

Työpaperi 4/2020

Juha Koivisto & Hanna Tiirinki (toim.)

Monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen ja ennakoinnin toimintamallit ja työkalut – väliraportti

Tämä työpaperi on monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisen ja ennakoinnin malleja kartoittavan hankkeen (PAPATA-hanke) väliraportti, joka kokoaa yhteen hankkeen tuloksia. Väliraporttiin on koottu hankkeessa aiemmin syksyllä 2019 julkaistut sekä vielä julkaisemattomat tulokset. Hanke on Valtioneuvoston kanslian tutkimus- ja kehittämistoiminnan rahoittama ja se käynnistyi paljon palveluja tarvitsevien tunnistaminen -hankkeena. Hankkeen alussa painopistettä tarkennettiin monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamiseen ja ennakointiin. Raportissa käytetäänkin paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden sijaan käsitettä monialaisia palveluja tarvitsevat asiakkaat.

Hankkeessa tutkitaan ja selvitetään, millaisilla toimintamalleilla ja menetelmillä monialaisesta palvelujen yhteensovittamisesta mahdollisesti hyötyvät henkilöt voidaan tunnistaa, mitä tiedetään toimintamallien ja menetelmien toimivuudesta ja vaikutuksista, sekä miten niitä voidaan soveltaa eri asiakasryhmien kohdalla. Hankkeessa on tähän mennessä kartoitettu kansainvälisesti ja kansallisesti kehitettyjä ja käytössä olevia toimintamalleja ja työkaluja, joiden avulla tunnistetaan tai ennakoidaan henkilöt, jotka voisivat hyötyä monialaisesta palvelujen yhteensovittamisesta.

Hanke koostuu viidestä työpaketista, joista tähän väliraporttiin on koottu työpakettien 1-4 alustavia tuloksia. Ensimmäinen työpaketti tarkastelee monialaisia palveluja käyttävien asiakkaiden palvelujen käyttöä ja se on toteutettu rekisteritutkimuksena. Toisessa työpaketissa on laadittu kansainvälinen kirjallisuuskatsaus monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisen ja ennakoinnin toimintamalleista ja menetelmistä lähinnä Euroopassa ja USA:ssa. Kolmas työpaketti tarkastelee monialaisia palveluja tarvitsevien asiakkaiden tunnistamisen nykytilaan Suomessa. Neljännessä työpaketissa selvitetään työikäisten työ- ja toimintakyvyn tukitarpeiden tunnistamisen malleja ja työttömien työterveystarkastusten hyödyntämistä. Hankkeen viidennessä työpaketissa tullaan luomaan synteesi tuloksista sekä suosituksia monialaisesta palvelujen yhteensovittamisesta mahdollisesti hyötyvien tunnistamiseksi.

Lukijalle

Monialaisia palvelujen yhteensovittamista tarvitsevien systemaattinen tunnistaminen ja ennakointi edellyttävät sovittuja toimintamalleja sekä erilaisten tunnistamisen työkalujen hyödyntämistä. Arvioilta noin joka kymmenes sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaista on ns. paljon palveluja tarvitseva asiakas. Monialaisia palveluja käyttäviä ja palvelujen yhteensovittamista tarvitsevia asiakkaita on jonkin verran vähemmän.

Monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisen malleista ja menetelmistä muissa maissa on saatavana tietoa suhteellisen niukasti, kun taas paljon palveluja käyttäviä koskevia tutkimuksia on runsaasti. Kotimaassa on kehitetty monia erilaisia tunnistamisen malleja ja menetelmiä, mutta niitä käytetään varsin vaihtelevasti, ja tutkimustietoa niiden toimivuudesta tai vaikutuksista ei juuri ole.

Tämän selvityksen mukaan kansallisesti noin joka kolmanneksella sosiaali- ja terveydenhuollon sekä työvoimahallinnon organisaatioista on käytössä jonkinlainen sovittu toimintamalli tai työkalu monialaisten palvelutarpeiden tunnistamiseen. Tunnistamisen tilanteet voidaan jakaa selvityksen mukaan palveluja hakeviin uusiin asiakkaisiin, palvelujen piirissä jo oleviin asiakkaisiin sekä palvelujen ulkopuolella oleviin henkilöihin.

Tarve yhteisille monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisen työkaluille ja malleille on tunnistettu. Tunnistaminen ei itsessään kuitenkaan ole tavoitteellinen arvo, vaan varsinainen arvoa tuottava tekijä on tunnistamisesta seuraava asiakasprosessi monialaisesta palvelujen yhteensovittamisesta hyötyvän asiakkaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi oikea-aikaisesti ja vaikuttavasti.

Tämä raportti on hyödyllistä luettavaa sekä soten että työvoimahallinnon palvelujen kehittäjille, esimiehille ja tutkijoille, kuin myös muille alan ammattilaisille ja opiskelijoille.

Helsingissä 20.1.2020

PAPATA-projektiryhmä

Tiivistelmä

Juha Koivisto & Hanna Tiirinki (toim.). Monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen ja ennakoinnin toimintamallit ja työkalut – väliraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 4/2020. 62 sivua. Helsinki 2020.

ISBN 978-952-343-459-2 (verkkójulkaisu)

Tässä väliraportissa tarkastellaan monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistaminen -hankkeen puolimatkan tuloksia. Väliraportissa on koottu yhteen hankkeen aiemmin julkaisemattomia sekä joiltain osin THL:n julkaisusarjassa vastikään julkaistuja tuloksia. Hanke on osa Valtioneuvoston kanslian selvitys- ja tutkimustoimintaa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnalla tuotetaan tietoa päätöksenteon, tiedolla johtamisen ja toimintakäytäntöjen tueksi. Hanke alkoi vuoden 2019 helmikuussa ja se jatkuu vuoden 2020 kesään saakka.

Tämän tutkimus- ja selvityshankkeen tehtävänä on tutkia ja selvittää, keitä ovat monialaisia palveluja tarvitsevat henkilöt, millaisia monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisen toimintamalleja ja menetelmiä on käytössä kansallisesti sekä muissa maissa, millaisia työikäisten työ- ja toimintakyvyn tukitarpeiden tunnistamisen malleja on käytössä kotimaassa sekä miten työttömien terveystarkastuksia hyödynnetään. Hankkeen päätavoitteena on luoda ymmärrystä siitä, millaisilla toimintamalleilla ja menetelmillä monialaisesta palvelujen yhteensovittamisesta mahdollisesti hyötyvät asiakkaat voidaan tunnistaa, mitä tiedetään niiden toimivuudesta ja vaikutuksista, sekä miten niitä voidaan soveltaa eri asiakasryhmien kohdalla.

Hankkeen tiedonhakuja on toteutettu rekisteritutkimuksena, kansainvälisenä ja kansallisena kyselynä sekä kirjallisuuskatsauksena. Tutkimusaineistoa on kerätty sekä kyselyn että kirjallisuuskatsauksen osalta monipuolisesti ja laveasti eri tietokantoja ja verkostoja hyödyntäen.

Tulokset osoittavat, että arviolta noin kolmanneksella sosiaali- ja terveydenhuollon sekä työvoimahalinnon organisaatioista on käytössä jonkinlainen sovitettu toimintamalli tai työkalu monialaisten palvelutarpeiden tunnistamiseen. Tunnistamisen tilanteet voidaan jakaa karkeasti kolmeen ryhmään seuraavasti: palveluja hakevat uudet asiakkaat, palvelujen piirissä jo olevat asiakkaat sekä palvelujen ulkopuolella olevat henkilöt. Keskeisimmät asiakasryhmät, joita erilaisissa monialaisia tai paljon palveluja tarvitsevien tunnistamisen malleissa tarkastellaan, ovat ikääntyneet, diabetesta ja sydän- tai verisuonitauteja sairastavat tai kroonisia sairauksia sairastavat ja henkilöt, joilla oli päihde- tai mielenterveysongelmia. Myös sosiaalisten tekijöiden vaikutus on tunnistettu. Tarkastellussa aineistossa monialaisia palveluja tarvitsevien henkilöiden tunnistamiseen ja ennakointiin käytettiin tyypillisimmin kyselypohjaisia mittareita, väestökyselyjä, käyntimääriä, asiakasprofilointeja, itsearviointeja, algoritmeja ja tietojen louhinnan malleja. Asiakas- ja potilastiedoista haettiin mm. asiakkaiden diagnooseja, käyntimääriä, käyntien syitä, kotiutuksia, sairauksia ja kriisejä. Tulosten perusteella vaikuttaa tärkeältä, että tunnistaminen johtaa myös sellaisiin interventioihin, jotka ehkäisevät sairauksien pahentumisia tai riskejä sekä siten vähentävät myös palvelujen käyttöä ja kustannuksia.

Tunnistamisen malleja ja työkaluja voidaan soveltaa eri alueilla, jotta tunnistetaan henkilöt jotka todennäköisesti hyötyisivät monialaisista yhteen sovitetuista palveluista. Malleja voidaan käyttää työkaluina erilaisissa tilanteissa henkilön tullessa palvelujen piiriin, palvelujärjestelmän sisällä ja palvelujärjestelmän reunamilla tai ulkopuolella. Malleja voidaan hyödyntää myös monialaisesta palvelujen yhteensovittamisesta hyötyvien tunnistamiseen tarvittavan osaamisen ja asiantuntemuksen vahvistamisessa.

Asiasanat: Monialainen palvelutarve, sosiaali- ja terveystarpeet, tunnistaminen, ennakointi, toimintamallit

Sisällys

Lukijalle	2
Tiivistelmä.....	3
Sisällys	5
1 Tausta.....	7
<i>Juha Koivisto & Hanna Tiirinki</i>	
Lähtökohdat ja tavoitteet.....	7
Toteutus ja aineistot	8
2 Monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisen ja ennakkoinnin mallit – kartoittava kansainvälinen katsaus.....	10
<i>Minna Kivipelto, Marjo Suhonen, Juha Koivisto, Hanna Tiirinki & Ritva Miikki</i>	
Johdanto	10
Tavoite ja tutkimuskysymykset.....	11
Menetelmä ja aineisto.....	12
Tiedonhaku.....	12
Aineiston käsittely.....	13
Tunnistamisen ja ennakkoinnin mallit	13
Monialaisten palvelutarpeiden ennakointi ja riskiryhmien tunnistaminen	13
Riskiryhmien tunnistaminen potilas- ja asiakastietojen perusteella	13
Riskiryhmien seulominen väestökyselyillä	16
Palveluiden suurkäytön ennakointi	17
Ennakointi asiakastietojen perusteella.....	17
Ennakointi kyselypohjaisten mittareiden avulla.....	19
Ennakointi eri tietolähteitä yhdistelemällä	20
Kalliiden potilaiden ennakointi	20
Ensiapu- ja päivystyskäyntien ennakointi	22
Sairaalakäyntien ennakointi	25
Yhteenveto ja johtopäätökset: soveltaminen Suomessa	29
3 Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttö vuonna 2017 – kallis tai monialainen palvelujen käyttö 31	
<i>Taru Haula & Mikko Peltola</i>	
Pieni osa väestöstä käyttää valtaosan resursseista.....	31
Paljon palveluja käyttävät asiakkaat tärkeä, mutta vaikeasti määriteltävä joukko	32
Aineisto ja menetelmät.....	32
Monialaisesti palveluja käyttävät Suomen väestössä	33
Pohdinta.....	38

4	Monialaista palvelujen yhteensovittamista tarvitsevien asiakkaiden sekä työ- ja toimintakyvyn tukitarpeiden tunnistaminen Suomessa.....	39
	<i>Laura Hietapakka, Pekka Karjalainen, Eeva Liukko & Timo Sinervo</i>	
	Johdanto	39
	Ammattilaisella herännyt huoli on tyypillisin tunnistamisen tapa	40
	Kolme tunnistamisen väylää	41
	Mittarit ja indikaattorit apuna tunnistamisessa.....	41
	Tietojärjestelmien hyödyntäminen	43
	Monialaiset tiimit ja palveluohjaajat koordinoivat palveluja tarvitsevien tunnistamista ja ohjaamista	43
	Tietojärjestelmien kehittymättömyys ja eriytyneet toimintakulttuurit vaikeuttavat tunnistamista eniten .	44
	Pohdinta.....	46
5	Työttömien terveystarkastusten hyödyntäminen.....	47
	<i>Pekka Karjalainen, Eeva Liukko & Laura Parviainen</i>	
	Työttömien ohjautuminen terveystarkastuksiin ja ohjaamisen kriteerit.....	47
	Käytössä olevat välineet ja menetelmät	48
	Jatkopolku terveystarkastuksista	50
	Terveystarkastusten hyödyntäminen jatkotyöskentelyssä	51
	Puutteet ohjaamisessa ja tarkastuskäytännöissä	52
	Työttömien terveystarkastusten kehittämistarpeet	52
	Pohdinta.....	54
6	Johtopäätökset ja jatkotehtävä	56
	<i>Hanna Tiirinki & Juha Koivisto</i>	
	Löydettyjen mallien kriittinen tarkastelu	56
	Ymmärryksen syventäminen ja mallien soveltaminen	57
	Lähteet.....	58

1 Tausta

Juha Koivisto & Hanna Tiirinki

Lähtökohdat ja tavoitteet

Tämä on väliraportointi Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan rahoittamasta selvityshankkeesta, jonka päätavoitteena on selvittää, millaisilla toimintamalleilla ja menetelmillä sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittamisesta mahdollisesti hyötyvät henkilöt voidaan tunnistaa, mitä tiedetään mallien toimivuudesta ja vaikutuksista sekä miten niitä voidaan soveltaa eri asiakasryhmien kohdalla. Hankkeen toteuttamisesta vastaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Aikaisempien tutkimusten pohjalta tiedetään, että suhteellisen pieni joukko asiakkaita kuluttaa merkittävän osan sosiaali- ja terveydenhuollon resursseista. Esimerkiksi työttömyys, työkyvyttömyyseläke, päihdeongelmat, asiakkaan itse raportoima huono terveydentila, krooniset sairaudet ja yleinen tyytymättömyys elämäntilanteeseen on todettu olevan syinä runsaaseen palvelujen käyttöön (Huhtakangas ym. 2019; Kaatari ym. 2015). Paljon palveluja käyttäviä on myös pyritty profiloimaan ja heidän on tunnistettu jakautuvan esimerkiksi kuormittuneisiin lapsiperheisiin, erityistä tukea tarvitseviin vanhempiin, moniongelmaisiin asiakkaisiin ja päihdeasiakkaisiin. (Ylitalo-Katajisto ym. 2018a).

Kapiaisien ym. (2010) selvityksen mukaan mielisairaus oli selvästi merkittävin pääkaupunkiseudun erittäin kallista (yli 75 000 euroa vuodessa) palvelukäyttöä selittävä tekijä vuonna 2006. Tämän asiakasryhmän suurimman kustannuserän (40 %) muodosti psykiatrinen vuodeosastohoito, mutta he käyttivät myös somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitoa. Noin 40 prosentilla erittäin kalliista asiakkaista oli mielisairaus ja 15 prosentilla masennus. Joko mielisairaus tai masennus oli 44 prosentilla kalliista potilaista.

Leskelän ym. (2013) selvityksen mukaan Oulussa kalleimpien asiakkaiden kustannuksia kerryttivät vuonna 2011 eniten vanhuspalvelujen sekä kalliiden somaattisten palvelujen käyttö. Nämä kalliit asiakkaat käyttivät merkittävän osan psykiatrisen ja somaattisen erikoissairaanhoidon palveluista sekä kaupungin omista mielenterveyspalveluista. Tämän asiakasryhmän kustannuksista 38 prosenttia muodostui pelkkiä terveyspalveluja käyttäviltä ja loput 62 prosenttia sekä terveys- että sosiaalipalveluja käyttäviltä.

Kalliiden asiakkaiden palvelukäyttöä voitaisiin vähentää ja järjestyttää varhaisella tunnistamisella sekä palvelujen ja hoitokäytäntöjen (ml. ennaltaehkäisevät palvelut) tehostamisella. Myös asiakkaiden profiloimalla ja monialaisten palvelujen yksilöllisellä yhteensovittamisella voitaisiin vaikuttaa palvelujen käyttöön. (Ylitalo-Katajisto ym. 2019.) Kalliit asiakkaat eivät kuitenkaan ole ainoa ryhmä, joka tästä voisi hyötyä, vaan sama pätee myös moniin muihin asiakasryhmiin, erityisesti niihin jotka käyttävät monialaisia sote-palveluja.

Optimoimalla henkilöstörakennetta ja sujuvoittamalla sote-ammattilaisten yhteistyötä voitaisiin mahdollisesti välttää päällekkäistä työtä, vähentää turhia ja peruuttamattomia käyntejä sekä nopeuttaa asiakkaan pääsyä palvelujen piiriin. Palvelujen yhteensovittaminen edellyttää sujuvaa yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä (Huhtakangas ym. 2019; Ylitalo-Katajisto ym. 2018b). Nopeampi palveluun pääsy voi vähentää myöhempää palvelukäyttöä ja edesauttaa työikäisten asiakkaiden nopeampaa palautumista työelämään. Tällöin asiakkaiden varhainen tunnistaminen sekä heitä koskeva riittävä informaatio on tärkeää. Kun sote-työntekijällä on entistä enemmän tietoa asiakkaasta jo heti palvelutarpeen alkuvaiheessa, voidaan löytää asiakkaalle juuri hänelle sopivat palvelut.

Tässä selvityksessä keskitytään erityisesti monialaisia palveluja käyttäviin asiakkaisiin, joita ei useinkaan tunnisteta palvelujärjestelmässä. Palvelukäyntejä voi olla eri toimialojen palveluissa ja heidän palvelujen käyttönsä voi olla hallitsematonta. Asiakkailta voi olla myös palvelujen ylikäyttöä tai he käyttävät palveluja, jotka eivät vastaa heidän yksilölliseen palvelutarpeeseen. Heidän palvelunkäyttöä ei välttämättä

koordinoi ja ohjaa kukaan. He voivat olla henkilöitä, joilla voi olla hyvin erilaisia sairauksia ja/tai moninaisia sekä kompleksisia elämänhaasteita.

