



Liina-Kaisa Tynkkynen
Taru Vehmasto
Tuulikki Vehko
Ilmo Keskimäki
(toim.)

Terveydenhuoltotutkimuksen päivät 2017

Ohjelma ja rinnakkaissessioiden tiivistelmät

TYÖPAPERI 43/2017

Liina-Kaisa Tynkkynen
Taru Vehmasto
Tuulikki Vehko
Ilmo Keskimäki
(toim.)

Terveydenhuoltotutkimuksen päivät 2017

Ohjelma ja rinnakkaissessioiden tiivistelmät



**TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS**

© Kirjoittaja ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-302-965-1 (painettu)
ISBN 978-952-302-966-8 (verkkajulkaisu)
ISSN 2323-5179 (verkkajulkaisu)
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-966-8>

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy
Tampere, 2017

Esipuhe

Terveydenhuoltotutkimuksen päivät 25 vuotta

Sosiaalilääketieteen yhdistys, Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitos ja silloinen sosiaali- ja terveyshallitus järjestivät ensimmäisen Terveydenhuoltotutkimuksen seminaarin vuonna 1992. Seminaarin tavoitteena oli ”terveydenhuoltotutkimusta ja terveydenhuollon ajankohtaisia kysymyksiä käsittelevien yleisesitelmien ohella esitellä käynnissä olevia tutkimushankkeita”. 25 vuoden aikana Terveydenhuoltotutkimuksen yhden päivän seminaarista on kasvanut kaksipäiväinen Terveydenhuoltotutkimuksen päivät. Tavoitteet ovat kuitenkin pysyneet ennallaan: tarkoituksena on koota alan tutkijoita yhteen keskustelemaan ajankohtaisista terveydenhuoltotutkimuksen kysymyksistä. Lisäksi päivien ohkeen on sisällytetty alan jatko-opiskelijoille suunnattu (mutta kaikille kiinnostuneille avoin) koulutuspäivä, jonka aiheena on ollut jokin terveydenhuoltotutkimuksen ajankohtainen teema.

Vuonna 1993 ensimmäinen Sosiaalilääketieteellisen aikakauslehden numero oli Terveydenhuoltotutkimuksen teemanumero, jonka toimittivat Ilmo Keskimäki, Seppo Aro, Unto Häkkinen ja Sakari Karjalainen. Pääkirjoituksessa todetaan, että terveydenhuoltotutkimuksen asema on Suomessa vahvistunut, mikä näkyy mm. usein julkaistavina terveydenhuoltotutkimusta sivuavina väitöskirjoina ja nuorten tutkijoiden kiinnostuksena tutkimusalaa kohtaan. Kirjoittajat toteavat, että terveydenhuoltotutkimus on ”*vähintäänkin murrosiässä*”.

Jos terveydenhuoltotutkimus oli vuonna 1992 murrosiässä, on se vuonna 2017 tullut keski-ikään. Suomalaisen terveydenhuoltotutkimuksen voisikin sanoa elävän jonkinlaista viidenkympin villitystä, jonka pyörteisissä se hakee uutta identiteettiään ja paikkaansa yhteiskunnassa. Tutkimusrahoituksen ja tutkijakoulutuksen kentällä on viime vuosina tapahtunut isoja uudistuksia, jotka ovat muuttaneet toimintaympäristöä, jossa terveydenhuollon tutkijat tulevaisuudessa kasvavat, koulutautuvat ja tekevät työtä. Yksi iso tulevaisuuden haaste liittyy seuraavan sukupolven terveydenhuoltotutkijoiden kouluttamiseen.

Samaan aikaan kun toimintaympäristö on muuttunut ja asettanut omat haasteensa, terveydenhuoltotutkimuksen tarve ja yhteiskunnallinen kysyntä kasvavat jatkuvasti, kun sote-sektorin rakenteita uudistetaan. 25 vuoden aikana myös tutkimusmenetelmät ja aineistojen saatavuus ovat kehittyneet harppauksin, mikä mahdollistaa entistä monimutkaisempien ongelmien ratkaisemisen terveydenhuoltotutkimuksen keinoin. Mahdollisuuksia ja potentiaalia on siis paljon!

Neljännesvuosisata on hyvä kohta pysähtyä tarkastelemaan terveydenhuoltotutkimuksen tilaa ja tulevaisuutta. Toivottavasti tutkimuspäivien aikana syntyy innostavia, eteenpäin katsovia ja kriittisiäkin keskusteluja myös tästä aiheesta.

Terveydenhuoltotutkimuksen päivät: Uudet osaamistarpeet ja johtaminen muuttuvissa sote-rakenteissa

Vuonna 2017 Terveydenhuoltotutkimuksen päivät järjestetään Tampereella, Tampereen yliopiston Kaupin kampuksella. Päivien järjestelyistä vastaavat Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Sosiaalilääketieteen yhdistys ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kuten perinteeksi on muodostunut, päivät ovat tänäkin vuonna kaksipäiväiset.

Torstaina 23.11.2017 järjestetään terveydenhuoltotutkimuksen seminaaripäivä, jota vietetään teemalla *Uudet osaamistarpeet ja johtaminen muuttuvissa sote-rakenteissa*. Seminaarin tarkoituksena on nostaa esiin niitä osaamisen ja johtamisen haasteita, joita sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmien uudistukset synnyttävät Suomessa. Tämän lisäksi saamme oppia Ruotsin kokemuksista ja kuulla, millaisia järjestelmän johtamisen haasteita ja sote-ammattilaisten osaamistarpeita maassa 2000-luvun aikana toteutetut palvelujärjestelmän uudistukset ovat tuoneet mukanaan. Kuulemme seminaaripäivän aikana myös ajankohtaiskatsauksen sote-uudistuksen valmistelusta niin kansallisesta kuin alueellisesta näkökulmasta.

Terveydenhuoltotutkimuksen päivillä kokoontuu myös neljä työryhmää, joiden osallistujat voivat esitellä omia tutkimustuloksiaan tai tutkimushankkeitaan rinnakkaisseminaarissa. Ryhmissä on esityksiä laajasti terveydenhuoltotutkimuksen eri alueilta ja esitysten tiivistelmät löytyvät tästä kirjasta.

Perjantaina 24.11.2017 järjestetään jatko-opiskelijoille ja muille aiheesta kiinnostuneille englanninkielinen jatkokoulutuspäivä, jonka teemana on *Equity in health and healthcare*. Päivän aikana käsitellään terveydenhuollon ja terveyden oikeudenmukaisuutta niin teoreettisesti, tutkimuksellisesti kuin terveystalvvelujärjestelmän uudistusten näkökulmista.

Järjestäjätahojen lisäksi myös monet muut tahot ovat osallistuneet päivien ohjelman tekemiseen. Lämpimät kiitokset Bioetiikan instituutti, Jyväskylän yliopisto, Lääkäriliitto, Pirkanmaan liitto, Tampereen yliopiston Palvelut ja johtaminen integroituvassa sosiaali- ja terveydenhuollossa – johtamisohjelma, Terveydenhuolto-lääkärit ja Uppsalan yliopisto.

Päivien aikana voit osallistua keskusteluun Twitterissä aihetunnisteella #THTpaivat2017.

Tervetuloa Terveydenhuoltotutkimuksen päiville!

