

Ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelma Kotkan informaatiojärjestelmien valossa

REIJO SUND – OLLI NYLANDER – TUULA PALONEN

Johdanto

Kunnat palvelujen järjestäjinä

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuun hajauttaminen kunnille on ollut suomalaisen palvelujärjestelmän erityispiirre nyt yli kymmenen vuoden ajan. Valtion epäsuora valtionosuuksiin perustuva rahoitusohjaus on viime vuosien aikana osuudeltaan jatkuvasti laskenut, vaikka terveydenhuollon rahoituksen makrotaloudellisista raameista päättäminen tapahtuu nykyisin entistä keskitetympin. Varsinaiset palvelurakenteet ovat kuitenkin hitaasti muuttuvia, joten kuntien toimintavapaudet ovat toistaiseksi tuottaneet suhteellisen vähän toisistaan poikkeavia palveluratkaisuja (Lehto 2003). Periaatteessa kunta toimii järjestäjänä palvelujen verkostossa, jossa se voi suoraan vaikuttaa vain itse tuottamiensa palvelujen sisältöön. Käytännössä kunnan rooli on kuitenkin toimia sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinoilla lähinnä palvelujen ostajana ja rahoittajana. Sosiaalipalvelujen osalta kunnilla on terveyspalveluja kattavammat mahdollisuudet vaikuttaa omiin toimintoihinsa, sillä kunnan omat toimijat tekevät pääsääntöisesti palvelupäätökset. Terveyspalveluissa toimintamekanismi on toinen ja merkittävä osa palveluista on kuntayhtymien tai yksityisten palvelujen tuottajien hallinnassa. Erityispiirteenä on myös se, että terveydenhuollon osalta palvelupäätöksiä tekee jokainen lääkäri yksilöllisesti oman ammatillisen autonomiansa turvin. Kunnan koolla on myös suuri merkitys palvelujen hallinnan kannalta. Erityisesti pienien kuntien kohdalla nykyinen rahoitusmalli estää pitkäjänteisen suunnittelun ja pakottaa turvautumaan

”hätäratkaisuihin” yllättävien kustannusten kattamiseksi (Mikkola & al. 2002).

Yleismaailmallinen tiedon ja osaamisen lisääntyminen on johtanut palvelujen erikoistumiseen ja palvelujärjestelmän pirstaloitumiseen, ja sen seurauksena on noussut tarve kontrolloida kalleimman hoidon saatavuutta. On esimerkiksi määritelty erilaisia hoidon ”portaita”, joissa kalleimmille portaille pääsee vain kapuamalla halvempia pitkin ylöspäin. Perustuslain mukaan kaikille on kuitenkin taattava yhdenvertainen mahdollisuus välttämättömiin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Koska välttämätön palvelu on määriteltävissä eri tavoin, on viime vuosina laadittu valtakunnallisia laatusuosituksia, joissa pyritään ohjaamaan palvelujen kehittämistä hyvien ja yhdenmukaisten käytäntöjen suuntaan. Erityisesti asiakaslähtöisyys sekä toiminta- ja hallintorajat ylittävän saumattoman palveluketjun muodostama palvelukokonaisuus on nähty tavoiteltavina ja monia nykyjärjestelmän luomia ongelmia ratkaisevina komponentteina. Samalla myös asiakaslähtöistä palveluketjua tukevien tietojärjestelmien kehittäminen on noussut tärkeäksi tavoitteeksi. (Lehto 2000; Ruotsalainen 2000.)

Asiakkaiden palveluketjuja tarkasteltaessa keskeiseen asemaan nousevat eri asiakkuudet eli tiedot siitä, minkälaisia palveluja kukin yksilö on tarkasteluajanjakson kuluessa käyttänyt. Koska suurempi määrä asiakkuuksia tarkoittaa monimuotoisempaa palvelujen käyttöä, pystytään useita eri palveluita käyttäneiden niin sanottujen yhteisasiakkaiden määristä ja osuuksista hahmottamaan palvelujen toteutunutta monimuotoisuutta väestötasolla. (Sund & Nylander & Palonen 2004.)

Tutkimuksen tavoitteet

Tässä tutkimuksessa on tarkoitus analysoida Kotkan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttöä ja yhteisasiakkaita sekä peilata informaatiojärjestelmistä saatua palvelujen toteutumana kuvaa ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden osalta valtakunnalliseen laatusuosituksen. Toisena tavoitteena on pyrkiä esittämään Kotkan tapauksessa löydettyä oleellista informaatiota pelkkiä valtakunnallisia tietojärjestelmiä hyödyntäen.

Kotkan sosiaali- ja terveyspalvelut informaatiojärjestelmien valossa

Kotkan sosiaali- ja terveyspalveluiden informaatiojärjestelmätarkaisu

Kotkassa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu on jaettu neljälle eri tulosalueelle: 1) perusterveydenhuoltoon, 2) koti- ja laitoshuoltoon, 3) sosiaalihuoltoon (sisältäen perhetyön, vammaistyön ja sosiaalityön) ja 4) päivähoitoon. Mielenterveysyö on ollut viides tulosalue vuodesta 2003 lähtien. Erikoissairaanhoito (sisältäen psykiatrian) ostettiin vuonna 2001 pääasiassa sairaanhoitopiiriltä. Kotkan sosiaali- ja terveydenhuollon informaatiojärjestelmätarkaisu perustuu yhteen ohjelmistotalotuotteeseen, niin sanottuun Finstar-asiakastietojärjestelmään, joka on ollut käytössä vuodesta 1991 lähtien. Yhteistä järjestelmää on käytetty sekä perusterveydenhuollossa että koti- ja laitoshoidossa. Vuodesta 1997 lähtien on Finstarista koottu kaikki palvelujen käyttötiedot (käynnit ja hoitopäivät) johdon raportointijärjestelmään. Tämä on luonut mahdollisuuden koota kaikki omaa palvelutuotantoa koskevat tiedot yhteen. Asiakastietoja ei kuitenkaan ole ollut mahdollista yhdistää sosiaali- ja terveystoimen muihin asiakaskohtaisiin tietoihin. Sosiaalihuollon ja päivähoiton tulosalueilla on käytössä erilliset asiakastietojärjestelmät.

Tutkimusaineisto

Nykyinen tietosuojalainsäädäntö estää pysyvän, jatkuvan tiedon yhteen linkityksen yksilötasolla yli organisaatorajojen. Näin myös Kotkan tapauksessa vain erityisin tutkimusluvoin on voitu rakentaa tätä tutkimushanketta varten oma kattava aineisto, jossa on siis Kotkan kaupungin palveluiden lisäksi mukana myös kotkalaisten erikoissairaanhoiton palvelut.

Tässä tutkimuksessa aineistona käytettiin vuo-

den 2001 käynti-, hoitopäivä- ja hoitajaksorekistereihin perustuvia tietoja. Käytössä olivat Kotkan sosiaali- ja terveystoimen omat avo- ja laitoshoidon rekisterit, jotka sisälsivät kaikki avohoitokäynnit, hoitopäivät ja -jaksot. Hoitopäivä- ja hoitajakset -aineistossa oli tiedot kotihoidon (säännöllinen kotihoito ja tavallinen palveluasuminen), hoiva-asumisen eli ympärivuorokautisen palveluasumisen (sekä omat että ostopalvelut), vanhainkotihoidon ja vuodeosastohoidon palveluista ja laskennallisista kustannuksista. Stakesin kokoamasta niin sanotusta Benchmarking-aineistosta saatiin tiedot kotkalaisten erikoissairaanhoiton avohoitokäynneistä (Kymenlaakson sairaanhoitopiirin itse tuottamat). Aineistoa täydennettiin eri poliklinikkojen käyntien keskimääräisillä kustannuksilla. Terveystoimen hoitoilmoitustiedoista Stakesissa muodostettiin tiedosto, joka sisälsi tiedot kaikkien kotkalaisten hoitopäivistä ja hoitajaksoista sekä erikoissairaanhoitossa että terveyskeskusten vuodeosastoilla. Kaikkien edellä lueteltujen aineistojen sisältämät henkilötunnukset salattiin Stakesissa ennen tutkimuskäyttöön luovuttamista. Aineistoista muodostettiin ensin erilliset asiakasrekisterit, jotka sitten yhdistettiin yhdeksi tietokannaksi, josta lopuksi tuotettiin oleelliset asiakaskohtaiset tiedot sisältävät asiakasprofiilit.