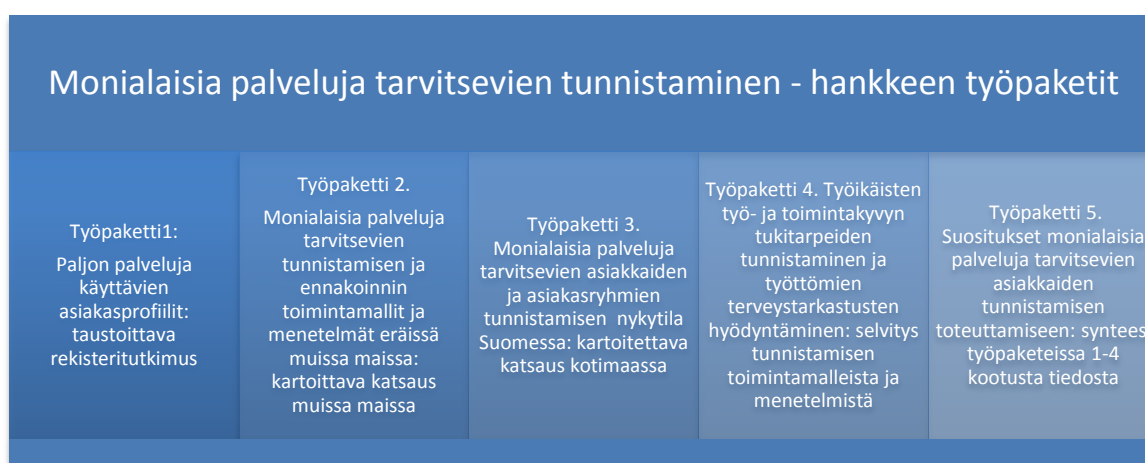
Monialaisesta palvelujen yhteensovittamisesta mahdollisesti hyötyvien henkilöiden tunnistaminen sekä heidän palvelujen ja tuen yhteensovittaminen on sosiaali- ja terveydenhuollon keskeinen haaste. Tuoreessa tutkimuksessa valtaosa sote-ammattilaisista kuvasi, että sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisasiakkaiden tunnistaminen ei ole systemaattista ja yhteisasiakkaita on vaikeaa tunnistaa käytännön asiakastilanteissa (Hujala ym. 2019). Vielä tärkeämpää olisi pystyä ennakoimaan henkilöiden ongelmien ja elämänhaasteiden kasautumista siten, että tukea voitaisiin tarjota aiempaa varhaisemmassa vaiheessa ennen kuin ongelmat ja haasteet pääsevät kasautumaan ja erilaisia päällekkäisiä palvelukäyntejä syntyy.

Palvelujen yhteensovittamisesta mahdollisesti hyötyvän henkilön tunnistamisen ja/tai ennakoinnin malleissa ja käytännöissä on keskeistä, miten tällainen potentiaalinen henkilö määritellään ja millaisilla kriteereillä tunnistamista toteutetaan. Absoluuttisen oikeaa tai objektiivista perustaa tällaisten määritysten tekemiseen ei ole, vaan ne perustuvat aina joihinkin valittuihin kriteereihin, arvoihin, periaatteisiin, lakeihin ja käytössä olevaan tietoon. Kun määrittelyä muutetaan, tulee tunnistetuksi toisenlaisia henkilöitä. Henkilön haastava elämäntilanne tai monet sairaudet eivät ole sama asia kuin moninaiset palvelutarpeet, joita asiakas ja ammattilaiset yhdessä arvioivat ja määrittelevät vasta sen jälkeen, kun henkilö on jotenkin tunnistettu tai identifioitu.

Tunnistamisen malleja ja käytäntöjä voidaan tutkimuksellisesti tarkastella eri toimijoiden toimintana, vuorovaikutuksena ja neuvotteluna. Tutkimuksessa ei tällöin lähtökohtaisesti oteta kantaa siihen, miten tunnistamisen tulisi tapahtua, vaan tarkastellaan millaisista toimijoista, vaiheista, tehtävistä, kriteereistä ja periaatteista mallit ja käytännöt koostuvat. Erityisen kiinnostavaa on, miten henkilöiden oma näkemys monialaisesta palvelutarpeesta huomioidaan malleissa ja käytännöissä.

Toteutus ja aineistot

Tämä selvitys- ja tutkimushanke toteutetaan 1.2.2018–30.6.2020 välisenä aikana, ja tämä väliraportti kokoaa yhteen hankkeen vuoden 2019 loppuun mennessä tuottamia tuloksia. Selvitys toteutetaan THL:n Järjestelmät osaston neljän yksikön yhteistyönä. Hankkeen työpaketit ja tavoitteet on kuvattu kuviossa 1.



Kuvio 1. Hankkeeseen sisältyvien työpakettien tavoitteet ja menetelmät

Tässä väliraportissa hankkeen tuloksia ei raportoida työpakettien mukaisessa järjestyksessä, vaan ensin tarkastellaan muissa maissa kehitettyjä tunnistamisen ja ennakoinnin malleja (luku 2.). Sitten tarkastellaan väestön palvelujen käyttöä kotimaassa (luku 3.). Tämän jälkeen tarkastellaan monialaisten palvelutarpeiden

ja työ- ja toimintakyvyn tukitarpeiden tunnistamisen nykytilaa (luku 4.) ja työttömien terveystarkastusten hyödyntämistä Suomessa (luku 5.). Lopuksi tehdään tähänastisten analyysien johtopäätökset ja käännetään katse hankkeen jäljellä oleviin tehtäviin (luku 6.).

Luvun 2. tunnistamisen ja ennakoinnin mallien kansainvälinen katsaus toteutettiin kyselynä sekä laajana kirjallisuuskatsauksena. Kyselyn tarkoituksena oli selvittää kansainvälisesti sosiaali- ja terveystarkastuksissa käytössä olevia toimintamalleja tai menetelmiä, joiden avulla tunnistetaan ne potentiaaliset henkilöt, jotka voisivat hyötyä monialaisesta palvelujen yhteensovittamisesta. Kysely toteutettiin Webropolilla englannin kielellä huhti-kesäkuussa 2019. Kyselyä jaettiin kansainvälisten verkostojen kautta (mm. European Social Network, ICARE4EU, International Foundation for Integrated Care, EHMA). Lisäksi kysely lähetettiin suoraan Ruotsin eri maakuntakäräjien sosiaali- ja terveystarkastuksista vastaaville toimijoille. Kyselyyn saatiin vastauksia niukasti (N=22), joten päätimme toteuttaa laajan kansainvälisen kirjallisuuskatsauksen tunnistamisen ja ennakoinnin mallien kartoittamiseksi. Kyselyn tuloksia hyödynnettiin lähinnä kirjallisuuskatsauksen suunnittelussa.

Kirjallisuuskatsauksen perustaksi toteutettiin systemaattinen haku, jota täydennettiin Google Scholar -haulla. Systemaattinen haku kohdentui 12 tietokantaan (mm. Web for Science, ProQuest, Medline OVID ja Wbscohost). Katsaukseen etsittiin sen teemaan liittyen monipuolisesti ja laajasti tutkimusaineistoa. Vertaisarvioitu tutkimus ei ollut ensisijainen sisäänottokriteeri, vaan mukaan otettiin kaikenlaiset julkaisut, kuten kuvailut, arvioinnit, tutkimukset, katsaukset ja kartoitukset. Tiedonhakuun sisällytettiin laajasti erilaisia julkaisuja, koska haluttiin tietoa myös mahdollisesti kehitteillä olevista malleista ja käytännöistä. Hakustrategia tuotti mittavan määrän julkaisuja, kaikkiaan noin 2260 viitettä. Viitteiden suuren määrän vuoksi aineisto päätettiin rajata vuosiin 2008–2019. Kaksi tutkijaa kävi aineiston läpi ja valitsi katsauksen tutkimusaineiston sisäänottokriteerien mukaisesti otsikoiden ja abstraktien avulla. Läpikäydystä aineistosta 95 julkaisua valikoitui tarkempaan tarkasteluun. Tässä vaiheessa julkaisuja karsiutui vielä pois, koska osa julkaisuista oli maksullisia, konferenssiesitelmien abstrakteja tai ne eivät täyttäneet tarkastelussa sisäänottokriteerejä. Lopulta analyysiin otettiin mukaan yhteensä 64 julkaisua. (Ks. Kivipelto ym. 2019.)

Luvun 3. analyysissä väestön palvelujen käyttöä tarkasteltiin valtakunnallisista rekistereistä kootusta tutkimusaineistosta vuodelta 2017. Aineisto sisältää yksilötasolla henkilöiden erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon laitos- ja asumispalveluiden, kotiin tuotujen sosiaali- ja terveystarkastusten sekä sairausvakuutuksen korvaamien reseptilääkkeiden käyttötietoja (N = 5 512 999). Palveluiden käyttö muunnettiin kustannuksiksi sosiaali- ja terveydenhuollon keskimääräisten yksikkökustannusten ja muiden saatavilla olevien luotettavien kustannustietojen avulla. Avohoidon lääkekäytön osalta aineistossa on Kelan korvaus- ja kustannustiedot apteekkeissa korvatuista reseptilääkeostoista.

Luvun 4. kotimaisten tunnistamisen mallien ja menetelmien sekä luvun 5. työterveystarkastusten hyödyntämisen kartoitus perustuu kotimaiseen kyselyyn, joka lähetettiin kaikkien kaupunkien ja kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluyksiköihin, työvoimahallintoon, Kelaan ja suoraan tietyille kohde-ryhmille. Kysely toteutettiin Webropolilla sekä suomeksi että ruotsiksi huhti-kesäkuun 2019 aikana. Kysely sisälsi kolme osiota, joita olivat monialaisia palvelujen yhteensovittamista tarvitsevien tunnistamisen käytännöt ja työkalut, työikäisten työ- ja toimintakyvyn tukemisen tarpeiden tunnistamisen käytännöt sekä työttömien terveystarkastusten kattavuus ja toimivuus. Vastauksia saatiin 441 kappaletta. Työttömien terveystarkastusten hyödyntämisen tarkastelussa hyödynnettiin lisäksi THL:n terveystarkastusten asiaa koskevia vastauksia.

2 Monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisen ja ennakoinnin mallit – kartoittava kansainvälinen katsaus

Minna Kivipelto, Marjo Suhonen, Juha Koivisto, Hanna Tiirinki & Ritva Miikki

Tässä osiossa tarkastellaan malleja, joiden avulla voidaan tunnistaa ja ennakoida haasteellisissa tilanteissa olevien ihmisten monialaisten palvelujen tarvetta. Eniten palvelutarvetta ja kustannuksia aiheuttivat muun muassa sydän- tai verisuonitaudit, diabetes, useiden kroonisten sairauksien sairastaminen, sekä päihde- ja mielenterveysongelmat. Myös sosiaaliset tekijät vaikuttivat palvelujen tarpeeseen. Tämän osion tulokset on julkaistu aiemmin erillisenä julkaisuna (Kivipelto ym. 2019).

Johdanto

Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan rahoittamassa hankkeessa selvitetään, millaisilla toimintamalleilla, menetelmillä ja työkaluilla sosiaali- ja terveystarveluun yhteensovittamisesta mahdollisesti hyötyvät henkilöt voidaan tunnistaa, mitä tiedetään tunnistamisen ja ennakoinnin toimivuudesta ja vaikutuksista, sekä miten tunnistamiseen ja ennakointiin kehitettyjä menetelmiä ja toimintamalleja voidaan soveltaa eri asiakasryhmien kohdalla. Tämä julkaisu keskittyy osuuteen, jossa on selvitetty, minkälaisia paljon palveluja tai monialaista palvelujen yhteensovittamista tarvitsevien asiakkaiden tunnistamisen ja ennakoinnin toimintamalleja, käytäntöjä ja työkaluja on käytössä tai kehitteillä muissa maissa.

Euroopan väestö ikääntyy ja elää entistä pitempään, pitkäaikaissairaudet ja monisairastavuus yleistyvät, moniongelmaisuus ja terveydellinen epätasa-arvo nuoremman väestön keskuudessa ovat kasvaneet. Samanaikaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuskasvu tulisi hillitä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän on vastattava näihin uusiin haasteisiin kestäväällä, tehokkaalla ja vaikuttavalla tavalla. (Koivisto & Liukko 2017.)

Selvityksen taustalla on myös tieto siitä, että suhteellisen pieni joukko asiakkaista kuluttaa valtaosan sosiaali- ja terveydenhuollon resursseista (Kapiainen ym. 2010; Leskelä 2013). Psykiatrinen vuodeosastohoito, somaattinen erikoissairaanhoito ja vanhuspalvelut kerryttävät selvitysten mukaan kalleimpien asiakkaiden kustannuksia. Monialaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttö ei välttämättä ole kallista, joskin sitä koskevaa systemaattista tutkimus ei ole tehty riittävästi.

Tämän katsauksen kannustimena on oletus, että runsasta ja erityisesti niin sanottua korjaavaa palvelujen käyttöä voidaan mahdollisesti vähentää ja järkevöittää niin, että ongelmat ja tarpeet tunnistetaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Sujuvoittamalla sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten yhteistyötä voidaan välttää päällekkäistä työtä, vähentää turhia ja peruuttamattomia käyntejä sekä nopeuttaa asiakkaan pääsyä palveluihin. Nopeampi palveluun pääsy voi vähentää myöhempää palvelukäyttöä ja edistää työikäisten asiakkaiden nopeampaa palautumista työelämään. Tällöin asiakkaiden varhainen tunnistaminen ja palvelujen käytön ennakointi on keskeistä. Kun sosiaali- ja terveysalan työntekijällä on entistä enemmän tietoa asiakkaasta jo heti palvelutarpeen alkuvaiheessa, voidaan löytää juuri kyseiselle asiakkaalle sopivat palvelut.

Euroopan maissa on viimeisen kymmenen vuoden aikana panostettu erityisesti palvelujen integraation

kehittämiseen ja palvelujen asiakaslähtöiseen yhteensovittamiseen. Taustalla on oletus, että palvelujen parempi yhteensovittaminen säästää resursseja ja sen avulla pystytään tehokkaammin vastaamaan monisairaiden ja moniongelmaisten asiakkaiden palvelutarpeisiin (Goodwin ym. 2017; Nolte 2017).

Palveluintegraation edistämiseksi on kehitetty runsaasti erilaisia palvelujen yhteensovittamisen malleja, kuten palvelukokonaisuuksia ja -ketjuja, sekä palvelutarpeen arvioinnin, palveluohjauksen ja asiakkaan omatyöntekijän malleja. Palveluintegraation toteuttamisessa on päästy joillain alueilla jo käytännön palvelutuotantoon saakka, mutta integroinnin konkreettiset tavoitteet ja sisällöt palveluprosessien tasolla ovat monesti vielä epäselviä (Sinervo & Keskimäki 2019). Tarvitaan lisää tietoa siitä, miten löydetään, tunnustetaan tai identifioidaan ne potentiaaliset henkilöt, jotka voisivat hyötyä palvelujen yhteensovittamisesta. Nämä henkilöt tulisi löytää ja tunnistaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta heidän palvelunsa voidaan toteuttaa mahdollisimman oikea-aikaisesti, saumattomasti ja kustannusvaikuttavasti.

Tässä katsauksessa luodaan kartoittavaa kuvaa ja luokitusta Suomen ulkopuolella kehitetyistä ja kehitteillä olevista tunnustamisen ja ennakkoinnin toimintamalleista, käytännöistä ja työkaluista. Erityisesti kiinnitetään huomiota siihen, miten mallien käyttötarkoitus määritellään, millaisiin kohderyhmiin niitä sovelletaan ja millaisiin sovellusympäristöihin niitä on kehitetty, mikä on niiden perusidea tai -mekanismi, sekä mitä tiedetään niiden toimivuudesta ja vaikutuksista.

Tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää, minkälaisia paljon palveluja tai monialaista palvelujen yhteensovittamista tarvitsevien asiakkaiden tunnustamisen ja ennakkoinnin toimintamalleja, käytäntöjä ja työkaluja on käytössä tai kehitteillä Suomen ulkopuolella. Tavoitteena on saada tietoa siitä, mitä olemassa olevan arviointitiedon perusteella tiedetään toimintamallien ja menetelmien toimivuudesta ja vaikutuksista. Tarkoitus on pohtia myös toimintamallien, käytäntöjen ja työkalujen sovellettavuutta Suomessa: auttavatko mallit ja työkalut tunnistamaan henkilöitä, jotka voisivat hyötyä monialaisesta palvelujen yhteensovittamisesta eli palveluintegraatiosta?

Eri tietokantoihin tehtyjen esihakujen ja kansainvälisten verkostojen kautta toteutetun kyselyn perusteella fokusta päätettiin laajentaa siten, että ei tarkastella pelkästään Euroopassa kehitettyjä malleja, vaan katsois laadittaisiin laajemmin ulkomailla kehitetyistä tai kehitteillä olevista toimintamalleista, käytännöistä ja työkaluista. Syynä laajennukseen oli, että esihaku ja kysely tuottivat eurooppalaista aineistoa vain vähän, eikä juuri lainkaan löytynyt tietoa käytössä olevista malleista tai työkaluista. Julkaistun aineiston löytäminen osoittautui erityisen vaikeaksi, koska tunnustamisen teema ei aina näkynyt julkaisujen otsikoissa tai abstrakteissa, vaikka sitä julkaisuissa olisikin tarkasteltu. Huomattavasti enemmän löytyi tutkimuksia asiakas- ja potilastyöstä, uusista työskentelymalleista ja toiminnoista, jotka eivät olleet tämän katsauksen tarkastelun kohteena. Lopulta katsauksen tutkimuskysymykset määriteltiin asetetun tavoitteen perusteella seuraaviksi:

- 1) Minkälaisia toimintamalleja, käytäntöjä ja työkaluja on kehitetty tai kehitteillä muissa maissa sellaisen potentiaalisten henkilöiden tunnustamiseen ja ennakkointiin, jotka voisivat hyötyä monialaisesta palvelujen yhteensovittamisesta?
- 2) Miten toimintamallien, käytäntöjen ja työkalujen käyttötarkoitus määriteltiin?
- 3) Millaisiin kohderyhmiin ja millaisiin toimintaympäristöihin malleja on kehitetty?
- 4) Millainen oli mallien tai työkalujen perusidea tai -mekanismi?
- 5) Mitä tiedetään mallien tai työkalujen toimivuudesta ja vaikutuksista?

