon kaupungin vanhuspalvelujen rakenne, asiakkaat ja resurssointi.....	9
Kevythoittoiset pitkäaikaisessa laitoshoidossa.....	11
Raskashoittoiset kotihoidossa	15
Lopullisen listan kokoaminen.....	21
Yhteenveto, pohdinta ja päätelmät	22

Osa 2

Ehdotus palvelurakenteen kriteereiksi Porvoossa.....	24
Palvelurakenteesta	24
Mittareiden mahdollisuudet palveluohjauksessa	24
Kriteerisuositus	25

Lähteet..... 30

Liite. MAPLe-mittarin osatekijät..... 31

OSA I

TAUSTA JA VALINTAPROSESSI

Toimeksianto ja taustatiedot

Porvoon kaupungin sosiaali- ja terveyskeskus/Vanhuspalvelut päätti ostaa palveluasumista yksityiseltä palveluntuottajalta 1.6.2007 alkaen. Palveluun suunniteltiin kuuluvaksi 26–30 tehostettua asumispaikkaa (henkilöstömitoitus 0,6/hoidettava) ja 15 valvottua/tehostettua ryhmäkotiasuntoa (henkilöstömitoitus 0,5–0,6/hoidettava).

Asiakasryhmän suunniteltiin koostuvan vanhuksista ja vammaisista, joilla on tehostetun palveluasumisen tarve, millä tässä tarkoitetaan päivittäistä apua tarvitsevaa asiakaskuntaa, jolla on ympärivuorokautisen valvonnan ja hoivan sekä huolenpidon tarve.

Toimeksiantona oli geriatrian alan erikoislääkärin konsultointi palveluasumisen kriteerien laadinta sekä asukasvalinta tehostettua palveluasumista varten käyttäen hyväksi muun muassa RAI-, RaVa- ja MMSE-mittareiden avulla aiemmin tehtyjä ja toimeksiantoa varten tehtäviä arviointeja.

Konsultointiin käytettäväksi tuntimääräksi arvioitiin noin 80. Asiakkaiden peruskartoitus suunniteltiin suoritettavaksi vanhuspalvelujen henkilökunnan toimesta. Varsinainen konsultaatio käsitti asiakkaiden arviointia papereiden ja henkilökohtaisten tapaamisten avulla.

Porvoon kaupungin vanhuspalvelujen rakenne, asiakkaat ja resurssointi

Porvoossa sosiaali- ja terveystoimi yhdistettiin 1997 kuntaliitoksen yhteydessä. Vanhuspalvelut toimivat yhtenäisenä organisaationa, jossa sosiaali- ja terveystoimeen kuuluvia tehtäviä ei ole eroteltu.

Iäkkäiden pitkäaikaista laitosasumista varten oli vuoden 2006 alussa tarjolla yhteensä 354 paikkaa. Paikat jakautuvat siten, että Porvoossa on kaksi vanhainkotiä, Johannisberg (113 paikkaa) ja Epoo (113 paikkaa) sekä terveyskeskustasoisista asumista varten Näsin terveyskeskusosastot, yhteensä (128 paikkaa).

Tuettua palveluasumista tarvitseville oli järjestetty yhteensä 87 paikkaa kolmessa eri yksikössä. Näistä yhdessä palvelutalossa (63 paikkaa) oli saatavilla apua myös yöaikaan. Tuettu palveluasuminen eroaa tehostetusta niukemman henkilöstömitoituksensa osalta.

Ympäri vuorokautista hoitoa ja hoivaa tarjoavaa ns. tehostettua palveluasumista oli 41 paikkaa ja kevään 2007 aikana Porvoo osti lisäksi muilta paikkakunnilta yhteensä 13 tehostettua palveluasumispaikkaa.

Kotihoidossa on asiakkaita vuositasona ollut noin 1000, poikkileikkausarviona noin 600. Porvoon kotihoito jakaantuu maantieteellisesti kolmeen alueeseen: läntinen, itäinen ja keskusta.

Taulukossa 1 esitetään pitkäaikaisen laitosasumisen ja kotihoidon paikkamäärät ja henkilöstöresurssointi ja taulukossa 2 tuetun ja tehostetun palveluasumisen asiakkaiden ja henkilöstön lukumäärä ja taulukossa 3 kotihoidon asiakkaiden ja henkilöstön lukumäärät alueittain.

TAULUKKO 1. Laitoshoidon paikkamäärät ja henkilöstöresurssointi Porvoossa helmikuussa 2007

Laitos	Yksikkö	Virallinen paikkaluku	Toteutunut paikkaluku	Henkilöstö lkm/osasto	Virallinen mitoitus	Toteutunut mitoitus	Kuormitus %	PAH/LAH	Osastotyyppi
Näsi, terveyskeskus vuodeosasto	Osasto 1	26	28	19,5	0,75	0,69	103	100/0	Sekaos.
	Osasto 2	34	36	27,5	0,81	0,76	100,2	100/0	Sekaos. +10 DP#
	Osasto 3	26	29	23,5	0,9	0,81	112,15	0/100	Akuutti
	Osasto 4	32	34	24,5	0,76	0,72	102,1	100/0	Sekaos.
Johannisberg, vanhainkoti	Syreeni A	22	23	13	0,59	0,57	103,74	100/0	Sekaos.
	Syreeni B	22	23	13	0,59	0,57	103,18	100/0	Sekaos.
	Poppeli 1	28	29	17	0,61	0,59	101,85	100/0	Sekaos.
	Poppeli 2	28	29	17	0,61	0,59	103,15	100/0	Sekaos.
	Mathilda	13	14	9	0,69	0,64	106,77	100/0	Dementia
Epo, vanhainkoti	Apollo lyhyt	10	12	7	0,7	0,58	115,29	100/0	Sekaos.
	Rauhan koti	28	30	17	0,61	0,6	102,87	100/0	Dementia
	Harmonia	28	30	17	0,61	0,6	104,79	100/0	Sekaos.
	Azalea	21	23	13	0,59	0,57	104,11	100/0	Sekaos.
	Onnela	12	14	8	0,67	0,61	110,21	100/0	Sekaos.
	Eponia	14	15	8	0,57	0,57	107,14	100/0	Sekaos

* PAH = pitkäaikaishoito, LAH=lyhytaikaishoito

DP = dementiapaikka

€ NA = ei tiedossa

TAULUKKO 2. Tuetun ja tehostetun palveluasumisen asuntojen, asiakkaiden ja henkilöstön lukumäärä helmikuussa 2007

Asunnot	Asuntojen lukumäärä	Henkilöstön lkm/alue	Säännölliset asiakkaat lkm	Asiakkaat yhteensä lkm	Mitoitus henkilöstö/säännöllinen asiakas
Omenämäki	63	Tiimi 1: 9	28	35	0,32
		Tiimi 2: 9	29	36	0,31
Rönbacka	15	8,5	16	19	0,53
Galgbacka	5	5	5	6	1
Johannisberg	14	5,5	14	17	0,39
Ernestas	10	5	10	13	0,5
Yhteensä	107	42	102	126	0,41

TAULUKKO 3. Kotihoidon asiakkaiden ja henkilöstön lukumäärä alueittain 2/2007

Alue	Säännölliset asiakkaat lkm	Asiakkaat yhteensä lkm	Alueen henkilöstön lkm	Mitoitus henkilöstö/säännöllinen asiakas
Läntinen				
Tolkkinen	23	54	5	0,22
Gammelbacka	44	85	10	0,22
Näsi	34	74	6,5	0,19
Hinthaara	36	59	6,5	0,18
Ernestas	32	84	2	0,06
Johannisberg	14	14	5	0,35
Itäinen				
Lande	58	128	8	0,14
Kevätkumpu	71	133	8,5	0,12
Keskusta				
Keskusta	55	145	9,5	0,17
Adlercreutzinkatu	41	122	6	0,15
Wittenberginkatu	45	118	10	0,22
Lukiokatu	38	79	8	0,21
Huhtinen	72	138	15	0,21
Yöpartio	29	92	4	0,19
Yhteensä	578	1 311	100	0,17

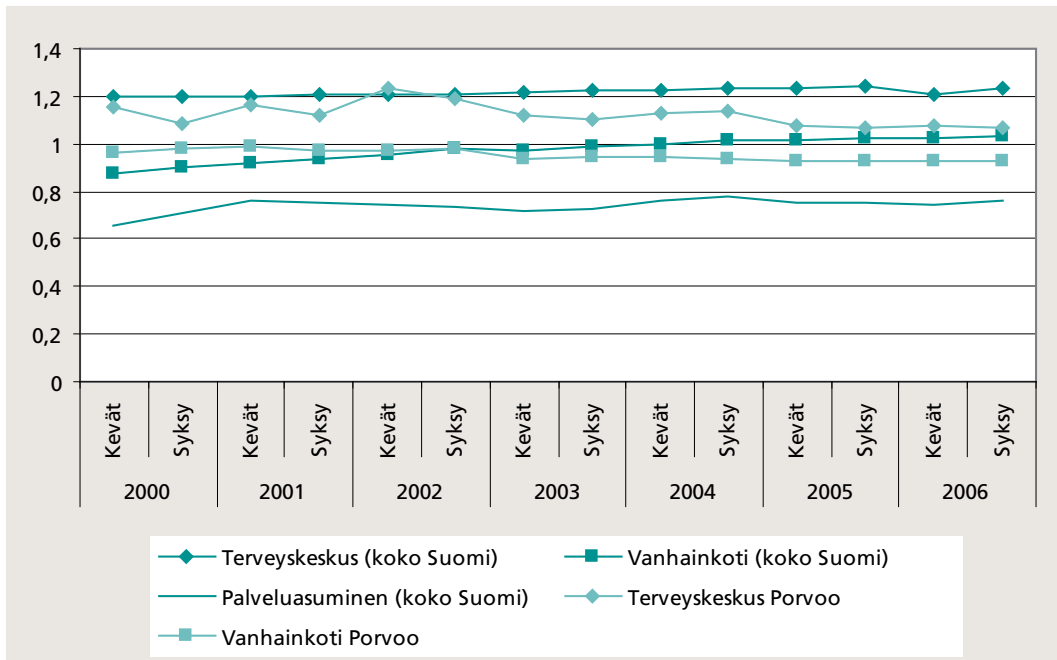
Kevythoitaiset pitkäaikaisessa laitoshoidossa

Porvoon pitkäaikaisen laitoshoidon asukkaiden hoidon vaativuus (hoitoisuus, kuormittavuus) verrattuna Stakesin RAI tietokannan muun Suomen vastaaviin lukuihin vuosina 2000–2006 on esitetty kustannuspainon avulla kuviossa 1. Kustannuspaino on hoitajien kullekin asukkaalle allukoimaa työaika kuvaava suhdeluku (asteikko 0,42–2,52), jossa hoitoajan keskiarvo on vakioitu ykköseksi. Tällöin kevythoitaisiin luokkaa tarvitsee 58 prosenttia vähemmän henkilökunnan osaamista ja työaika kuin keskivertoasukas ja kustannuspainoltaan suurin luokka 152 prosenttia enemmän aikaa.