Kotkan sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkuudet

Tutkimusaineisto siis sisälsi kattavat tiedot julkisen perusterveydenhuollon, koti- ja laitoshoidon sekä erikoissairaanhoiton käytöstä Kotkassa vuonna 2001. Taulukkoon 1 on eritelty näiden vastualueiden alaisuuteen kuuluvat keskeiset palvelukomponentit, jotka ovat suoraviivaisesti eriteltävissä myös käytettävissä olevasta aineistosta. On kuitenkin pidettävä mielessä, että jaottelu on varsinkin erikoissairaanhoiton osalta huomattavasti yksinkertaistava. Komponentit ovat sillä tavalla yleisiä, että niitä vastaavat ovat löydettävissä miltei mistä tahansa Suomen kunnasta. Kotkassa perusterveydenhuollon avohoidon järjestämistapa on kuitenkin ”yleisestä” poikkeava siltä osin, että terveyskeskuslääkäriverkon lisäksi myös erillistä polikliinista toimintaa on vanhana sairaalaperinteenä säilynyt osana terveyskeskuksen sairaalaa.

Palvelukomponenttien suuri määrä tekee yhteisasiakkuuksien tarkastelusta äkkiä epätarkoituksenmukaista (mahdollisia asiakkuuskombinaatioita on enemmän kuin asiakkaita). Toisaalta

Taulukko 1. Hahmotelma Kotkan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän komponenteista

Vastuualue	Palvelukomponentti
Perusterveydenhuolto	terveyskeskuksen avohoidon lääkäri muu avohoidon ammattihenkilö työterveyshuolto suun terveydenhuolto terveyskeskuksen sairaalan poliklinikkatoiminta
Koti- ja laitoshoito	epäsäännöllinen kotipalvelu kotisairaanhoido säännöllinen kotipalvelu tavallinen palveluasuminen hoiva-asuminen (tehostettu palveluasuminen vanhainkotihoito terveyskeskuksen sairaala (vuodeosasto)
Erikoissairaanhoido	erikoissairaanhoidon eri erikoisalojen poliklinikat (yht. 15) erikoissairaanhoidon eri erikoisalojen vuodeosastot (yht. 14)

nimenomaan tieto yli eri vastuualueiden rajoja palveluja käyttävistä asiakkaista on kaikkein kiinnostavinta, koska sellaista ei tyypillisesti (hyödyllisyydestään huolimatta) ole saatavissa suoraan vastuualueiden omista tietojärjestelmistä. Oletettavasti palveluketjujen kaikkein pahimmat epäjatkuvuuskohdat ilmenevät juuri ylitettäessä eri vastuualueiden rajoja.

Taulukossa 2 on esitetty kaikkien vuonna 2001 palveluja käyttäneiden kotkalaisten käyttömatriisi, jossa ”palvelukomponentteina” on käytetty eri vastuualueita. Palvelujen monimuotoisuuden asiakaskohtaisena ”tarpeena” on käytetty niiden vastuualueiden lukumäärää, joiden palveluja kyseessä oleva asiakas oli vuoden aikana käyttänyt.

Suurin osa palveluja käyttäneistä kotkalaisista lukeutuu yhden vastuualueen palvelujen käyttäjiin ja kolmen vastuualueen palveluja käyttäneistä on vain 7,6 prosenttia kaikista palveluja käyttäneistä. On kuitenkin huomattavaa, että sekä palvelujen käyttö (mitattuna asiakaspäivinä) että palveluista syntyneet kustannukset kohdistuvat nimenomaan näihin eri vastuualueiden palveluja käyttäneisiin asiakkaisiin. On ilmeistä, että monimuotoisen palvelujen tarpeen syyt vaihtelevat elämänkaaren eri vaiheissa. Yhden keskeisen monimuotoisia palveluja käyttävän ja tarvitsevan ryhmän muodostavat tunnetusti ikääntyneet. Huolimatta siitä, että varsinaisiksi vanhuspalve-

luiksi tyypillisesti luokiteltavat palvelukomponentit sisältyvät tässä tutkimuksessa kaikki samaan vastuualueeseen (koti- ja laitoshoitoon), tutkimusaineiston kolmen vastuualueen palveluita käyttäneistä asiakkaista jopa 57 prosenttia on 65 vuotta täyttäneitä. Merkittäväksi tämän ikääntyneiden yhteisasiakkaiden osapopulaation nostaa se, että siihen kuuluvien asiakkaiden kustannukset muodostavat neljäsosan kaikista laskennallisista kustannuksista, joten hoitoketjujen pienimuotoisellakin tehostamisella voidaan säästää huomattavia säästöjä.

Ikääntyneiden asiakkaiden palveluketjujen hallinnasta

Vanhustenhuollon palvelujärjestelmä ja ikääntyneiden palveluketjut muodostavat tyypillisesti monimuotoisen ja vaikeasti hallittavan kokonaisuuden (Ala-Nikkola 2000; Kauppinen & al. 2003, 21–24). On myös tunnettua, että kotihoidon asiakkaiden ja muiden tyypillisesti ikääntyneiden palveluiksi laskettavien palvelukomponenttien välillä on runsasta yhteiskäyttöä (Kauppinen & al. 2003, 94). Lisäksi on viitteitä siitä, että noin 70 prosenttia terveyskeskusten tai erikoissairaanhoidon yli 75-vuotiaista vuodeosastopotilaista on käyttänyt saman vuoden aikana myös valtakunnallisen rekisteröinnin piirissä olevia sosiaalipalveluita (Nylander & al. 2002, 11–16).

Ikääntyneiden asiakkaiden palveluketjujen tunnetuimmat saumat liittyvät kotiuttamis- ja sisäänottotilanteisiin sekä toiminnallisiin kuiluihin eri toimijoiden välillä. Ensiksi mainittua saumaa on yksityiskohtaisemmin tarkasteltu Palko-projektissa, jossa myös Kotka on mukana. Tarkoituksena on kehittää asiakaslähtöisesti hoitotyön malli, jossa käytännöt ja menetelmät edistävät 1) tiedon esteetöntä ja viiveetöntä siirtymistä työntekijöiden, asiakkaiden ja tarvittaessa heidän omaistensa välillä sekä työ- ja toimintayksiköstä toiseen, 2) asiakkaan hoito- ja palvelukokonaisuuden koordinoitua, 3) yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä, 4) kotihoidon työn hallintaa (Perälä & Hammar 2003).

Muulta osin ikääntyneiden asiakkaiden palveluketjujen hallinnan keinona on tarjottu niin sanottua hoito- ja palvelusuunnitelmaa, jonka tarkoituksena on turvata palveluja jatkuvasti tarvitsevalle ihmiselle edellytykset elää omia toiveitaan vastaavaa elämää haluamassaan ympäristössä. Aiheesta laaditussa valtakunnallisessa oppaassa todetaan (Päivärinta & Haverinen 2002, 5): ”Hy-

Taulukko 2. Kotkan sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakkuudet ja yhteisasiakkuudet

Palveluprofiili	%-osuus kaikista asiakkaista (N = 45 950)	%-osuus kaikista palveluista (Asiakaspäiviä yht. 853 973)	%-osuus kustannuksista (Kustannukset yht. 74 610 394 €)
Yhden vastuualueen palveluita käyttäneet	60,9	24,0	20,1
vain koti- ja laitoshoido	1,1	8,1	7,3
vain perusterveydenhuolto	54,0	13,6	7,2
vain erikoissairaanhoido	5,8	2,3	5,6
Kahden vastuualueen palveluita käyttäneet	31,6	41,9	46,0
koti- ja laitoshoido ja perusterveydenhuolto	5,0	17,5	10,3
perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido	25,7	19,3	30,3
koti- ja laitoshoido ja erikoissairaanhoido	0,9	5,2	5,3
Kolmen vastuualueen palveluita käyttäneet	7,6	34,1	34,0
65 vuotta täyttäneet asiakkaat	4,5	27,1	25,0
Kaikki asiakkaat	100,0	100,0	100,0

vän hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa ja käytännön toteutumisessa korostuvat työtä koordinoivan työntekijän ammatti- ja vuorovaikutustaidot sekä paikallisten mahdollisuuksien tuntemus yli perinteisten sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta- ja hallintorajojen. Hyvällä suunnitelman valmistelulla ja toteutuksella voidaan ehkäistä sellaista asiakkaan toimintakyvyn ja elämänlaadun heikentymistä, mihin ohjauksella, tuella, palveluilla ja hyvällä hoidolla voidaan vaikuttaa.”