Menetelmä ja aineisto

Katsaus on luonteeltaan kartoittava. Tämä tarkoittaa sitä, että tavoitteena ei ole etsiä ja analysoida systemaattisesti kaikkia mahdollisia teemaa käsitteleviä julkaisuja, vaan luoda yleiskuva siitä, minkälaisia tunnistamisen tai ennakoinnin toimintamalleja, käytäntöjä tai työkaluja ulkomailla on kehitetty tai kehitteillä sellaisten potentiaalisten henkilöiden tunnistamiseksi, jotka voisivat hyötyä monialaisesta palvelujen yhteensovittamisesta.

Tiedonhaku

Tiedonhaku toteutettiin kirjallisuuskatsauksena THL:n käytössä oleviin tietokantoihin. Katsaukseen etsittiin sen teemaan liittyen monipuolisesti ja laveasti tutkimusaineistoa. Vertaisarvioitu tutkimus ei ollut ensisijainen sisäänottokriteeri, vaan mukaan otettiin kaikenlaiset julkaisut, kuten kuvailut, arvioinnit, tutkimukset, katsaukset ja kartoitukset. Tiedonhakuun sisällytettiin laajasti erilaisia raportteja ja julkaisuja, koska haluttiin tietoa myös mahdollisesti kehitteillä olevista malleista ja käytännöistä. Katsaukseen mukaan otettavien julkaisujen tuli täyttää seuraavat sisäänottokriteerit:

- Julkaisussa tarkasteltiin palvelujen suurenkäyttöä, paljon palveluja käyttäviä, kallista palvelujen käyttöä ja/tai monialaista palvelujen käyttöä.
- Julkaisussa tarkasteltiin sosiaali- ja terveydenhuoltoa.
- Julkaisussa tarkasteltiin palvelutarpeiden tunnistamista, identifiointia tai ennakointia.
- Julkaisussa tarkasteltiin tunnistamisen, identifioinnin tai ennakoinnin toimintamallia, menetelmää tai työkalua.

Katsauksen hakustrategia suunniteltiin tutkimusryhmän ja THL:n informaattikon yhteistyönä. Tätä ennen oli tehty koehakuja eri tietokantoihin sekä Google Scholar -hakuja. Varsinaisen haun teki informaattikko. Katsauksen hakusanat määriteltiin laajasti ja monipuolisesti. Ne muodostuivat neljästä hakusanakokonaisuudesta (Ks. Kivipelto ym. 2019).

Haku toteutettiin sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon kannalta relevantteihin tietokantoihin:

Health and Psychosocial Instruments <1985 to April 2019> (OVID)

Web of Science -Social Science Citation Collection

ProQuest

- *International Bibliography of the Social Sciences (IBSS)*
- *Social Science Database*
- *Sociological Abstracts*
- *Sociology Database*

ProQuest, vaihtoehtoinen hakustrategia kolmessa tietokannassa

- *IBSS*
- *Social Science Database*
- *Sociology Database*

ASE (Ebscohost)

SocIndexFT (Ebscohost)

AgeLine (Ebscohost)

Science Direct

Campbell Collaboration, Campbell Library

Cochrane Library: systematic Reviews

Cochrane Library: Cochrane Central Register of Controlled Trials

Medline (OVID)

Aineiston käsittely

Hakustrategia tuotti mittavan määrän julkaisuja, kaikkiaan noin 2260 viitettä. Viitteiden suuren määrän vuoksi aineisto päätettiin rajata vuosiin 2008–2019. Kaksi tutkijaa kävi aineiston läpi ja valitsi katsauksen tutkimusaineiston sisäänottokriteerien mukaisesti otsikoiden ja abstraktien avulla. Läpikäydystä aineistosta 95 julkaisua valikoitui tarkempaan tarkasteluun. Tässä vaiheessa julkaisuja karsiutui vielä pois, koska osa julkaisuista oli maksullisia, konferenssiesitelmien abstrakteja tai ne eivät täyttäneet tarkemmassa tarkastelussa sisäänottokriteerejä. Lopulta analyysiin otettiin mukaan yhteensä 64 julkaisua (ks. lähteet). Julkaisuisista kirjattiin Excel-taulukkoon julkaisun nimi, bibliografiset tiedot, käyttötarkoitus, kohderyhmä, sovel-lusympäristö, toimintamallin, käytännön tai työkalun kuvaus ja mahdolliset tutkimus- tai arviointitulokset. Toimintamallit (14) koottiin Excelin yhdelle välilehdelle ja toiselle välilehdelle tutkimusjulkaisut (50), joissa mallia tai mittaria oli käytetty tutkimuksen toteuttamiseen.

Seuraavaksi julkaisut luokiteltiin aineistolähtöisesti. Aineistosta nousi esiin erityisesti monialaisten palvelutarpeiden ennakoitien tai riskiryhmien tunnistamisen malleja (19 julkaisua), palvelujen suurkäytön ennakoiteja (15 julkaisua), kalliiden potilaiden tunnistamisen välineitä (11 julkaisua), ensiavun tai päivystyksen ennakoiteja (10 julkaisua) ja sairaalakäyntien ennakoiteja (9 julkaisua). Tulososio on rakennettu näiden teemojen mukaisesti. Tulososiossa emme erotelleet tutkimuksia ja toimintamalleja kovin tiukasti.

Tunnistamisen ja ennakoinnin mallit

Monialaisten palvelutarpeiden ennakointi ja riskiryhmien tunnistaminen

Aineistossa oli mukana 19 julkaisua, joissa käsiteltiin haasteellisissa tilanteissa olevien henkilöiden tunnistamista erilaisten mallien avulla, henkilöiden monialaisten palvelutarpeiden tunnistamista tai yksin kotona asuvien ja usein sairaalahoitoon joutuvien ikääntyneiden henkilöiden palvelutarpeiden arvioiteja. Useassa mallissa hyödynnettiin potilasrekistereitä. Vaikeassa tilanteessa olevien ihmisten palvelutarpeiden ja monialaisten palvelutarpeiden ennakoitinta pidettiin tärkeänä erityisesti sen vuoksi, että hoitamattomat ongelmat tai liian myöhään tapahtunut hoitoon pääsy aiheuttaa inhimillistä kärsimystä ja lisää taloudellisia kustannuksia.

Palvelutarpeiden tunnistamiseksi henkilöiltä seuloitiin erilaisia terveyteen ja sosiaalisiin tekijöihin liittyviä piirteitä, joiden oletettiin olevan yhteydessä heidän lisääntyneeseen palvelutarpeeseensa. Tällaisia piirteitä olivat esimerkiksi krooniset sairaudet, päihteen käyttö, mielenterveysongelmat (esim. masennus), somaattiset terveysongelmat (esim. diabetes ja korkea verenpaine) sekä aiemmat sairaalahoitojaksot.

Haasteellisia sosiaalisia tekijöitä olivat esimerkiksi yksin asuminen, naapuruusolosuhteet, palvelujen käyttö, julkisten tukien tai etuuksien käyttö, työllisyys ja ansiot, taloudelliset vaikeudet, rikollisuus, lasten terveydentila ja käyttäytyminen. Usein myös ikä, sukupuoli ja henkilön etninen tausta otettiin huomioon. Seuraavaksi kuvaamme esimerkkejä monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen malleista.

Riskiryhmien tunnistaminen potilas- ja asiakastietojen perusteella

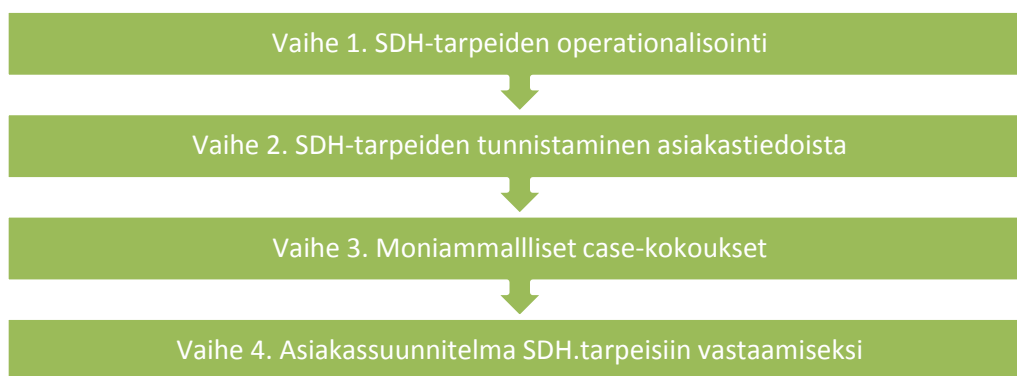
Monialaista palvelutarvetta voidaan ennakoida eri tavoin niiden tietojen perusteella, joita potilaista tai asiakkaista on saatavilla erilaisista rekistereistä, kuten potilas- tai asiakastietokannoista. *Algoritmeihin perustuvasta sairauksien tunnistamisesta* esimerkkinä on Edmontoniin Kanadaan paikantuva julkaisu, jossa palvelujen käyttäjät (n=574 409) poimittiin AH-rekisteristä (Alberta Health, maakunnallinen terveysviranomainen) alueen postinumeroiden perusteella (Tonelli 2015). Julkaisussa tunnistettiin algoritmeja, joiden avulla saatiin poimittua 30 erilaista sairautta tai sairauden puuttumista. Noin yhdellä neljästä ihmisestä tunnistettiin monisairaus (kaksi tai useampia sairauksia), yhdellä neljästä tunnistettiin yksi sairaus, ja lopuilla ei tunnistettu mitään kolmestakymmenestä sairaudesta. Yleisimmät tunnistetut sairaudet olivat astma,

nivelrikko, etäpesäkkeitä lähettänyt syöpä, sydämen vajaatoiminta, munuaissairaus, korkea verenpaine, ärtyneen suolen oireyhtymä, MS-tauti, skitsofrenia, psoriasis ja krooniset suolistosairaudet. Julkaisussa todettiin, että hallinnon keräämät asiakastiedot olivat arvokasta materiaalia vaikeassa tilanteessa olevien ihmisten palvelutarpeiden tunnistamisessa. Lähestymistapaa luonnehdittiin uudelleenlaiseksi tavaksi paikantaa kroonisia sairauksia ja henkilöitä, joilla oli useita sairauksia. (Tonelli 2015.)

Vaativan hoidon tarpeessa olevien henkilöiden ennakointi. Vaativan hoidon tarpeessa olevia henkilöitä voidaan pyrkiä tunnistamaan joko koko populaatiosta tai parhaillaan sairaalahoidossa olevien ihmisten joukosta. Sussexissa Iso-Britanniassa kehitettiin algoritmi vaativan hoidon tarpeessa olevien henkilöiden tunnistamiseksi. Malli keskittyi kroonisia sairauksia sairastavien ihmisten päivystyskäynteihin. Sen avulla pyrittiin ennustamaan kroonisesti sairaiden henkilöiden joukosta ihmisiä, joilla oli kohonnut riski joutua päivystykseen 12 kuukauden sisällä siitä, kun hänellä oli diagnosoitu krooninen sairaus. Mallissa keskityttiin tunnistamaan kroonisia sairauksia, joiden vuoksi ihmiset joutuivat usein turvautumaan sairaalahoitoon (esim. keuhkohtaumatauti, astma tai diabetes). Mallissa laskettiin riskipisteet asteikolla 0–100 / henkilö. Pisteet ennakoivat todennäköisyyttä sille, että henkilö hakeutuu päivystykseen seuraavan vuoden aikana. Mallissa seulottiin yli tuhatta muuttujaa suoraan potilasrekistereistä. Tutkimuksen perusteella malli auttoi jakamaan ihmiset riskiryhmiin ja helpotti palveluohjauksen kohdentamista tunnistetuille riskiryhmille. (Spoke 2013.)

Vaativan hoidon, hoivan tai tuen tarpeessa olevien henkilöiden tunnistamista on kehitetty myös palvelujen ja hoidon aikana. Esimerkiksi australialaisessa sairaalassa kehitettiin ”CR-malli” (*Clinical Reasoning*) sairaalahoidossa olevien potilaiden vaativan hoitotarpeen tunnistamiseksi. Tunnistamisen mallissa oli viisi tekijää, joiden tuli täytyä: kyky kiinnittää huomio oikeisiin ”vihjeisiin” ja ryhtyä oikeisiin toimenpiteisiin oikean asiakkaan kohdalla oikeaan aikaan ja oikeista syistä. Vihjeitä mahdollisesta vaativan hoidon tarpeesta voi mallin kehittäjien mukaan löytyä esimerkiksi asiakkaan loppulausunnoista, potilashistoriasta, hoitoyhteenvedoista ja hoitotilastoista, aiemmin tehtyjen tutkimusten tuloksista ja hoitotyön tai lääketieteellisten toimenpiteiden arvioinneista. Vihjeet vaativan hoidon tarpeesta saattoivat tulla esiin lääketieteellisen hoidon aikana tai hoidon jälkeen. Julkaisussa esitettiin varhaiset ja myöhemmin ilmentyvät varoitusmerkit viitearvoina, joihin tuli kiinnittää huomiota esimerkiksi virtsaamisen, tajunnan tason, hengitysteiden tilan ja verenpaineen osalta. (Levett-Jones ym. 2010.) Tässä mallissa oli kyse enemmänkin hoitoalan ammattilaisten perustuksesta. Se voi kuitenkin auttaa myös kiinnittämään tehokkaammin huomiota esimerkiksi kotiutusvaiheessa olevien potilaiden mahdolliseen tulevaan sairaalahoidon tarpeeseen.

Sosiaalisen tuen tarpeessa olevien potilaiden tunnistaminen terveydenhuollossa. Useissa julkaisuissa tuotiin esiin, että henkilöt, joilla oli heikko sosioekonominen asema, paljon terveydenhuollon käyttöä ja joilla oli useita fyysisiä ja psyykkisiä sairauksia, käyttivät muita yleisemmin virka-ajan ulkopuolella olevia terveydenhuollon palveluita, kuten päivystystä ja ensiapua (ks. esim. Marcoux 2010). Terveysteen liittyvien sosiaalisten tekijöiden (SDH=social determinants of health) merkitys terveyspalvelujen käytössä on havaittu merkittäväksi tekijäksi, ja esimerkiksi WHO suosittelee sosiaalisten tekijöiden tunnistamista (WHO 2019). Aineistossa oli kuitenkin mukana vain yksi julkaisu, jossa oli käytetty potilastietoja sosiaalisen tuen tarpeessa olevien asiakkaiden tunnistamiseen (Vest ym. 2017). Kyseisessä amerikkalaistutkimuksessa SDH-palvelujen tarpeet tunnistettiin asiakkaiden laskutus- ja ajanvaraustiedoista sekä sähköisistä terveys-tiedoista. SDH-palvelujen tarvetta kartoitettiin sosiaalityössä, terveys- ja ravitsemusneuvonnassa sekä lääketieteellisessä ja juridisessa neuvonnassa. Julkaisussa oli tavoitteena tunnistaa aikuisten perusterveydenhuollon potilaiden joukosta ne, joiden kohdalla terveyteen liittyvät sosiaaliset tekijät oli syytä tunnistaa. Kohderyhmänä oli 73 085 yli 18-vuotiasta henkilöä, jotka asioivat terveyskeskuksessa Indianapolisissa USA:ssa huhtikuun 2012 ja heinäkuun 2016 välisenä aikana. Ensimmäisessä vaiheessa SDH-palvelun tarpeet operoitiin binäärisiksi kyllä tai ei-muuttujiksi (kuvio 1, vaihe 1). Seuraavaksi SDH-tarpeita etsittiin asiakkaiden joukosta (vaihe 2).



Kuvio 1. Prosessi sosiaalisen tuen tarpeessa (SDH) olevien henkilöiden tunnistamiseksi terveydenhuollossa (Vest ym. 2017).

Tunnistamisen jälkeen havaitut tarpeet käsiteltiin ”case-kokouksissa” moniammatillisesti, myös asiakkaat olivat läsnä (vaihe 3). Syitä sille, että henkilön asia käsiteltiin case-kokouksissa, olivat Vestin ym. (2017) tutkimuksessa esimerkiksi epätarkoituksenmukainen palvelujen käyttö tai käyttämättä jääneet ajat, sairaalajakso tai ensiavun käyttö, päihteiden käyttö, mielenterveysongelmat ja krooniset sairaudet. Tämän jälkeen muodostettiin yhteinen ymmärrys SDH-palvelujen tarpeesta ja tehtiin suunnitelma tarpeisiin vastaamiseksi (vaihe 4), esimerkiksi pitääkö hoitoon pääsyä tai läheteiden tekemistä helpottaa. Kokouksiin osallistui asiakkaan ohella eri alojen asiantuntijoita (lääkäreitä, terveydenhoitajia ja sosiaalityöntekijöitä, ravitsemus-asiiantuntijoita ja vanhustyön asiantuntijoita). (Vest ym. 2017.)

Vestin ym. (2017) malliin kohdistuvassa tutkimuksessa havaittiin, että yli puolet tutkimukseen mukaan otetuista henkilöistä oli SDH-palveluiden tarpeessa. Erityisesti päihde- ja mielenterveysongelmat, verenpainetauti ja diabetes ennakoivat henkilöiden lisääntyvää sosiaalisen tuen tarvetta. Tutkimuksessa tunnistettiin kahdeksan terveyteen liittyvää sosiaalista muuttujaa, jotka johtivat case-kokouksiin. Näistä yleisimpiä olivat taloudelliset syyt (31,3 % asiakkaista), sosiaaliset syyt (31,3 % asiakkaista), asiointiin liittyvät kuljetus- tai liikkumisen vaikeudet (25 % asiakkaista) ja kielimuuri (18 % asiakkaista). Eroja SDH-palvelujen tarpeessa oli myös etnisten väestöryhmien välillä. Neljännes tutkimukseen mukaan otetuista kuudestatoista case-kokouksesta johti jatkotoimenpiteisiin, kuten henkilön ohjaamiseen terveydenhuoltoon tai sosiaalityöntekijän selvittelyyn.