Tampereella 30.10.2017

Liina-Kaisa Tynkkynen, Taru Vehmasto, Tuulikki Vehko ja Ilmo Keskimäki

Ohjelma

Terveydenhuoltotutkimuksen päivät: Uudet osaamistarpeet ja johtaminen muuttuvissa sote-rakenteissa

Paikka: Tampereen yliopisto Kaupin kampus, Arvo-rakennus, Arvo Ylpön katu 34, 33520 Tampere

Järjestäjät: Sosiaalilääketieteen yhdistys, Tampereen yliopisto ja THL

TORSTAI 23.11.2017 Terveydenhuoltotutkimuksen seminaari

- 9:15-10:00 Ilmoittautuminen ja kahvi
- SOTE-UUDISTUS JA JOHTAMINEN
– KATSAUS NYKYHETKEEN**
- 10:00-10:15 **Päivien avaus**
SLY:n puheenjohtaja Peija Haaramo
- 10:15-10:45 **Sote-uudistus – missä mennään?**
Osastonjohtaja Markku Pekurinen, THL
- 10:45-11:15 **Uudistuksen johtaminen – kokemuksia maakuntavalmistelusta**
Muutosjohtaja Kari Hakari, Pirkanmaa 2019
- 11:15-11:45 **Sote-uudistus johtamisen haasteena?**
Toiminnanjohtaja Kati Myllymäki, Lääkäriliitto
- 11:45-12:00 **Keskustelu**
- 12:00-13:00 Lounastauko (omakustanteinen)
- 13:00-14:30 **TYÖRYHMÄT**
- 14:30-15:00 Kahvi
- 15:00-15:20 **TERVEYDENHUOLTOPALKINTO**
Sami Heistaro, puheenjohtaja, Terveydenhuoltolääkärit ry
Palkinnon saajan puheenvuoro
- CHANGING HEALTH SYSTEMS, NEW COMPETENCIES**
- 15:20-16:00 **Swedish reforms and implications to governance, management and personnel**
Associate Professor Ulrika Winblad, University of Uppsala
- 16:00-16:30 **Challenges and opportunities for developing management**
Research director Timo Sinervo, THL
- 16:30-17:00 **Change and continuity in care work**
Professor Teppo Kröger, University of Jyväskylä
- 17:00-17:15 **Discussion and closing words**
- 17:15- **Sosiaalilääketieteen yhdistyksen syyskokous**

PERJANTAI 25.11.2017 Equity in health and health care

10:00-11:15 **WHAT IS EQUITY – PERSPECTIVES FROM DIFFERENT DISCIPLINES**

Exploring philosophical foundations of equity

Dr. Jutta Pulkki, University of Tampere

Equity in bioethics

Chairman of the board Heikki Saxen, Finnish Institute of Bioethics

What is equity in healthcare? Insight from economics and political science

Professor Katri Sieberg, University of Tampere

11:15-12:00 Lunch (own expense)

12:00-13:45 **HEALTH CARE REFORMS AND EQUITY**

Equity in swedish health services – the impact of recent reforms

Docent Ulrika Winblad, University of Uppsala

Finnish health care reform proposal(s) and equity

Dean Juha Teperi, University of Tampere

13:45-14:00 Coffee break

14:00-15:00 **HEALTH SERVICES RESEARCH AND EQUITY**

How to measure equity?

Dr. Sonja Lumme, THL

Why should we care about equity in health and health care?

Professor Ilmo Keskimäki, University of Tampere & THL

15:00-15:15 **DISCUSSION AND CLOSING**

Työryhmät

Ryhmä 1: Ihminen palvelujen käyttäjänä

PJ: LIINA-KAISA TYNKKYENEN

1. Potilaskohtaamisia – oikeudellinen näkökulma, *Tiina Ketola-Mäcklin*
2. Pitkäaikaissairaiden kokemukset suomalaisesta terveydenhuollosta, *Annamari Aalto*
3. Elämänlaatu ja sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö koulutuksen ja työn ulkopuolella olevilla nuorilla aikuisilla – NEET-nuoret ja väestöverrokot, *Jussi Partanen*

Ryhmä 2: Yleiset ja erityiset palvelujärjestelmät

PJ: JUTTA PULKKI

1. Dementian ja iän yhteys ympärivuorokautisen hoidon käyttöön viiden viimeisen elinvuoden aikana vuosina 1996–2013, *Mari Aaltonen*
2. Elder Care Policy and Service System in Phase of Transition in Lapland, *Heli Valokivi*
3. NordScreen – interaktiivinen applikaatio pohjoismaisten syöpäseulontaohjelmien indikaattoreiden esittämiseen, *Veli-Matti Partanen*

Ryhmä 3: Terveydenhuollon henkilöstö

PJ: ANNE KONU

1. Osaaminen muutoksessa – johtavien viranhaltijoiden näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten uusista osaamistarpeista, *Laura Hietapakka*
2. Kokemuksia potilastietojärjestelmistä ja työhyvinvoinnista, *Tuulikki Vehko*
3. Kulttuurinen tietoisuus monikulttuurisessa hoitotyössä – Hoitohenkilöstön kokemuksia koulutusinterventiosta, *Anu-Marja Kaihlanen*
4. Citizen co-production and the altering (?) legitimacy of welfare state professionalism, *Sanna Tuomas*

Ryhmä 4: Hoitotulokset ja palveluiden kustannukset

PJ: ILMO KESKIMÄKI

1. Miten päästään hyviin hoitotuloksiin tyypin 2 diabeteksen hoidossa? *Anne M. Koponen*
2. Diabeteksen kustannukset 2011, *Olli Kurkela*
3. Vaikuttavatko vaikeusaste, hoito tai rinnakkaissairaudet paksu- ja peräsuolen syöpää sairastavien ennusteeseen vakavaa mielenterveyden häiriötä sairastavilla? *Kristiina Manderbacka*

Sisällys

Esipuhe	3
Ohjelma	5
Työryhmät	7
Ihminen palvelujen käyttäjänä	11
Potilaskohtaamisia – oikeudellinen näkökulma	11
Pitkäaikaissairaiden kokemukset suomalaisesta terveydenhuollosta	12
Elämänlaatu ja sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö koulutuksen ja työn ulkopuolella olevilla nuorilla aikuisilla – NEET-nuoret ja väestöverrokkit	13
Yleiset ja erityiset palvelujärjestelmät	14
Dementian ja iän yhteys ympärivuorokautisen hoidon käyttöön viiden viimeisen elinvuoden aikana vuosina 1996–2013	14
Elder Care Policy and Service System in Phase of Transition in Lapland.....	15
NordScreen – interaktiivinen applikaatio pohjoismaisten syöpäseulontaohjelmien indikaattoreiden esittämiseen	16
Terveydenhuollon henkilöstö	17
Osaaminen muutoksessa – johtavien viranhaltijoiden näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten uusista osaamistarpeista	17
Kokemuksia potilastietojärjestelmistä ja työhyvinvoinnista	18
Kulttuurinen tietoisuus monikulttuurisessa hoitotyössä – Hoitohenkilöstön kokemuksia koulutusinterventiosta.....	19
Citizen co-production and the altering (?) legitimacy of welfare state professionalism.....	20
Hoitotulokset ja palveluiden kustannukset.....	21
Miten päästään hyviin hoitotuloksiin tyypin 2 diabeteksen hoidossa?	21
Diabeteksen kustannukset	22
Vaikuttavatko vaikeusaste, hoito tai rinnakkaissairaudet paksu- ja peräsuolen syöpää sairastavien ennusteeseen vakavaa mielen terveyden häiriötä sairastavilla?	23

Ihminen palvelujen käyttäjänä

Potilaskohtauksia – oikeudellinen näkökulma

Tiina Ketola-Mäcklin, HM, Potilasasiamies KHSHP, väitöskirjatutkija TaY JKK

Puheena olevan väitöstutkimuksen tarkoituksena on tuottaa lainopillista tietoa potilaan hyvään hoitoon ja siihen liittyvään kohteluun oikeuttavan säännöksen tulkinnasta. Kyseistä säännöstä voidaan pitää potilas- tai lääkintäoikeuden alalla yhtenä keskeisimpänä normina ja sen lainsäädännöllinen perusta on kirjattu potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) 3 §:än. Säännös on muotoilultaan arvostuksenvaarainen ja jättää siten sijaa tapauskohtaisuudelle. Joustavan normiformuloinnin eduksi voidaan lukea myös sen mukautuvuus muuttuviin olosuhteisiin. Toisaalta arvostuksenvaaraisen normin tulkinnassa ja soveltamisessa haasteeksi nousee oikeusvarmuudesta ja luottamuksensuojasta huolehtiminen.