Lukuja tulkitaan siten, että kuviossa 1 koko Suomen terveyskeskuksien potilaiden hoidon vaativuus on pysytellyt noin 20 prosentissa aikaa ja osaamista vaativampana (kustannuspaino 1,20) kuin keskimääräisillä potilailla, kun taas Porvoossa terveyskeskuksen potilaiden hoidon vaativuus vuosina 2000–2006 on vaihdellut 6–23 prosenttia vaativampana kuin keskitaso. Porvoon vanhainkodeissa hoidon vaativuus on pysytellyt muutaman prosentin keskiarvon (1) alapuolella, ja hoidon kuorimittavuuden kehitys on ollut päinvastainen muun maan vanhainkotien kuormittavuuden kehityksen kanssa. Aineiston palvelutalojen asukkaiden kuormittavuus on vaihdellut välillä 65–78 prosenttia keskiarvosta, eli 22–35 prosenttia keskiarvoa vähemmän voimavaroja tarvitsevana.

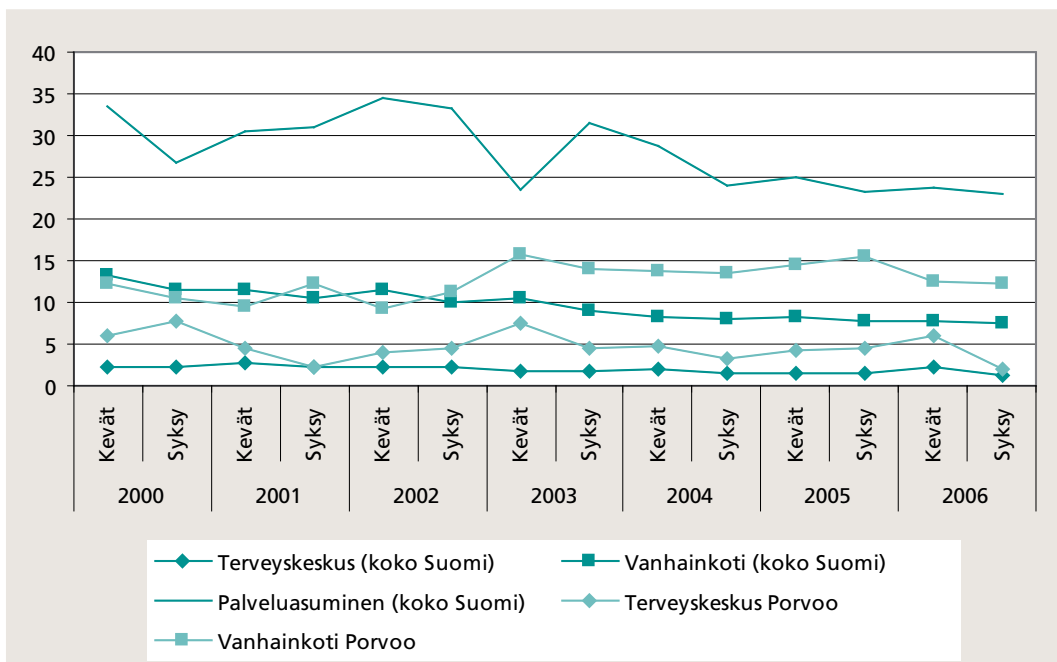
Kuvio 1 osoittaa Porvoon vanhainkotien ja terveyskeskussairaalan hoitaneen keskenään jonkin verran samankaltaisempia asiakkaita kuin maassa keskimäärin. Lisäksi Porvoon vanhainkotien asukkaat ovat maan vanhainkotiasukkaita ja Porvoon terveyskeskusasukkaita maan terveyskeskusasukkaita kevythoitaisempia.

Kuvio 2 osoittaa kevythoitaisien suhteellisen osuuden Porvoon laitoshoidossa. Kevythoitaisien suhteellinen osuus Porvoon vanhainkodeissa ei ole laskenut samaan tahtiin kuin muualla Suomessa. Sen sijaan viimeinen tiedonkeruu syksyllä 2006 viittaa vähentyneeseen kevythoitaisien osuuteen Näsin terveyskeskusosastoilla.



KUVIO 1. Asukkaiden kuormittavuus laitoshoidossa (kustannuspainon asteikko 0,42–2,52) Porvoo ja muu Suomi vuosina 2000–2006

(Lähde: Stakes – RAI tietokanta 1.7.–15.11.2006.)

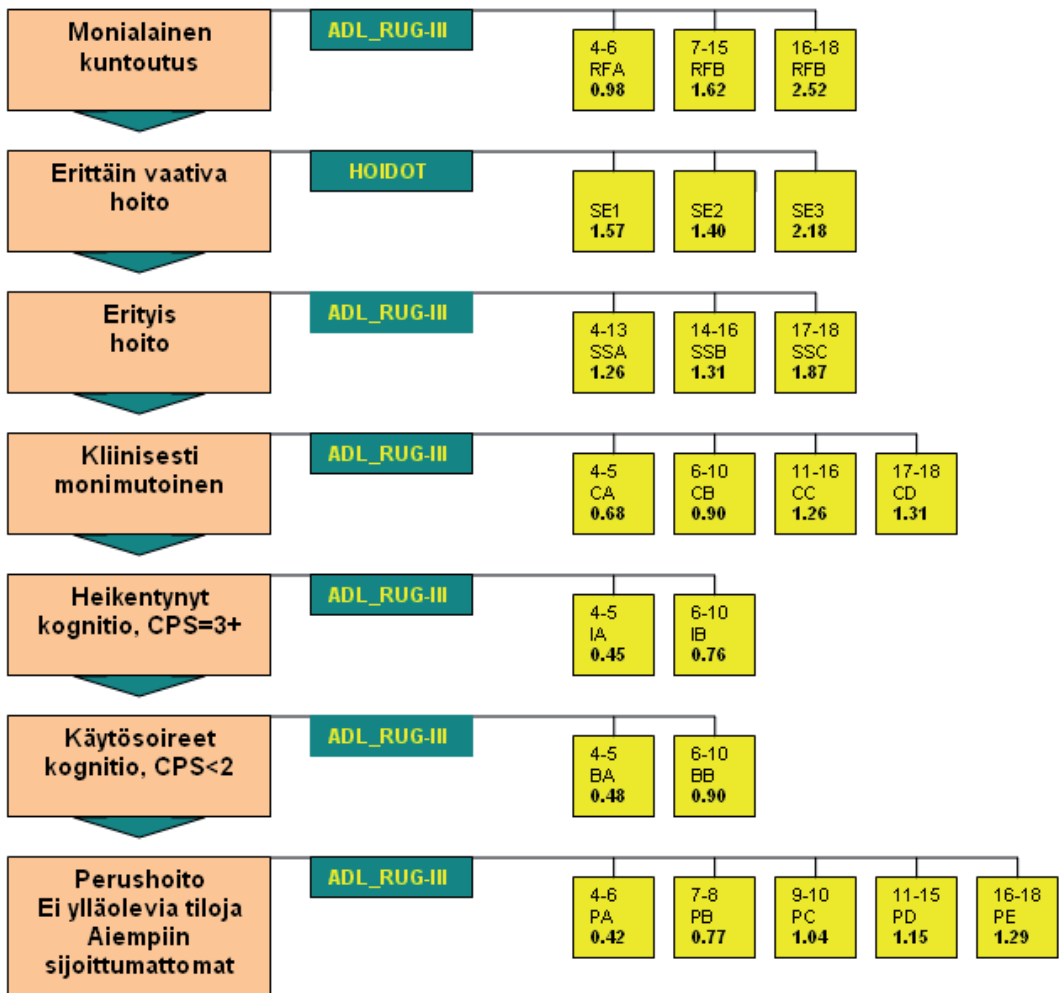


KUVIO 2. Kevythoitaiset (RUG-III alaluokka PA) Porvoon ja muun Suomen laitoshoidossa 2000–2006

(Lähde: Stakes -RAI tietokanta 1.7.–15.11.2006.)

Kevythoitoisten määritelmä

Kevythoitoiset määritetään RAI-järjestelmässä Resource Utilization Groups (RUG-III) luokituksen mukaan. RUG-luokitus on hierarkkinen ja käsittää seitsemän pääluokkaa, joihin asukkaat luokituvat siten että he sijoittuvat aina eniten henkilöstövoimavaroja vaativaan ryhmään. (Kuvio 3.) Jokainen asukas arvoidaan siten, että ensin testataan täyttäisikö hän eniten voimavaroja vaativan ryhmän kriteerit (monialainen kuntoutus) jos ei, testataan hierarkkisessa järjestyksessä seuraava luokka (erittäin vaativa hoito), jos kriteerit eivät täyty siinäkään, testataan seuraava luokka. Asukas sijoittuu siihen pääluokkaan jonka kriteerit täyttyvät ensin riippumatta siitä, täyttäisikö hän myös jonkin alemman luokan kriteerit. Kun pääluokka on löytynyt, se jakautuu alaluokkiin toimintakyvyn tai hoitomuotojen perusteella ja asiakas sijoittuu johonkin kuvion 3 osoittamista alaluokista. Vähiten hoitajien aikaa ja osaamista tarvitaan seitsemännen eli alimman pääluokan ensimmäisessä luokassa (PA), joihin sijoittuvien fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky edustavat laitoshoidon parhaimmistoa. Koko järjestelmän 22 alaluokasta neljä kevyintä ovat alaluokat CA IA BA ja PA (kuvio 3).



KUVIO 3. Resource utilization groups (RUG-III/22) luokituksen seitsemän pääluokkaa ja kustannuspaino alaluokittain

RUG-lukitus ja siihen kuuluva kustannuspaino on kehitetty Yhdysvalloissa pitkän prosessin tuloksena 1980-luvulta alkaen ja sitä päivitetään parhaillaan uusin henkilöstön työaikamittauksin vuonna 2007. Yhdysvalloissa pitkäaikaishoidon vakuutusperusteinen maksujärjestelmä perustuu tähän kustannuspainon antamaan suhdeluukuun.

TAULUKKO 4. Kevythoittoiset (PA) Porvoossa hoitoajan mukaan

Hoitoaika vuosina	Terveyskeskus (Näsi) lkm		Vanhainkoti (Epoo, Johannisberg) lkm	
	Kaikki	Kevythoittoiset	Kaikki	Kevythoittoiset
Alle 3	74	26	135	51
3–6	24	1	58	9
6–9	2	0	16	3
9–12	1	0	6	0
yli 12	2	0	6	1

Porvoossa laitoshoidossa yli 3 vuotta eläneitä oli syksyn 2007 tietokannassa 180. Heistä kevythoittoisia oli 14 henkilöä.

Vuonna 2002 Suomen laitoshoidon keskimääräisen hoitopäivän hinta oli 100 euroa (Hujanen ym. 2005) ja Helsingin-Uudenmaan sairaanhoitopiirin ”sakkomaksu” hoidon suhteen valmiilta jatkohoitopaikkaa odottavilta potilailta vuonna 2007 oli 1 150 euroa/vrk.