Lastensuojelun riskiasiakkaiden tunnistaminen sosiaalityössä. Uudessa Seelannissa on tutkittu ja kehitetty algoritmien hyödyntämistä sosiaalityössä asiakkaiden haasteellisiin tilanteisiin liittyvien riskitekijöiden tunnistamiseksi. Tällaisia haasteellisia tilanteita voivat olla esimerkiksi seksuaalinen hyväksikäyttö tai fyysisten tarpeiden laiminlyönti. Mallin kehittäminen oli mahdollista, koska näistä asiakkaista tallennettiin paljon tietoa erilaisiin viranomaisten järjestelmiin. Mallin kehittäjät päättelivät, että louhimalla kyseistä tietomassaa olisi mahdollista ennakoida jopa tulevia lasten kaltoinkohteluita. Tarkoituksena oli löytää toimintatapoja suuressa riskissä olevien lasten interventioiden tehostamiseksi ja estää mahdolliset kaltoinkohtelut. Tutkimuksen mukaan mallia voidaan soveltaa myös muilla sosiaalityön alueilla riskissä olevien asiakkaiden tunnistamisessa. Se auttaa heidän mukaansa esimerkiksi suuntaamaan resursseja sinne, missä niitä tarvitaan eniten. Parhaimman tuloksen mallilla saavutetaan, jos sen käyttöön liitetään vaikuttavien varhaisen puuttumisen interventioiden käyttö. (Gillingham 2016.)

Riskiryhmien seulominen väestökyselyillä

Coordinated Healthcare for Complex Kids (CHECK) -malli kohdentui monialaisia palveluita tarvitseviin lapsiin (Glassgow ym. 2018). Amerikkalaismallin kehityksessä oli mukana 31470 palvelua, 5923 lasta ja heidän perhettään, 12243 mielenterveyden seulontaa, 7511 neuvontapalvelua, 2443 suoraa interventiota ja 3105 lähetettä. Malli ohjaa tunnistamaan monisairaita lapsia, joilla on erityisesti mielenterveys-, käyttäytymis- ja tunne-elämän häiriöitä. Malli on antanut lupaavia ratkaisuja lasten ja nuorten palvelujen integraation edistämiseksi.

Esimerkki kolmivaiheisesta seulontaprosessista kohderyhmään kuuluvien henkilöiden tunnistamiseksi:

1. yleinen mielenterveyden seulontalomake kaikille CHECK-lapsille ja heidän vanhemmilleen,
2. tarkempi seulonta 1. seulonnassa löytyneille ja
3. seulonta heille, joilla oli positiivinen 2. tason seulontatuloks.

Seulonnassa käytetään PHQ-A kyselylomaketta, eli PROM-mittareita (Glassgow ym. 2018.)

Ikääntyneisiin ja työikäisiin kohdistuva amerikkalainen palvelutarpeiden tunnistamisen malli (The Caremore Health) auttaa puolestaan tunnistamaan hauraita, kalliita ja alihoidettuja potilaita, sekä heidän palvelutarpeitaan. Malli pohjautuu työikäisten ja ikääntyneiden palvelutarpeiden tunnistamiseen sairastavuuteen perustuen. Mallin avulla voidaan pyrkiä tunnistamaan potilaita, joilla oli krooninen sairaus, kuten diabetes, sydänsairaus tai hengityselinsairaus. Malli ottaa huomioon myös terveydellisen ja sosioekonomisen tilanteen. "CareMore Health" -malli perustuu moniasiantuntijaiseen yhteistyöhön ja potilaan lääketieteellisten, sosiaalisten ja henkilökohtaisten terveyspalvelujen tarpeiden tunnistamiseen. (Jain 2018.)

Monialaisia palveluja tarvitsevien lasten tunnistaminen. Brasilialaisjulkaisussa on esitelty kysely, joka on suunnattu kroonisesti sairaiden lasten tunnistamiseen (Questionnaire for Identifying Children with Chronic Conditions, QuICCC). Kysely on kohdennettu lasten vanhemmille tai huoltajille. Kysely sisältää 16 kysymystä, jotka liittyvät lasten toiminnallisiin rajoitteisiin ja runsaaseen palvelujen käyttöön. Kysely voidaan toteuttaa puhelimitse, ja se kestää keskimäärin kaksi minuuttia. Kyselyä on siis nopea ja sitä on helppo käyttää. Kyselyä on tekijöiden mukaan sovellettu paljon myös maailmanlaajuisesti. Erityisesti Brasiliassa kyselyn käyttöönotto on nähty tärkeänä, koska haavoittuvassa asemassa olevien lasten määrä on kasvamassa. Perusteluksi on nähty, että kroonisesti sairaiden lasten tunnistaminen mahdollistaa uudenlaisten toimintamallien luomisen. (Duarte ym. 2018.)

Lyhyt kooste:

- Mallien soveltaminen edellyttää usein moniammatillista tiimiä tai yhteistyötä.
- Jos ennakointia tai tunnistamista tehdään sähköisten asiakas- ja potilastietojen avulla, tarvitaan toimivat asiakas- ja potilastietojärjestelmät ja -rekisterit, joista tietoja voidaan poimia. Suomessa haasteena on, että erilaisia asiakas- ja potilastietoja tallennetaan eri paikkoihin, mutta järjestelmät ovat erillisiä ja eri palveluntarjoajien tuottamia, jolloin ne eivät voi olla vuorovaikutuksessa keskenään.
- Algoritmien, louhinnan ja tekoälyn hyödyntäminen edellyttää usein myös tietojärjestelmien uudelleen suunnittelua. Suunnittelussa on huolehdittava siitä, että oleelliset muuttujat sisältyvät tietojärjestelmiin kirjattaviin tietoihin.
- Algoritmipohjaisen tunnistamisen ongelmana on myös niiden henkilöiden tarpeiden huomioon ottaminen, jotka jäävät tunnistamisen ulkopuolelle. Haasteiksi nousevat asiakkaiden tavoittaminen, henkilöi-

den oikeusturva, sekä se, miten palvelut tosiasiaa kohdennetaan, jos palvelutarve havaitaan esimerkiksi koko populaation kattavista rekistereistä.

- Puhelin- ja väestökyselyt ovat käytössä myös Suomessa. Ongelmana on, että niiden kattavuus ja saavutettavuus vaihtelevat. Myös vastausprosentit jäävät usein alhaisiksi.

Palveluiden suurkanikäntö ennakointi

Palvelujen suurkanikäntö ennakointia pidetään tärkeänä, koska paljon palveluja käyttävillä henkilöillä on usein monia sairauksia, mikä aiheuttaa kustannuksia sekä perus- että erikoissairaanhoidossa. Aineistossa oli 15 julkaisua, jotka kohdentuivat erityisesti suurkanikäntö ennakointiin. Painopiste oli aikuisväestössä, mutta mukana oli paljon myös ikääntyneisiin liittyviä julkaisuja.

Palvelujen suurkanikäntö osalta julkaisuissa tarkasteltiin erilaisten diagnosoitujen sairauksien ja riippuvuuksien (esimerkiksi mielenterveysongelmien tai päihteiden käytön) merkitystä palvelujen suurkanikäntö ennakointina tekijöinä. Lisäksi kiinnitettiin huomiota alueellisiin tekijöihin ja niissä oleviin eroihin.

Mukana oli malleja ja tutkimuksia, joissa pyrittiin ennakointaan palvelujen suurkanikäntöä tai tietyn ikäryhmän, useimmin ikääntyneiden, suurta palvelujen tarvetta. Myös mielenterveyspalvelujen tarpeen ja kompleksisten palvelutarpeiden seulominen kuului tähän ryhmään, joista seuraavaksi esitämme esimerkit.

Ennakointi asiakastietojen perusteella

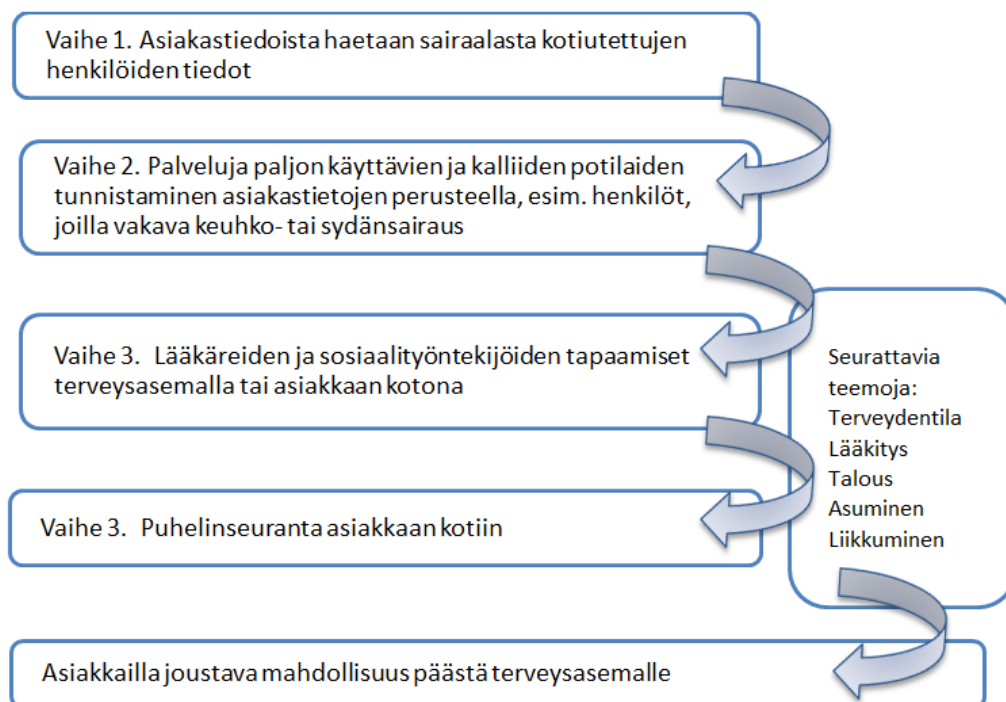
Palvelujen suurkanikäntö ennakointi perustuu paljolti palvelujen käyttäjien ryhmittelyyn erilaisten palvelutarpeiden perusteella. Englantilaistutkimuksessa etsittiin palvelujen suurkanikäntöryhmiä psykiatrisia palveluja käyttävien asiakastiedoista (Beck 2016). Kohderyhmä muodostui 2966 akuuttipsykiatrian palveluja käyttäneistä henkilöstä 1.1.2012–31.12.2012 välisenä aikana. Asiakastiedoista muodostettiin kolme asiakasryhmää, joita tutkittiin tilastollisin menetelmin:

- Ryhmä I: Palveluita usein käyttävät henkilöt: käyttänyt palveluita yli neljä kertaa vuoden aikana
- Ryhmä II: Palvelujen suurkanikäntö: yli 52 hoitovuorokautta vuoden aikana
- Ryhmä III: Palveluita usein käyttävät + palvelujen suurkanikäntö

Malliin kohdistuvassa tutkimuksessa tuli esille, että ensimmäiseen ryhmään kuului eniten henkilöitä, joilla oli persoonallisuushäiriö. Toisessa ja kolmannessa ryhmässä oli eniten psykoosin sairastaneita henkilöitä. Molemmissa ryhmissä oli myös henkilöitä, jotka olivat työttömiä, edustivat muita etnisiä ryhmiä kuin valkoista väestönsosaa tai olivat yksin asuvia. Asunottomia oli eniten ensimmäisessä ryhmässä. (Beck 2016.)

Kokonaisvaltaiseen hoitoon keskittyvä malli (*Comprehensive Care Centers and Homecare Program*) soveltuu käytettäväksi perusterveydenhuollossa, jossa pyritään tunnistamaan erityisesti paljon palveluja käyttäviä henkilöitä, ja niin sanottuja kalliita potilaita (Feder 2011). Malli on kehitetty USA:ssa. Se kohdentuu sairaalasta vastikään kotiutuneisiin ihmisiin tai vakavia keuhko- tai sydänsairauksia sairastaviin henkilöihin. Mallin avulla on tarkoituksena lisätä ja tehostaa lääkäreiden tietoa ja tiedon käyttöä potilaan tilanteesta. Vaiheessa 1 potilastiedoista haetaan sairaalasta kotiutettujen henkilöiden tiedot (Kuvio 2). Vaiheessa 2 pyritään tunnistamaan asiakkaat, joilla on esimerkiksi vakava keuhko- tai sydänsairaus. Vaiheessa 3 tunnistetuille henkilöille järjestetään lääkärin tai sosiaalityöntekijän tapaaminen. Tapaamiset kestävät 45–60 minuuttia, ja ne voivat tapahtua terveysasemalla tai asiakkaan kotona. Sosiaalityöntekijät avustavat potilaiden taloudellisten tai asumiseen liittyvien vaikeuksien ratkaisemisessa tai järjestämällä potilaan liikkumista edistäviä palveluja. Asiakkaan tilannetta seurataan myös puhelimitse (vaihe 3). Seurattavia asioita ovat henkilön terveydentila, lääkitys, talous, asuminen ja liikkuminen. Terveysaseman aikatauluihin tulee

sisällyttää riittävästi joustavuutta, jotta esimerkiksi potilas, jonka on palattava seuraavana päivänä lääkitysmuutosten seuraamiseksi, voi helposti saada tapaamisajan. (Kuvio 2).



Kuvio 2. Paljon palveluja tarvitsevien tunnistamisen ja tuen malli (Feder 2011).

Kokemukset mallista olivat myönteisiä: paljon palveluja käyttävien henkilöiden sairaalassa olo väheni 20 prosenttia kaksivuotisen intervention aikana.

Käyntimääriä on tutkittu myös Grönlannissa (Lyng Pedersen ym. 2012). Grönlannin mallissa tietoja koottiin henkilöistä, jotka olivat olleet yhteydessä perusterveydenhuoltoon edellisen vuoden aikana. Henkilöt tunnistettiin sähköisen asiakastietojärjestelmän avulla. Taustaväestönä käytettiin 1. tammikuuta 2011 ollutta väestöä. Kohderyhmänä olivat kaikki henkilöt, joilla oli ollut kontakti perusterveydenhuoltoon 1.6.2010–31.5.2011 välisenä aikana 16 terveysasemalla Grönlannissa. Tulosten mukaan 85 prosenttia Grönlannin väestöstä oli ollut yhteydessä perusterveydenhuoltoon viimeisen vuoden aikana. Naiset olivat käyttäneet terveydenhuollon palveluja miehiä useammin. Nuukin alueella tutkittiin lisäksi sitä, miten terveydenhuoltoon otettiin yhteyttä. Henkilökohtaiset käynnit olivat yleisimpiä (75,8 %), seuraavaksi yleisimpiä olivat puhelinkontakti (14,8 %) ja sähköposti (9,8 %). Aikuisilla yleisimmät yhteydenoton syyt liittyivät tuki- ja liikuntaelimestön, hengityselinten ja ihon oireisiin. Alle 10-vuotiata lapsia koskevien yhteydenottojen syyt liittyivät yleisimmin hengityselimestön ja korvien alueille. Julkaisussa todettiin, että pääkaupunki Nuukin alueella havaitut korkeat perusterveydenhuollon käyntimäärät noudattavat samaa linjaa muiden Pohjoismaiden kanssa. Tulosten perusteella voidaan tunnistaa asiakasryhmiä, jotka käyttävät runsaasti terveydenhuollon palveluja (naiset, raskaana olevat, lapset ja yli 60-vuotiaat) ja paikantaa myös heitä, jotka eivät käy terveystarkastuksissa (keski-ikäiset miehet). Erityisesti tutkijat olivat huolissaan henkilöistä, joilla oli diagnosoimattomia sairauksia. Tämä johtuu palvelujen alikäytöstä etenkin tiettyjen asiakasryhmien osalta ja tietyillä maantieteellisillä alueilla. Haasteena on, että terveydenhuolto edelleen pääosin keskittyy potilaiden akuuttien tilanteiden hoitoon, eikä niinkään mahdollisten kroonisten sairauksien ennalta ehkäisemiseen tai diagnosointiin varhaisessa vaiheessa. (Lyng Pedersen ym. 2012.)

Ennakointi kyselypohjaisten mittareiden avulla

Mielenterveyspainotteiset mittarit ja kyselyt palvelujen suurkäytön ennakoinnissa. Hollannissa, Amsterdamin alueella tehtiin kaksivuotinen kohorttitutkimus, joka koski paljon perusterveydenhuollon palveluja käyttäviä aikuisia (Smits ym. 2014). Kohderyhmänä oli 623 yli 18-vuotiasta perusterveydenhuollon asiakasta aikavälillä 1.1.2008–1.1.2010. Tutkimus toteutettiin käyttämällä useita erilaisia kyselyyn perustuvia mittareita palvelujen suurkäytön ennakoinnissa:

- Sairauksiin liittyvä asennemittari (*The Illness Attitude Scales, IAS*) mittaa terveyshuoliin ja terveyskäyttäytymiseen liittyviä pelkoja, asenteita ja uskomuksia.
- Elämänhallinnan tunteen mittarina käytettiin seitsemänkohtaista *Paerlin-Schooler Mastery* -mittaria, joka mittaa sitä, miten henkilö kokee voivansa hallita elämässään tapahtuvia muutoksia.
- Elämäntapahtumamittari (*Life Event Questionnaire, LEQ*) puolestaan mittaa henkilön negatiivisia elämäntapahtumia kuluneiden 3-12 kk aikana.
- Potilaan terveyskyselyä (*Patient Health Questionnaire, PHQ*) käytettiin masennus- ja ahdistusmittarina. (Smits ym. 2014.)

Keskeinen tulos oli, että ahdistus, paniikkihäiriö ja negatiiviset elämäntapahtumat menneen vuoden aikana, sekä terveyskäyttäytyminen ja puutteellinen elämähallinnan tunne liittyivät henkilöiden runsaaseen perusterveydenhuollon käyttöön tapahtumia seuranneen kahden vuoden aikana. Kroonisen somaattisen sairauden ja psyykkisten ongelmien yhdistelmä ei puolestaan lisännyt terveyspalvelujen käyttöä.