Käytännön potilastyössä terveydenhuollon ammattihenkilöt joutuvat joskus kohtuuttomastikin puntarimaan eri suuntiin vetävien oikeudellisten periaatteiden välillä: Yhdenvertaisuus ja tiukka säännöissä pitäytyminen asettuvat potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioimista vastaan. Toisaalta potilaan itsemääräämisoikeuden tai lääkärin informointivelvollisuuden sekä yhteistoiminnallisuuden periaatteiden toteuttaminen saattavat hämärtää potilaan ja lääkärin välistä roolitusta. Näihin käytännön potilaskohtauksista nouseviin haasteisiin pyritään vastaamaan täsmentämällä ja jäsentämällä hyvän hoidon ja siihen liittyvän kohtelun oikeudellista sisältöä. Samalla pyritään luomaan malli hyväntahtoisesta laintulkinnasta konstruoimalla kolme oikeuslähdeopillisesti hyväksyttävää, mutta painotuksiltaan toisistaan eroavaa tulkintalinjaa. Taustaoletuksena on ajatus, jonka mukaan lainsäädännön luovalla ja hyvään pyrkivällä tulkinnalla voidaan päästä paitsi oikeudellisesti niin myös eettisesti kestävään lopputulemaan. Tämä voi osaltaan lisätä onnistuneiden potilaskohtauksien kokemuksia sekä vähentää tarvetta jälkikäteisiin oikeussuojakeinoihin turvautumiseen.

Tutkimus on lainopillinen ja oikeusdogmaattinen. Aineisto koostuu siten kirjoitetun lainsäädännön ohella lainvalmisteluaineistosta, oikeuskäytännöstä ja oikeuskirjallisuudesta. Toisaalta oikeuslähteitä käytetään tutkimuksessa ja tutkimuksessa tulee olemaan vahva eettinen painotus. Tieteellisessä katsannossa väitöstutkimus paikantuu lääkintäoikeuden, oikeusteorian sekä oikeusfilosofian alaan.

Tutkimuksen tulosten tieteelliset indikaatiot liittyvät uuden tiedon tuottamiseen verraten vähän tutkitulta oikeudenalalta. Oikeusteoreettinen ja laintulkinnan teorian kautta teemaa lähestyvä ote on metodologisessa katsannossa luova ja paradigmaa avaava. Tutkimuksen yhtenä johtopäätöksenä on, että potilaan hyvää hoitoa ja kohtelua koskevan säännöksen tulkinnassa on mahdollista saavuttaa sellainen tulkinta- ja soveltamislinja, joka on harmoniassa käytettävissä olevien resurssien, potilaan perusteltujen odotusten sekä terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattitaidon ja -etiikan kanssa.

Pitkäaikaissairaiden kokemukset suomalaisesta terveydenhuollosta

- 1) Anna-Mari Aalto, dosentti, THL 2) Marko Elovainio, dosentti THL/Helsingin yliopisto 3) Tuulikki Vehko, FT, THL 4) Timo Sinervo, dosentti, THL

Pitkäaikaissairaat ovat keskeinen terveyspalvelujen käyttäjäryhmä, joille voi kasautua useita terveysongelmia ja jotka käyttävät usein monia eri palveluja. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan pitkäaikaissairaiden kokemuksia terveydenhuollosta ja niiden yhteyksiä taustatekijöihin, terveydentilaan ja palvelujen käyttöön liittyviin tekijöihin. Tulosten perusteella arvioidaan käytetyn asiakaskokemuskysymyssarjan käyttökelpoisuutta pitkäaikaissairaiden palvelukokemusten arvioinnissa.

Tutkimus perustuu THL:n vuonna 2015 ”Uudistuvat sosiaali- ja terveyspalvelut” väestökyselyyn. Otokseen poimittiin satunnaisesti 6000 18–79 –vuotiasta suomenkielistä henkilöä (vastausosuus 44 % (n=2626)). Tämä osatutkimus perustuu niiden vastauksiin, jotka olivat käyttäneet terveyspalveluja kuluneen vuoden aikana ja jolla oli jokin lääkärin diagnosoima pitkäaikaissairaus (n=1282). Asiakaskokemuksia mitattiin 3:lla summamuuttujalla: palveluun pääsy, kunnioittava kohtelu ja osallistuminen hoitoon. Lisäksi kysely sisälsi hoitoon pääsyn esteitä kartoittavan kysymyssarjan (integraatioon, saatavuuteen sekä taloudellisiin tekijöihin liittyvät esteet). Käytetyt taustatekijät olivat ikä, sukupuoli, koulutus, työllisyys- ja taloudellinen tilanne ja asuinalueen kaupungistumisaste. Terveydentilaan liittyviä tekijöitä olivat toimintakyvyn rajoitteet ja masennus, palvelujen käyttöä kuvaavat tekijät olivat avopalvelujen vastaanotokäynnit vuodessa joko lääkärillä tai hoitajalla, sairaalapalvelujen käyttö, pääasiallinen avohoitopaikka (terveyskeskus/ työterveys-huolto/ yksityissektori/ sairaalan poliklinikka) sekä vakituinen hoitosuhde. Selittävien tekijöiden yhteyksiä asiakaskokemuksiin ja esteisiin hoidon saannissa tarkasteltiin monimuuttujaisella logistisella regressio-analyysillä. Tutkimus on osa STN:n rahoittamaa COPE-hanketta.

Vanhemmat vastaajat raportoivat nuoria useammin positiivisia kokemuksia hoitoon pääsystä henkilökunnan kohtelusta ja harvemmin integraatioon tai saatavuuteen liittyviä esteitä hoidon saannille. Taloudellisia vaikeuksia kokeneilla oli muita enemmän negatiivisia kokemuksia hoitoon pääsystä ja mahdollisuuksista vaikuttaa omaan hoitoon ja he raportoivat enemmän hoitoon pääsyn esteitä kaikilla ulottuvuuksilla. Ne, joilla oli toimintakyvyn rajoitteita, raportoivat negatiivisempia asiakaskokemuksia ja enemmän hoidon saannin esteitä kaikilla ulottuvuuksilla. Terveyskeskusta pääasiallisena hoitopaikkana käyttävillä oli muita enemmän ongelmia hoitoon pääsyssä, sairaalassa hoidettavina olleet raportoivat taas muita enemmän kohteluun liittyviä ongelmia ja integraatioon liittyviä esteitä. Ne joilla oli jatkuva hoitosuhde, raportoivat positiivisempia asiakaskokemuksia sekä vähemmän integraatioon ja saatavuuteen liittyviä esteitä.

Tulosten perusteella aikaisemmissa tutkimuksissa esille nousseet suomalaisen terveydenhuollon ongelmakohdat, kuten erot hoitoon pääsyssä eri hoitosektoreiden välillä, sosioekonomiset erot palveluun pääsyssä sekä erot palvelujen tarpeessa heijastuivat pitkäaikaissairauden asiakaskokemuksissa. Asiakkaiden kokemukset heidän koko terveydenhuollon palvelukokonaaisuutensa toimivuudesta tulisi huomioida sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa ja sen arvioinnissa.

Elämänlaatu ja sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö koulutuksen ja työn ulkopuolella olevilla nuorilla aikuisilla – NEET-nuoret ja väestöverrokkit

Leena Forma¹, TfT, Jussi Partanen¹, YtM, Pekka Rissanen^{1,2}, FT

- 1) Yhteiskuntatieteiden tiedekunta (terveystieteet), Tampereen yliopisto
- 2) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Suomalaisista nuorista 7-10 % on koulutuksen ja työn ulkopuolella, ja voidaan määritellä NEET-nuoriksi (Not in Employment, Education or Training). Näiden nuorten hyvinvoinnin on havaittu olevan heikompi kuin muiden saman ikäisten, ja sen vuoksi myös heidän sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeensa on oletettavasti suurempi. Tutkimuksen tarkoitus on 1) kuvata NEET-nuorten elämänlaatua ja sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä ja 2) verrata elämänlaatua ja palvelujen käyttöä NEET-nuorten ja saman ikäisten väestöverrokkien välillä.