Näiden 14 pitkään laitoshoidossa asuneiden kevythoittoisen henkilön laitoshoidon kustannukset ovat vuoden 2002 laitoshoidon keskihinnan ja vuoden 2007 sakkomaksun mukaan laskettuna seuraavat:

- o Yhden henkilön laitoshoidon keskimääräinen vuosikustannus ilman sakkomaksuja on 36 500 euroa
- o *Yksi riittämättömin perustein laitoshoittoon sijoitettu asukas* maksaa Porvoon kaupungille kuukaudessa 37 500 euroa mikäli tämän sijoituksen vuoksi joudutaan samanaikaisesti maksamaan Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirille jokaiselta päivältä sakkomaksu (yhteensä vuodessa noin 456 250 euroa).
- o 14 riittämättömin perustein sijoitettua henkilöä maksaa kuukaudessa 525 000 euroa mikäli jokaisella paikalla hoidetaan samanaikaisesti ”sakkopotilas” (vuodessa 6,3 ME)
- o Porvoon Sosiaali- ja Terveystoimen koko vuosibudjetti on noin 110 ME. Perusteettomasti sijoitettujen kevythoittoisten ja samanaikaisesti maksettujen sakkomaksujen osuus olisi koko budjetista noin kuusi prosenttia.

Edellä esitetyn perusteella voidaan todeta asianmukaiseksi edesauttaa kaupungin laitoshoidon asiakasrakenteen kehittämistä suuntaan, jossa keskimääräistä vähemmän apua tarvitsevien palveluvalikkoo laajennetaan monimuotoisemmaksi, kuntoutusta kehitetään, laitosasumista kohdennetaan elämänkaaren loppupäähän, pitkän asumisen hoitoaikoja lyhennetään jolloin palvelun tarjoaminen useammalle asiakkaalle mahdollistuu samalla kun nopeutuva kierto tarjoaa joustavamman mahdollisuuden ottaa vastaan valmiiksi hoidettuja sairaalapotilaita Porvoon sairaalasta.

Toimenpiteet pitkäaikaisissa laitoshoidossa

Laamannin tehostetun palvelutalon valintaprosessia varten kevythoitaisiksi määritetyistä asiakkaista tehtiin lista ja asukkaat käytiin läpi henkilökohtaisesti Epoon ja Johannisbergin vanhainkodeissa ja Näsin terveyskeskuksessa yhteensä kolmena päivänä. Osalla asukkaista oli omaisia, joiden kanssa neuvoteltiin mahdollisesta halukkuudesta siirtyä tehostettuun palveluasumiseen. Halukkaat listattiin lopullista valintaprosessia varten. Tapaamisissa olivat asukkaiden lisäksi läsnä tämän raportin kirjoittajat sekä osastojen henkilökuntaa.

Raskashoitaiset kotihoidossa

Vaikka kotihoidon asiakaskuntaa on Suomessa ja Porvoossa arvioitu RAI-järjestelmän avulla vuodesta 2003, arviointi Porvoossa on rajoittunut vain muutamiin pienalueisiin ja ollut osalla näistä alueista satunnaista tai ei ole kattanut jokaista asukasta. Tämän vuoksi kotihoidosta ei ollut tarjolla samankaltaista pitkäaikaista tilastoa kuin laitoshoidosta.

Koska kevään 2007 RAI-aineiston säännöllinen tiedonkeruun suoritettiin selvitysajankohtaan nähden liian myöhään (huhtikuussa 2007) käytettiin valintaprosessin tukena Porvoon kotihoidon asiakasrakennetta kuvaavina tietoina syksyn 2006 RAI-aineistoa. Ajanjaksolta 1.7.–15.11.2006 oli saatavilla osasta Porvoon kotihoitoa maantieteellisesti rajatuilta alueilta edustavaa tietoa (pienalueen jokainen asiakas oli arvioitu). Näitä asiakkaita oli yhteensä 95, eli 16,4 prosenttia koko Porvoon kotihoidon asiakkaista.

Ajan niukkuuden ja säännöllisen RAI-tiedonkeruun aikataulujen epäsovivuuden vuoksi ei ollut mahdollista suorittaa kaikkien kotihoidon asiakkaiden RAI-arvioita valintaprosessin toimeksiantoa varten. Tämän vuoksi tehostetun palveluasumisen ehdokkuutta varten käytettiin kaikkia olemassa olevia mittaritietoja, jonka lisäksi kuultiin kokeineiden sijoitteluhoitajien mielipiteitä ja näkemyksiä. Näistä tiedoista koottiin asiakaslista yhteensä 108 nimeä käsittävä esilista, joka koostui neljänlaisista kotihoidon asiakkaista. 1) Asikkaalla oli Edeltävä RAI arvio 2) Asiakkaan RaVa-indeksi oli 1,5 tai enemmän 3) sijoitteluhoitaja arvioi asiakkaan olevan ympärivuorokautisen hoidon ja hoivan tarpeessa vaikka RaVa-indeksi oli alle 1,5 4) sijoitteluhoitaja arvioi asiakkaan olevan ympärivuorokautisen hoidon ja hoivan tarpeessa – objektiivisia arvioita ei ollut saatavissa. Mikäli asiakkaalta löytyi Minimental State Examination Test (MMSE), sitä käytettiin. Henkilöiden ja/tai heidän omaistensa mahdollista halukkuutta palveluasumiseen tiedusteltiin ennen listaamista. Luvut eivät sisällä niitä runsaasti hoitoa tai huolempitoa tarvitsevia henkilöitä, joiden omainen oli halukas jatkossakin sitoutumaan hoitoon tai joiden hoito oli järjestetty yksityisesti.

Tehostetun palveluasumiseen tarjolle valittujen 108 henkilön esilistan MMSE-arviointien keskiarvo oli 17,9 asteikolla, jossa merkitsee 30 normaalia kognitioa ja 0 erittäin vaikeaa demensiaa. Rava-indeksin keskiarvo oli 2,29. Yhteensä 30 henkilöltä löytyi RAI-arvio. RAI-arvioitujen CPS-mittarin keskiarvo oli 2,1 (Vastaa MMSE-arviona noin lukua 19).

Näistä 108 henkilöistä valittiin käytettävissä olevien tietojen nojalla taulukossa 5 listattuihin kriteereihin nojaten sellaiset, joiden kotona selviytyminen vaikutti uhanalaiselta. Heitä löytyi yhteensä 57 henkilöä. Näistä 56:lle tehtiin pysyvien palvelutalokriteerien luomista sekä nykyisen valinnan onnistumisen seuranta varten RAI-arvio ja ensisijaisesti heidän joukostaan valittiin tehostetun palveluasumisen kotihoidosta tulevien ehdokaslista. RAI arviot suoritti tutkimushoitaja. Koska palvelutalon nimi on Laamanni, tästä 56 henkilöä käsittävästä listasta käytetään jatkossa nimitystä kotihoidon laamanniehdokkaat

TAULUKKO 5. Tehostetun palveluasumisen tarpeen arviointiin käytetyt kliiniset kriteerit kotihoidon asiakkailla

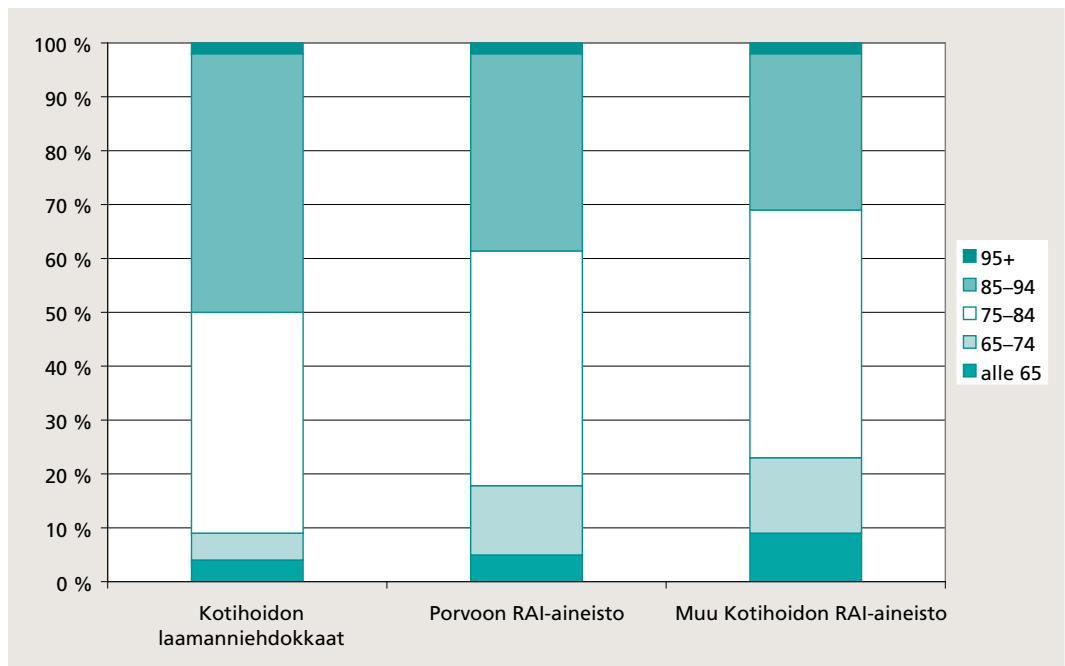
- Fyysinen toimintakyky
- Kognition taso
- Epävakaa terveydentila
- Hoitoisuus (mikäli saatavilla)
- Turvallisuuden vaarantuminen eksyilyn, vaeltelun tai muun käytösoireen vuoksi
- Turvallisuuden tai toimintakyvyn rajoittuminen epäsuotuisien asuinolosuhteiden vuoksi
- Turvallisuuden vaarantuminen toisen henkilön käytöksen vuoksi
- Hoitavan omaisen uupumus
- Asiakkaan taloudellinen tila
- Kiinnostus/esitetty toive palveluasumisen piiriin pääsystä

Varsinaisen valintaprosessin alkaessa käytettävissä oli kolme keskenään verrannollista kotihoidon asiakasrakennetta kuvaavaa aineistoa (taulukko 6). Porvoota kuvaavaan RAI-aineistoon oli otettu mukaan vain ne pienalueet, jossa kaikki asiakkaat oli arvioitu RAI-mittarein. Vertailukohtana käytettiin syksyn 2006 muun Suomen RAI-aineistoa.