Palvelujen suurkäyttäjien alaryhmien tunnistaminen. USA:ssa palvelujen suurkäyttöä pyrittiin ennakkoimaan tunnistamalla aikuisten keskuudesta eräänlaisia palvelujen suurkäyttäjien (n=1515) alaryhmiä (Rinehart ym. 2018). Tarkastelussa muodostettiin alaryhmiä asiointisyiden perusteella. Tarkastelua varten muodostettiin viisi alaryhmää:

- 1) henkilöt, joilla on alkoholiongelmia ja kodittomuutta,
- 2) henkilöt, joilla on mielenterveysongelmia, päihteiden väärinkäyttöä ja kodittomuutta,
- 3) henkilöt, joilla on somaattisia sairauksia,
- 4) henkilöt, joilla on vakavia mielenterveysongelmia, huumeriippuvuutta ja kodittomuutta, ja
- 5) henkilöt, joilla on somaattisia sairauksia, päihteiden käyttöä ja mielenterveysongelmia.

Saatua tietoa voidaan hyödyntää haasteellisissa tilanteissa olevien aikuisten tunnistamisen ja palvelujen räätälöinnin tukena.

Asioinnin perusteella tapahtuvaa luokittelua käytettiin myös puolalaistutkimuksessa, jossa oli mukana 200 aikuispotilasta (mediaani-ikä 65, alue 18–90), joilla oli krooninen hengityselinsairaus (Kurpas ym. 2016). Kyselytutkimuksessa tiedusteltiin potilaiden asiointia terveydenhuollossa aikavälillä 1.1.2014–30.10.2015. Palvelujen käytöstä saatiin seuraavat luokat:

- 1) asioinut perusterveydenhuollossa kahdeksan kertaa tai useammin (107 vastaajaa) ja
- 2) asioinut perusterveydenhuollossa alle kahdeksan kertaa (93 vastaajaa).

Eniten perusterveydenhuollon asiointeja oli henkilöillä, joilla oli ongelmia tai haasteita useammalla kuin yhdellä elämänalueella. Tällaisia olivat esimerkiksi heikoksi koettu terveys, ongelmat sosiaalisissa suhteissa, sekä aiemmat negatiiviset kokemukset asioinnista terveyspalveluissa. Tällaisten henkilöiden tunnistamisen tulisi tutkimuksen mukaan johtaa myös heidän suurempaan tukemiseen erityisesti heikoksi koetuilla alueilla. Tuki voi edellyttää moniammatillista osaamista.

Ennakointi eri tietolähteitä yhdistelemällä

GeroS -systeemi. Kroatiaassa kehitetty GeroS -systeemi auttaa keräämään ja yhdistämään tietoja sairaista ja haasteellisissa tilanteissa olevista ihmisistä eri systeemien ja eri tahojen kautta. Tietoja kootaan esimerkiksi erilaisilta palveluntuottajilta, vakuutusyhtiöiltä, potilasrekistereistä ja vanhustenhoidosta. Samalla pyritään tunnistamaan tärkeitä tekijöitä, jotka liittyvät ikääntyneiden henkilöiden haasteellisiin tilanteisiin. GeroS-systeemissä on käytössä lukuisia muuttujia, kuten ikä, sukupuoli, työpaikka ennen eläköitymistä, henkilön liikkumiseen liittyvät asiat, elämäntilanne ja toimintakyky, terveystietäminen (tupakka, alkoholi), kolesteroli, verensokeriarvot ja käytössä olevat reseptilääkkeet. Kun henkilö täyttää 65 vuotta, kootaan hänestä tiedot GeroS -systeemiin, josta ammattilaiset näkevät yksittäisen henkilön kaikki tiedot. Lisäksi GeroS -systeemillä on muita tehtäviä, kuten tunnistaa ja ennustaa ikääntyneiden palvelujen käytön tarvetta nyt ja tulevaisuudessa.

GeroS-mallin kuvauksessa kerrotaan myös se, miten tietoja käydään läpi sekä tarkastellaan yhdessä eri ammattilaisen kanssa. Toteuttajat järjestivät peräti 39 “gerontologista työpajaa”, joihin osallistui alan ammattilaisia ja asiantuntijoita. Mallista on saatu Kroatiaassa positiivisia tuloksia, ja se on auttanut toimijoita sitoutumaan yhteiseen tavoitteeseen. Ongelmaksi mallin hyödyntämisessä on koettu poliittisten päätöksentekijöiden tahto viedä mallia eteenpäin. Positiivista on, että Gero S -systeemi auttaa keräämään hyvin tietoa kaikista ikääntyneistä, eikä se kerro vain esimerkiksi kotihoidon piirissä olevista henkilöistä. Haasteena mallin käyttöönotossa on, että vaatii paljon aikaa ja resursseja, jos maan jokaisen rekisterin, palveluntuottajan ja vakuutusyhtiön ylläpitämä tieto asiakkaista kerätään yhteen paikkaan. (GeroS 2016.)

Lyhyt kooste:

- Palvelujen suuren käytön ennakkoinnin mallit keskittyivät pääosin työikäisiin ja ikääntyneisiin henkilöihin.
- Mielenterveyteen ja päihteisiin liittyvien ongelmien tunnistaminen mukana useassa mallissa.
- Esiin nousi myös ikäihmisten palvelutarpeiden tunnistaminen.
- Myös somaattiset pitkäaikaissairaudet painottuivat (esimerkiksi sydän- ja hengityselimistön sairaudet).
- Kuormittavaan elämäntilanteeseen tai sairastumiseen liittyi sitä seurannut yhdestä kahteen vuotta kestänyt runsas perusterveydenhuollon käyttö.
- Mallit ovat pääosin sovellettavissa Suomeen. Erityisesti tulee tarkastella malleihin liittyviä mahdollisuuksia löytää erilaisia asiakkuusryhmiä, joiden avulla voidaan tunnistaa henkilöiden runsasta tarvetta palvelujen käyttöön. Mallit auttavat tunnistamaan myös palvelujen alikäyttöä.
- Mallien soveltamisen haasteena ovat Suomen hajanaiset tilastot ja rekisterit palvelujen käyttäjistä.
- Kyselytutkimusten mahdollisuudet rajoittuvat niihin asiakasryhmiin, jotka kykenevät tai ovat halukkaita vastaamaan kirjallisiin kyselyihin.
- Lisäksi haasteena on päätöksentekijöiden halu panostaa yhteisiin tietojärjestelmiin, joiden tuottaman tiedon avulla tietoja voidaan hakea.

Kalliiden potilaiden ennakointi

Aineistossa oli 11 julkaisua niin sanottujen kalliiden potilaiden tunnistamisesta. Kalliilla potilailla tarkoitettiin henkilöitä, jotka käyttävät paljon terveyspalveluita, ja myös kalliita palveluita. Tällaisia ihmisiä ovat esimerkiksi useita kroonisia sairauksia sairastavat henkilöt. Kalliiden potilaiden tunnistamisessa käytettyjä tunnusmerkkejä olivat esimerkiksi kroonisten sairauksien lukumäärä, krooninen kipu, somaattiset sairaudet (esimerkiksi diabetes, masennus, sydän- ja verisuonitaudit), mielenterveysongelmat, liikunnan määrä vii-

kossa, tupakointi, kehon rasvaprosentti, palvelujen käyttö, työtilanne, toteutuneet hoitajaksot, päivystyskäynnit, terveydenhuollon menot (vakuutusten korvaustiedot), ikä, sukupuoli ja etninen tausta. Lapsilla esimerkiksi käyttäytymiseen liittyvät haasteet, astma, palvelujen käyttö ja vanhempien terveydentila ennakoiivat kalliiden palveluiden käyttöä. Tässä luokassa oli julkaisuja, joissa kuvattiin paljon palveluja käyttävien ja kalliiden potilaiden tunnistamista, kalliiden potilaiden ennakoitua ja kalleimpien (5–10 %) potilaiden identifiointia. Kuvaamme seuraavassa joitain esimerkkejä yksityiskohtaisemmin.

Monialaisia palveluja tarvitsevien, korkean riskin potilaiden tunnistaminen somaattisten sairauksien näkökulmasta. Amerikkalaisjulkaisussa tunnistettiin monialaisia palveluita tarvitsevia korkean riskin potilaita (Feder 2011). Tavoitteena oli löytää keinoja välttää tarpeettomia käyntejä ja terveempien henkilöiden hoitoa, jotta saataisiin lisäresursseja sairaampien potilaiden hoitoon. Kohderyhmänä olivat juuri sairaalasta kotiutuneet potilaat tai henkilöt, joilla oli vakava sydän- tai hengityselimistön sairaus. Mallin parissa työskentelivät lääkärit, sosiaalityöntekijät ja palveluohjaajat (case managerit). Malli perustui ammattilaisten käyttämiin sähköisiin palveluihin, joiden avulla lääkäreillä oli riittävästi tietoa saatavilla potilaasta, sekä lisäksi sairaanhoitajan tai sosiaalityöntekijän puhelimitse antama tuki. Kokemukset mallista olivat myönteisiä: sairaalassa olo väheni 20 prosenttia kaksivuotisen intervention aikana. Malli tarjoaa uudenlaista kapaatiomallia, mutta edellyttää yhtenäisiä tietoja kustannuksista. (Mallista tarkemmin sivulla 13.)

Diagnosipohjainen kalliiden potilaiden ennakoitua asiakastietojen perusteella. USA:ssa Floridassa pyrittiin tunnistamaan henkilöitä, joilla on riski tulla paljon kustannuksia tuottaviksi mielenterveyspalvelujen asiakkaita. Tutkimus kohdistui julkiseen, pienituloisille suunnattuun Medicaid-sairausvakuutusjärjestelmään. Otos sisälsi 44 426 henkilön tiedot ajanjaksolta 2002–2003, 48 755 henkilön tiedot ajanjaksolta 2003–2004 ja 50 325 henkilön tiedot ajanjaksolta 2004–2005. Tutkimuksen lähtökohdissa oletettiin, että kalliita asiakkaita olivat ne henkilöt, jotka kuuluivat suurimpaan palvelujen käyttäjäryhmään edellisenä vuonna. Asiakastiedoista poimittiin esimerkiksi Medicaidin edunsaajien demografiset tiedot (ikä, sukupuoli, etninen tausta ja maksetut hoitajaksot). Kaikki muut kuin terveydenhuollon palvelut ja menot jätettiin analyysin ulkopuolelle. Otokseen kuuluivat henkilöt, joilla oli diagnosoitu mielenterveysongelma ja joille oli edellisenä vuonna kertynyt terveydenhuollon palvelumaksuja. Tulosten perusteella nuorempien henkilöiden (alle 55-vuotiaat) aiheuttamat kustannukset olivat suuremmat kuin vanhempien ikäryhmien (55–64-vuotiaat) aiheuttamat kustannukset. Miehillä oli korkeammat kustannukset kuin naisilla. Myös etninen tausta vaikutti kustannuksiin: esimerkiksi latinalaisamerikkalaisilla oli korkeammat kustannukset kuin valkoiseen väestönosaan kuuluvalla henkilöllä. Kalliimpiin ryhmiin kuuluivat myös henkilöt, joilla oli diagnosoitu skitsofrenia tai mieliala- tai persoonallisuushäiriö. Kaikkiaan 4,4 prosenttia otoksesta kuului niin sanottuun korkean kustannusten ryhmään. (Robst 2012.)

Itsearviointiin perustuva kalliiden potilaiden tunnistaminen. Amerikkalaisjulkaisussa (Cunningham 2017) tunnistettiin seuraavana vuonna kalliiksi ennakoituja asiakkaita (n=3983). Kustannukset ja monisairastavuus tänä vuonna ennustivat sitä, että henkilö tulisi olemaan kallis asiakas ensi vuonna. Tarkastelu kohdentui henkilön kroonisiin sairauksiin, koettuun fyysiseen terveydentilaan, koettuun mielenterveyteen, viikoittaiseen liikuntaan, tupakointiin, BMI:in (painoindeksiin), potilaiden itse raportointiin sairaalahoitajaksoihin ja saatuihin sosiaali- ja terveyspalveluihin, päivystyskäynteihin, terveydenhuollon kustannuksiin, ikään, sukupuoleen, etniseen taustaan ja muihin sairauksiin. Itse raportoidut krooniset sairaudet, terveyskäyttäytyminen ja sairaalajaksot ennustivat hyvin korkeita terveydenhuollon kustannuksia. Tutkimus oli kohdennettu henkilöihin, joilla oli yksityinen terveysvakuutus.

Niin ikään amerikkalaisessa Boscardin (2015) tutkimuksessa selvitettiin, voisivatko itsearviointiin pohjautuvat terveystiedot parantaa hallinnolliseen tietoon perustuvia ennakoitua tulevaisuuden korkeista kustannuksista. Kyseessä oli kohorttitutkimus, johon otettiin 8917 työntekijän tiedot vuosilta 2008–2009. Tarkastelussa olivat mukana henkilön terveyspalvelujen käyttö, sosiodemografiset tiedot ja henkilöiden itse raportoidut tiedot terveydentilastaan. Tulokset osoittivat, että kallein potilasryhmä oli 10 prosenttia kaikista potilaista. Tämä ryhmä oli yli kaksi kertaa kalliimpi kustannuksiltaan kuin muut potilaat. He raportoivat erityisesti selkäsärystä, kroonisista särystä, masennuksesta, diabeteksestä, sydänvaivoista, korkeasta kole-

sterolista ja korkeasta verenpaineesta. Tulosten perusteella työntekijöiden itsearviointitietojen liittäminen rekisteritietoon paransi mallin kykyä ennustaa kalliiden potilaiden tunnistamista.

Terveystaloustieteelliseen arviointiin perustuva malli. Sairaussidonnaisten kustannusten ja kustannusvaikuttavuuden tunnistamisen malli (Disease Management Program, DMP) soveltuu pitkän aikavälin kustannusten seurantaan ja arviointiin (Gandjour 2010). Malli perustuu terveystaloustieteelliseen arviointiin, joissa mukana ovat esimerkiksi sairauden esiintyvyys populaatiossa, lääkärillä käyntien määrä ja aika, sekä toteutunut hoito. Julkaisussa kuvattiin mallin soveltamista Saksassa verenpainetaudin hoidon kustannusten ennakoinnissa. Mallin avulla kartoitettiin erittäin laajasti verenpainetaudin hoitoon liittyvät kokonaiskustannukset mukaan lukien lääkehoidot, sairaalahoidot ja esimerkiksi lääkkeiden käyttöön liittyvät ohjaus- ja opastustilanteet. Mukana olivat myös kustannukset, jotka aiheutuvat alihoidosta tai hoidon puuttumisesta (esimerkiksi kustannukset, jotka aiheutuvat halvauksen tai aivoinfarktin hoidosta). Taulukoidut kustannukset olivat silmiinpistäviä: esimerkiksi ryhmässä tapahtuva lääkehoidon opastus maksoi 13 euroa henkilöltä, kun halvauksen hoidon kustannukset sairastumisen jälkeisenä ensimmäisenä vuonna olivat 23 000-24 000 euroa henkilöltä. Mallin avulla voidaan laskea alhaisen ja korkean riskin henkilöiden kustannuksia. Tulosten perusteella alhaisen riskin henkilöillä oli seuraavat tunnusmerkit: systolinen verenpaine alle 140 mmHg; kokonaiskolesteroli 168 mg/dl (naisilla) ja 166 mg/dl (miehillä), HDL -kolesteroli 69 mg/dl naisilla ja 56 mg/dl miehillä, ei sydän- ja verisuonisairauksia, ei diabetesta, ei tupakointia. Korkean riskin henkilöillä oli puolestaan systolinen verenpaine yli 163 mmHg, kokonaiskolesteroli 318 mg/dl naisilla ja 313 mg/dl miehillä, HDL -kolesteroli 26 mg/dl naisilla ja 22 mg/dl miehillä, diabetes ja sydämen vasemman kammion suurentumaa sekä tupakointia.

Lyhyt kooste:

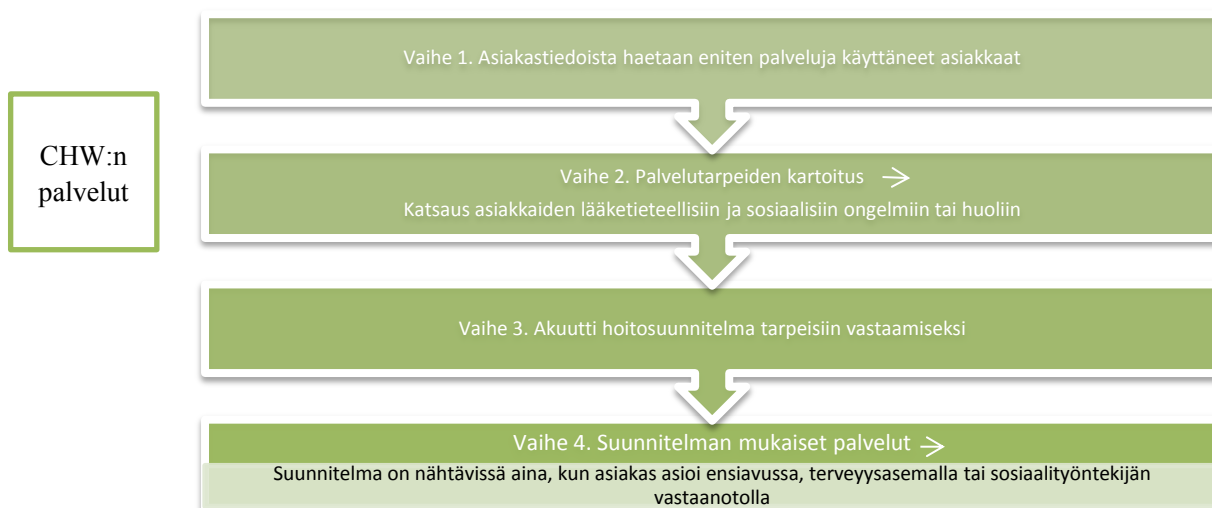
- Kalliiden potilaiden tunnistaminen on erityisen tärkeää, koska jopa yksittäisen kalliin potilaan tuottamat kustannukset voivat olla mittavat.
- Kalliita potilaita voidaan ennakoida tunnistamalla korkean riskin potilaita, itsearviointiin perustuen ja terveystaloustieteellistä arviointia hyödyntäen.
- Mallit ovat sovellettavissa suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa kohtalaisen hyvin, joskin amerikkalainen terveystaloustieteellinen järjestelmä asettaa rajoitteita mallien siirrettävyyteen.
- Vakuutusperusteisuus ohjaa vähentämään runsaasta terveydenhuollon käytöstä aiheutuneita kustannuksia, mutta ei välttämättä auta kohdistamaan interventioita esimerkiksi sairauksien tunnistamiseen ja ennaltaehkäisyyn.