Tutkimusjoukko rekrytoitiin PROMEQ-hankkeessa Kouvolan, Vantaan ja Jyväskylän kaupunkien kohdenetussa nuorisotyössä. Sisäänottokriteerit olivat 16-29 vuoden ikä ja koulutuksen ja työn ulkopuolella olo. Tutkimusjoukko täytti lomakkeen, joka sisälsi kysymyksiä 1) elämänlaadusta WHOQOL-BREF instrumentilla sekä 2) sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä: käyttikö henkilö kyseistä palvelua 12 edeltävän kuukauden aikana, ja kuinka monta kertaa. WHOQOL-BREF sisältää fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja ympäristö-ulottuvuudet, ja pisteityksen asteikko on 0-100, jossa suurempi arvo tarkoittaa parempaa elämänlaatua.

Tiedot väestöverrokkien elämänlaadusta saatiin HYPÄ 2009 –tutkimuksesta ja tiedot heidän palvelujenkäytöstään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Kansaneläkelaitoksen tilastoista. 146 nuorta aikuista vastasi kyselyyn. Keski-ikä oli 23 vuotta, ja 45 % oli miehiä. Kaikki elämänlaadun ulottuvuudet olivat 12-25 yksikköä matalammat NEET-nuorilla kuin saman ikäisillä verrokeilla. Erot olivat suurempia naisilla kuin miehillä, ja suurimmat erot olivat psyykkisellä ulottuvuudella.

85 % NEET-nuorista kävi lääkärin vastaanotolla 12 edeltävän kuukauden aikana, ja 83 % kävi muun sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolla. 45 prosentilla oli ollut käynti psykoterapeutin vastaanotolla tai mielenterveystoimistossa. 77 % NEET-nuorista ja 57 % verrokeista oli käynyt terveyskeskuslääkärin vastaanotolla. 17 % NEET-nuorista ja 7 % verrokeista oli ollut sairaalahoidossa.

NEET-nuorten elämänlaatu oli huonompi, ja heillä oli paljon enemmän käyntejä sosiaali- ja terveydenhuollossa kuin saman ikäisillä verrokeilla. Elämänlaatu oli heikoin psyykkisellä ulottuvuudella, ja lähes puolet NEET-nuorista oli käyttänyt mielenterveyspalveluja. Sekä palvelujen tarve, että niiden käyttö olivat suuremmat kuin muilla saman ikäisillä. NEET-nuorten elämänlaatua pyritään PROMEQ-hankkeessa kohentamaan vertaistukea tarjoavan intervention avulla. Intervention vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta arvioidaan seurantamittausten jälkeen.

Yleiset ja erityiset palvelujärjestelmät

Dementian ja iän yhteys ympärivuorokautisen hoidon käyttöön viiden viimeisen elinvuoden aikana vuosina 1996–2013

Mari Aaltonen (TtT)¹, Leena Forma (TtT)¹, Jutta Pulkki (TtT)¹, Jani Raitanen (FM)^{1,2}, Pekka Rissanen (FT)¹, Marja Jylhä (FT, LT)¹

- 1) Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta (terveystieteet) ja Gerontologian tutkimuskeskus, Tampereen yliopisto
- 2) UKK-Insituutti

Sekä dementia että korkea ikä lisäävät hoidon tarvetta ja käyttöä. Viime vuosikymmeninä pitkäikäisyys on yleistynyt, mikä puolestaan on lisännyt dementiaa sairastavien ihmisten lukumäärää. Tutkimuksen tarkoitus on selvittää miten dementia ja korkea ikä yhdessä ovat yhteydessä viiden viimeisen elinvuoden aikaiseen sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöön ja miten tämä muuttui vuosina 1996–2013.

Aineistona käytetään terveydenhuollon ja sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekistereistä (THL), sekä kuolemansyyrekistereistä (Tilastokeskus) kerättyjä tietoja. Aineistossa ovat mukana vuosina 2001, 2007 ja 2013 kuolleet suomalaiset (N 86554). Tutkittavat hoitomuodot ovat pitkäaikaishoito (vanhainkoti, tehostettu palveluasuminen, pitkäaikaishoito terveyskeskuksen vuodeosastolla) ja sairaalahoito (keskus-, alue-, tai yliopistolinen sairaala, lyhytaikainen sairaalahoito terveyskeskuksen vuodeosastolla). Dementiaa sairastavaksi luokiteltiin ne, joilla oli dementia kuolinsyynä, tai hoitoilmoitusrekisteriin oli merkitty dementia-diagnoosi viiden viimeisen elinvuoden aikana. Aineisto analysoitiin ikäryhmittäin (70 – 79, 80 – 89, ≥ 90). Tilastollisena menetelmänä käytettiin pitkäaikaisanalyysejä (Generalized Estimating Equations).

Tutkimusvuosien aikana sekä dementiaa sairastavien että erittäin vanhojen ihmisten määrä kasvoi: vuonna 2001 kuolleista joka neljännellä oli dementia ja vuonna 2013 runsaalla kolmanneksella. Kaikkein eniten kasvoi yli 80-vuotiaiden dementiaa sairastaneiden joukko (2001: 19% kaikista yli 70-vuotiaana kuolleista, 2013: 31%), jotka olivat myös kaikkein todennäköisimpiä pitkäaikaishoidon käyttäjiä. Dementia ja ikä lisäävät myös sairaalahoitoa, mutta erot dementiaa sairastamattomiin nuorempiin verrattuna eivät olleet yhtä selvät kuin pitkäaikaishoidossa. Dementia ja korkea ikä vähensivät kotona asumista.

Kun tarkastellaan tutkimusvuosien aikana eri paikoissa vietettyjä päiviä iän ja dementiastatus mukaan, kaikkein vanhimpien (≥ 90) kotona asuminen kasvoi ja pitkäaikaishoidon päivien määrä väheni sekä dementiaa sairastaneilla että sairastamattomilla. Koska dementiaa sairastavien vanhimpien ihmisten määrä ja osuus kuitenkin kasvoivat tutkimusvuosien aikana, kaikkiaan yli 70-vuotiaana kuolleiden viiden viimeisen elinvuoden aikaisen pitkäaikaishoidon käyttö kasvoi ja kotona asuminen väheni.

Dementia ja korkea ikä olivat molemmat vahvasti yhteydessä etenkin pitkäaikaishoitopalvelujen käyttöön, mutta erityisesti palvelujen käyttöä lisäsi dementia ja korkea ikä yhdessä. Mikäli dementiaa sairastavien, kaikkein vanhimpien joukko jatkaa kasvuaan, on mahdollista, että elämän viimeisinä vuosina intensiivisen hoidon tarve kasvaa. heidän tarvitsemansa ympärivuorokautinen hoito on turvattu, vaikka muuten hoidon painopiste olisikin kotihoidossa.

Elder Care Policy and Service System in Phase of Transition in Lapland

Heli Valokivi, YTT, Lapin yliopisto

Finland is ageing rapidly and the challenges to meet the growing care needs of ageing population are evident. In Finland, major health and social care reform will be enforced in 1.1.2020. Previously the municipalities have been responsible for the health and social care services. In 2020 there will be 18 counties in charge of health and social services instead of municipalities. The services will be organized by the counties and produced by public, private and third sector service providers. The main ideas of current elder care policy are ageing in place, user involvement and responsibility and reducing costs. The health and social care reform emphasizes customers' freedom of choice, citizen equality, versatile and cost-effective services.

In my paper I will discuss the complex and intertwined issues of current elder care policy, changing elder care service system and experiences and opinions of municipal officials and professionals in charge of services in northern Finland. What is going on at the local political and policy level? What are their future views in the middle of transition? How does the change look from the northern elderly citizen and care user perspective? The data consists of national and regional policy documents and statements of northern municipal politicians and health and social care officials in the centre of planning and enforcement of the change. The data will be analyzed with qualitative content analysis. I am interested in how concepts of elderly, aged and old age appear in the data. How aged individuals' and aged people's participation and involvement are discussed in the data? How aged persons and elderly as a group are considered in the time of transition of health and social care services by northern municipal politicians and health and social care officials?