TAULUKKO 6. Asiakasvalinnan onnistumisen kuvaamiseen käytetyt aineistot

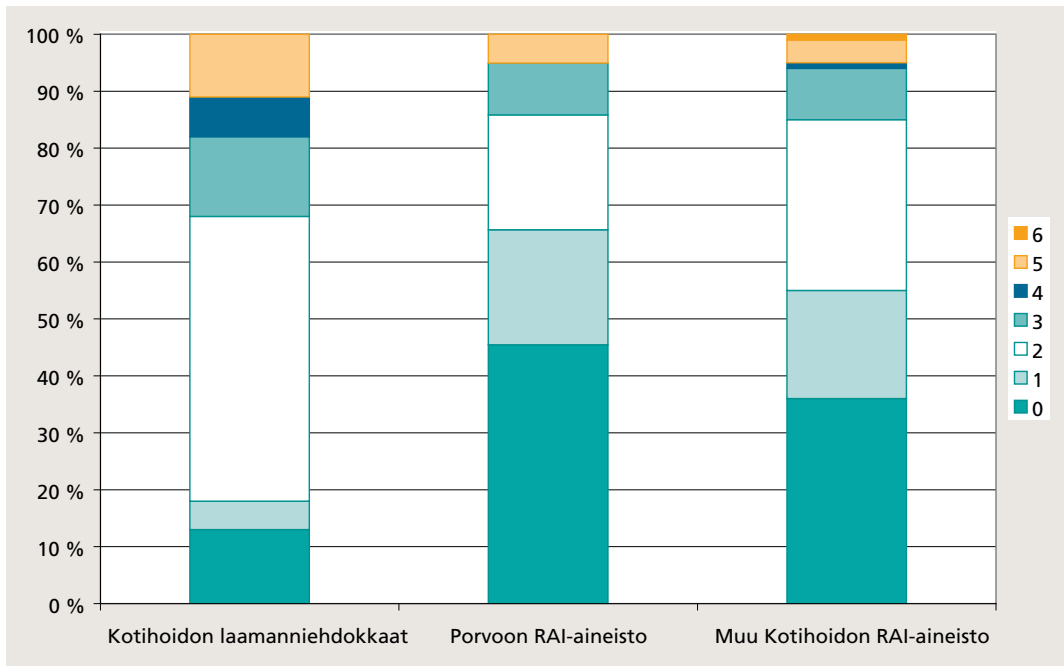
- Kotihoidon laamanniehdokkaat maaliskuussa 2006 (n = 56)
- Porvoon RAI-aineisto 1.7.–15.11.2006 (n = 95)
- Edustava otos Suomen muista kotihoitoasiakkaista 1.7.–15.11.2006 (n = 828)

Kuvio 4 osoittaa kotihoidon laamanniehdokkaiden olevan muun Porvoon kotihoitoasiakkaita vanhempia. Joka toinen laamanniehdokaslistan henkilö on 85 vuotta täyttänyt. Porvoon RAI-aineistossa 85 vuotta täyttäneitä on jonkin verran muuta Suomea enemmän ja alle 65-vuotiaita vähemmän.



KUVIO 4. Kotihoidon laamanniehdokkaiden, Porvoon muiden kotihoitoasiakkaiden ja muiden suomalaisten kotihoitoasiakkaiden ikäjakauma

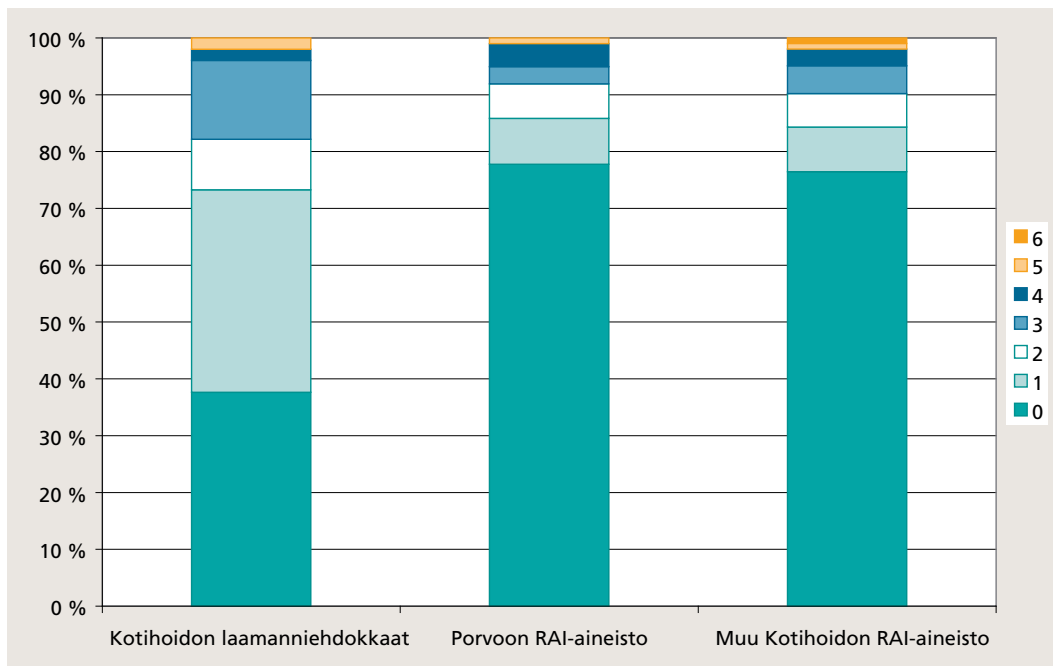
Kuviossa 5 esitetään kognitio eli älyllinen toimintakyky seitsemänportaisella asteikolla, jossa 0 on normaali ja 6 on erittäin vaikea kognition vaje. Muihin Porvoon ja muun Suomen kotihoitoasiakkaisiin verraten kotihoidon laamanniehokkaat olivat vaikeammin dementoituneita. Yli 80 prosenttia kotihoidon laamanniehokaslistan henkilöistä täytti dementian kriteerit (CPS > 1) ja joka kolmannen henkilön dementian aste oli vähintään keskivaikea. Lisäksi samasta kuviosta ilmenee, että Porvoon kotihoidossa asiakaskunta oli muuta maata hieman vähemmän kognitiovajeisia. Kognitiivisesti normaaleja oli enemmän ja keskivaikeaa ja vaikeaa kognitiovajetta hieman muuta maata vähemmän. Koska aineisto edusti vain osaa Porvoon asiakkaista, ilmiö voi asiakasvalinnan lisäksi liittyä asuinalueeseen.



KUVIO 5. Kotihoidon laamanniehokkaiden, Porvoon muiden kotihoitoasiakkaiden ja muiden suomalaisten kotihoitoasiakkaiden kognition aste, Cognitive performance Scale (asteikko 0–6, jossa 0 = normaali kognitio ja 6 = erittäin vaikea vaje)

Kotihoidon laamanniehokkaiden päivittäinen toimintakyky oli muita Porvoon kotihoidon asiakkaita ja muun Suomen otoksen asiakkaita huonompi (kuvio 6). Joka kolmas tarvitsi fyysistä apua päivittäisissä toiminnoissaan ja yli 60 prosenttia joko päivittäistä valvontaa tai fyysistä apua siten, että joka kolmannen avustuksen tarve kohdentui sairauden varhaisessa vaiheessa katoaviin toimintoihin ja noin joka neljännen keskivaiheilla menetettäviin toimintoihin.. Vaikka kotihoidon laamanniehokkaista joka kolmas oli käytetyn mittarin mukaan itsenäisiä, kuitenkin heistä yksikään ei ollut itsenäinen välinetoimintojen käytössä, eli heillä oli ongelmia jossakin seuraavista: raha-asioiden hoito, lääkityksen otto, julkisten liikennevälineiden käyttö, ostosten hoitaminen, kotitaloustöiden hoito mukaanlukien ruoan valmistuksen sekä puhelimen käyttö. 88 prosenttia laamanniehokaslistan asiakkaista tarvitsi apua vähintään kahdessa välinetoiminnossa.

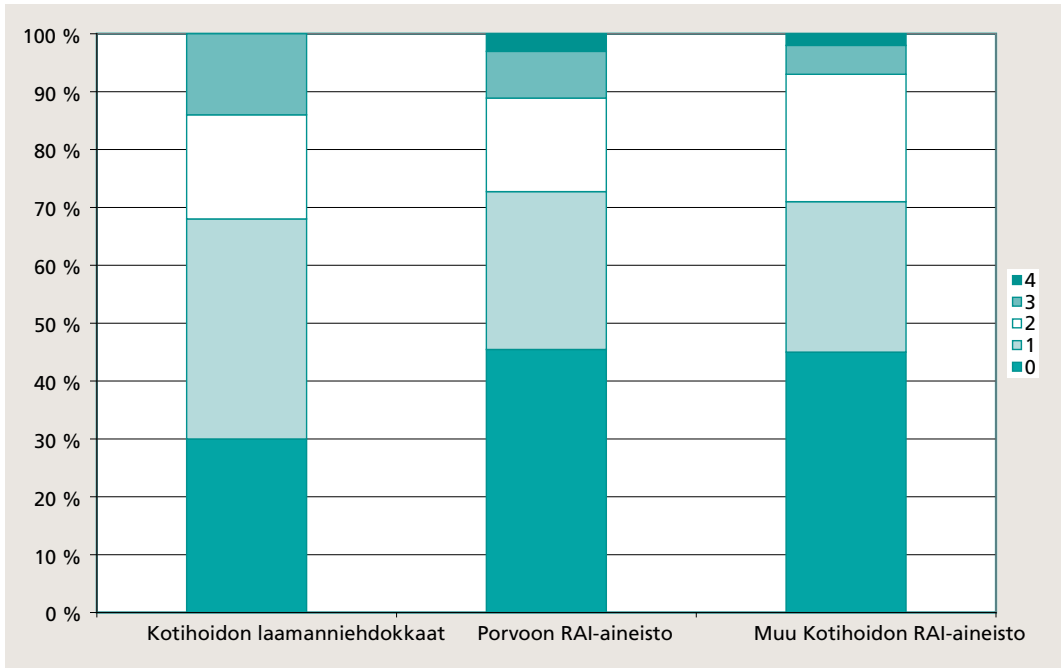
Porvoon aineiston kotihoitoaineiston asiakkaat olivat päivittäisen toimintakykynsä suhteen hyvin samankaltaisia kuin muun Suomen verrokkit.



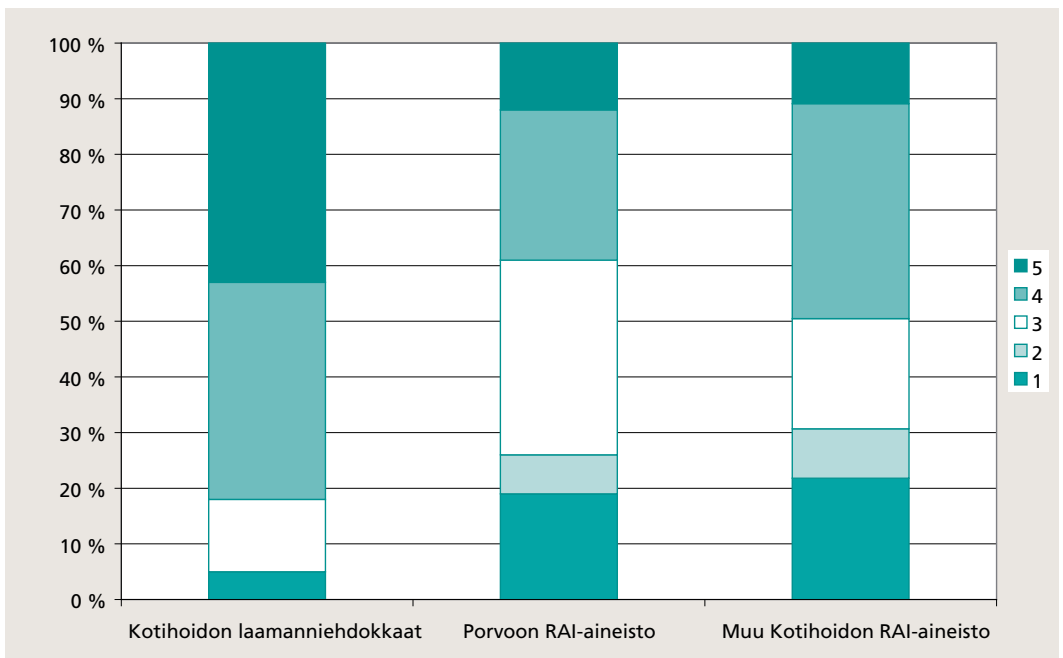
KUVIO 6. Kotihoidon laamanniehokkaiden, Porvoon muiden kotihoitoasiakkaiden ja muiden suomalaisten kotihoitoasiakkaiden päivittäinen toimintakyky, Hierarkkinen ADL-asteikko (0–6, jossa 0 = itsenäinen ja 6 = erittäin vaikea vaje)

Laamanniehokkaiden terveydentila oli jonkin verran verrokkeja epävakaampi (kuvio 7). CHES-asteikko (0–5) kuvaa terveydentilan vakautta ja kuolemanvaraa kuusiportaisella asteikolla, jossa 0 on erittäin vakaa terveydentila ja 5 erittäin epävakaata terveydentila. Lyhenne tulee mittarin nimestä *Changes in health, end-stage disease, and symptoms and signs* (terveydentilan muutokset, loppuvaiheen sairaus ja oireilu). Yhteensä 22 henkilöä (39 %) kotihoidon laamanniehokkaista oli ollut sairaalahoitossa arviota edeltäneen kuuden kuukauden aikana ja heistä joka viidennellä hoito oli tapahtunut edeltävän kuukauden aikana. Sairaalahoitossa käyneet sijoittuivat terveydentilaltaan CHES luokkiin 1–3, mikäli hoito oli tapahtunut edeltävän kuukauden aikana ja luokkiin 0–3, mikäli hoito oli tapahtunut edeltävän 3–6 kuukauden aikana.