Ensiapu- ja päivystyskäyntien ennakointi

Aineistossa oli 11 julkaisua, jotka liittyivät henkilöiden ensiapu- tai päivystyskäyntien ennakointiin. Päivystyskäyntien ennakointia pidettiin tärkeänä, koska ne, kuten sairaalakäynnit, tuottavat paljon kustannuksia. Ennakoinnin avulla voidaan nykyistä paremmin heijastella tulevaisuuden terveydenhuollon tarpeita ja palveluihin kohdistuvia odotuksia. Myös sosiaalipolitiikkaan vaikuttaminen tuotiin esiin. Tiettyjen vaikeassa asemassa olevien henkilöiden kohdalla kyse voi olla jatkuvista lukuisista päivystyskäynneistä, joiden tiedostaminen ammattilaisten ja asiantuntijoiden taholla auttaisi suuntaamaan haasteellisissa tilanteissa olevien ihmisryhmien palveluita paremmin tarpeita vastaaviksi. Vaikeassa asemassa olevilla henkilöillä tarkoitettiin tiettyihin ikäryhmiin kuuluvia ihmisiä (erityisesti ikääntyneet), sekä henkilöitä joilla on päihde- ja mielenterveysongelmia.

Seuraavaksi kuvailemme esimerkinomaisesti muutamia julkaisuja, joissa kuvataan ensiapu- ja päivystyskäyntien ennakointimalleja.

Amerikkalaisjulkaisussa tunnistettiin ensiavussa paljon käyviä ihmisiä käyntimäärien perusteella *sähköisen ensihoidon koordinaatiomallin* (ED-Based Care Coordination) avulla (Lin ym. 2017). Mallin tavoitteena oli tunnistaa ensiavussa paljon asioivia henkilöitä (Kuvio 3, vaihe 1), kartoittaa heidän monialaisia palvelutarpeitaan (vaihe 2), ja laatia heille monialainen sähköinen ensihoito- tai palvelusuunnitelma (vaihe 3), jota käytettäisiin aina, kun asiakas asioi ensiavussa. Paljon palveluja käyttävät asiakkaat määriteltiin siten, että heillä oli eniten käyntejä sekä viimeisen 30 päivän että viimeisen vuoden aikana. Malliin kohdistuvassa tutkimuksessa satunnaistettiin 72 potilasta interventoryhmään (36 potilasta) ja verrokkiryhmään (36 potilasta). (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Sähköinen ensihoidon koordinaatiomalli (Lin ym. 2017).

Koulutetut ED-lääkärit ja lääkärit ja avustajat tekivät yksityiskohtaisen katsauksen kaikista interventoryhmän potilaista lääketieteellisten ja sosiaalisten kysymysten tunnistamiseksi. Tämän jälkeen tehtiin akuutti hoitosuunnitelma ensihoidon laadun, tehokkuuden ja koordinoinnin parantamiseksi kunkin potilaan kohdalla. Suunnitelma laadittiin yhdessä potilaan verkostojen ja muiden palvelujen tarjoajien kanssa (esim. perusterveydenhuollon tarjoajat, lääketieteen asiantuntijat, sosiaalityöntekijät). Suunnitelma vietiin sähköiseen terveystietokantaan (EHR). Suunnitelma oli nähtävillä, kun henkilö asioi ensiavussa työskentelevien lääkäreiden kanssa. Interventioon kuuluivat myös eräänlaisen kokemusasiantuntijan (CHW) palvelut. CHW auttoi hoidon koordinoinnissa ja käsitteli tyydyttämättömään palvelutarpeeseen vaikuttavia sosiaalisia kysymyksiä potilaan tarpeet huomioiden. Mallissa CHW:t olivat terveydenhuollon työntekijöitä, mutta usein koulutettuja maallikoita, joilla oli myös omaa kokemusta palveluista. CHW:llä oli muuta henkilökuntaa enemmän aikaa asiakkaalle ja myös kulttuurisia taitoja kohdata erilaisia asiakasryhmiä.

Tulosten perusteella interventoryhmällä oli intervention jälkeen 35 prosenttia vähemmän päivystyskäyntejä verrattuna kontrolliryhmään. Mallin soveltaminen paransi paljon päivystyksessä käyvän henkilön tunnistamista. Intervention jälkeen myös kustannukset laskivat, ja ne olivat noin 15 prosenttia alhaisemmat kuin verrokkiryhmässä. (Lin ym. 2017.)

Milbrett ja Halm (2009) esittelevät *retrospektiivistä korrelaatiotutkimusta tunnistamisen välineenä*. Retrospektiivisen korrelaatiotutkimuksen avulla tutkittiin suuren amerikkalaisen sairaalan päivystyksessä usein käyvien potilaiden päivystyskäyntejä ennustavia tekijöitä. Otokseen sisältyi aikuisia potilaita, joilla oli vähintään kuusi käyntiä vuosina 2005–2006 (N = 201). Usein päivystyksessä käyviksi potilaiksi määriteltiin vähintään kuusi kertaa vuodessa käyvät potilaat. Tarkastelun kohteena olivat potilaan etninen tausta, siviilisääty, aiemmat terveystiedot, pitkäaikaissairaudet, mielenterveysongelmat, sosiaaliset ongelmat, mahdolliset muut hoitopaikat, ja vuosittaisten käyntien kokonaismäärä. 70 prosenttia usein tapahtuvista

käynneistä ajoittui ilta- ja yöaikaan. Usein päivystyksessä kävijät olivat tavallisesti 35-vuotiaita valkoisia naisia, jotka asuivat yksin ja olivat työttömiä. He hakeutuivat päivystykseen yleensä vatsakipujen, päänsäryn, rintakivun tai alaselän kivun takia. Erityisen paljon päivystyksessä käyvät olivat kuitenkin miehiä, ja he olivat osa-aikaisesti työskenteleviä, eläkkeellä tai työttömänä. Heidän päivystykseen hakeutumisensa syy oli hengitystieinfektio tai päänsärky. (Milbrett & Halm 2009.)

Ensiavussa usein käyvien profilointi. Brittitutkimuksessa analysoitiin ensiavussa usein käyvien henkilöiden piirteitä (Moore ym. 2009). Tutkimuksessa mielenkiinto kohdentui ensiapua käyttäneiden henkilöiden sukupuoleen ja ikään, ammattilaisten potilaille määrittelemään kiireellisyysluokkaan, päivystykseen saapumisaikaan ja päivämäärään. Mallintamisessa hyödynnettiin ristiintaulukointia ja frekvenssejä. Tutkimuksessa havaittiin, että 82 812 potilasta teki yhteensä 117 187 käyntiä päivystykseen yhden vuoden aikana. Jokainen potilas kävi päivystyksessä keskimäärin 1,4 kertaa. Käynneistä 46 prosenttia oli toistuvia. Tulosten perusteella asiakasprofiili alkoi muuttua neljännen päivystyskäynnin kohdalla. Useimmin päivystyksessä kävijät olivat todennäköisimmin miehiä (50,5 % kertakävijöistä, 69,5 % > 10 käyntiä), vanhempia, kävivät päivystysaikana, ja tulivat määritellyksi päivystyksen kiireellisimpiin potilasluokkiin. Tutkimus osoitti, että vastaavanlaista tietoa voitaisiin käyttää palvelumuotoilun perustana. Tämä tutkimus osoitti myös palvelujen uudelleenorganisointitarpeen päivävastaaottoajan ulkopuolella.

Floridassa USA:ssa tehdyssä tutkimuksessa pyrittiin tunnistamaan henkilöitä, joilla on ollut yksi tai useampi terveysongelma kuluneen vuoden aikana. Tutkimuksessa oli mukana 1466 henkilön tiedot. Tutkimuksen muuttujina olivat päivystyksen käyttö, sairaalassakäynnit, hoitajaksot sairaalassa ja lääkärintarkastukset. Riippuvina muuttujina olivat ikä, sukupuoli, etninen syntyperä, siviilisäätty, koulutustaso, työllisyysasema, vakuutusturva, tulotaso, säännöllinen hoitolähde ja koettu terveydentila ja ns. alttius (kodittomuus, päihteiden väärinkäyttö, mielenterveysongelma, HIV/AIDS, väkivallan uhriksi joutuminen ja julkisten etujen saaminen). Tutkimuksen mukaan henkilöt, joilla oli mielenterveysongelmia (23,3 %), positiivinen HIV/AIDS (35,6 %) ja henkilöt, jotka olivat joutuneet rikoksen uhriksi (24,2 %), ilmoittivat muita todennäköisemmin sairaalahoidosta viimeisten 12 kuukauden aikana. Vakuuttamattomilla henkilöillä oli puolta suurempi todennäköisyys joutua ensiapuun kuin niillä henkilöillä, joilla oli vakuutus. (Small ym. 2000.)

Kanadalainen laaja-alainen palvelutarpeiden tunnistamisen malli kohdentui päihde- ja mielenterveyspotilaisiin, jotka käyvät paljon päivystyksessä (Kahan ym. 2016). Kanadassa kehitetyn *moniammatillisen varhaisen puuttumisen mallin* (Coordinating Access to Care from Hospital Emergency Departments, CATCH-ED) fokuksessa olivat yli viisi kertaa päivystyksessä käyneet henkilöt kuluneen vuoden aikana ja ne, joilla on ainakin yksi mielenterveys- tai päihdediagnoosi. Mallin käyttöä koskevat haastattelut tehtiin heinä-lokakuussa 2012. Haastatteluihin osallistui 47 henkilöä, jotka edustivat palvelujen tuotantoa, hallintoa ja johtohenkilöstöä. Tutkimus sisälsi 32 puolistrukturoitua laadullista haastattelua ja yhden fokusryhmähaastattelun. Osallistujilta tiedusteltiin heidän kokemuksiaan interventioista ja tekijöitä, jotka edistivät tai vaikeuttivat onnistunutta varhaista puuttumista ongelmiin. Tulosten perusteella suuren tuen tarpeessa olevilla mielenterveysongelmaisten oli vaikea päästä perusterveydenhuollon palveluihin. Haastatteluissa CATCH-ED -malli nähtiin toimivaksi. Hyvänä pidettiin sitä, että malli yhdisti erikois- ja perusterveydenhuollon potilaiden palvelutarpeiden tunnistamisen erityisesti niiden mielenterveys- ja päihdepotilaiden osalta, jotka käyttävät paljon päivystyksen palveluita. Palvelutarpeiden arvioinnin tukena CATCH-ED -malli ohjasi laaja-alaista palvelua tarvitsevien henkilöiden tunnistamisen käytäntöä. Tutkimuksen tuloksena oli, että yhteistyö ja tiivis moniammatillinen arviointi parantaa varhaisen puuttumisen onnistumisen todennäköisyyttä. Malli koettiin jatkokehittämiskelpoiseksi.

Britanniassa kehitetty koko väestöön kohdistuva *päivystyskäyntien ennakoinnin malli somaattisia sairauksia sairastaville* (Sussex Predictor of Key Events, SPOKE 2013) ennakoiki kaikenikäisten henkilöiden päivystyskäyntejä. SPOKE kohdentuu koko väestöön. Kehitetty algoritmi ennustaa henkilön riskiä joutua päivystykseen kroonisen sairauden takia vuoden kuluessa. Malli keskittyy kroonisten somaattisten sairauksien (esimerkiksi keuhkohtaumatauti, astma tai diabetes) aiheuttamiin sairaalaan joutumisen syihin. Mallissa lasketaan asiakasta kohden riskipisteet (0–100), mikä tarkoittaa todennäköisyyttä joutua päivystykseen

seuraavan vuoden aikana. Mallissa käytetään yli 1000 muuttujaa (esimerkiksi ikä, sukupuoli, asuinpaikka, aikaisemmat sairaalajaksot ja diagnoosit), jotka poimitaan potilasrekistereistä. Mallia käytetään potilasmanagerin työn tukena ja siinä myös jaetaan väestö riskiryhmiin, mikä helpottaa potilasmanagerin työtä. Mallia päivitetään jatkuvasti datan perusteella. Haasteena mallin hyödyntämisessä on, että se vaatii laajan potilasrekisterin ja tietojärjestelmän.

Lyhyt kooste:

- Paljon esiapua ja päivystystä käyvät tunnistettiin käyntimäärien ja laaja-alaisesti väestöön kohdentuvien mallien perusteella.
- Päivystyspalveluita paljon käyvillä oli yleisimmin somaattisia oireita.
- Moniammatillisen yhteistyön ja esimerkiksi potilasmanagerien tarve tuli vahvasti esille. Suomessa on kehitetty viime vuosina esimerkiksi palvelumuotoilukoulutusta sosiaali- ja terveystieteille, mikä voi osaltaan vastata näihin haasteisiin.
- Esille tuli myös tarve uudenlaisiin digitaalisiin toimintamalleihin, kuten sähköiseen palvelusuunnitelmaan.
- Mallien soveltuvuus Suomeen on hyvä.

Sairaalakäyntien ennakointi

Aineistossa oli yhdeksän julkaisua, jotka käsitelivät eri tavoin asiakkaiden sairaalakäyntien ennakointiä tai suurentunutta riskiä tarvittaessa sairaalahoitoa. Tähän luokkaan sisältyi malleja, joiden tarkoituksena oli tunnistaa erilaisiin sairaus- tai ikäryhmiin kuuluvien henkilöiden sairaalaan joutumisen riskejä. Erityisesti korostuivat monisairaajat ja vanhukset. Myös uudelleen tai toistuvasti sairaalahoitoa tarvitsevien henkilöiden tunnistamisen mallit sijoitettiin tähän ryhmään. Kuvaamme jokaisesta ryhmästä tarkemmin yhdestä kahteen julkaisua, joilla näemme sovellusmahdollisuuksia myös suomalaisiin olosuhteisiin.

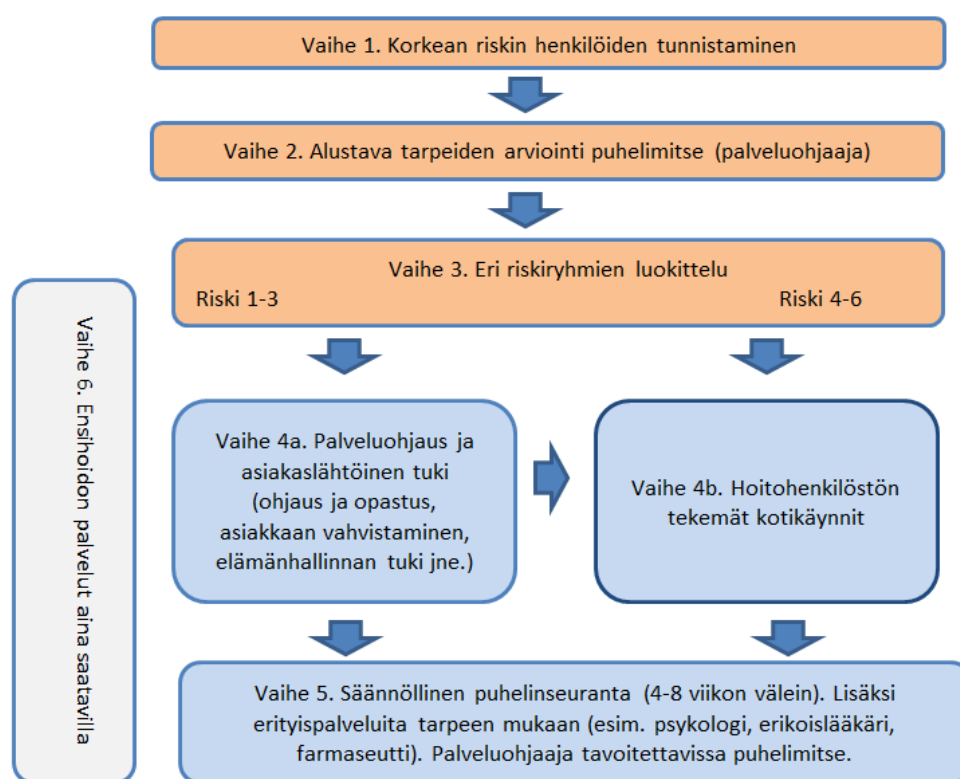
Sairaalakäyntien ennakointiä pidettiin tärkeänä, koska useat tai toistuvat sairaalakäynnit tuottavat suuria kustannuksia. Usein tapahtuvien sairaalakäyntien ennakointiä perusteltiin sillä, että ennakoinnin avulla voidaan nykyistä paremmin arvioida tulevaisuuden terveydenhuollon tarpeita, kuten tiedostaa potilasryhmät, joilla on usein sairaalakäyntejä.

Lukuisat sairaalakäynnit voivat keskittyä tiettyjen vaikeassa asemassa olevien henkilöiden kohdalle. Näiden henkilöiden tunnistaminen ja tilanteen tiedostaminen auttaisi suuntaamaan palveluita paremmin esimerkiksi ennaltaehkäisevään suuntaan. Haasteellisessa tilanteessa olevia ihmisryhmiä ovat esimerkiksi sydän- ja hengityselimistön sairauksia sairastavat henkilöt, sekä mielenterveysongelmista ja köyhyydestä kärsivät henkilöt, joita tulisi tunnistaa nykyistä paremmin.

Varsinkin amerikkalaisissa malleissa myös vakuutusikäntöjen ohjaavuus on syy seurata ihmisten sairaalakäyntien määrää. Henkilöt, joilla on vakuutus, hakeutuvat muita todennäköisemmin sairaalahoitoon. Järjestelmän ulkopuolella olevia on usein hankala tavoittaa. Esimerkiksi vaikeasti päihde- ja mielenterveysongelmaisilla ei yleensä ole kattavia vakuutuksia. Seuraavaksi esitellään muutamia malleja yksityiskohdallisemmin.