NordScreen – interaktiivinen applikaatio pohjoismaisten syöpäseulontaohjelmien indikaattoreiden esittämiseen

Veli-Matti Partanen¹, Ahti Anttila¹, Sirpa Heinävaara¹, Tytti Sarkeala¹, Joakim Dillner², Zurab Bzhalava², Stefan Lönnberg¹

- 1) Suomen syöpärekisteri
- 2) Karoliininen instituutti, Tukholma

Tutkimuksen tarkoitus:

Syöpäseulontaohjelmien laadunvarmistus ja toiminnan kehittäminen tarvitsevat tuekseen ajantasaisia monitorointijärjestelmiä. Internet-pohjaiseen NordScreen –palveluun on tarkoitus tuottaa laatuindikaattoreita pohjoismaisten syöpäseulontaohjelmien toiminnasta. Julkisesti saatavilla oleva työkalu helpottaa eri maiden syöpäseulontaohjelmien välistä vertailua. Tällä hetkellä palvelu sisältää kohdunkaulasyövän seulonnan testipeittävyysindikaattorin, mutta tavoitteena on tuottaa indikaattoreita kattamaan seulontaketjun kaikki vaiheet. Lisäksi projekti on suunniteltu laajennettavaksi koskemaan myös rintasyövän sekä suolistosyövän seulontaohjelmia.

Aineisto ja menetelmät:

Seulontadata on peräisin eri Pohjoismaiden sekä Viron koko väestön kattavista seulontarekistereistä. Palvelussa esitettävät indikaattorit määritellään käyttäen hyväksi aikaisemmissa syöpäseulontaohjelmien arviointiprojekteissa ja EU:n suosituksissa kehitettyjä indikaattoreita. Tällä hetkellä palvelussa on seulontapeittävyiden indikaattoritietoja tarjolla Suomesta (vuosilta 1991-2014), Norjasta (1992-2015), Islannista (1986-2016) sekä Virosta (2015-2016).

Seulontaohjelmat eroavat maiden välillä monin eri tavoin muun muassa kohdeväestön ikärajojen, käytettävien seulontatestien, seulontaintervallien sekä organisatoristen tekijöiden suhteen. Indikaattoritietojen lisäksi palvelua varten tuotetaan ajantasaiset kuvaukset eri maiden seulontaohjelmista vertailun helpottamiseksi ja indikaattoreiden tulkitsemisen tueksi.

Tulokset:

Seulonnan peittävyys vuoden 2014 lopussa yhdenmukaisesti rajatussa kohdeväestössä (30-59 -vuotiaat) viiden vuoden seurannassa vaihteli 70-85 prosentin välillä. Suomessa peittävyysaste oli 70 %, kun taas Norjassa 82 % ja Islannissa 85 %.

Palvelu mahdollistaa tulevaisuudessa datan esittämisen käyttäjän valitsemien määrittelyjen pohjalta sekä graafisesti että taulukkomuodossa.

Johtopäätökset:

Suomen muita maita matalampi peittävyysaste voidaan selittää sekä pidemmällä seulontaintervallilla, joka on Suomessa viisi vuotta eli pidempi vertailumaiden kolmeen vuoteen verrattuna. Lisäksi Suomessa joukotarkastusrekisteri sisältää tällä hetkellä tiedot vain seulontaohjelman puitteissa tehdyistä seulontatesteistä, kun taas vertailumaissa rekisteritiedot sisältävät tiedot kaikista kohdunkaulan testeistä. Näistä rajoitteista huolimatta syöpäseulontojen laatuindikaattorit tarjoavat mahdollisuuden arvioida ohjelmien laatua yli ajan sekä maiden välillä. Maiden välisen vertailun mahdollistaminen tukee seulontaohjelmien kehittämistyötä ja laadunvarmistusta.

Terveydenhuollon henkilöstö

Osaaminen muutoksessa – johtavien viranhaltijoiden näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten uusista osaamistarpeista

VTM Laura Hietapakka¹, VTT Timo Sinervo¹, MPH Salla Lehtoaro¹, YTT, HTL Vuokko Niiranen², YTT Sanna Laulainen², YTM Joakim Zitting²

- 1) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)
- 2) Itä-Suomen yliopisto (UEF)

Sosiaali- ja terveydenhuollon työ on monin tavoin murroksessa. Valtakunnallisella tasolla muutoksia tuovat mukanaan esimerkiksi sote-uudistus, lisääntyvä digitalisaatio työntekijöiden työssä, sosiaali- ja terveystalouden tai perus- ja erityispalvelujen integraatio sekä uudenlaiset organisaatoratkaisut. Näiden lisäksi monissa alan organisaatioissa tehdään muutoksia esimerkiksi ammattilaisten väliseen työnjakoon ja johtamiseen. Tulevaisuuden osaamisen varmistamista varten tarvitaan tietoa muutoksista, jotka synnyttävät uusia osaamistarpeita sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata 1) millaisia osaamistarpeita sote-johtajat arvioivat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tarvitsevan erilaisten muutosten keskellä ja 2) mitkä muutokset korostuvat näitä osaamistarpeita arvioitaessa.

Tutkimuskohteena oli yksi suomalainen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatio, jossa on tehty viime vuosina useita erilaisia muutoksia erityisesti palvelujen järjestämisessä ja organisaatorakenteessa. Tutkimuksen tiedonantajina olivat seitsemän kyseisessä organisaatiossa johtavassa asemassa työskentelevää viranhaltijaa. Aineisto kerättiin yksilohaastatteluilla osana laajempaa COPE-hanketta keväällä 2017 ja analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Johtajat toivoivat työntekijöiltä avoimuutta muutokselle ja rohkeutta uusiin ratkaisuihin. Tärkeänä pidettiin erityisesti kykyä päästää irti vanhoista totuista toimintamalleista. Omaan ammattiin ja työnkuvaan liittyvän perustehtävän ohella työntekijöiden edellytettiin kehittävän jatkuvasti omaa työtään. Se kuvastaa johdon odotusta työntekijöistä aktiivisina organisaatiokansalaisina. Konkreettisin osaamistarve liittyi kykyyn työskennellä aiempaa itsenäisemmällä työotteella. Tarvetta perusteltiin ensinnäkin sillä, että organisaatiossa pyrittiin siirtämään asiakkaiden ja potilaiden hoivaa ja hoitoa laitoksista kotiin. Toinen syy itsenäisen työotteen tarpeellisuuteen liittyi muutettuun organisaatorakenteeseen, jossa yksikkökokoja oli suurennettu ja monilla johtajilla oli aiempaa enemmän työntekijöitä eri työpisteissä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työskenteleminen riittävän itsenäisellä työotteella edellyttää avointa ja hyvin toimivaa suhdetta lähijohtajan ja työntekijän välillä. Lisäksi tarvittaisiin keinoja, joilla tuetaan erilaisten työntekijöiden siirtymistä ja oppimista uuteen itsenäiseen työtapaan. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää yhtäältä vastavalmistuneisiin ammattilaisiin, jotka eivät ole vielä tottuneet itsenäiseen vastuunkantamiseen ja toisaalta niihin kokeneisiin ammattilaisiin, joiden työ tai työympäristö on muuttunut merkittävästi aiemmasta. Johdon työntekijöille kohdistama ”lupa toimia toisin” ei yksinään riitä, jos organisaation kulttuuriset konventiot kannustavat käytännössä perinteisten toimintatapojen käyttämiseen.