Kuviossa 8 esitetään asiakkaiden palvelutarve MAPLe-asteikon avulla. Asteikon nimi tulee sanoista *Method for Assessing Priority Levels* (priorisointitasojen arviointimenetelmä). Mittarin asteikko on 1–5, jossa 1 = erittäin vähäinen palvelutarve, 5 = erittäin suuri palvelutarve. Kuvio osoittaa tehostettuun palveluasumiseen tarjolla olevien edustavan 82 prosenttisesti kahta kotihoidon korkeinta palvelutarveluokkaa ja portaittaisen esivalintaprosessin onnistuneen hyvin. Kuitenkin mukaan on valikoitunut yhteensä 10 henkilöä jotka käytettävissä olevien mittareiden perusteella eivät vaikuta olevan ympärivuorokautisen hoidon tarpeessa. Heistä kolme henkilöä kuului luokkaan MAPLe = 1 ja seitsemän henkilöä luokkaan MAPLe = 3.



KUVIO 7. Kotihoidon laamanniehdoikkaiden, Porvoon muiden kotihoitoasiakkaiden ja muiden suomalaisten kotihoitoasiakkaiden terveydentilan vakaus CHESS-asteikko (asteikko 0–4, jossa 0 = vakaa ja 4 = erittäin epävakaa terveydentila)



KUVIO 8. Kotihoidon laamanniehdoikkaiden, Porvoon muiden kotihoitoasiakkaiden ja muiden suomalaisten kotihoitoasiakkaiden palvelutarpeen jakauma, MAPLe-asteikko (asteikko 1–5, jossa 1 on erittäin vähäinen palvelutarve ja 5 = erittäin suuri palvelutarve)

Kevythoitoisten, MAPLe 1–3 (= 10) diagnoosit mukaanlukien mielenterveyden, käytösoireet, psykoottiset oireet, asumisolosuhteet sekä kaltoinkohtelun tai laiminlyönnin epäily on esitetty taulukossa 7.

TAULUKKO 7. Kotihoidon laamanniehdoikkaiden listan kevythoitoisten (n = 10) mahdollisia ympärivuorokautiseen hoitoon hakeutumista selittäviä MAPLe mittarin ulottumattomiin jääviä ominaisuuksia

Mahdollinen selittävä tekijä	On	Ei
Aivohalvaus	1	9
Dementiasairauden diagnoosi	2	8
Psykiatrisen sairauden diagnoosi	1	8
Lonkkamurtuma	0	0
Yhdeksän lääkettä tai enemmän	3	7
Epävakaa terveydentila (CHESS 3+)	1	9
Koettu terveydentila on huono	5	5
Psykoottinen oire (harhat/harhaluulot)	0	10
Masennusepäily (DRS > 2)	4	6
Jokin käytösoire	0	10
Vetäytyvä tai riitaisa	1	9
Toimintaa haittaava huonokuuloisuus	2	8
Toimintaa haittaava heikkonäköisyys	1	9
Kotiympäristön rakenteellinen ongelma	5	5
Kävelee epävarmasti	5	5
Pelkää kaatumista	2	8
Kaltoinkohtelun/laiminlyönnin epäily	1	9
Yksinasuva	6	4
Viettää suurimman osan päivää yksin	8	2
Yksinäinen	5	5
Omainen kuormittunut	0	10

Kotihoidon laamanniehdoikkaslista kerättiin kaikkien käytettävissä olevien arviointimenetelmien avulla. Mukaan otettiin myös kokeneen henkilöstön suosittamat yksilöt riippumatta käytettävissä olevista mittareista. Vaikka kotihoidon RAI:n sisältämä MAPLe-mittari korreloikin vakuuttavasti hoitajien asiakkaaseen käyttämään työaikaan (Björkgren ym. 2006), mittaria ei vielä toistaiseksi ole käytetty asiakkaiden valintaprosessissa Suomessa. Ei myöskään tiedetä varmuudella, onko suomalaisten kotihoitoasiakkaiden asiakasvalinnan perusteet samat kuin Kanadassa, jossa kyseinen mittari on kehitetty. Tämän vuoksi ja osittain aikataulullisista syistä kotihoidon laamanniehdoikkaslistan aineisto pidettiin erillään haastatteluprosessista.

Prosessin epäselviä kohtia olivat ne kotihoidon asiakkaat, joiden toimintakyky oli alentunut ja avun tarve suuri, joista ei ole RAI-arviota ja jotka ehkä eivät olleet osanneet riittävästi viestittää tarpeistaan, eivätkä siten päässeet mukaan arviointiprosessiin.

Tarkempia selvittelyjä tarvittiin niistä syistä, jotka johtivat kevythoitoisten hakeutumiseen ympärivuorokautiseen hoitoon. Kyseessä saattoi olla asiakkaan tai hänen omaisensa oma toive tai jokin nykyjärjestelmin näkymätön muu tekijä.

Palveluohjauksen kriteerien muodostaminen ja palvelurakenteen eri tasojen työtehtävät ja henkilöstöresurssointi ovat on kustannuspoliittisia ja eettisiä, eivät lääketieteellisiä kysymyksiä.

Lopullisen listan kokoaminen

Kotihoidon laamanniehdokaslistalta (n = 57) kutsuttiin keskusteluun kaikki ne, jotka tutkimushetkellä olivat kotonaan ja jotka halusivat tai suostuivat saapumaan vastaanotolle. Heitä oli yhteensä 33. Henkilökohtaisesti haastateltujen RaVa pisteiden keskiarvo oli 2,44, MMSE:n keskiarvo 17,7, joten haastateltujen voitiin edustavan tyydyttävästi tehostettuun palveluasumiseen tarjolle valittujen 108 henkilön esivalinta-aineistoa. Kotihoidon laamanniehdokaslistan aineisto oli anonyymi, eikä sitä käytetty henkilökohtaisessa valintaprosessissa. Ainoastaan potilasasiakirjojen tietoja käytettiin.

Haastattelut suoritettiin yhteensä kolmena päivänä taulukossa 5 listattuja kriteerejä apuna käyttäen. Haastattelijoijina ja arvioijina toimivat tämän raportin kirjoittajat. Jokaiselta haastatellulta ja/tai hänen mukanaan seuranneelta omaiseltaan tai läheiseltään tiedusteltiin lisäksi tarpeesta tai halukkuudesta muuttaa tehostettuun palveluasumiseen. Listalta poistettiin kaikki ne, jotka halusivat jatkaa kotona asumista ja joilla oli riittävä hoito ja tuki joko kotihoitona tai epävirallisena sukulaisen tai tuttavien apuna.

Ympäri vuorokautisen hoivan tarpeessa arveltiin arviointiprosessin perusteella olevan 27 henkeä ja heistä 15 oli halukkaita muuttamaan palvelutaloon lähes välittömästi. Heidän lisäksi kaikkiaan 11 henkilön arveltiin olevan jatkuvan tai vähintään tiheästi toistuvan valvonnan tarpeessa sairauden tunnottomuutensa ja arvaamattomuutensa vuoksi. Heistä valtaosa oli vielä fyysisesti hyvässä kunnossa tai heillä oli hoitava omainen, joka halusi tukea asiakkaan kotona asumista. Yksi henkilö oli fyysiseltä toimintakyvyltään huonokuntoinen mutta kognitioltaan normaali ja hän halusi jatkaa kotona asumista.

Arvioituista kaikkiaan kuuden henkilön katsottiin asuvan turvautusti nykyisessä asuinpaikassaan eikä heille tarjottu tilaisuutta tehostettuun palveluasumiseen.

Lopullinen listan henkilöt koottiin kotihoidosta, tuetusta palveluasumisesta, vanhainkodeista ja terveyskeskusten vuodeosastoilta kerätyistä sopivista ehdokkaista, joista valittiin 26 yksioön ja kaksi kaksioon yhteensä 27 henkilöä taulukon 8 mukaisesti. Dementoituville tarkoitettuun ryhmä-asumiseen valittiin 15 henkilöä ja varalle 11 henkilöä, jonka lisäksi vuorohoitoon tehostettuun palveluasumiseen ehdotettiin kahta henkilöä.

TAULUKKO 8. Tehostettuun palveluasumiseen valittujen asiakkaiden asukasrakenne

Mistä ehdolla Yksioihin /kaksioihin	Luku määrä (26)	MMSE (0-30) k.a.	RaVa k.a.	CPS (0-6) k.a.	ADLh_6 (0-6) k.a.
Koti	8	NA*	2,56	2,0	1,5
Palvelutalo	2	NA*	2,45	2,0	2,5
Vanhainkoti	10	NA*	1,77	2,0	0,9
Terveyskeskus	5	NA*	2,23	2,0	2,4
Sairaala	1	NA*	NA*	NA*	NA*
Yhteensä	26	NA*	2,13	2,0	1,8
Mistä ehdolla Ryhmäasuntoon	Luku määrä (15)	MMSE (0-30) k.a.	RaVa k.a.	CPS (0-6) k.a.	ADLh_6 (0-6) k.a.
Koti	7	15,6	2,81	2,8	2,5
Palvelutalo	2	15,5	2,23	4	3
Vanhainkoti	0	0	0	0	0
Terveyskeskus	6	16,7	1,99	2,7	1,3
Sairaala	1	NA*	NA*	NA*	NA*
Yhteensä	15	15,8	2,27	3,4	2,25

* NA = ei saatavilla

Koska lista valmistui huhtikuun 23 päivänä ja tehostettu palveluasuminen oli suunniteltu avattavaksi 1.6., oli todennäköistä, että listalle valittujen henkilöiden voinnissa tapahtuisi vielä muutoksia ja listan ulkopuolelta tultaisiin valitsemaan muita henkilöitä, joiden avuntarve on pysyvästi listan tekoa seuranneen kuukauden aikana muuttunut. Listalle valikoitui kaksi listaa laadittaessa sairaalahoidossa olevaa henkilöä, joista toinen oli haastateltu kotoa käsin ja toinen asui maksusitoumuksella toisella paikkakunnalla.