Monia sairauksia sairastavien tunnistaminen. Casaplus-ohjelma on kehitetty tunnistamaan monia sairauksia sairastavia henkilöitä, joilla on korkea riski joutua sairaalaan seuraavan 12 kuukauden sisällä. Malli ohjaa tunnistamaan ennaltaehkäisevästi yli 55-vuotiaita asiakkaita, joilla on iso riski joutua sairaalaan seuraavan kahdentoista kuukauden aikana. Malli toimii siten, että henkilöt haettiin potilasrekistereissä olevien tietojen avulla (vaihe 1, kuvio 4). Tämän jälkeen heille tehtiin arviointi puhelimitse (vaihe 2), jonka perusteella henkilö sijoitettiin joihinkin seuraavista riskiryhmistä: sydän- ja verisuonisairaudet, maha-suolikanavan sairaudet, kroonisia kiputiloja sairastavat, aliravitsemus, kaatumisriski ja sosiaaliset riskit. Riski-

ryhmässä 1–3 oli henkilöitä, joilla oli sydän- ja verisuonisairaus, maha-suoli-kanavan sairaus tai joilla oli kroonisia kiputiloja. Riskiryhmässä 4–6 olevilla henkilöillä havaittiin aliravitsemusta, kaatumisriskiä ja sosiaalisia riskejä. Ryhmälle 1–3 tarjottiin palveluohjausta (case management), henkilökohtaista tukea ja opastusta, voimavarojen vahvistamista ja elämänhallinnan tukemista (vaihe 4a). Ison riskin ryhmille (4–6) toteutettiin sairaanhoitajan kotikäynti ja tarjottiin puhelinpäivystysaikoja ympäri vuorokauden (vaihe 4b). Molemmille ryhmille tehtiin tämän jälkeen säännöllistä puhelinseuranta ja tarjottiin tarpeen mukaan asiantuntija-apua (vaihe 5). Kaikille ryhmille oli tarjolla myös päivystysaikoja (vaihe 6).



Kuvio 4. Palvelujen tarjonta Casaplus-ohjelmassa (Struckmann 2016, 5).

Casaplus-ohjelmasta tehtyjen arviointien perusteella asiakkaat olivat erittäin tyytyväisiä. Huolimatta asiantuntijapanostusten lisäämisestä, ohjelman laskettiin tuottaneen 591 euron säästöt vuoden aikana asiakasta kohden verrattuna niihin asiakkaisiin, jotka eivät olleet ohjelman piirissä.

Köyhien ja kodittomien sairaalakäyntien ennakointi haavoittuvuusindeksin (Vulnerability Index, VI) avulla. Amerikkalaisjulkaisussa (Cronley ym. 2013) seulottiin kodittomista ja köyhistä heitä, joilla on suuri riski joutua sairaalahoitoon. Seulonnan välineenä käytettiin haavoittuvuusindeksiä, joka perustui ihmisten itse raportoimiin tietoihin sairaalapalvelujen käytöstä ja kroonisista sairauksistaan. Haavoittuvuusindeksin avulla tarkasteltiin kodittomien tai köyhien henkilöiden kroonisia sairauksia, päihteiden käyttöä ja mielen-terveysongelmia. Lisäksi seulontamenetelmässä otettiin huomioon henkilön ikä, etninen tausta ja aiemmat sairaalajaksot. Kokemukset haavoittuvuusindeksin käytöstä olivat lupaavia: korkea haavoittuvuusindeksin pistemäärä korreloi kodittomien tai köyhien henkilöiden itse kertoman sairaalaan joutumisen kanssa. Amerikkalaisissa sairaaloissa käytetään lisääntyvästi haavoittuvuusindeksiä kodittomien ja köyhien sairaalaan joutumisen riskin seulomisessa. Koska haavoittuvuusindeksin käyttöä tutkittiin tässä pienellä otoksella ja

vain yhdessä sairaalassa, tarvitaan lisää tutkimusta menetelmän käytöstä ja soveltuvuudesta kodittomien tai köyhien sairaalahoitoon joutumisen ennakoinnissa. (Cronley ym. 2013.)

Esimerkki aineistosta

Haavoittuvuusindeksillä (Vulnerability Index, VI) mitataan yhdeksää kriteeriä arvioitaessa kodittoman tai köyhän

henkilön riskiä joutua sairaalahoitoon:

- 1) kolme tai useampi sairaalajakso vuodessa,
- 2) kolme tai useampi päivystyskäynti viimeisen kolmen kuukauden aikana,
- 3) ikä 60 vuotta tai enemmän,
- 4) maksakirroosi,
- 5) pitkälle edennyt munuaissairaus,
- 6) aiemmin tapahtunut kylmettyminen tai hypotermia,
- 7) HIV/AIDS,
- 8) psyykkinen sairaus, päihteiden käyttö tai krooninen sairaus.

Pisteitä voi saada nollasta kahdeksaan. Mitä suurempi riski henkilöllä on, sitä suurempi riski hänellä on päätyä sairaalahoitoon. (Cronley ym.2013.)

Telemonitorointimenetelmään perustuva biometrinen riskin arviointi somaattisia sairauksia sairastaville. Espanjassa, Valencian alueen terveyskeskuksissa on käytetty *Valcronic-ohjelmaa* ennakoitaessa ikääntyneiden pitkäaikaissairaiden korkeaa riskiä joutua sairaalahoitoon. Valcronic on telemonitorointiin perustuva ohjelma, jolla tuotetaan tietoa biologisista muuttujista (esimerkiksi verenpaine, sydämen syke, verensokeri ja paino), jotka liittyvät kroonisesti sairaiden ikääntyneiden terveydentilaan. Tiedot koottiin siten, että potilaat lähettivät itse terveysasemille tiedot esimerkiksi älypuhelimien tai tietokoneen kautta. Tuotetun tiedon avulla terveysaseman henkilökunta pyrki hallitsemaan kroonisesti sairaiden ikääntyneiden tilannetta. Ohjelman toteuttamisen aikana tarkasteltiin myös telemonitorointimenetelmän käytön yhteyttä ikääntyneiden pitkäaikaissairaiden kokemaan elämänlaatuun. Potilaita pyydettiin myös arvioimaan kokemuksiaan Valcronic-ohjelman hyödyllisyydestä ja kuvailemaan tyytyväisyyttään ohjelmaan. Potilaiden mukaan laitteita oli helppo käyttää ja ne toimivat hyvin. Laitteiden käyttö koettiin turvalliseksi ja mukavaksi. Kun teknistä apua tarvittiin, ohjelmaan osallistuvien tukea antava puhelinkeskus toimi hyvin, ja teknistä apua oli nopeasti saatavilla. Kokemukset ennakoitimenetelmästä olivat potilaiden näkökulmasta erittäin myönteiset. Terveyspalveluiden käyttö väheni ohjelman myötä. 51 prosenttia osallistuneista kertoi terveyskeskuskäyntien vähentyneen merkittävästi Valcronic-ohjelman aikana. 40 prosenttia osallistuneista kertoi, että kommunikointi hoitohenkilökunnan kanssa oli parantunut. Kaikki ohjelmaan osallistuneet ikääntyneet kroonisesti sairastavat kokivat elämänlaatussa parantuneen. Yli 50 prosenttia osallistuneista kertoi terveystietoisuutensa lisääntyneen ohjelman myötä: heillä oli aiempaa parempaa tietoa terveydestään ja oireistaan, ja he kokivat pystyvänsä hallitsemaan oireitaan aiempaa paremmin. Yli 50 prosenttia oli muuttanut elintapojaan terveellisemmiksi ohjelman myötä. Yhteenvetona Valcronic-ohjelma vähensi terveyspalvelujen käyttöä ja lisäsi koettua elämänlaatua. (Doñate-Martínez ym. 2016.)

Lasten ja nuorten psykiatrisen sairaalahoidon ennakointi tunteisiin ja käyttäytymiseen liittyvän testin avulla. Amerikkalainen ennakoinnin toimintamalli *Pediatric Symptom Checklist (PSC)-35 -testi* kohdentui 5-18 vuotiaisiin etnisen taustan omaaviin köyhiin lapsiin ja nuoriin, joilla on riski joutua psykiatrisen sairaalahoitoon (Acry ym. 2016). Toimintamallia käytettiin New Yorkissa. Mallin tarkoituksena oli tunnistaa mielenterveysongelmista kärsivät köyhät lapset ja nuoret, ja luoda heille integroitu hoitomalli sosiaalityön, lastentautien ja perusterveydenhuollon kesken. Sosiaalityöntekijät, perusterveydenhuollon lääkärit, psykiatrit ja hoitokoordinaattorit käyttivät mallia. Mallin käyttökokemusten perusteella etenkin lääkärit tarvitsivat koulutusta mallin käyttöönotosta. Toiminnan onnistumisen näkökulmasta sosiaalityöntekijöiden osallistuminen mallin kehittämiseen, seulontaan, hoidon koordinointiin ja terapiapalveluihin oli erittäin tärkeää. Yhdysvalloissa sosiaalityöntekijät tarjoavat suurimman osan mielenterveyspalveluista. Toimintamallin hyötyjen arvioimiseksi on parhaillaan käynnissä kustannus-hyöty -analyysi. Siinä tarkastellaan etenkin sitä, vähentääkö toimintamalli lasten ja nuorten psykiatrista sairaanhoitoa.

Lyhyt kooste:

- Käytettävissä oli vain vähän eurooppalaisia malleja, painopiste oli amerikkalaisissa julkaisuissa. Amerikkalaisen vakuutuksiin perustuvan terveydenhuollon painottumisen myötä mallien siirrettävyyttä Suomeen on harkittava tapauskohtaisesti.
- Erilaisia testejä käytetään Suomessa jo nyt paljon. Haasteena on niiden avulla saatujen tietojen hyödyntäminen, kuten tiedon vieminen päätöksentekoon ja toimintojen kehittämiseen.
- Useissa julkaisuissa tarpeiden tunnistaminen tai ennakointi, ja tunnistamisen jälkeinen toiminta oli kytketty yhteen. Niissä korostettiin sitä, että on tärkeää, että tunnistaminen johtaa myös kohdennettuihin toimenpiteisiin.
- Näyttöä saatiin siitä, että varhainen tunnistaminen voi auttaa myös säästämään kustannuksia, jos tunnistaminen johtaa oikeisiin interventioihin.

Yhteenveto ja johtopäätökset: soveltaminen Suomessa

Lähes kaikki löydetty mallit liittyivät runsaaseen tai usein toistuvaan terveydenhuollon palvelujen käyttöön. Mukana oli myös erikoissairaanhoidon asiakasryhmiä, mutta tunnistamisen fokus oli perusterveydenhuollossa ja siihen kytkeytyvissä muissa palveluissa. Usein monialainen palvelutarve tuli esille vasta tunnistamisen jälkeen, kun eri asiakasryhmille ryhdyttiin suunnittelemaan sellaisia interventioita, jotka vähentäisivät joko runsasta palvelujen käyttöä tai kohdentaisivat palvelut entistä paremmin kohderyhmien mukaan. ”Kaikille samaa” -ajattelu ei näkynyt näissä julkaisuissa.

Katsauksessa tarkastellut mallit toivat tärkeää tietoa sovellettavaksi ja pohdittavaksi myös suomalaisen sote-palvelujärjestelmän ja palvelujen kehittämiseen. Julkaisujen tarkastelu vahvisti näkemystä, että sosiaali- ja terveydenhuollossa tarvitaan palvelujen käytön ennakoitua ja erityisesti paljon palveluja käyttävien henkilöiden ja monialaisesta palvelujen yhteensovittamisesta hyötyvien henkilöiden tunnistamisen työkaluja.

Parhaimmillaan paljon palveluja tai monialaisia palveluita tarvitsevien henkilöiden tunnistamisen mallien käyttö voi vaikuttaa palveluiden käytintäärien vähentymiseen, sekä alentaa merkittävästi tarvetta kalliisiin ja raskaisiin palveluihin. Tärkeää näyttää olevan se, että palvelutarpeisiin vastataan mahdollisimman sopivilla palveluilla, eikä palveluista tingitä.

Mallit antavat parhaimmillaan esimerkkejä siitä, millä tavoin monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen voi aloittaa ja miten saatua tietoa voi hyödyntää ja käsitellä. Saadun tiedon käsittelyssä saatettiin linjata resursseja tai kehittää hoitoon ohjaamisen käytäntöjä. Tunnistamisen jälkeen parhaassa tapauksessa rekistereistä saatu tieto käsiteltiin moniammatillisesti ja peilattiin sitä muihin saatavilla oleviin tietoihin.

Eräänlaisena vaarana mallien käytössä on standardimaisuus eli tapauskohtaisiin ja yksilöllisiin tilanteisiin ja tarpeisiin liittyvän pohdinnan väheneminen. Malleissa olikin usein tuotu esiin, että niihin tulisi liittää mukaan ammatillinen harkinta ja moniammatillinen tiimityö.

Asiakkaita tai potilaita otettiin mukaan näissä malleissa yllättävän harvoin ja asiakkaiden osallisuutta omassa hoidossaan ei tuotu kovin aktiivisesti esiin. Suomessa asiakkaiden äänen kuuleminen ja demokraattinen päätöksenteko palveluissa on laajalle levinnyt periaate. Mikään malli tai työkalu ei saa heikentää asiakkaan mahdollisuutta tulla kuulluksi ja osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, vaan parhaimmillaan tuoda siihen lisäaineita.

Varsinkin eurooppalaisten mallien soveltamiskelpoisuus Suomeen oli pääsääntöisesti hyvä. Näidenkin mallien soveltaminen Suomeen edellyttää kuitenkin aina tapauskohtaista harkintaa. Amerikkalaisten mallien ja tutkimusten soveltamisessa on otettava huomioon, että USA:ssa vakuutusjärjestelmä ohjailee palvelujen käyttöä enemmän kuin itse palvelun tarve. USA:ssa esimerkiksi erittäin köyhät päihde- ja huumeongelmista kärsivät henkilöt, joilla ei ole sairausvakuutusta, eivät käytä sairaalahoitoa niin paljon kuin he, joilla on vakuutus. Näin todella vaikeassa tilanteessa olevat henkilöt eivät välttämättä näy tilastoissa.

Etenkin somaattisten sairauksien osalta aineistossa oli Suomeen soveltamiskelpoisia malleja, mutta mielenterveys- ja päihdeongelmien osalta soveltaminen on haasteellisempaa. Näin esimerkiksi siksi, että suomalaisten hoitotyön ammattilaisten (sairaanhoitajien, kättilöiden ja terveydenhoitajien) työnkuva on toisenlainen kuin amerikkalaisten. Suomessa hoitotyön ammattilaiset tekevät paljon tehtäviä, jotka USA:ssa kuuluvat lääkäreille. Myös sosiaalityöntekijän rooli on esimerkiksi USA:ssa toisenlainen kuin Suomessa. Sosiaalityöntekijä vastaa USA:ssa lähes kokonaan mielenterveyspalveluista, kun Suomessa mielenterveyspalvelut ovat aika tavalla eriytettyjä sosiaalityöstä. Toisin sanoen myös työnjakoon ja koulutukseen liittyvät erot maiden välillä täytyy ottaa huomioon mallien soveltuvuutta arvioitaessa.

Sähköiset tunnistamisen välineet olivat hyvin edustettuina aineistossa. Kiinnostus erilaisten sairaus- ja tautiryhmien tunnistamiseen algoritmipohjaisesti on suurta, ja keskustelua käydään myös niiden eettisistä ongelmista (ks. esim. Eubanks 2017). On kuitenkin varsin selvää, että myös Suomessa sähköisten dokumentointien, kuten asiakastietojen tallentamisen lisääntyessä ja yhdenmukaistuessa kiinnostus niiden tutkimuskäyttöön kasvaa. Tiedon hyödyntäminen kytkeytyy myös voimassa olevaan lainsäädäntöön ja erityisesti tietosuoja-asioihin: jos tietoja kerätään yhteen paikkaan, onko tietojen joustava hyödyntäminen mahdollista nykyisten tietosuojasäädösten puitteissa? Ainakin kuntien, terveysasemien, Kelan ja työvoimapol-

velujen välisten tietojen kirjaamista, tiedonvaihtoa ja tietojen tutkimuksellista käyttöä koskevia kysymyksiä on kyettävä viemään eteenpäin jo tällä hallituskaudella.

Mallien käyttö voi toimia ponnahduslautana ammattilaisten välisen yhteistyön kehittämiseksi ja monialaiselle kehittämistyölle paljon palveluita tarvitsevien tunnistamisen menetelmien edistämiseksi. Julkaisussa esitetyjä malleja kannattaa tarkastella myös käynnistyvässä ”*Tulevaisuuden sote-keskusohjelman*” alueellisissa kehittämishankkeissa erityisesti siitä näkökulmasta, voisiko malleja hyödyntää jo nyt monialaisia palveluita tarvitsevien henkilöiden tunnistamiseksi?

Yksi keskeinen haaste on, miten olemassa olevaa tietoa hyödynnetään paljon tai monialaisia palveluita tarvitsevien ihmisten tunnistamisessa? Tietoa on paljon saatavilla, mutta osataanko, muistetaanko ja ehdittääkö sitä käyttäen? Työntekijöiden, esimiesten ja koko työyhteisön jäsenten taidot, resurssit ja asenteet vaikuttavat tiedon ja mallien hyödyntämiseen.

3 Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttö vuonna 2017 – kallis tai monialainen palvelujen käyttö

Taru Haula & Mikko Peltola

Tämän osion tulokset ovat aiemmin julkaisemattomia. Suuren osan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käytöstä muodostuvista kustannuksista on niin Suomessa kuin ulkomaillakin todettu kasautuvan suhteellisen pienelle osalle - jopa noin 10 prosentille - väestöstä. Näissä useimmiten retrospektiivisissä poikkileikkaustutkimuksissa on selvitetty myös paljon palveluita käyttävien ja korkean kustannustason asiakkaiden/potilaiden erityispiirteitä määrittelemällä erilaisia asiakasryhmiä ja palvelukokonaisuuksia/luokkia. Tulokset riippuvat osittain tarkasteltujen palvelujen laajuudesta ja käytetyistä luokittelusta.

Tässä hankkeen osiossa keräsimme laajasti tietoja koko väestön sosiaali- ja terveystalouden sekä lääkkeiden käytöstä ja kustannuksista vuoden 2017 aikana. Tavoitteena oli tarkastella miten palvelujen käyttö ja käytettyjen palvelujen kustannukset jakautuvat väestössä sekä kehittää lähestymistapa monialaisen palvelukäytön arviointiin kansallisten rekisteriaineistojen perusteella.