Suunnitelmallinen hoidon järjestäminen vaikuttaa oletettavasti ratkaisevalla tavalla ikäihmisten palvelujen käyttöön eli siihen, että hoito- ja palvelusuunnitelman avulla palvelujen käyttö saadaan niin asiakkaan kuin kunnankin kannalta mahdollisimman rationaaliseksi. Tässä mielessä on kiinnostavaa, että Kotka oli jo 1990-luvun alkupuolella mukana Suomen Kuntaliiton ”Toimiva vanhustenhuolto” -projektissa, jossa Kotkassa kehiteltiin kotihoidossa olevien asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Vuoden 1994 alussa otettiin käyttöön myös Finstarin niin sanottu hoidonporrastusosio, eli toisin sanoen kaikki ikääntyneiden hoito- ja palvelusuunnitelmat alettiin laatia sähköisessä muodossa. Näin ollen Kotkan vanhustenhuollon palvelutoiminnan voinee lähtökohtaisesti olettaa jo vakiintuneeksi ja toisaalta poikkeuksellisen hyvin suunnitelluksi. Myös asiakaslähtöisyys tulee otettua hyvin huomioon erityisesti hoito- ja palvelusuunnitelman piirissä olevilla asiakkailla, sillä hoito- ja palvelusuunnitelman implementaatio Kotkassa seurailee kohtuullisen hyvin edellä mainitun valtakunnal-

lisen oppaan suosituksia suunnitelman valmistelusta ja toteutuksesta.

Yhteisasiakkuudet hoito- ja palvelusuunnitelman piirissä olevilla kotihoidon asiakkailla

Edellä esitetyn perusteella erityisen tarkoituksenmukaiseksi tutkimuskohteeksi valikoituvat siis ikääntyneiden hoito- ja palvelusuunnitelman piirissä olevien asiakkaiden yhteisasiakkuudet. Tässä tutkimuksessa tarkempaan analyysiin otettiin kaikki 65 vuotta täyttäneet kotkalaiset, jotka olivat säännöllisen kotihoidon tai tavallisen palveluasumisen piirissä vuonna 2001. Näille kaikille asiakkailla on laadittu hoito- ja palvelusuunnitelma.

Tämä joukko on vain 2,1 prosenttia (950 henkilöä) kaikista palveluja käyttäneistä kotkalaisista, mutta se käyttää 28 prosenttia palveluista (mitattuna asiakaspäivinä) ja 15 prosenttia kustannuksista. Kotihoidon ikääntyneet asiakkaat muodostivat noin neljäsosan koti- ja laitoshoidon koko asiakaskunnasta. He käyttivät koti- ja laitoshoidon vastuualueen tuottamista palveluista noin puolet, ja laskennalliset kustannukset olivat noin kolmasosa koko vastuualueen kustannuksista. Kotihoidon asiakkaiden osuus oli 3,7 prosenttia erikoissairaanhoidon asiakkaista. Näiden asiakkaiden osuus oli 4,3 prosenttia erikoissairaanhoidon avohoitokäynneistä ja 9,0 prosenttia kaikista erikoissairaanhoidon hoitopäivistä. Kotihoidon ikääntyneiden asiakkaiden erikoissairaanhoidosta aiheutuneet kustannukset olivat 9,0 prosenttia erikoissairaanhoidon kaikista kustannuksista. Perusterveydenhuollon palveluista ja kustannuksista kotihoitoasiakkaiden osuus oli vain 2,0 prosenttia.

Taulukko 3. Kotihoidon 65 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuudet ja käyttämät palvelut sekä niistä aiheutuneet kustannukset ja niiden %-osuus kaikista kotihoitoasiakkaiden palveluista ja niistä aiheutuneista kustannuksista

Asiakasryhmä	Asiak- kaat	%- osuus	Asiakas- päivät	%- osuus	Kustan- nukset 1 000 €	%- osuus	Kustan- nukset (€)/ asiakkaat	Kustan- nukset (€)/ asiakas- päivät	Asiakas- päivät/ asiak- kaat
Vain koti- ja laitoshoidon Koti- ja laitoshoidon sekä perusterveydenhuolto	47	5,0	14 203	5,9	362	3,2	7 709	25,49	302
Koti- ja laitoshoidon sekä erikoissairaanhoito	232	24,4	66 622	27,9	2 031	18,2	8 753	30,49	287
Koti- ja laitoshoidon, perusterveydenhuolto sekä erikoissairaanhoito	47	5,0	13 377	5,6	559	5,0	11 882	41,79	285
Koti- ja laitoshoidon, perusterveydenhuolto sekä erikoissairaanhoito	624	65,7	144 519	60,5	8 205	73,5	13 150	56,77	232
Asiakkaat yhteensä	950	100,0	238 721	100,0	11 157	100,0	11 744	46,73	251

Taulukossa 3 on esitetty kotkalaisten kotihoidon 65 vuotta täyttäneiden asiakkaiden yhteisasiakkuuksia kuvaava käyttömatriisi. Taulukossa on eritelty näiden ainakin kotihoidon palveluja käyttäneiden 950 asiakkaan eri vastualueiden palvelujen käyttö. Koti- ja laitoshoidon vastualueen palveluja käytti vain 5 prosenttia kotihoidon 65 vuotta täyttäneistä asiakkaista. Koti- ja laitoshoidon palvelujen ohella ainoastaan perusterveydenhuollon palveluja käytti 24 prosenttia. Palvelukokonaisuus muodostui koti- ja laitospalveluista ja erikoissairaanhoitosta 5 prosentilla kotihoitoasiakkaista. Kaikkien kolmen vastualueen palveluita käyttäneitä yhteisasiakkaita oli noin 66 prosenttia kotihoidon asiakaskunnasta. Heidän käyttämiensä palvelujen laskennalliset kustannukset olivat noin 74 prosenttia kotihoitoasiakkaiden kaikkien palvelujen kustannuksista.

Kotihoidon 65 vuotta täyttäneet asiakkaat ovat siis malliesimerkki asiakaskunnasta, joka käyttää monenlaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Kokonaisuuden kannalta merkittävimmät kustannukset kasaantuvat juuri monen vastualueen palveluita käyttäneille, joita on kaiken lisäksi valtaosa kotihoidon asiakkaista. Näin ollen palveluketjujen tarkoituksenmukaisen hallinnan kannalta on käytännössä välttämätöntä tarkastella niin perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoiton kuin koti- ja laitoshoidonkin palvelujen käyttöä yhtenä kokonaisuutena. Vaikka tämä on ilmeinen tosiasia, keskittyvät sekä Kotkan hoito- ja palvelusuunnitelman implementointi että valtakunnallinen hoito- ja palvelusuunnitelmaopas pääasiassa koti- ja laitoshoidon palveluihin. Erittäin erikoissairaanhoito ja yleisemmin ”perin-

teiset” terveydenhuollon palvelut on jätetty hoito- ja palvelusuunnitelman suositusten ulkopuolelle.