Osittain listan elämisen vuoksi ja osittain siksi, että tarjolla ei ollut useampia halukkaita yksioihin jäi neljä täyttämätöntä paikkaa 23.4. varalle täytettäväksi myöhemmin tässä raportissa hahmotelluin kriteerein.

Taulukko 8 on suuntaa antava, koska mittarilukuja ei saatu kaikista. Mittareiden valossa yksioihin valittujen kognition ja fyysisen toimintakyvyn vajeet olivat ryhmäasumiseen valittuja vähäisempiä..

Tehostettuun palveluasumiseen valikoitiin sellaiset laitoshoidon kevythoitoiset, joiden itsensä tai heidän omaisensa/läheisensä voitiin olettaa hyötyvän muutosta lähemmäksi keskustaa ja jotka itse olivat halukkaita muuttamaan. Alustavan listan valmistumisvaiheessa 23.4.2007 kotihoidossa ei ollut tarjolla muita runsaasti apua tarvitsevia sellaisia henkilöitä, jotka olisivat halunneet muuttaa pois kotoaan sairautensa tai tilansa nykyvaiheessa ja joiden omaiset eivät olisi olleet kyvykkäitä tai halukkaita jatkamaan.

Sen sijaan dementoituville tarkoitettuun ryhmäasumiseen asetettiin jonoon kahta kuukautta myöhemmin mahdollisesti avautuvia paikkoja varten yhteensä ne 11 henkilöä, joiden arveltiin tarvitsevan jatkuvaa silmälläpitoa arvaamattomuutensa ja tiheästi toistuvan avuntarpeensa vuoksi, mutta jotka haastatteluvaiheessa olivat ilmaisseet haluttomuutensa muuttaa tehostettuun palveluasumiseen.

Edelläolevien selvitysten perusteella Porvoossa asui huhtikuussa 2007 arviolta viitisenkymmentä sellaista iäkästä henkilöä, joiden terveydentilan ja kognitiovajeen yhdessä aiheuttama toiminnanvaje oli arviolta samaa luokkaa kuin tehostetussa palveluasumisessa Suomessa keskimäärin.

Yhteenveto, pohdinta ja päätelmät

Laamannin tehostettuun palveluasumiseen jonottavien lista valmistui 23.4.2007 käsitti 15 ehdokasta kotoa, kaksi tuetusta palveluasumisesta, 10 vanhainkodeista ja 11 terveyskeskuksesta sekä kaksi sairaalasta jonottavaa asiakasta, yhteensä 41 asiakasta. Neljä paikkaa jätettiin tässä vaiheessa avoimiksi.

Yksioihin tai kaksioihin jonottavien asiakasrakenne muovautui ryhmäasumista hieman kevyemmäksi kognition ja fyysisen toimintakyvyn osalta. Kaiken kaikkiaan taulukon 8 perusteella listalle valikoituneiden asiakasrakenne sijoittuu vanhainkotien ja tuetun palveluasumisen väliin. RAI-aineiston perusteella kognitiovajeen keskiarvo palvelutaloaineistossa Suomessa on 1,7 (Laamanni 2,0 ja 3,4) ja päivittäisen toimintakyvyn vajeen 1,16 (Laamanni 1,18 ja 2,25). Vastaavat keskiarvot vastaavana aikana Suomen vanhainkodeissa olivat kognition osalta 3,4 ja päivittäisen toimintakyvyn osalta 3,7.

Asiakasvalintaa voidaan pitää onnistuneena seuraavin perustein:

- Asiakasrakenteeltaan ehdotettu aineisto sijoittuu hieman vaativammaksi kuin Suomen kotihoidon RAI-järjestelmää käyttävien palvelutalojen aineisto keskimäärin. Se onkin perusteltua, sillä Suomen aineistossa (RAI-HC) on mukana myös tuettua palveluasumista.
- Laamannin aineisto erottuu keveämpänä kuin Suomen vanhainkodeissa keskimäärin.
- Ryhmäkodin asukkaiden hoidon vaativuus on hieman yksioiden/kaksioiden asukkaiden tarpeita suurempi.

Mikäli asiakasvalinta toteutuu ehdotetun kaltaisena, voidaan edellä olevan perusteella tehostetun palveluasumisen katsoa eroavan asukasrakenteensa suhteen oleellisesti laitoshoidosta, mutta täyttävän ympärivuorokutisen hoivan ja hoidon tarpeen kriteerit.

Selvityksen valintamenettelyn avulla lyhyellä aikavälillä tehostetun palveluasumisen tasoiseen asumismuotoon muuttajiksi sopivia halukkaita löytyi vain 15 (2,5% Porvoon säännöllisen kotihoidon asukkaista). Ei ole perusteltua houkutella laitospaiseen ympäristöön sellaisia henkilöitä, joilla on halua ja mahdollisuus asua vielä kotonaan jos syynä on ainoastaan se, että paikkoja sattuu olemaan tarjolla.

Valintaprosessi osoitti, että 45 paikan samanaikainen avautuminen (13 %:n lisäys ympärivuorokautiseen hoitoon) Porvoon kokoisella alueella mahdollistaa laitoshoidon tervehtyttämisen, mutta uhkaksi voi muodostua tarpeettoman hyväkuntoisten imurointi tehostettuun palveluasumiseen, kotihoidon suhteeton keveneminen sekä käytäntöjen muovautuminen tasolle, jossa paineet kohdistuvat uusien pitkäaikaispaikkojen rakentamiseen sen sijasta, että kotihoitoa resursoitaisiin ja sen työkenttää aktiivisesti kehitettäisiin.

Laitoshoidon kohdentumisen ja erityisesti terveyskeskusosastojen toimintaedellytysten turvaamisen näkökulmasta yhteensä 21 tehostetun palveluasumispaikan varaaminen laitoksesta siirtyville potilaille oli perusteltua. Mikäli tilaisuuteen nyt tartutaan, terveyskeskussairaalan toimintaprofilia on mahdollisuus muokata nopeampaan potilasvirtojen käsittelyyn, kuntoutukseen ja kotihoidon kentän tukemiseen siten, että sakkomaksuja ei enää muodostu.

Asukasvalinta oli aikaavievä prosessi jonka suorittamista hidasti oleellisesti kattavien käytettävissä olevien tietojen ja mittareiden sirpaleisuus avohoidossa. Laitoshoidon osalta työ sujui joutuisasti ja henkilöstön käsitys tehostetusta palveluasumisesta hyötyvistä oli yhtenevä RUG-III järjestelmän kevythoitoiluokkien kanssa (PA IA BA CA).

Systemaattisten arvioiden säännöllinen suorittaminen turvaa oikeudenmukaisen ja objektiivisen päätöksenteon tilanteissa, joissa päätöksillä on kauaskantoiset seuraukset sekä veronmaksajille että iäkkäille hoitoa ja hoivaa tarvitseville.

OSA II

EHDOTUS PALVELURAKENTEEEN KRITEREIKSI PORVOOSSA

Palvelurakenteesta

Porvoon käytössä oli tätä kirjoitettaessa avohoidon osalta kotihoidon kolme aluetta sekä kahdentyyppistä tuettua palveluasumista, ei-ympäri vuorokautista ja ympärivuorokautista sekä jonkin verran tehostettua palveluasumista. Laitoshoidona tarjolla oli kaksi melko samankaltaista vanhainkotiä ja terveyskeskuksen vuodeosasto. Selvitystyön ja raportin kirjoittamisen syynä oli 45 uuden ympärivuorokautisen hoitoa antavan tehostetun palveluasumispaikan avautuminen kesäkuun 1. päivänä 2007.

Ympäri vuorokautista hoitoa ja hoivaa tarjoavien hoitopaikkojen tuntuva lisääminen mahdollisti toiminnan entistä monitasoisemman profiloitumisen erityisesti keskitasoa kevyhoitosempien osalta. Toisaalta on mahdollista, että Porvoon ei pienen kokonsa vuoksi kykene täysimittaisesti hyödyntämään nykyisenkaltaista neljän tasoista avohoitoa ja kahden tasoista laitoshoidoa käsittävää järjestelmäänsä. Siinä tapauksessa ohjausketjua kannattaa yksinkertaistaa esimerkiksi kolmen tasoiseksi: 1) Sairaalahoido ja kuntoutus, 2) ympärivuorokautista hoivaa tarjoava asuminen ja 3) muu kotona tai korvaavissa asumismuodoissa asuminen. Ehdotus on kuitenkin rakennettu nykyisen moniportaisen palvelurakennemallin perusteella.

Mittareiden mahdollisuudet palveluohjauksessa

Palvelutarpeen arviointi ja palvelujen piiriin hyväksymisen kriteerit palvelurakenteen eri portailta edellyttävät välineistöä, joka luotettavasti erottelee palvelumuotoja toisistaan ja joiden avulla palveluohjaus voidaan suorittaa.

Asiakkaan elämässä mutta myös kustannuksien muodostumisessa suurin askel otetaan siirryttäessä ympärivuorokautiseen hoitoon. Koska henkilöstön palkat muodostavat vanhustenhuollon suurimman menoerän kunnille, niiden on tärkeää tietää millaisten asiakkaiden hoitoon tai hoivaan, henkilöstön käytettävissä oleva aika ja osaaminen käytetään. Palveluohjauksessa käytettävien mittareiden pätevyys henkilöstön työajan indikaattorina ja mahdollisimman hyvä erottelukyky tämän asian suhteen ovat tärkeitä ominaisuuksia suunniteltaessa palveluohjausta.

Erottelukyvyn lisäksi mittareilta edellytetään, että ne tukevat henkilöstöä yhdenmukaisiin ja oikeudenmukaisiin päätöksiin. Päätösten tulisi johtaa laadukkaaseen ja kustannustehokkaaseen hoitoon, joka puolestaan lisää asiakastytyväisyyttä ja edistävää asiakasvirtojen ja palveluketjujen saumattomuutta.

”Method for assessing priority levels” (MAPLe) luotiin Kanadassa kotihoidon palveluohjaukseen. Sekä asiakkaiden hoitoon käytetty ”epävirallinen aika” (omaisten tai läheisten hoitoon tai avustamiseen kuluttama aika) että ammattihenkilöstön eri asiakkaihin allokoima ”virallinen aika” näyttävät korreloivan hyvin MAPLe mittarin asteikon kanssa kotihoidon asiakkailla (Björkgren ym. 2006). Laitoshoidossa tarkin tarjolla oleva asiakasrakenteeseen sidottu hoitajien työajan allokaatiota kuvaava luokittelujärjestelmä on Resource utilization Groups (RUG-III). Tämä luokitus tulee kattamaan myös kotihoidon vuoteen 2008 mennessä, jolloin kunnan kaikkien vanhuspalveluiden palveluohjaus voidaan rakentaa näiden kahden mittarin varaan.

Tämä kriteerisuositus on laadittu Porvoota varten ja perustuu niihin toimenkuviin tehtäviin ja tavoitteisiin, joita Porvoon kaupunki vanhuspalvelujensa eri hoitomuodoilta ja palveluilta edellyttää.