Kokemuksia potilastietojärjestelmistä ja työhyvinvoinnista

Erikoistutkija, FT Tuulikki Vehko¹; Tutkimuspäällikkö, FT Hannele Hyppönen¹; Suunnittelija, VTM Miia Ryhänen¹; Toimialuejohtaja KSSHP:n päivystys, LL, anesthesiologian erikoislääkäri, erikoislääkärin hallinnon pätevyys, eMBA Johanna Tuukkanen²; Projektijohtaja, LT, yleislääketieteen erikoislääkäri, eMBA Eeva Ketola¹; Tutkimuspäällikkö, PsT, Terveyspsykologian dosentti Tarja Heponiemi¹

- 1) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
- 2) Keski-Suomen keskussairaala, Päivystyspoliklinikka

Tutkimus- ja kehittämistyön tarkoitus: Potilaan hoidon onnistunut toteutuminen edellyttää sujuvaa tiedonkulkua potilaan tai asiakkaan hoitoon osallistuvien tahojen välillä. Terveydenhuollon ammattilaisten suoriutumisella työssä on merkittävää vaikutusta palvelujen tehokkaaseen ja turvalliseen toteutukseen. Tässä tutkimus- ja kehittämishankkeessa olemme kiinnostuneita siitä, miten tietojärjestelmät palvelevat terveydenhuollon ammattilaisten työtä ja työhyvinvointia.

Aineisto ja menetelmät: Digiyo ja stressi -hankkeessa (www.thl.fi/digityojastressi) ryhmähaastattelimme kahden potilastietojärjestelmän käyttäjiä kumppanuusorganisaatioissa. Vertailutietoa hankkeen kumppanuusorganisaatiolle kokosimme kansallisen sairaanhoitajien tietojärjestelmäkyselyn (2017) aineistosta (www.thl.fi/stepshanke). Kyselyyn vastasi 3 607 työikäistä sairaanhoitajaa, joiden sähköpostiosoite saatiin Tehyn tai Sairaanhoitajaliiton kautta. Vertasimme kumppanuus-organisaatiomme sijaintialueen (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri eli KSSHP, n=64) ja potilastietojärjestelmä Efficaa sairaalassa käyttävien (n=460) vastauksia muiden alueiden Efficaa sairaalassa käyttävien vastauksiin. Vastajamäärät vaihtelivat hieman kysymyksittäin. Vastauksia tarkasteltiin prosenttijakaumina (tunnuslukuna p-arvo) ja kovarianssianalyysillä aikaansaatuina vakioituina keskiarvoina.

Tulokset: Efficaa käyttävät sairaanhoitajat sairaaloissa valitsivat tietojärjestelmien kehittämiskohteeksi yleisimmin järjestelmän hitauden ja yllättävien käyttökatkosten parantamisen (KSSHP:ssa 50 %; muualla 44 %, p=0,34). Kertakirjautumisen tai työpöytäintegraation puuttuminen oli KSSHP:ssa useammin valittu kehittämiskohde kuin muualla (19 % vs. 10 %, p=0,03). KSSHP:ssa työskennelleistä yhdellä kliinisellä järjestelmällä selvisi 18 % kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista ja muualla 38 % (p=0,02). Perehdytyksen tietojärjestelmien käyttöönoton edellyttämiin työtapojen muutoksiin koki riittämättömäksi KSSHP:ssa 67 % ja muualla 46 % (p=0,04). Väittämän "Potilaan ajankohtainen lääkelista on esitetty selkeässä muodossa" kanssa eri mieltä oli 36 % KSSHP:ssa ja 37 % muualla (p=0,89). Kyselyyn vastanneista enemmistö (KSSHP 80 %, muualla 81 %) käytti faksia tai paperia ajoittain hakiessaan tietoja potilaasta toisesta organisaatiosta (p=0,85). Kyselyyn vastanneista KSSHP:ssa 44 % ja muualla 36 % kertoi, ettei tiennyt kenelle ja miten voi lähettää järjestelmäpalautetta (p=0,15).

Tietotekniikkaan liittyvä kuormitus sai arvoja 1-5:een (suurempi arvo kuvaa suurempaa kuormitusta). Tietotekniikkaan liittyvän kuormituksen keskiarvo oli KSSHP:ssä 3,3 ja muualla 3,1, eikä keskiarvojen ero ollut tilastollisesti merkitsevä.

Johtopäätökset: Potilastietojärjestelmissä ja niiden käytössä on elementtejä, joihin organisaatio voi vaikuttaa, kun taas osaan ei juuri ole vaikutusmahdollisuuksia, kuten osa teknisistä ongelmista. Henkilökunnan tietotekniikkaan liittyvien osaamisvajeiden tunnistaminen ja kouluttaminen ovat alueita, joihin organisaatioissa voidaan vaikuttaa. Tässä hankkeessa kerrytämme kokemusta myös palautteen hyödyllisyydestä kumppanuusorganisaatioiden kehittämistyössä osana palautetilaisuuksia johtoryhmälle. Tulostemme perusteella näyttäisi siltä, että KSSHP:n alueella tulisi keskittyä varsinkin kertakirjautumisen edistämiseen ja tietojärjestelmien käytön perehdytykseen.

Tietojärjestelmien käyttötaitoa ja potilasturvallisuutta lisääviä työtapoja ja työskentelyolosuhteita tulisi kehittää organisaatioissa aktiivisesti. Jatkossakin on tarpeen seurata terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia potilastietojärjestelmien käytöstä.

Kulttuurinen tietoisuus monikulttuurisessa hoitotyössä – Hoitohenkilöstön kokemuksia koulutusinterventiosta

Kaihlanen, Anu-Marja, TtM, TtT-koulutettava, THL; Hietapakka, Laura, VTM, THL; Aalto Anna-Mari, VTT, dosentti; Lindholm, Maritta, TtM, Helsingin kaupunki, Sosiaali- ja terveystoimiala, THL; Heponiemi Tarja, PsT, dosentti, THL.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ympäri maailmaa kohtaavat työssään yhä enemmän eri kulttuuri- ja kielitaustaisia potilaita. Hoitohenkilöstön kulttuurinen kompetenssi on avainasemassa potilaiden hyvän ja laadukkaan hoidon toteutumisessa. Vaikka hoitohenkilöstön kulttuurisen kompetenssin kehittämiseksi on kansainvälisesti kehitetty lukuisia koulutusinterventioita, lisää tietoa tarvitaan toimivista koulutuksen toteutusmalleista ja menetelmistä suomalaisessa terveydenhuollon kontekstissa.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilöstön kokemuksia kulttuurista tietoisuutta edistävän koulutuksen hyödyllisyydestä sekä toimivuudesta.

Koulutus toteutettiin yhdessä eteläsuomalaisessa sairaalassa 4 viikon aikana 4x 4h sessioina. Osallistujat olivat sairaanhoitajia (n=14) ja perushoitajia (n=6) seitsemältä eri osastolta. Koulutuksen sisältö suunniteltiin teorian pohjalta, sairaalassa toteutettujen haastatteluiden sekä asiantuntijatiedon pohjalta. Koulutuksen perustana oli ajatus, että kulttuurinen tietoisuus paranee parhaiten oman (suomalaisen) kulttuurin ymmärtämisen kautta. Sisältöalueet olivat: 1) mitä on kulttuuri, 2) kulttuuri meissä, 3) kommunikaatio ja 4) vakaumus. Opetusmenetelminä käytettiin tarinoita, käytännön esimerkkejä ja kuvia sisältäviä luentoja, sekä ryhmäkeskusteluja ja lyhyitä interaktiivisia verkkopohjaisia tehtäviä. Osallistujien kokemuksia selvitettiin koulutuksen päätyttyä kolmen fokusryhmähaastattelun avulla, joihin osallistuivat jokaiseen koulutussessioon osallistuneet (n=10). Aineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällön analyysin avulla.