Palvelujen tarve hoito- ja palvelusuunnitelman piirissä olevilla kotihoidon asiakkailla

Vaikka yhteisasiakkuuksien tarkastelu todentaa-kin väestötasoisien tarpeen monimuotoisille palveluille, se ei tarjoa tyhjentävää selitystä asiakaslähtöiselle tarpeelle eli vastausta siihen, mitkä asiakaskohtaiset tekijät johtavat monimuotoiseen palvelujen käyttöön. Tähän kysymykseen vastaamiseksi kotihoidon asiakkaiden aineistoa analysoitiin tarkemmin. Analysointiin käytettiin BayMiner-ohjelmistoa, joka muuttujakohtaisten tunnuslukujen laskemisen sijaan tuottaa aineiston kokonaisrakenteesta havainnollisen, muuttujien väliset riippuvuudet huomioon ottavan kuvauksen Bayes-verkkoihin perustuvalla tekniikalla (Myllymäki & Tirri 1998). Käytännössä tämä tarkoittaa havaintojen (tässä tapauksessa kotihoidon ikääntyneiden asiakkaiden käyttöprofiilien) ryhmittelyä keskenään samankaltaisiin osajoukkoihin. BayMinerissa nämä joukot hahmottuvat kolmiulotteisessa pisteparvessa lähekkäin sijaitsevista pisteistä. Erittäin kiinnostavaan tietoon päästään käsiksi vertailemalla pisteparven eri osien (toisistaan eroavien asiakasryhmien) ominaisuuksia toisiinsa (BayMiner, 2003). BayMineria voi luonnehtia ryhmittelyanalyysin ja faktorianalyysin kaltaiseksi tulkintoja tukevaksi ja ideoita herättäväksi asiantuntijan työvälineeksi, joka tiivistää aineistossa olevaa informaatiota käytännön kannalta onnistuneella tavalla.

Tämän tutkimuksen analyysien tuloksena kotihoidon asiakkaista pystyttiin rajaamaan selkeitä

toisistaan erillisiä osajoukkoja. Tämä on jo Kotkan aineistolla merkittävä tulos, sillä esimerkiksi valtakunnallinen hoito- ja palvelusuunnitelmapopas tavallaan harmonisoi ikääntyneiden populaation yhdeksi kokonaisjoukoksi, jonka tarpeita vastaavien palveluiden oletetaan löytyvän terveyspalveluiden ”ulkopuolisista” vanhuspalveluista.

Taulukossa 4 on kuvattu yhteenvedona erillisiä osajoukkoja suhteessa voimakkaimmin (ja tulkittavimmin) asiakkaita toisistaan erotteleviin tekijöihin. Seuraavat tulkinnat kuvaavat osajoukkoihin kuuluvia ”keskimääräisiä” asiakkaita vuosittaisen tietojen perusteella, eivätkä siis suoraan yksittäistä asiakasta tai vuoden aikana tapahtuneen palvelujen käytön dynamiikkaa. Ensimmäisen osajoukon asiakkaat tarvitsevat palveluja toimintakyvyn alenemisen vuoksi, mutta tulevat toimeen kotioloissa. Henkilöt eivät tarvitse säännöllisesti laitoshoidon eivätkä myöskään erikoissairaanhoidon palveluja. Pelkistetyimmillään on kysymys jokapäiväisessä elämässä tarvittavista kotihoidon palveluista. Toisen osajoukon toimintakyky on alentunut siinä määrin, että tarvitaan laitoshoidon palveluita kotihoidon sijasta. Laitoshoido tarkoittaa tässä ympärivuorokautista palveluasumista, vanhainkotihoitoa ja terveyskeskuksen vuodeosastohoitoa. Kolmas osajoukko ei tarvitse säännöllisiä laitospalveluita, mutta käyttää terveysongelmien vuoksi erikoissairaanhoidon palveluja. Neljäs osajoukko puolestaan tarvitsee moninaisia laitos- ja avohoidon palveluja toimintakyvyn alenemisen ja terveysongelmien vuoksi. Toisin sanoen erikoissairaanhoidon käyttö heijastaa suoraan tarvetta selkeiden diagnosoitavissa olevien terveysongelmien hoitamiseen ja vastaavasti taas laitoshoidon käyttö kuvastaa väestötasolla toimintakyvyn heikentymiseen liittyvää palvelun tarvetta (vrt. Kauppinen & al. 2003, 81–87).

Taulukossa 5 on esitetty hoidon tarvetta kuvaavien osajoukkojen mukainen käyttömatriisi. Taulukon tiedoista voidaan päätellä, että osajoukoilla on erityisesti kustannusrakenteen osalta selkeästi toisistaan poikkeavat profiilit. Tämä tukee tulkintaa, jonka mukaan myös palvelujen suunnittelu ja toteutus tulisi tehdä jokaiselle osajoukolle erikseen. Erityisen tarkkaan tulisi suunnitella sellaisen asiakaskunnan hoito, jolla on terveysongelmia ja käyttö suuntautuu monella tapaa koko palvelujärjestelmään, erityisesti kalliseen erikoissairaanhoitoon. Tämän joukon osuus kotihoidon 65 vuotta täyttäneistä asiakkaista on

Taulukko 4. Kotihoidon asiakkaiden palvelutarpeiden mukainen ryhmittely

		Erikoissairaanhoito	
		Ei	Kyllä
Laitoshoido	Ei	Osajoukko 1	Osajoukko 3
	Kyllä	Osajoukko 2	Osajoukko 4

noin 70 prosenttia. Päivystyksenä tästä ryhmästä ohjautuu hoitoon noin puolet.

Valtakunnallisten rekistereiden perusteella lasketut yhteisasiakkuusosuudet

Edellä esitetyt tulokset on pystytty tuottamaan vain hyödyntämällä tutkimuksessa Kotkan omia paikallisia tietojärjestelmiä ja palvelurakenteen erityispiirteiden tuntemusta. Toisaalta käytävissä oleva pelkästään vuotta 2001 kuvaava aineisto on asettanut omat rajansa tarkastelumahdollisuuksille. Tulosten yleistettävyyden kannalta olisikin siis hyödyllistä, jos vastaavia tuloksia pystyttäisiin tuottamaan pelkkiä valtakunnallisia rekistereitä käyttäen.

Ensinnäkin on ilmeistä, että yhteisasiakkuuksien tarkastelu tässä tutkimuksessa käytetyllä vastualuejaottelulla ei ole mahdollista. Yksilötasoisia tietoja perusterveydenhuollon avokäytöstä valtakunnallisella tasolla ei toistaiseksi kerätä (vaikka avohuollon tilastouudistus eteneekin hyvää vauhtia), joten koko tämä vastuualue pitäisi jättää tarkastelujen ulkopuolelle (joskus perusterveydenhuollon piiriin tulkittava terveyskeskusten vuodeosastohoito on tässä tutkimuksessa luokiteltu kuuluvaksi koti- ja laitoshoidon vastuualueelle). Välillisesti hoidon tarvetta kuvastavat erikoissairaanhoito ja laitoshoido ovat kuitenkin tavoitettavissa myös valtakunnallisista rekistereistä.