Kriteerisuositus

Seuraavaksi esitettävä kriteerisuositus on viitteellinen ja sopii edelleen muokattavaksi palvelurakenteen tai -muotojen mahdollisesti muuttuessa. Kriteerisuositukset perustuvat kahteen mittariin, MAPLe:en avohoidossa ja RUG-III luokitukseen laitoshoidossa.

Tarjolla oleville palveluille on kullekin esitetty ehdotus siitä millaisten tekijöiden totutuessa uusi asiakas tai potilas tulee ottaa kyseisen palvelun piiriin ja milloin harkita muunlaista palvelumuotoa.

AVOHOITO

1. Kotihoito

Tavoitteet ja tehtävät:

- Tukea kotona asumista mahdollisimman pitkään turvaamalla asiakkaiden mahdollisuudet asianmukaiseen ravinnon saantiin liikuntaan, sairauksien diagnostiikkaan ja hoitoon, mukaan lukien lääkityksen ja apuvälineet ja kuntoutuksen.
- Ehkäistä tarpeettomasta toiminnanvajeesta johtuvaa varhaista laitostumista.
- Ehkäistä passivoitumista ja edistää omatoimista selviytymistä.
- Kohdentaa palvelut riskiasiakkaille.
- Ehkäistä turvattomuutta, lievittää yksinäisyyttä ja ja ahdistuneisuutta kanavoimalla palveluja ja toimimalla yhteistyössä kolmannen sektorin ja järjestöjen kanssa.

Erityistarpeet Porvoossa: kehittää kotihoitoa nykyistä jonkin verran vaativammaksi.

Kotihoitoon pääsyn kriteerit

- MAPLe 2+ (kaksi tai enemmän)
- MAPLe 1 vain poikkeuksellisista syistä, kuten psykoottiset oireet (asiakkaan turvallisuuden vaarantava harhaisuus tai harhaluuloisuus) erityisen pitkät välimatkat JA kyvyttömyys käyttää julkisia liikennevälineitä (niiden puuttuminen tai vähävaraisuus)
- Säännöllisten MAPLe 1 luokkaan kuuluvien asiakkaiden tavoitteellinen %-osuus voidaan haluttaessa asettaa johonkin seuraavista: a) väljä tavoitetaso 21% tai enemmän, b) tiukennettu tavoitetaso 15-20%, c) runsaasti tiukennettu tavoitetaso korkeintaan 10-14 % kaikista kotihoidon asiakkaista.
- Tavoitetason tiukentaminen edellyttää MAPLe 1 luokkaan luokitettujen tarpeisiin vastaimista myös ohjaamalla heitä muiden kuin julkisten sosiaali- ja terveydenhuollon tuottajien piiriin

Kevythoitoiset: MAPLe 1 luokka syksyn 2006 aineistossa Porvoossa (n = 18/95, 19 %)

- MAPLe-1 luokkaan sijoittui 19 prosenttia kaikista arvioiduista asiakkaista.
- MAPLe-1 luokkaan sijoittuneista henkilöistä vain yhdellä oli ollut kotiavun henkilöstön (sairaanhoitaja, perushoitaja, lähihoitaja, kodinhoitaja) käyntejä arviota edeltäneen viikon aikana.

- Jokaisella oli ongelma vähintään yhdessä välinetoiminnoissa: Kotitaloustyöt (67 %) , lääkkeiden otto (39 %), puhelimen käyttö (5 %), ostoksilla käynti (94 %), raha-asioiden hoito (50 %), kulkuvälineiden käyttö (61 %).
- Päivittäisissä toiminnoissa kuusi prosenttia oli avun tarvetta alavartalon pukemisessa ja 22 prosenttia kodin ulkopuolella liikkumisessa. Muutoin asiakkaat olivat itsenäisiä päivittäisten toimintojen suhteen.
- Epävakaava kävely (61 %) ja ulosmenemisen kaihtaminen kaatumisen pelossa (50 %), yksinäisyyden kokemus (28 %) sekä yksinolo kaiket päivät (67 %) saattoivat selittää kotihoidon käyntejä.
- Jokaisella oli yksi tai useampi seuraavista: ateriapalvelu (22 %), kuljetuspalvelu (33 %), siivouspalvelu (22 %), saattopalvelu (0 %) kylppärypalvelu (0 %), turvapalvelu (22 %) tai turvaranneke (22 %).
- Kotihoidon palvelujen tarvetta kevythoitoisilla selittivät vaikea näön (6 %) tai kuulon (6 %) alenema, epävakaava terveydentila (28 %), hoitavan omaisen kuormittuneisuus (12 %) psykiatrinen sairaus (6 %) dementiasairaus ja/tai dementialääkitys (6 %).

Kevythoitoisten vähentäminen julkisten palvelujen piiristä edellyttää huolellista harkintaa sekä yhteistyötä ei-kunnallisten toimijoiden kuten järjestöjen ja vapaaehtoisten kanssa tai omaishoidon tuen uudelleen järjestelyjä. Kevythoitoisten pääasiallinen avun tarve Porvoossa keskittyi väline-toiminnoissa avustamiseen. Epävakaavasti kävelevistä osa hyötyisi aggressiivisista lihaskuntoharjoitteista ja fyysisen kunnan koheneminen johtaisi parempaan omatoimisuuteen. Kotihoidon kevythoitoisista osa soveltuisi ehkäisevien kotikäyntien ja/tai vanhusneuvola-tyyppisen toiminnan asiakkaiksi.

Haastavampien hoidettavien lisääminen kotihoitoon puolestaan edellyttää joustavampia sairaalaan ottamisen käytäntöjä, lyhytaikaishoitoja sekä nopeita tuettuja kotiutuksia.

Kotihoidosta edelleen ohjaamisen kriteerit

- MAPLe 4 – jos KAIKKI seuraavat toteutuneet
 1. Käyntien määrän tarve vuorokaudessa on 4 tai enemmän
 2. Avun tarve on jatkuvaa, ei tilapäistä kuten esim haavan hoito
 3. Lääkäri on tarkistanut tilanteen eikä lääketieteellistä kohenemistä ole näköpiirissä JA kuntoutusta kokeiltu
 4. RAI-arviossa ei esiinny korjattavissa / kohennettavissa olevia tekijöitä
 5. Asunnonmuutostyöt eivät korjaa tilannetta
 6. Haettavissa olevat taloudelliset tuet on käytetty
 7. Henkilöllä ei ole hoidossa avustavaa omaa sellaista tukihenkilöä, joka tarvittaessa voisi lisätä omaa työpanostaan

2. Tuettu palveluasuminen

Tavoitteet ja tehtävät:

- Ehkäistä turvattomuudesta tai yksinäisyydestä johtuvaa varhaista laitostumista.
- Ehkäistä passivoitumista ja edistää omatoimista selviytymistä.

Tuettuun palveluasumiseen pääsyn kriteerit

Edellytys kaikissa tapauksissa: kotihoitoa on kokeiltu

- MAPLe 2+ (kaksi tai enemmän)
- MAPLe 1 vain poikkeuksellisista syistä, kuten psykoottiset oireet (harhaisuus tai harhaluuloisuus) erityisen pitkät välimatkat JA kyvyttömyys käyttää julkisia liikennevälineitä (niiden puuttuminen tai vähävaraisuus)
- Tuettu ympärivuorokautinen asuminen: samat kriteerit, mutta turvattomuutta tai ajoittaista avun tarvetta esiintyy myös yöllä

Tuetusta palveluasumisesta pysyvästi edelleen ohjaamisen kriteerit

- Voinnin ja tai toimintakyvyn pysyvä muutos sellaiseksi, että se täyttää muiden (pääasiallisesti vaativamman) palvelurakenteen tason kriteerit

3. Tehostettu palveluasuminen

Tavoitteet ja tehtävät = ”sosiaalinen hyvä elämä vaikeasti sairaille”; tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu

- monisairaille toiminnanvajeisille henkilöille, jotka hyötyvät tehostetun palveluasumisen itsenäisyydestä, talon sijainnista ja muiden asukkaiden seurasta.
- henkilöille, jotka sairautensa vuoksi tarvitsevat ei-sairaalatason sairaanhoidollista osaaamista.
- dementia voi olla yksi sairauksista – tällöin sosiaalisia taitoja jäljellä.

Tehostettuun palveluasumiseen pääsyn kriteerit

- MAPLe 4–5
- Sairaata ja epävakaita joilla on toistuvia sairaalajaksoja ja monien sairauksien vuoksi sairaanhoidollisten toimenpiteiden säännöllinen ja jatkuva tarve; Esim aivohalvaukset, joilla neuropsykologisia vajeita, vaikea COPD, epävakaa sokeritasapaino diabeetikolla (ja/tai toistuvia infektoita)
- ”Nuori” ikä yhdistyneinä iäkkäämmillä usein esiintyviin erityisongelmiin siten, että muut tähän hoitomuotoon pääsyn kriteerit täyttyvät
- MAPLe 1–3 JOS CHESS =3+ (kolme tai enemmän) TAI poikkeuksellisista syistä, kuten psykoottiset oireet (harhaisuus tai harhaluuloisuus) yhdessä TOISTUVASTI epävakaa sairauden kanssa, TAI erityisen pitkät välimatkat JA kyvyttömyys käyttää julkisia liikennevälineitä (niiden puuttuminen tai vähävaraisuus) yhdessä TOISTUVASTI epävakaa sairauden kanssa.
- tavoitetaso: MAPLe 1–2 korkeintaan seitsemän prosenttia kaikista TEHPA:n asiakkaista

Tehostetusta palveluasumisesta pysyvästi edelleen ohjaamisen kriteerit

- Asumismuoto mahdollistaa asumisen elämän loppuun asti riippumatta toimintakyvystä
- Voinnin ja tai toimintakyvyn muutos pysyvästi tai hyvin pitkäksi ajaksi sellaiseksi, että se edellyttää toistuvia vaativia lääketieteellisiä toimenpiteitä, jolloin pysyvä siirtyminen terveyskeskuksen vuodeosastolle on perusteltua.
- Tilan pitkäaikainen tai pysyvä koheneminen edellyttää asiakkaan omaa halua purkaa palveluasumisen vuokrasuhde.

LAITOSHOITO

4. Vanhainkoti

Tavoitteet ja tehtävät = ”hoiva”; vanhainkotiasuminen on tarkoitettu

- ensisijaisesti dementiaa sairastaville toiminnanvajeisille henkilöille, jotka hyötyvät laitostasumisesta, ns. ”puhtaat tai melko puhtaat demensiat”, henkilöt joiden pääasiallinen avuntarve johtuu dementoivasta sairaudesta.
- dementia vaikeuttaa oleellisesti välinetoimintojen lisäksi päivittäisistä toimista selviytymistä.
- henkilöille, joiden päätöksentekokyky on sairaudesta johtuen alentunut, eivätkä he sairautensa vuoksi voi enää asua turvallisesti kotona
 - toistuvaa turvallisuuden vaarantavaa eksyilyä/karkailua
 - toistuvia vaaratilanteita kotona.
- tavoitteena on jäljellä olevan toimintakyvyn säilyminen niin pitkään kuin mahdollista.