Koulutus koettiin hyödyllisenä yleisellä, yksilöllisellä ja potilasta koskevalla tasolla. Koulutuksen yleinen hyödyllisyys liittyi monikulttuurisuutta käsittelevän keskustelun avaamiseen, yleiseen (ei hoitotyöhön keskittyvään) näkökulmaan aiheen käsittelyssä sekä mahdollisuuteen kehittää hoitotyötä. Yksilöllinen hyöty näkyi omien kulttuuripiirteiden tiedostamisena, ajattelun muuttumisena, omien kommunikaatiotapojen tiedostamisena ja kehittymisenä sekä varmuuden lisääntymisenä omassa toiminnassa. Potilasta koskeva hyöty kuvattiin potilaiden eri kulttuuripiirteiden parempana tiedostamisena ja huomiointina.

Opetusmenetelmänä käytetyt tarinat ja esimerkit (hoitotyön ulkopuolelta) koettiin teorian pohjalta sisäistämistä edistävinä. Koulutusta pidettiin laadukkaana ja laadukkuus yhdistettiin kouluttajan asiantuntijuuteen, hyviin opetustaitoihin sekä oppijan lähtötason huomiointiin. Kerran viikossa järjestettyjen sessioiden koettiin antavan aikaa käsiteltävien asioiden pohtimiseen sekä helpottavan koulutukseen osallistumista. Kehittämiskohteina ehdotettiin eri kulttuuritaustaisten henkilöiden hyödyntämistä koulutuksen toteutuksessa, sekä koulutussessioiden lyhentämistä.

Tulostemme perusteella näyttäisi siltä, että kulttuurista tietoisuutta edistävä koulutus voi toimia hoitohenkilöstön ja maahanmuuttajataustaisen potilaan välisen kohtaamisen ja kommunikaation helpottajana. Monikulttuurisen hoitotyön yhä lisääntyessä, on tärkeää hyödyntää toimivia täydennyskoulutusmalleja, joilla voidaan tukea hoitohenkilöstöä tarvittavan osaamisen kehittämisessä. Tutkimuksesta saatua tietoa tullaan hyödyntämään kansallisen hoitohenkilöstölle suunnatun verkkopohjaisen täydennyskoulutuksen kehittämisessä.

Citizen co-production and the altering (?) legitimacy of welfare state professionalism

Sanna Tuurnas, Postdoctoral Research Fellow, D.Sc. (Admin.) Institute for Advanced Social Research (IASR) University of Tampere

This research studies the legitimacy of welfare state professionalism in light of current societal trends emphasizing co-production as new citizen–professional partnerships in public services. The paper investigates the theme through a systematic literature review. The co-production of public services is seen as a key model in newer trends of governance reform, highlighting collaboration and active citizenship. Co-production can be described as both a practice and a process whereby communities, individual citizens and clients participate in the planning, production and evaluation of public services.

Despite the growing research interest in co-production, few studies have focused on how the changes in public service delivery influence the role of professionals as ‘regular’ service deliverers. However, this is a highly relevant question as the models based on co-production challenge key elements of professionalism, including expert knowledge, quality and equality with respect to handling social problems. This is especially the case in the Nordic countries, where professionalism has traditionally had a strong position in the organization of welfare state tasks.

In the literature of co-production, the future role of professionals has been described as coordinators rather than as sole experts of public services. This may mean de-professionalization of welfare services, but it can also mean re-professionalization and new sources of legitimacy. The hypothesis is thus that the legitimacy of professionalism, based on expertise, knowledge and work experience, is shifting. Specifically, the research project addresses the following question: How is the legitimacy of welfare state professionalism shaped by the citizen co-production? The paper presented at Terveysthuoltotutkimuksen päivät will present the first findings of a systematic literature review. The review is conducted using realist synthesis as a method.

Hoitotulokset ja palveluiden kustannukset

Miten päästään hyviin hoitotuloksiin tyypin 2 diabeteksen hoidossa?

Anne M. Koponen, VTT, dosentti, Folkhälsanin tutkimuskeskus ja Helsingin yliopisto, kansanterveystieteen osasto; Nina Simonsen, FT, Folkhälsanin tutkimuskeskus ja Helsingin yliopisto, kansanterveystieteen osasto; Sakari Suominen, LT, professori, Skövden korkeakoulu ja Turun yliopisto

Tarkoitus: Tutkimuksessa analysoitiin 1) mitkä tekijät olivat vahvimmin yhteydessä tyypin 2 diabetesta sairastavien potilaiden terveystyötyymiseen (liikunta, syöminen, painonhallinta) ja sokeritasapainoon, ja 2) mitkä perusterveydenhuollon organisaatiotekijät olivat vahvimmin yhteydessä potilaan autonomiseen (sisäiseen) motivaatioon diabeteksen hoidossa. Perustuen Decin ja Ryanin itseohjautuvuusteoriaan (self-determination theory) analysoimme erityisesti hoitoilmapiirin, autonomisen motivaation ja kyvykkyyden tunteen yhteyttä terveystyötyymiseen ja sokeritasapainoon. Lisäksi otimme huomioon muiden tärkeiden elämäntilanteeseen liittyvien tekijöiden (esim. stressi, sosiaalinen tuki ja henkinen hyvinvointi) vaikutuksen.

Aineisto ja menetelmät: Tutkimus tehtiin postikyselynä vuonna 2011. Otos poimittiin Kelan rekisteristä niiden joukosta, joilla oli erityiskorvausoikeus diabeteslääkkeisiin tyypin 2 diabeteksen perusteella ja jotka asuivat viiden kunnan alueella Etelä-Suomessa ja olivat 20-75-vuotiaita. Lomakkeen palautti 2866 vastaa (56 %). Analyysimenetelminä olivat lineaarinen ja logistinen regressioanalyysi sekä mediaatioanalyysi.

Tulokset: Kaikista tutkituista taustatekijöistä autonominen motivaatio oli vahvimmin yhteydessä terveystyötyymiseen: fyysiseen aktiivisuuteen, onnistumiseen fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä ja laihduttamisessa sekä hedelmien, kasvien ja marjojen syömiseen. Muita hyvää terveystyötyymistä ennustavia tekijöitä olivat energisyys, nuori ikä, hyväksi koettu terveys ja pelkkä tablettilääkitys verrattuna muuhun lääkitykseen (esim. insuliini) diabeteksen hoidossa.

Koettu kyvykkyys ennusti parhaiten hyvää sokeritasapainoa. Myös pelkkä tablettihoito, korkea ikä, korkea koulutus, alhainen painoindeksi, naissukupuoli, vähäinen sosiaalinen tuki ja lyhytaikainen sairastaminen olivat positiivisessa yhteydessä hyvään sokeritasapainoon. Autonominen motivaatio selitti vahvimmin kyvykkyyden tunnetta ja edisti sitä kautta hyvää sokeritasapainoa. Hoitoilmapiiri, eli lääkäriltä saatu tuki autonomisuuteen, ei suoraan vaikuttanut terveystyötyymisen osa-alueisiin ja sokeritasapainoon vaan välillisesti potilaan autonomisen motivaation ja kyvykkyyden tunteiden kautta. Autonomiaa tukeva hoitoilmapiiri oli eri organisaatiotekijöistä vahvimmin yhteydessä autonomiseen motivaatioon.

Johtopäätökset: Tutkimuksemme tulokset tukivat itseohjautuvuusteorian oletusta, että tukemalla potilaan autonomista motivaatiota ja kyvykkyyden tunnetta voidaan päästä hyviin hoitotuloksiin tyypin 2 diabeteksen hoidossa. Pysyvä terveystyötyymisen muutos on mahdollinen, kun muutos lähtee sisäisestä motivaatiosta ja yksilöllä on kyky muutokseen. Tulokset ovat sopuosinnassa ulkomaisissa tutkimuksissa saatujen tulosten kanssa.