Koska säännöllisestä kotihoidosta ja tavallisesta palveluasumisesta kerätään asiakaslaskentatietoja, on mahdollista identifoida valtakunnallisista rekistereistä näiden asiakkaiden kohortti suurin piirtein Kotkan aineistoa vastaavalla tavalla. Yksi potentiaalinen eroavaisuus on se, että asiakaslaskentatiedot ovat vain poikkileikkaustietoja joko marraskuun (kotihoito) tai joulukuun (tavallinen palveluasuminen) lopulta, kun Kotkan aineistossa kotihoitotiedot ovat saatavilla kuukausittain. Tämä tarkoittaa sitä, että Kotkan aineistossa kaik-

Taulukko 5. 65 vuotta täyttäneiden säännöllisessä kotihoidossa olevien kotkalaisten palvelujen käyttö asiakasryhmittäin

Asiakasryhmä	Asiak- kaat	%- osuus	Asiakas- päivät	%- osuus	Kustan- nukset 1 000 €	%- osuus	Kustan- nukset (€)/ asiakkaat	Kustan- nukset (€)/ asiakas- päivät	Asiakas- päivät/ asiak- kaat
Kotihoitoasiakkaat, joilla ei ole laitoshoidoa eikä erikoissairaanhoidoa	176	18,5	53 114	22,2	1 162	10,4	6 600	21,87	302
Kotihoitoasiakkaat, joilla ei ole laitoshoidoa, mutta on erikoissairaanhoidoa	257	27,1	56 343	23,6	2 334	20,9	9 083	41,43	219
Kotihoitoasiakkaat, joilla on laitoshoidoa, mutta ei erikoissairaanhoidoa	103	10,9	27 711	11,6	1 231	11,0	11 954	44,43	269
Kotihoitoasiakkaat, joilla on sekä laitoshoidoa että erikoissairaanhoidoa	414	43,5	101 553	42,5	6 429	57,6	15 530	63,31	245
Asiakkaat yhteensä	950	100,0	238 721	100,0	11 157	100,0	11 744	46,73	251

ki vuoden aikana kotihoidon kuukausimaksujen piiriin tulleet asiakkaat ovat mukana tarkastelussa, vaikka kuukausimaksusopimus olisi tehty vasta vuoden loppupuolella, eli näiden asiakkaiden kohdalta vuoden käyttötiedot sisältävät käyttöä mahdollisesti sekä ennen hoito- ja palvelusuunnitelman tekemistä että sen jälkeen. Periaatteessa tämä voi näkyä kohonneena palvelujen käyttönä, ennen kuin se on mahdollisesti saatu hallintaan hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisella.

Valtakunnallisista rekistereistä valittiin vuoden 2001 sosiaalihuollon asiakaslaskentatiedoista säännöllisen kotihoidon ja tavallisen palveluasumisen piirissä olevat 65 vuotta täyttäneet asiakkaat. Tälle populaatiolle tuotettiin eri asiakkuuskombinaatioiden lukumäärät vuosille 2001 ja 2002 käyttäen aineistolähteenä sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteriä (vanhainkoti- tai vastaava hoito), terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteriä (terveydenhuollon vuodeosastohoito) sekä Benchmarking-tietokantaa (erikoissairaanhoidon avokäynnit). Vuoden 2002 tiedot kuvastavat, minkälaisia palveluja säännöllisen kotihoidon ja tavallisen palveluasumisen piirissä jo olevat ikään-tyneet asiakkaat käyttävät, kun taas vuoden 2001 tiedot heijastelevat tilannetta, jossa asiakas ei välttämättä vielä ole ollut säännöllisen kotihoidon tai tavallisen palveluasumisen asiakkaana.

Taulukoissa 6a ja 6b on esitetty valtakunnallisiin rekistereihin perustuva käyttömatriisi laitoshoito–erikoissairaanhoido-erittelyllä sekä koko maan tasoisesti että kotkalaisille asiakkaille vuosille 2001 ja 2002. Asiakaskohortin määrittämän

perusteella vuoden 2002 tiedot kuvastavat tilannetta, jossa kaikki asiakkaat ovat vuoden alussa säännöllisen kotihoidon tai tavallisen palveluasumisen piirissä, kun taas vuoden 2001 osalta siitä ei ole varmuutta. Osuuksissa on vuosien välillä pieniä eroja, eli palvelujen käyttö muuttuu dynaamisesti. Monimutkaisen dynamiikan havainnollistamiseksi taulukoissa on raportoitu myös osuudet suhteessa molempien vuosien palvelujen käyttöön eli palvelujen käyttöä kuvaava siirtymämatriisi.

Siirtymämatriisia tulkitaan siten, että ensimmäisen vaakarivin lihavoimattomat luvut kuvaavat, kuinka palvelujen käyttö jakaantui vuonna 2001 niiden asiakkaiden osalta, jotka eivät vuonna 2002 käyttäneet laitos- tai erikoissairaanhoidon palveluita. Rivin viimeinen (lihavoitu) luku on vaakarivin muiden osuuksien summa ja kertoo siis, kuinka moni asiakkaista ei vuonna 2002 käyttänyt lainkaan laitos- tai erikoissairaanhoidon palveluita. Analoginen tulkinta saadaan myös ensimmäiselle sarakkeelle (kuinka palvelujen käyttö jakaantui vuonna 2002 niiden asiakkaiden osalta, jotka eivät vuonna 2001 käyttäneet laitos- tai erikoissairaanhoidon palveluita). Kaikki osuudet on laskettu suhteuttamalla soluun osuva asiakasmäärä koko asiakaspopulaation kokoon.

Koko maan tasoisesta siirtymämatriisista voidaan esimerkiksi havaita, että vaikka laitos- ja erikoissairaanhoidoa käyttämättömiä asiakkaita on molempina vuosina yli 25 prosenttia, vain 13 prosenttia asiakkaista on pysynyt näiden palvelujen ulkopuolella molempina vuosina. Vastaavasti sekä

Taulukko 6a. Valtakunnallisiin rekistereihin perustuvat säännöllisen kotihoidon tai tavallisen palveluasumisen piirissä vuoden 2001 lopun laskennoissa olevien 65 vuotta täyttäneiden asiakkaiden sekä vuoden 2001 että 2002 käyttötietoihin perustuvat yhteisasiakkuusosuudet, asiakkaat koko maassa, %

	Vuosi 2001 Kotihoitoasiakkaat, joilla ei ole laitos- hoitoa eikä erikois- sairaanhoitoa	Kotihoitoasiakkaat, joilla ei ole laitos- hoitoa, mutta on erikoissairaanhoitoa	Kotihoitoasiakkaat, joilla on laitoshoitoa, mutta ei erikois- sairaanhoitoa	Kotihoitoasiakkaat, joilla on sekä laitos- hoitoa että erikois- sairaanhoitoa	Asiakkaat yhteensä 2002
Vuosi 2002 Kotihoitoasiakkaat, joilla ei ole laitos- hoitoa eikä erikois- sairaanhoitoa	13,0	6,1	2,6	4,3	25,9
Kotihoitoasiakkaat, joilla ei ole laitos- hoitoa, mutta on erikoissairaanhoitoa	5,1	12,6	1,0	5,8	24,3
Kotihoitoasiakkaat, joilla on laitoshoitoa, mutta ei erikois- sairaanhoitoa	3,8	1,8	4,4	5,0	15,0
Kotihoitoasiakkaat, joilla on sekä laitos- hoitoa että erikois- sairaanhoitoa	6,0	8,5	4,5	15,8	34,8
Asiakkaat yhteensä 2001	27,9	28,9	12,4	30,8	100,0 % (N = 61 001)

Taulukko 6b. Valtakunnallisiin rekistereihin perustuvat säännöllisen kotihoidon tai tavallisen palveluasumisen piirissä vuoden 2001 lopun laskennoissa olevien 65 vuotta täyttäneiden asiakkaiden sekä vuoden 2001 että 2002 käyttötietoihin perustuvat yhteisasiakkuusosuudet, kotkalaiset asiakkaat, %