Vanhainkotiin pääsyn kriteerit

- MAPLe 4–5 JA kognitioon vaikuttava sairaus
- MAPLe 2–3 VAIN jos toistuva turvallisuuden vaarantuminen (karkailu onnettomuudet, vaikea harhaisuus)
- MAPLe 1 -> turvattomuus on peruste vanhainkotisijoitukselle vain kaltoinkohtelun yhteydessä
- tavoitetaso: MAPLe 1 korkeintaan yksi prosentti kaikista vanhainkotasukkaista, PA-ryhmään kuuluvia asukkaita korkeintaan seitsemän prosenttia.

Vanhainkodista pysyvästi edelleen ohjaamisen kriteerit

- Asumismuoto mahdollistaa asumisen elämän loppuun asti riippumatta toimintakyvystä.
- Voinnin ja tai toimintakyvyn muutos pysyvästi tai hyvin pitkäksi ajaksi sellaiseksi, että se edellyttää toistuvia vaativia lääketieteellisiä toimenpiteitä, jolloin pysyvä siirtyminen terveyskeskuksen vuodesastolle on perusteltua.
- Tilan pitkäaikainen tai pysyvä koheneminen kevythoitoiseksi edellyttää sen harkitsemista, kannattako asukkaan muuttaa kevyemmälle palvelurakenteen tasolle. Tällöin toimitaan kunkin tason kriteerien mukaisesti

5. Terveyskeskus

Tavoitteet ja tehtävät = ”diagnostiikka, sairaus, kuntoutus”; terveyskeskus on tarkoitettu

- monisairaille toiminnanvajeisille iäkkäille, joilla on selvitettäviä sairauksia, vaikeasti saneerattavia lääkityksiä ja/ tai joilla on kuntoutumisen potentiaalia.
- niille monisairaille toiminnanvajeisille henkilöille, joilla ei ole kuntoutumisen potentiaalia ja jotka epävakaa somaattisen sairautensa JA suuren avuntarpeensa vuoksi eivät pärjää TEHPA:ssa tai vanhainkodissa.
- tavoitteena on diagnostiikka ja hoito ja kuntoutus JA/TAI sairauden mahdollisimman hyvä hallinta.

Terveyskeskukseen pääsyn kriteerit

- MAPLe 4–5 JA epävaka somattinen sairaus
- MAPLe 1–3 VAIN
 - jos toistuvia sairaalajaksoja TAI
 - CHES=3+ (kolme tai enemmän) TAI
 - tavoitteena on uloskirjaus viimeistään 6 kk:ssa
- haastava saattohoito

Terveyskeskuksesta pysyvästi edelleen ohjaamisen kriteerit

- Asumismuoto mahdollistaa asumisen elämän loppuun asti vain kriteerit täyttävissä erityistapauksissa
- Tilan pitkäaikainen tai pysyvä koheneminen kevythoitaiseksi (RUG alaluokat PA BA IA CA ja erikseen harkittavissa tapauksissa CB) edellyttää kevyemmän palevelurakenteen tason harkintaa. Tällöin toimitaan kunkin tason kriteerien mukaisesti

Lähteet

1. Björkgren, M., Noro, A., Vähäkangas, P., Finne-Soveri, H. Palvelujen ohjaaminen – MAPLe ja MI-CHOICE-mittarit. Kirjassa: Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä (toim Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P., Noro, A.). Stakes. Vaajakoski 2006:122–129.
2. Finne-Soveri, U. H., Noro, A., Björkgren, M. Polyfarmaci inom de institutionella boendeformerna för de äldre i Finland. *Finska Läkaresällskapets Handlingar* 2004;2:55–61.
3. Hirdes, J. P., Frijters, D. H., Teare, G. F. The MDS-CHESS scale: A new Measure to Predict mortality in institutionalised older people. *Journal of American Geriatric Society* 2003;51:96–100.
4. Liedenpohja, A. M., Saarela, T., Finne-Soveri, H. Psykogeriatriset pitkäaikaisyksiköt – eilistä päivää vai huomisen haaste. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Selvityksiä. 2004:12 Helsingin kaupungin terveystieteiden RAPORTTEJA. 2004:7.
5. Morris, J. N., Fries, B. E., Bernabei, R. et al. RAI-Home Care [RAI-HC] Assessment Manual for Version 2.0. Marblehead, MA: Opus Communications, 2000, s. 1–261.
6. Morris, J., Fries, B. E., Steel, K., Ikegami, N., Bernabei, R., Carpenter, G. I. Comprehensive Clinical Assessment in Community Setting: Applicability of the MDS-HC. *Journal of the American Geriatrics Society* 1997; 45(7): 1017–1024.
7. Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P. (toim.). Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes. Saarijärvi 2005.
8. Soldato, M., Liperoti, R., Landi, F., Finne-Soveri, H., Carpenter, I., Fialova, D., Bernabei, R., Onder, G. Non-malignant daily pain and risk of disability among older adults in Europe. *Pain* 2006.

Liite 1.

MAPLe-mittarin osatekijät

MAPLe-mittarin rakenne on hierarkkinen ja monitasoinen, jonka vuoksi se soveltuu parhaiten tietokonesovelluksen avulla käytettäväksi. Kaikki huomioidut tekijät sisältyvät MDS-HC 2,0 kaavakkeen kysymyksiin ja ovat joko yksittäisiä kysymyksiä tai niistä rakennettuja yhdistelmiä. Mittari rakentuu seuraavista osatekijöistä:

1. Hierarkkinen ADL-asteikko (ADLh_6, asteikko 0–6, jossa 0 on itsenäinen ja 6 on täysin autettava)
2. Cognitive Performance Scale (CPS, asteikko 0–6, jossa 0 on normaali ja 6 on erittäin vaikea kognition alenema)
3. Käyttöoireet: vaeltelu, sanallinen tai fyysinen aggressiivisuus, sosiaalisesti poikkeava käytös tai tarjotun avun vastustelu
4. Arkielämän päätöksentekokyvyn muutos huonommaksi (kyllä/ei)
5. Kotiympäristön vaaratekijät (kylpyhuone, keittiö, lämmitys, henkilökohtainen turvallisuus, pääsy kotiin)
6. Lääkityksestä selviytyminen
7. Paine- tai säärihaavojen olemassaolo
8. Söi vain yhden aterian päivässä tai vähemmän vähintään kahtena arviota edeltäneen kolmen vuorokauden aikana
9. Merkittäviä nielemisvaikeuksia, jotka edellyttävät ruoan käsittelyä tai letkuravitsemusta
10. Vaikeuksia aterioiden valmistuksessa
11. Kaatunut kahdesti tai useammin
12. Omatoimisuus (ks. alla)
13. Laitoshoidon uhka CAP (ks. alla).

Omatoimisuus on algortimi, joka muodostuu seuraavista osatekijöistä: päivittäinen omiin aktiviteetteihin omistettu aika, omatoimisuus aterioiden valmistamisessa, omatoimisuus kotitaloustöissä, omatoimisuus liikennevälineiden käytössä, omatoimisuus hygienian hoidossa ja kylpemisessä sekä lähimuisti.

Laitoshoidon uhka CAP on hoitohenkilöstön apuvälineen, Client Assessment Protocols (CAP) mittarin laitoshoidon uhkaa koskeva osio. Se koostuu seuraavista osatekijöistä: Aiempi laitoshoidossa asuminen, käy harvoin kodin ulkopuolella, ongelmia pidätyskyvyssä, jokin dementoiva sairaus, multippeli skleroosi tai pään vamma, toimintakyvyn muutos huonompaan tai avun tarpeen lisääntyminen, omatoimisuus hygienian hoidossa, kylpemisessä, pukeutumisessa, aterioiden valmistamisessa, ostoksilla käynnissä, käyttöoireiden esiintyminen, päätöksentekokyky, akuutin sekavuuden merkit, ympäristön vaaratekijät, lääkkeiden lukumäärä, haavojen esiintyminen. vähäiset ateriat, nielemisongelmat, omaisen kuormittuneisuus, asiakas, omainen ja/tai henkilöstö kannattaa hoitopaikan muutosta.

TYÖPAPEREITA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2007

Ritva Teräväinen, Outi Räikkönen, Matti Heikkilä: Laatusuosituksen arviointi. Arviointia laatusuosituksen ohjausvaikutuksista ja vaikutuksista palvelujärjestelmään
Työpapereita 27/2007 Tilausnro T27/2007

Mari Pajula: Ongelmapelaajan läheinen: sairas vai selviytyjä? Selvitys rahapeliongelman vaikutuksista läheisiin
Työpapereita 26/2007 Tilausnro T26/2007

Teresa Taskinen: Kaupassa, kioskillä ja kotikoneella. Rahapelit nuorten elämässä
Työpapereita 25/2007 Tilausnro T25/2007

Saaramia Varvio: Katsaus Suomen rahapelijärjestelmään
Työpapereita 24/2007 Tilausnro T24/2007

Atte Meretoja, Risto O. Roine, Terttu Erilä, Matti Hillbom, Markku Kaste, Miika Linna, Antti Liski, Merja Juntunen, Reijo Marttila, Aimo Rissanen, Juhani Siverius, Unto Häkkinen: PERFECT – Stroke. Hoitoketjujen toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset aivoverenkiertohäiriöpotilailla
Työpapereita 23/2007 Tilausnro T23/2007

XII Kouluterveyspäivät. 28.–29.8.2007 Jyväskylän yliopisto. Tiivistelmät ja posterit
Työpapereita 22/2007 Tilausnro T22/2007

Timo M. Kauppinen, Helka Raivio: Toimeentulotuen uusien asiakkaiden jonotilanne 2007
Työpapereita 21/2007 Tilausnro T21/2007

Mauno Konttinen, Riitta Haahti (red.): Annus Medicus Fenniae 2007. Nordiskt hälsodirektörsmöte. Siguna, Sverige 22.–23. augusti 2007
Työpapereita 20/2007 Tilausnro T20/2007

Marja-Leena Perälä, Kristiina Junttila, Maisa Toljamo: Benchmarking-järjestelmän kehittäminen hoitotyöhön
Työpapereita 19/2007 Tilausnro T19/2007

Sinikka Sihvo ym.: Väestö, biopankit ja lääketieteellinen tutkimus
Työpapereita 18/2007 Tilausnro T18/2007

Ani Kajander: Raportti Sosiaalihuollon ekonsultaatiohankkeesta
Työpapereita 17/2007 Tilausnro T17/2007

Liisa Lehtonen, Sture Andersson, Mikko Hallman, Mikko Lavonius, Jaana Leipälä, Outi Tammela, Heikki Korvenranta, Liisi Rautava, Emmi Korvenranta, Mikko Peltola, Miika Linna, Mika Gissler, Unto Häkkinen: PERFECT – Keskokset. Hyvin ennen aikaisten keskosten hoito, kustannukset ja vaikuttavuus
Työpapereita 16/2007 Tilausnro T16/2007

Unto Häkkinen, Ulla Idänpään-Heikkilä, Ilmo Keskimäki, Timo Klaukka, Mikko Peltola, Auvo Rauhala, Gunnar Rosenqvist: PERFECT – Sydäninfarkti. Sydäninfarktin hoito, kustannukset ja vaikuttavuus
Työpapereita 15/2007 Tilausnro T15/2007

Kristiina Häyrinen (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikan ja tiedonhallinnan tutkimuspäivät. Tutkimuspäivät 2007
Työpapereita 14/2007 Tilausnro T14/2007