Diabeteksen kustannukset

Olli Kurkela¹, Tiina Jarvala¹, Pekka Rissanen^{1,2}

- 1) Tampereen yliopisto
- 2) THL

Johdanto

Diabetes on Suomessa hyvin yleinen sairaus ja sen aiheuttama kustannustaakka terveydenhuoltojärjestelmälle huomattava. Esiintyvyys on kasvanut tasaisesti 2000-luvulla. Diabeetikoiden sairaanhoidon alueellisten eroavaisuuksien tutkimusta on toistaiseksi tehty vähän. Tässä tutkimuksessa arvioitiin diabeetikoiden sairaanhoidon kustannuksia sekä diabeteksen aiheuttamia kustannuksia diabetestyypeittäin vuonna 2011 sekä alueellisia eroja kustannuksissa sairaanhoitopiirien välillä kyseisenä vuotena.

Menetelmät

Tutkimus perustui Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen FinDM-hankkeessa kerättyyn aineistoon, joka sisältää kansallisista rekistereistä havaitut tyyppin I ja II diabetesta sairastavat henkilöt vuosina 1998 – 2011. Aineisto sisältää diabeetikon iän, sukupuolen ja asuinpaikan lisäksi tiedot vuodeosastopalvelujen sekä erikoissairaanhoidon avopalvelujen käytöstä sekä Kelan korvaamista lääkeostoista. Tarkasteltavina olivat diabeetikoiden palvelujen käytön ja lääkeostojen kustannukset. Kustannukset arvioitiin tyyppin 1 ja tyyppin 2 diabetesta sairastavien ryhmissä sekä näiden ryhmien sisällä perustuen siihen, oliko diabeetikolla diagnosoitu komplikaatio. Diabeteksen aiheuttamat keskimääräiset kustannukset laskettiin vähentämällä diabetespotilaiden keskimääräisistä sairaanhoidon kustannuksista koko väestön vastaavat kustannukset.

Tulokset

Tyyppin 1 diabeetikoiden sairaanhoidon palvelujen kustannukset olivat vuonna 2011 keskimäärin 4900 € ja tyyppin 2 diabeetikoiden keskimääräiset kustannukset 3800 €. Komplisoituneen tyyppin 1 diabeetikon sairaanhoidon kustannukset olivat keskimäärin 5980 €, kun ne muilla tyyppin 1 diabeetikoilla olivat 3540 €. Komplisoituneiden tyyppin II diabeetikoiden vastaavat kustannukset olivat 7120 € ja 3080 €. Koko maan diabeetikoiden sairaanhoidon kustannuksien keskiarvo oli 3940 € diabeetikkoa kohden. Pienimmät diabeetikoiden sairaanhoitokustannukset olivat Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä, noin 9 % alle koko maan keskiarvon. Korkeimmat kustannukset olivat Itä-Savossa, jossa kustannukset ylittivät maan keskiarvon noin 30 prosentilla. Tyyppin 1 diabeteksen aiheuttamat vuotuiset kustannukset olivat keskimäärin 1900 € potilasta kohden ja tyyppin 2 puolestaan 1340 €.

Päätelmät

Diabeetikoiden sairaanhoitokustannukset olivat tutkimukseen sisällytettyjen kustannuserien osalta vuonna 2011 yhteensä 1,5 miljardia euroa, mikä on 8,8 % kyseisen vuoden terveydenhuoltomenoista. Avo- ja vuodeosastohoito muodosti valtaosan, n. 70% kustannuksista ja lääkkeet puolestaan n. 30 %. Diabetekseen liittyvät komplikaatiot nostivat sairaanhoitokustannuksia huomattavasti molemmissa diabetestyypeissä. Sairaanhoitopiirien väliset erot olivat huomattavia diabeteksen esiintyvyydessä, eri kustannuserien välillä sekä tarkasteltaessa eroja diabetestyyppien välillä. Tutkimus antaa varsin luotettavan käsityksen diabeetikoiden ja diabeteksen sairaanhoidon aiheuttamista kustannuksista huolimatta siitä, että kaikki tiedossa olevat kustannuserät eivät sisällyneet aineistoihin. Hyvällä hoidolla komplikaatioista aiheutuvia kustannuksia voidaan ehkäistä. Vertaiskehittämällä alueellisia hoitokäytäntöjä voitaisiin paitsi välttää diabeteksen aiheuttamaa inhimillistä kärsimystä, myös saada aikaiseksi hoitokustannusten säästöjä.

Vaikuttavatko vaikeusaste, hoito tai rinnakkaissairaudet paksu- ja peräsuolen syöpää sairastavien ennusteeseen vakavaa mielenterveyden häiriötä sairastavilla?

Manderbacka K, VTT¹, Arffman M, VTM¹, Lumme S, FT¹, Suvisaari J, LT², Ahlgren-Rimpiläinen A, LT², Keskimäki I, LT^{1,3}, Malila N, LT^{3,4}, Pukkala E, FT^{3,4}

- 1) Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusyksikkö, THL
- 2) Mielenterveysyksikkö, THL
- 3) Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Tampereen yliopisto
- 4) Suomen Syöpärekisteri

Tutkimusongelma

Aiemmissä tutkimuksissa mielenterveyden häiriötä sairastavilla on todettu muuta väestöä pienempi paksusuolensyövän ilmaantuvuus mutta kohonnut kuolemanriski muihin syöpäpotilaisiin verrattuna. Tämä viittaa siihen, että somaattisten sairauksien toteamiseen ja hoitoon ei tällä potilasryhmällä ole kiinnitetty terveydenhuollossa riittävästi huomiota. Tässä tutkimuksessa analysoimme mielenterveyden häiriötaustan vaikutusta kuolleisuuteen kyseiseen syöpään. Tarkastelemme myös, selittyvätkö mahdolliset erot syövän vaikeusasteen, hoidon tai rinnakkaissairauksien eroilla.

Aineisto ja menetelmät

Hankkeessa käytetään rekisteripohjaista yksilötasoisia seuranta-aineistoa. Ensimmäisen syöpädiagnoosinsa vuosina 1990 - 2013 saaneet (n= 41 708) tunnistettiin syöpärekisteristä ja heille haettiin edeltäviä päihdehäiriö-, psykoosi-, tai mielialahäiriöhoitojaksoja ja rinnakkaissairauksia koskevat tiedot hoitoilmoitusrekisteristä ja kuolemat kuolemansyyrekisteristä. Aineistosta laskettiin ikävakioitunut kumulatiiviset kuolleisuusriskit sekä kuolleisuusriski vakioiden ikä, toteamisvuosi, syöpätyyppi, rinnakkaissairaudet, levinneisyys toteamishetkellä ja hoito kolmessa vaiheessa. Naisille ja miehille tehtiin erilliset analyysit.

Tulokset

Vuosina 1990 - 2013 todettiin kaikkiaan 41 708 uutta syöpätapausta. Kaikkiaan 6%:lla potilaista oli ollut ennen syövän toteamista hoitojakso mielenterveyden häiriön takia. Syöpäspesifi kuolleisuusriski oli muita ryhmiä suurempi psykoosi- ja päihdehäiriötaustaisilla jo ensimmäisenä vuonna sairastumisesta. Kun ikä, sairastumisvuosi, syöpätyyppi, sairauden vaikeusaste, hoito ja rinnakkaissairaudet vakioitiin, oli psykoosin sairastaneiden miesten kuolemanriski alustavien tulosten mukaan 1.72 (1.46-2.04) ja naisten 1.44 (1.20-1.57) verrattuna niihin, joilla mielenterveyden häiriötaustaa ei ollut. Päihdeongelmataustaisilla miehillä riski oli 1.22 (1.09-1.37). Mielialahäiriö- tai päihdehäiriötaustaisilla naisilla kohonnutta kuolleisuusriskiä ei todettu. Erot pysyivät samalla tasolla tarkastelukauden ajan.

Päätelmät

Mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavilla henkilöillä syövän varhaiseen toteamiseen ja hoidon laatuun on tarpeen kiinnittää huomiota. Taustalla voi olla sekä potilaaseen että hoitavaan tahoon liittyviä tekijöitä, joita on tarpeen selvittää yksityiskohtaisemmin. Psykiatrisen ja syöpähoitotiimin yhteistyö syövän hoidossa olisi tärkeää tämän haavoittuvan potilasryhmän hoidon tehostamiseksi.