	Vuosi 2001 Kotihoitoasiakkaat, joilla ei ole laitos- hoitoa eikä erikois- sairaanhoitoa	Kotihoitoasiakkaat, joilla ei ole laitos- hoitoa, mutta on erikoissairaanhoitoa	Kotihoitoasiakkaat, joilla on laitoshoitoa, mutta ei erikois- sairaanhoitoa	Kotihoitoasiakkaat, joilla on sekä laitos- hoitoa että erikois- sairaanhoitoa	Asiakkaat yhteensä 2002
Vuosi 2002 Kotihoitoasiakkaat, joilla ei ole laitos- hoitoa eikä erikois- sairaanhoitoa	10,6	7,5	1,9	5,5	25,5
Kotihoitoasiakkaat, joilla ei ole laitos- hoitoa, mutta on erikoissairaanhoitoa	4,5	14,5	0,4	5,3	24,7
Kotihoitoasiakkaat, joilla on laitoshoitoa, mutta ei erikois- sairaanhoitoa	4,8	1,8	2,4	7,1	16,1
Kotihoitoasiakkaat, joilla on sekä laitos- hoitoa että erikois- sairaanhoitoa	7,5	10,4	3,6	12,2	33,7
Asiakkaat yhteensä 2001	27,3	34,2	8,4	30,1	100,0 % (N = 777)

laitos- että erikoissairaanhoidon palveluja käyttäneiden osuus näyttäisi nousseen vuoden 2001 30,8 prosentista 34,8 prosenttiin vuonna 2002, mutta ottaen molempien vuosien tilanteet huomioon nousee näiden asiakkaiden osuus lähes 53 prosenttiin (4,3 + 1,0 + 5,8 + 1,8 + 5,0 + 34,8). Toisaalta siirtymämatriisi paljastaa myös sen, että vain noin 51 prosenttia (15,8/30,8) vuonna 2001 sekä laitos- että erikoissairaanhoidoa käyttäneistä on tarvinnut molempia myös vuonna 2002. *Kotkan* osalta silmiinpistävää on erikoissairaanhoidon käyttäjien osuuden vähentyminen vuoden 2001 64,3 prosentista 58,4 prosenttiin vuonna 2002. Tätä ei voi kuitenkaan suoraan mennä tulkitsemaan hoito- ja palvelusuunnitelmalla saavutetuksi turhan erikoissairaanhoidon käytön hallitsemiseksi, sillä se voi olla (ainakin osittain) seurausta myös iäkkäiden asiakkaiden kuolemista vuoden kuluessa.

Johtopäätökset

Kuten jo aikaisemmin todettiin, erikoissairaanhoidoa ei ole kytketty osaksi hoito- ja palvelusuunnitelmaa Kotkan tapauksessa. Tavallaan tämä on historian saneleman nykypäivän käytännön kannalta ymmärrettävä (joskaan ei hyvä) ratkaisu. Koska erikoissairaanhoido ei kuulu samaan organisaatioon, ei näiden toimintojen hallinta perustu samaan toimintalogiikkaan kuin peruspalvelujen suunnitelmallinen tarjonta. Valtakunnallisen hoito- ja palvelusuunnitelmaoppaan kohdalla vastaava raja on kuitenkin yllättävä, sillä se ohjaa voimakkaasti toimintakykyyn perustuvaan palvelujen tarjontamalliin ja jättää terveysulottuvuuden ja erityisesti erikoissairaanhoidon palvelukonaisuuden ulkopuolelle. Ei-terveydellisten asioiden liiallisen medikalisoitumisen (osittain aiheellinen) pelko ei saisi johtaa toiseen äärimmäisyyteen, jossa kaikki pyritään demedikalisoimaan, sillä erityisesti ikääntyneillä henkilöillä terveysongelmat ja toimintakyvyn vajavuus kiistatta muodostavat elämistä rajoittavan kokonaisuuden (vrt. Rintala 2003). Vain toiseen ulottuvuuteen keskittyvästä tarjontamallista syntyy suurella todennäköisyydellä niin asiakkaan kuin kunnankin kannalta epätydyttäviä palveluketjuja. Seurauksena voi olla tarpeettomia kustannuksia, ongelmia hoidon laadussa sekä osittaista elämänlaadun heikkenemistä hallitsemattoman palvelutarjonnan vuoksi.

Kotkan tapauksessa hoito- ja palvelusuunnitelma kattaa siis vain pysyvän toimintakykyä ylläpi-

tävän toiminnan. Koska hoito- ja palvelusuunnitelma suppeassakin muodossa antaa jonkinlaisen perustan arvioida annettavan hoidon tarkoituksenmukaisuutta, sellaisen laatiminen on kiinteästi kytketty kotihoidon kuukausimaksupäätöksen tekemiseen. Tästä kuitenkin seuraa paradoksaalisesti itseään toteuttava suunnitelma. Kun kuukausimaksu kattaa vain pysyvän toimintakykyä ylläpitävän toiminnan, se jättää ulkopuolelle kaiken ennalta määräämättömän ja äkillisen palvelutarpeen. Tämä puolestaan välttämättä johtaa ainakin osittain hallitsemattomaan hoidon kysyntään ja tarjontaan, vaikka sen tulisi johtaa jokaista osapuolta tyydyttävään hallittuun lopputulokseen. Kotkan aineiston perusteella noin puolet erikoissairaanhoidon käytöstä on päivystysluonteista toimintaa. Kuitenkin tältäkin osin voidaan kysyä, voitaisiinko toisenlaisin hoitojärjestelyin myös osa päivystyksenä tapahtuvasta hoidosta järjestää hallitulla lähihoidolla.

Toisin sanoen voimakas rajanveto palvelujen välillä esimerkiksi tulosvastuullisuuden tai erillisen organisaatiokeskeisen rahanjaon muodossa ei siis suinkaan automaattisesti paranna palvelujärjestelmän kokonaissuorituskykyä vaan pikemminkin johtaa tehottomaan osajärjestelmien osittaisoptimointiin, koska osajärjestelmien välillä on voimakkaita riippuvuuksia yhteisasiakkuuksien muodossa. Koko hoito- ja palvelusuunnitelman asiakaslähtöisyys voidaan ymmärtää väärin niin, että pahimmillaan koko suunnitelmasta tulee pelkkä suunnitelman piirissä olevien palvelujen kustannusten hallinnan väline.

Samainen rajanveto voi johtaa myös erilaisiin tiedonhallintaratkaisuihin eri osajärjestelmissä, mikä vaikeuttaa kokonaisvaltaisten palveluketjujen hallitsemista. Tiedonhallinnan ja päätöksenteon kannalta on myös keskeistä, että tieto kulkee asiakastasoisena myös organisaatorajojen ylitse. Muussa tapauksessa asiakaslähtöisiä palveluketjuja tai yhteisasiakkuuksia ei yksinkertaisesti ole teknisesti mahdollista tarkastella eikä analysoida.

Yhteenvetona voidaan siis todeta, että suunniteltaessa ja organisoitaessa sekä yksilöllisiä palvelusopimuksia tehtäessä on otettava huomioon sekä terveys- että toimintakyky näkökulmat. Vaikka jokaista vaivaa ei lääkärin pidäkään hoitaa, on kuitenkin tunnettu tosiasia, että vanhuksilla on hoitoa vaativia (potentiaalisia) terveysongelmia, joihin pitää tavalla tai toisella varautua hoito- ja palvelusuunnitelmia laadittaessa. Palveluketjun hallinnan kannalta on myös keskeistä, että asiakas-

tasoisia tietoja on mahdollista helposti liikutella eri palvelukomponenttien välillä yhdenmukaista informaatiojärjestelmää hyödyntäen.

Pohdinta

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttöä ja erityisesti yhteisasiakkuuksia. Osoitautui, että yhteisasiakkaiden pienehköstä osuudesta huolimatta juuri nämä asiakkaat kuluttavat suurimman osan palveluista ja aiheuttavat huomattavan osan kokonaiskustannuksista. Yhteisasiakkuudella tarkoitettiin sitä, että asiakas oli käyttänyt palveluita useammalta kuin yhdeltä kolmesta palveluiden vastuualueesta. Rajojen veto vastuualueiden välillä ei ole täysin yksikäsitteistä. Esimerkiksi Kotkassa historiallisista syistä terveyskeskuksen yhteydessä on poliklininista toimintaa, joka yleisemmästä näkökulmasta vastaa enemmän normaalia terveyskeskuslääkärin vastaanottoa kuin koti- ja laitoshoidon piiriin kuuluvaa palvelua. Jos tätä ”korjaussiirtoa” ei olisi tehty, yhteisasiakkaita olisi ollut huomattavasti enemmän. Yleisemmin voidaan myös todeta, että erityisesti avokäynnit vaikuttavat huomattavalla tavalla yhteisasiakkuuksiin koko väestöä tarkasteltaessa. Lisäksi mukaan otettavien palvelukomponenttien valinta voi olla monista syistä hankalaa. Esimerkiksi lääkkeiden, puhelinpalveluiden ja ensihoidon mahdollisesti hyvinkin keskeinen osuus voi jäädä kokonaan huomiotta organisaatiopainotteisissa lähestymistavoissa. Usein nimenomaan aineiston saatavuus vaikuttaa tarkasteltavien komponenttien valintaan. Esimerkiksi tässä tutkimuksessa yksityisten lääkäripalvelujen avokäytöstä ei ollut saatavilla tietoja. Tämä voi osaltaan väristää ”todellisia” yhteisasiakkuusosuuksia, jos näiden palvelujen käyttö (vuonna 2001 Kotkassa 44 698 käyntiä eli 0,82 käyntiä/asukas) on runsasta moniongelmaisten joukossa.

Tässä tutkimuksessa palveluiden tarvetta mitattiin eri palveluiden käytön avulla. Toisenlainen tapa olisi ollut rinnastaa tarve ongelmien lukumäärään käyttäen ongelmien mittarina esimerkiksi aineistosta löytyvien diagnoosimerkintöjen kuvaamien tautiryhmien määrää. Tällaista lähestymistapaa ei kuitenkaan nähty tarkoituksenmukaiseksi. Palvelujen ja aineiston luonteen vuoksi diagnooseja on kirjattu käytännössä vain erikoissairanhoidon ja terveyskeskusten vuodeosasto-

hoidon yhteydessä, koska sosiaalihuollon palveluihin perustuvissa hoitosuhteissa ei terveysongelman diagnosointi ole pakollista. Tiedetään kuitenkin, että merkittävässä osassa asiakkaista esiintyy useita eri diagnooseja ja että näin määritellyn ongelmien lukumäärä toimii kohtuullisen käytökelpoisena tarpeen mittarina (Turunen & Palonen 2002).

Tarkempia yhteisasiakkuusanalyseja tehtiin ikääntyneille kotihoidon asiakkaille. Tämä tapaus selvitys osoitti, että toiminnan ohjauksen suosituksetkaan eivät ole kaikilta osin ajantasaisia käytännön toiminnan kannalta: hoito- ja palvelusuunnitelma on perusteiltaan rajallinen, eli se keskittyy vain kotihoidon peruspalveluihin. Vaikka monissa tutkimuksissa on todettu, että ikääntyneillä on usein niin toimintakyvyn vajavuutta kuin terveysongelmiakin, ei tätä piirrettä ole kuitenkaan otettu huomioon palvelujen suunnittelussa. Terveysongelmat rajautuvat erilleen lääkärin yksittäisten hoitopäätösten alueelle. Kun tähän vielä lisätään perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon erillisyyttä, muodostuu merkittävälle osalle ikääntyneistä ihmisistä moninaisia suositellun hoito- ja palvelusuunnitelman ulottumattomissa olevia yhteisasiakkuuksia. Näitä asiakkuuksia ei välttämättä ole suunniteltu asiakkaan kannalta optimaalisesti, ja ainakin ne kohottavat merkittävästi tavalla hoidon kustannuksia.

Palvelujen toteutusta koskevissa suosituksissa sosiaali- ja terveydenhuollon eriytyneisyys ilmenee monella tapaa. Sosiaalihuollon toimintaa ohjaa voimakkaasti toimintakyvyn ohjaus, kun taas terveydenhuollon toimintaa ohjaa pitkälti akuutti palvelutarveohjaus. Jaoteltaessa palvelut sosiaalipalveluihin ja terveyspalveluihin on vaarana päätelmien yksipuolisuus, sillä asiakkaan näkökulmasta on kysymys ainakin osittain suunnitelmallisesta toimintakyvyn vajavuuden ja terveysongelmien simultaanisesta hoidosta. Laajimman ongelman muodostaa siis havainto, jonka mukaan ”vanhushuollossa ei juuri ole näkyvissä merkkejä siitä, että samanaikaisesti kuin uusia avuntarpeita medikalisoidaan, niin olemassa olevia avuntarpeita vastaavasti demedikalisoidaan” (Rintala 2003, 213). Sairauksien, toimintakyvyn alenemisen ja vanhenemisen raja hämärtyy jatkuvasti ja toisaalta sairauksien diagnosointi sekä tekniset mahdollisuudet diagnoosin tekoon tarkentuvat jatkuvasti tarjoten samalla myös entistä suuremmat mahdollisuudet hoitaa sairauksia ”temppekeskeisesti”. Toimintatapa on tältä osin ei-ikäspe-

sifinen, eli kaikki vastaan tulevat potilaat käsitellään samojen diagnosointikaavojen ja toimenpidemahdollisuuksien mukaan. Tuloksena on lisääntyvä määrä ikääntyneiden käyntejä, toimenpiteitä ja hoitoa. Tuloksena on myös lisääntyvä määrä sairaalatoipumista ja siis sairaalahoitokasoja, koska vanhusten yleinen toimintakyky ja palautumiskyky ovat erilaisia kuin ei-vanhuksilla.

Toisaalta medikalisaation ja demedikalisaation ideologisesta ristiriidasta seuraa, että ikääntyneiden palveluprofiilin kokonaisuuteen ”hyväksytään” vain jotkut toiminnot – lähinnä koti- ja laitoshoidon sekä erilaisten puoliavointien hoitomuotojen niin sanotut peruspalvelut. Erikoissairaanhoito ei ole esillä muuten kuin geriatrisina tai vastaavina yksiköinä. Ääriesimerkinä ristiriidasta on palvelu- ja hoitosuunnitelma-ajattelu. Esimerkiksi ikäihmisten hyvän hoidon ja palvelun oppaassa palveluiden koordinoinnin päävastuun ottajaksi suositellaan koti- tai avopalveluohjaajaa ja laitoksissa omahoitajaa, jolloin lääkärin ”kotalona” on pelkkä sivustakatsojan rooli (Voutilainen & al. 2002, 91–92). Ainakin makropilottihankkeessa lääkärit kokivat uuden roolinsa ristiriitaiseksi, eli tulkinnat hoitovastuun kattavuudesta ovat ei-medikaalisesta näkökulmasta selvästi erilaisia kuin medikaalisesta näkökulmasta.

Lisäksi organisatoriselta kannalta peruspalvelujen järjestäminen on yleensä kunnan omaa toimintaa, kun taas erikoissairaanhoiton järjestämisvastuu on keskitetty sairaanhoitopiireille, joissa kunta on vain yksi osakas muiden joukossa. Erikoissairaanhoiton palvelukulttuuri, tarjottavat palvelut ja yhteistyö peruskuntiin vaihtelevat ja saattavat olla ”ohuita”, jos ne perustuvat esimerkiksi vain joihinkin yksittäisiin erityispalveluihin tai erityistyöntekijöihin. Ikääntynyt potilas on erikoissairaanhoiton näkökulmasta osa potilaiden perusjoukkoa, jossa näkökulma on erikoissairaanhoitoon johtaneen ongelman korjaaminen. Asiakkaan kokonaisvaltaisen toimintakyvyn hallinnan kannalta tämä on usein vain pieni osa varsinaisesta palvelujen tarvekokonaisuudesta. Toisin sanoen erikoissairaanhoito on omana saarekkeenaan niin organisatorisesti kuin toiminnallisestikin. Tästä seuraa, että toimintojen kokonaisvaltainen koordinointi asiakastasolla ei ole välttämättä kaikilta osin saumatonta ja suunnitelmalista edes terveydenhuollon piiriin kuuluvien palvelujen osalta. Seurauksena on myös oletuksia siitä, että erikoissairaanhoiton hoitoon ohjauksessa saattaa olla omia asiakkaan palvelutarvekokonai-

suudesta riippumattomia priorisointitapoja. On jopa mahdollista, että järjestelmä suosii ikääntyneiden ihmisten diskriminointia erikoissairaanhoiton palvelujen saatavuudessa. On toisaalta myös mahdollista, että asiakkaat ja heidän omiensa itse korostavat peruspalveluita eivätkä näin hakeudu erikoissairaanhoiton palvelujen piiriin. Lisäksi sukupuoli vaikuttaa voimakkaasti palvelujen tarpeeseen. Miehet elävät vähemmän aikaa ja kärsivät jo nuorempina terveysongelmista. Näihin ongelmiin miehet sitten kuolevat, jolloin tarve toimintakykyä ylläpitäville palveluille on pienempi kuin naisilla. Naiset taas tyyppillisesti elävät pitempään toimintakyvyltään heikkoina, ennen kuin terveysongelmat saavat vallan.

Yhteenvetona voidaan siis todeta, että ihanteellinen hoito- ja palvelusuunnitelman hyödyntäminen hoitoyhteisössä on moniammatillista yhteistyötä, jossa on luotu mahdollisuudet tietojen käyttämiseen yli toimintayksikkörajojen. Toimintayksikkörajojen ylittäminen edellyttää tietosuojakysymysten ratkaisemisen lisäksi myös toimintatapojen organisointia niin, että toimintakyvyn ja terveysongelmien tunnistaminen ja muutokset tulevat otettua riittävästi huomioon päätöksenteossa eri tasoilla. Erikoissairaanhoito toiminta- ja organisointimuotona ei sovi yhteen ikääntyneiden hoito- ja palvelusuunnitelma-ajattelun kanssa, koska nykyisellään erikoissairaanhoitolla on oma vastuukenttensä hoitoon ottamisen, hoitamisen ja hoidon lopettamisen osalta sairaustapaus kerrallaan. Erityisen ongelmallista on hoitovastuun ottaminen ja jakaminen asiakkaan palveluprosessin kannalta tarkoituksenmukaisella tavalla, sillä palveluiden koordinoituvastuun tulisi tietysti olla mahdollisimman alhaisella hoidon portaiden tasolla eikä suinkaan portaiden kapeassa yläpäässä. Vaikka rakenteiden radikaali muuttaminen onkin käytännössä vaikeaa, on oletettavasti olemassa myös yksinkertaisia keinoja tehostaa toimintaa ja vähentää turhaa palvelujen käyttöä. Esimerkiksi Palko-hankkeen kaltaiset näkökulmat, joissa pyritään oikomaan pahimpia saumoja esimerkiksi palattaessa erikoissairaanhoitosta muuhun hoitoon, auttavat palauttamaan hoitovastuun asiakkaan kannalta tarkoituksenmukaiselle tasolle. Toisaalta tarjoamalla myös kotihoidon yhteyteen (niin työntekijöille kuin asiakkaillekin) mahdollisuus terveydenhuollon ammattilaisen konsultoitamiseen tarvittaessa ei jokaista ”vaaratonta huimauskohdasta” tarvitsisi lähteä tutkituttamaan sairaalan päivystyspoliklinikalla.

ENGLISH SUMMARY

Reijo Sund & Olli Nylander & Tuula Palonen: Service plan for older home care clients in the light of Kotka information systems (Ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelma Kotkan informaatiojärjestelmien valossa)

This study explores the joint clientships of social welfare and health care services in Kotka and assesses the quality of services provided to older home care clients against the national quality guidelines. On the basis of existing information systems the service needs of older clients both in Kotka and elsewhere in the country seem to derive both from declining functional capacity and straightforward health problems, even though the latter are excluded from the national quality guidelines. Strict ideological or administrative

boundary lines between such areas as primary health care, outpatient and institutional care and specialised health care therefore very much complicate the task of modelling and implementing customer-oriented service chains. This may give rise to unnecessary costs, problems with the quality of care and deteriorating quality of life in the absence of coherent service structures.

KEY WORDS

Services for the aged, service plan, health information systems, shared customers, home care, need for care, Finland

KIRJALLISUUS

- ALA-NIKKOLA, MERJA: Vanhusasiakkaiden palveluketjut. S. 75–86. Teoksessa: Nouko-Juvonen, Susanna & Ruotsalainen, Pekka & Kiikkala, Irma (toim.): Hyvinvointivaltion palveluketjut. Hygieia. Helsinki: Tammi, 2000
- BAYMINER. Ongelmakeskeinen data-analyysi. 2003 http://www.bayminer.com/ohje/bm_paattely.htm
- KAUPPINEN, SARI & FORSS, ANNE & SÄKKINEN, SALLA & NORO, ANJA & VOUTILAINEN, PÄIVI: Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2002. Suomen Virallinen Tilasto, Sosiaaliturva 1/2003. Helsinki: Stakes, 2003
- LEHTO, JUHANI: Saumaton palveluketju mosaiikkimaisessa järjestelmässä. S. 33–48. Teoksessa: Nouko-Juvonen, Susanna & Ruotsalainen, Pekka & Kiikkala, Irma (toim.): Hyvinvointivaltion palveluketjut. Hygieia. Helsinki: Tammi, 2000
- LEHTO, JUHANI: Terveydenhuoltopolitiikkaa uusilla säännöillä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 40 (2003): 4, 237–244
- MIKKOLA, HENNAMARI & SUND, REIJO & LINNA, MIIKA & HÄKKINEN, UNTO: Erikoissairaanhoidon kustannusten satunnainen vaihtelu pienten kuntien ongelma. Sairaala 64 (2002): 3, 42–43
- MYLLYMÄKI, PETRI & TIRRI, HENRY: Bayes-verkkojen mahdollisuudet. Teknologia katsaus 58/98. Helsinki: Teknologian kehittämiskeskus (TEKES), 1998
- NYLANDER, OLLI & NENONEN, MIKKO & SUOMINEN, TARJA & RINTANEN, HANNU & SUND, REIJO & PELANTERI, SIMO & PAARNOLA, VEIKKO: Palvelukenteesta palveluketjuun. Makropilotti ja sosiaali- ja terveydenhuollon informaatiojärjestelmä, osa II. Ti-

- lastoraportti 1/2002. Helsinki: Stakes, 2002
- PERÄLÄ, MARJA-LEENA & HAMMAR, TEIJA: PALKO-malli – Palveluja yhteensovittava kotiutumisen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Aiheita 29/2003. Helsinki: Stakes 2003
- PÄIVÄRINTA, EEVA & HAVERINEN, RIITTA: Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Oppaita 52. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto & Stakes, 2002
- RINTALA, TAINA: Vanhuskuvat ja vanhustenhuollon muotoutuminen 1850-luvulta 1990-luvulle. Tutkimuksia 132. Helsinki: Stakes, 2003
- RUOTSALAINEN, PEKKA: Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. S. 7–32. Teoksessa: Nouko-Juvonen, Susanna & Ruotsalainen, Pekka & Kiikkala, Irma (toim.): Hyvinvointivaltion palveluketjut. Hygieia. Helsinki: Tammi, 2000
- SUND, REIJO & NYLANDER, OLLI & PALONEN, TUULA: Raa'asta rekisteriaineistosta terveystietoisesti relevanttiin informaatioon. Yhteiskuntapolitiikka 69 (2004): 4, 372–379
- TURUNEN, TAINA & PALONEN, TUULA: Asiakaslähtöisen tietohallinnan rakentaminen kunnassa. Hallinnollisen näkökulman ideointia. Tietohallinta asiakaslähtöisissä palveluketjuissa -kurssi. Terveystietohallinnon laitos, Kuopion yliopisto, 2002
- VOUTILAINEN, PÄIVI & VAARAMA, MARJA & BACKMAN, KAISA & PAASIVAARA, LEENA & ELONIEMI-SULKAVA, ULLA & FINNE-SOVERI, U. HARRIET (toim.): Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Oppaita 49/2002. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes, 2002.