Pieni osa väestöstä käyttää valtaosan resursseista

Oululaisia koskevaan palvelukäyttöä kuvailevaan tutkimukseen oli sisällytetty laajasti erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita (Leskelä ym. 2013). Keskimääräiset asiakaskohtaiset vuosikustannukset todettiin korkeimmiksi laitospalvelujen piirissä olevilla. Vanhus- ja vammaispalvelujen asiakasryhmissä noin kaksi kolmannesta kustannuksista muodostui asumispalveluista ja kotona asumisen tukemisesta, lastensuojelun asiakkailla noin 90 prosenttia kustannuksista kohdentui lastensuojeluun. Kallein 10 prosentin osa oululaisista tarvitsi vuoden 2011 aikana keskimäärin neljää kunnan kustantamaa palvelukokonaisuutta ja suuri osa heistä käytti runsaasti erikoissairaanhoidon palveluita. Muu väestö tarvitsi keskimäärin yhden palvelukokonaisuuden palveluja ja käytti enimmäkseen muita kuin erikoissairaanhoidon palveluja, joskin reilu 40 prosenttia muun väestön vuosikustannuksista muodostui erikoissairaanhoidon palvelujen käytöstä.

Pääkaupunkiseudun väestöä koskeneessa tarkastelussa merkittävän osan terveydenhuollon kustannuksista todettiin muodostuneen erittäin kalliiden (kustannukset yli 50 000€ / 75 000€ vuodessa) potilaiden hoidosta (Kapiainen ym. 2010). Tarkemmin katsottuna sairausryhmistä mielen sairaus kasvatti selvästi eniten todennäköisyyttä kuulua kalliiden potilaiden ryhmään, mutta myös masennus, dementia, syöpä, sydämen vajaatoiminta, diabetes, Parkinsonin tauti, verenpainetauti ja keuhkoastma olivat tilastollisesti merkitseviä tekijöitä yli 75 000 € rajalla, joiden lisäksi kehitysvamma, alkoholismi/narkomania, eteisvärinä sekä sepelvaltimotauti nousivat merkittäviksi tekijöiksi yli 50 000€ rajalla. Leskelän ym. tutkimuksessa todettiin, että vuoden sisällä eniten palveluja käyttäneet 15 prosenttia Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin potilaista kerrytti 70 prosenttia kuntalaskutuksesta (Leskelä ym. 2015). He olivat tyypillisesti monisairaita ja noin puolet heistä käytti usean erikoisalalan palveluita.

Tuoreen kansainvälisen kirjallisuuskatsauksen (Wammes ym. 2018) mukaan myös ulkomaisissa tutkimuksissa yleisesti havaittuja korkeisiin terveydenhuollon kustannuksiin yhteydessä olevia tekijöitä ovat useat yhtäaikaisesti esiintyvät (krooniset) sairaudet, mielisairaudet ja matalat tulot (USA:ssa korkeat tulot). Merkittävän osan (yli puolet) korkeiden kustannusten ryhmiin kuuluneista potilaista on todettu koko väes-

töä koskevista tutkimuksista olevan alle 65-vuotiaita, joskin kustannusten kasvu on yhteydessä ikääntymiseen. Myös kuoleman läheisyys on yhteydessä korkeisiin kustannuksiin. Kanadassa suurimman osan korkean kustannustason potilaiden kustannuksista todettiin kertyvän laitoshoidosta, ja yleisimpiä sairaalahoidon syitä olivat krooniset sairaudet, infektiot, akuutit tapahtumat sekä palliatiivinen hoito (Wodchis ym. 2016). Korkean kustannustason kategorian potilaat olivat hyvin heterogeeninen ryhmä, joista suurimmalla osalla kyse oli suhteellisen harvinaisista ja vaikeasti ennustettavista terveysongelmista. Noin kolmasosa näistä potilaista pysyi kategoriassa myös kahtena seuraavana vuonna. On myös havaittu, että esimerkiksi sairaalahoidossa korkeat kustannukset eivät useinkaan tarkoita korkeata käyntimäärää (Nguyen ym. 2013).

Paljon palveluja käyttävät asiakkaat tärkeä, mutta vaikeasti määriteltävä joukko

Valtiontalouden tarkastusvirasto totesi vuonna 2017 perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanotto-toiminnan tarkastuksen tuloksena, ettei paljon palveluja tarvitsevalle asiakasryhmälle ole yksiselitteistä määritelmää, eikä näiden asiakkaiden määrää tai heidän käyttämiensä palvelujen kustannuksia ole selvitetty järjestelmällisesti koko maassa (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2017). Kyseessä on valtiontalouden näkökulmasta keskeinen asiakasryhmä, jonka palvelujen organisoinnilla voi olla merkittävä vaikutus sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin ja niiden kehitykseen.

Tämän osion tavoitteena oli tuottaa kuvailevaa tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käytön kustannuksista koko Suomen väestön tasolla, ja erityisesti korkean kustannustason asiakkaiden ryhmässä kustannusten jakautumisesta eri palvelujen välillä. Selvityksessä tarkastellaan myös alustavasti mahdollisuuksia kehittää monialaisesti palveluja käyttävien asiakkaiden palvelujen käytön tarkasteluun uusia tapoja. Suomalaiset kansalliset rekisteriaineistot antavat tähän hyviä mahdollisuuksia eikä näitä aineistoja ole vielä hyödynnetty tässä tarkoituksessa täysimääräisesti.

Aineisto ja menetelmät

Väestön palvelujen käyttöä tarkasteltiin valtakunnallisista rekistereistä kootusta tutkimusaineistosta vuodelta 2017. Aineisto sisältää yksilötasolla henkilöiden erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon laitos- ja asumispalveluiden, kotiin tuotujen sosiaali- ja terveystalvelujen sekä sairausvaikutuksen korvaamien reseptilääkkeiden käyttötietoja (N = 5 512 999).

Palvelujen käyttö muunnettiin kustannuksiksi sosiaali- ja terveydenhuollon keskimääräisten yksikkökustannusten ja muiden saatavilla olevien luotettavien kustannustietojen avulla (Mäklin & Kokko 2020). Avohoidon lääkekäytön osalta aineistossa on Kelan korvaus- ja kustannustiedot apteekeissa korvatuista reseptilääkeostoista.

Monialaisen palvelukäytön tarkastelua varten jokaisen henkilön käyttämät palvelut tarkastettiin koko vuoden 2017 ajalta ja eri palvelut ryhmiteltiin kuuteen toisensa poissulkevaan palveluluokkaan (Taulukko 1). Palvelujen luokittelun avulla voitiin tiivistää palvelujen käyttötietoa karkeampiin kokonaisuuksiin ja tehdä usean eri palveluluokan palvelukäytön tarkastelusta helpompaa. Aineiston avulla on mahdollista tehdä hyvin monenlaisia palvelujen luokitteluita, ja tässä esiteltävä luokittelu on vain yksi esimerkinomainen mahdollisuus jota käytetään tässä raportissa havainnollistamaan monialaista palvelukäyttöä.

Palvelujen käytöstä muodostuneita kustannuksia analysoitiin sekä väestössä kokonaisuutena että käyttökustannusten mukaisissa väestökymmenyksissä. Tarkastelua tehtiin myös ikäryhmittäin. Aiemmissa kotimaisissa analyyseissa ei varsinaisesti ole huomioitu ikää, joskin pääkaupunkiseudun tarkastelussa todettiin alle 18-vuotiailla (yli 75 000€ rajalla vuodessa) ja 64 vuotta täyttäneillä (yli 50 000€ ja yli 75 000€ vuodessa) työikäisiä suurempi riski kuulua näiden ns. kalliiden potilaiden joukkoon.

Taulukko 1. Tutkimusaineistossa olevien palvelujen¹ luokittelu

PALVELULUOKKA	LUOKAN SISÄLTÖ
PTHAVO: Perusterveydenhuollon avohoidon vastaanottopalvelut (pois lukien mielenterveys- ja päihdepalvelut)	Perusterveydenhuollon vastaanotto toiminta, neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, suun terveydenhuolto, muu avovastaanotto toiminta
ESHSOM: Somaattinen erikoissairaanhoido	Somaattinen erikoissairaanhoido, päivystyspalvelut (sekä esh että pth), perusterveydenhuollon vuodeosasto hoito, erikoissairaanhoidon hammashoito
MT: Mielenterveys- ja päihdepalvelut	Perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdepalvelujen vastaanotto toiminta, psykiatrinen erikoissairaanhoido
MTAP: Mielenterveys- ja päihdepalveluiden asumis palvelut	Mielenterveyskuntoutujien asumis palvelut, päihdekuntoutujien asumis- ja laitos palvelut
SOSLAITOS: Sosiaalihuollon laitos palvelut	Vammaisten laitos- ja asumis palvelut, lastensuojelun laitos- ja perhehoito,
IKA: Ikääntyneiden palvelut	lääkkäiden laitos palvelu, tehostettu palveluasuminen, palveluasuminen, perhehoito, kotihoito ja kotona asumisen tukeminen

¹Aineistosta puuttuvat sosiaalihuollon avopalvelut.

Monialaisesti palveluja käyttävät Suomen väestössä

Tarkasteltavan aineiston mukaan hieman alle viidennes Manner-Suomen väestöstä ei käyttänyt vuonna 2017 lainkaan tässä tarkasteltuja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja ja 76 prosenttia käytti vain terveydenhuollon palveluja. Palveluluokittain avoterveydenhuollon palveluja oli käyttänyt 76 prosenttia, somaattisen erikoissairaanhoidon palveluja 43 prosenttia, mielenterveys- ja päihdepalveluja 6 prosenttia (5,7 % avo- ja 0,5 % laitoshoido), ikääntyneiden palveluja 4 prosenttia ja sosiaalihuollon laitospalveluja noin prosentti väestöstä. Kelan korvaamien alkuomavastuun ylittäneiden reseptilääkeostojen kustannuksia oli 53 prosentilla väestöstä.

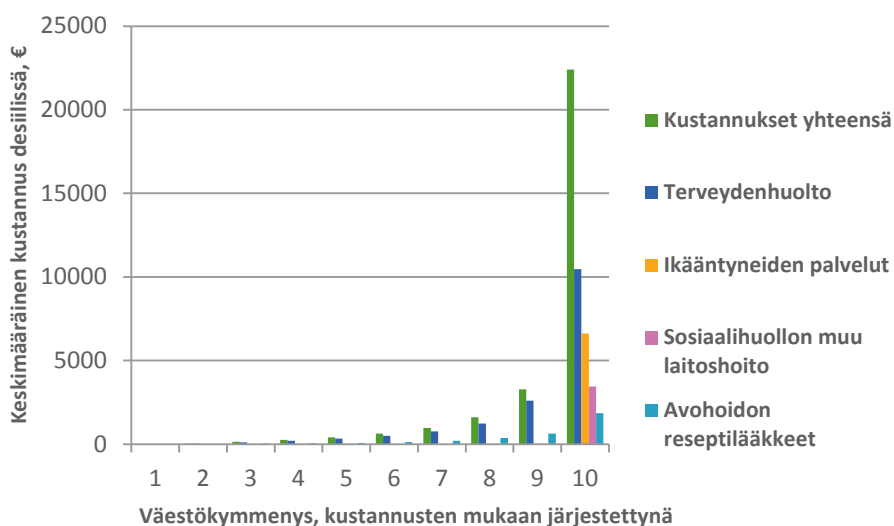
Vain yhteen palveluluokkaan (Taulukko 1) sisältyviä palveluja oli käyttänyt noin 40 prosenttia, kahteen 35 prosenttia, kolmeen 6 prosenttia ja neljän eri palveluluokan palveluja oli käyttänyt puoli prosenttia väestöstä. 1804 henkilöä oli käyttänyt palveluja viidestä palveluluokasta. Yleisimmin oli käytetty vain perusterveydenhuollon avohoidon palveluja tai avohoidon ja somaattisen erikoissairaanhoidon palveluja (Taulukko 2). Vajaalla viidellä prosentilla edellisiin yhdistyi mielenterveys- ja päihdepalvelujen käyttö ja vastaavasti noin neljällä prosentilla ikääntyneiden palvelujen käyttö. Lähes 5 prosenttia väestöstä oli käyttänyt vain somaattisen erikoissairaanhoidon luokkaan kuuluvia palveluja. Somaattisen erikoissairaanhoidon ja mielenterveys- ja päihdepalvelujen käyttö moninkertaistivat keskimääräiset asiakaskohtaiset kustannukset. Kustannukset olivat kuitenkin selkeästi korkeimpia yhdistelmissä, joihin sisältyi sosiaalihuollon laitospalveluja tai ikääntyneiden palveluja. Palveluluokkien kustannusten keskiarvoista ja mediaaneista voidaan päätellä kustannusten jakauman olevan useissa luokissa huomattavan vino siten, että jakaumaan sisältyy muita huomattavasti suurempia arvoja (Taulukko 2.).

Taulukko 2. Palveluita käyttäneiden henkilöiden lukumäärä ja palvelukäytön kustannukset kymmenessä yleisimmässä palveluluokkien¹ yhdistelmässä

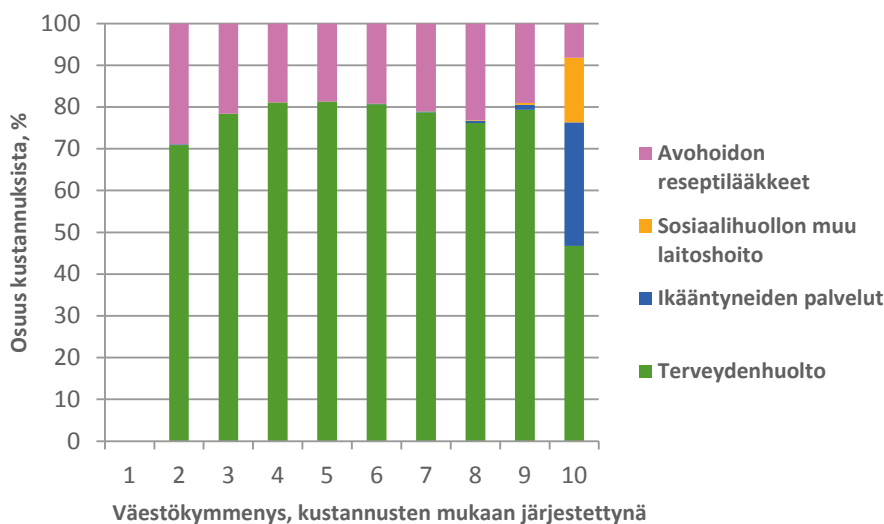
Palveluluokat	Henkilöitä (n)	% -osuus väestöstä	€, ka	€, mediaani	Milj. €, yhteensä
PTHAVO	1 921 108	34,9	310	230	598
PTHAVO + ESHSOM	1 736 629	31,5	2 500	1 120	4 345
Ei palvelukäyttöä	1 023 419	18,6	-	-	-
ESHSOM	256 552	4,7	1 490	480	382
ESHSOM + PTHAVO + IKA	166 376	3,0	21 430	11 260	3 566
ESHSOM + PTHAVO + MT	158 743	2,9	6 820	3 320	1 083
PTHAVO + MT	92 829	1,7	2 940	1 220	272
PTHAVO + IKA	45 799	0,8	24 010	9 390	1 100
MT	16 349	0,3	5 010	750	82
ESHSOM + PTHAVO + SOS-LAITOS	13 422	0,2	44 320	39 690	595

¹Palveluluokat kuvattu taulukossa 1.

Väestökymmenyksiin jaettuna kustannusten havaittiinkin, aiemman tutkimuksen mukaisesti, kasautuvan noin kymmenelle prosentille väestöstä kaikissa palveluluokissa (Kuvio 1.). Tässä kalleimmassa väestökymmenyksessä 47 prosenttia kustannuksista muodostui terveydenhuollosta, 30 prosenttia ikääntyneiden palveluista, 15 prosenttia sosiaalihuollon muusta laitoshoidosta ja 8 prosenttia korvatuista avohoidon reseptilääkkeistä (Kuvio 2.). Muissa kustannusten mukaan järjestetyissä väestökymmenyksissä kustannukset muodostuivat pääasiassa terveydenhuollon palveluista ja reseptilääkkeistä. Näissä terveydenhuollon kustannukset kattoivat noin 70 - 80 prosenttia ja reseptilääkkeet 20 - 30 prosenttia keskimääräisistä asiakaskohtaisista kustannuksista. Koko väestön keskimääräisistä kustannuksista (2972 € / henkilö) terveydenhuollon palvelujen osuus oli 55 prosenttia, ikääntyneiden palvelujen 22 prosenttia, sosiaalihuollon muun laitoshoidon 12 prosenttia ja lääkkeiden 11 prosenttia.



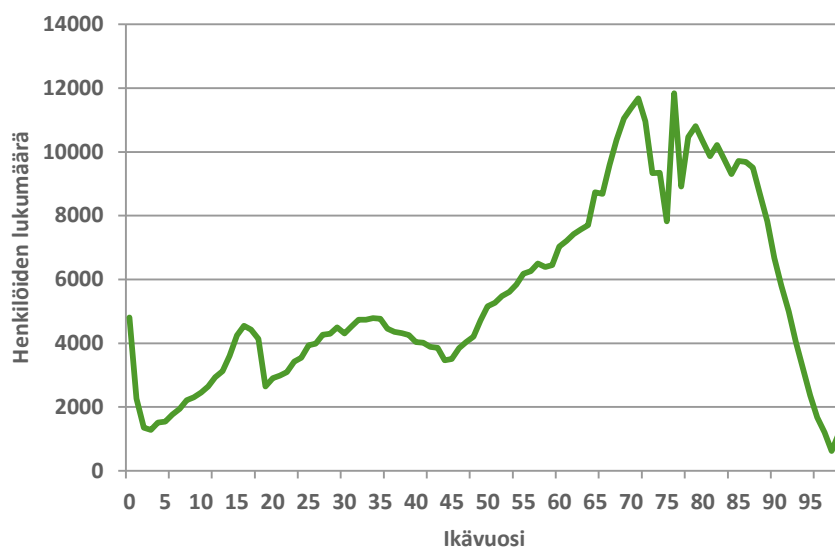
Kuvio 1. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ja reseptilääkkeiden keskimääräiset kustannukset väestökymmenyksittäin vuonna 2017.



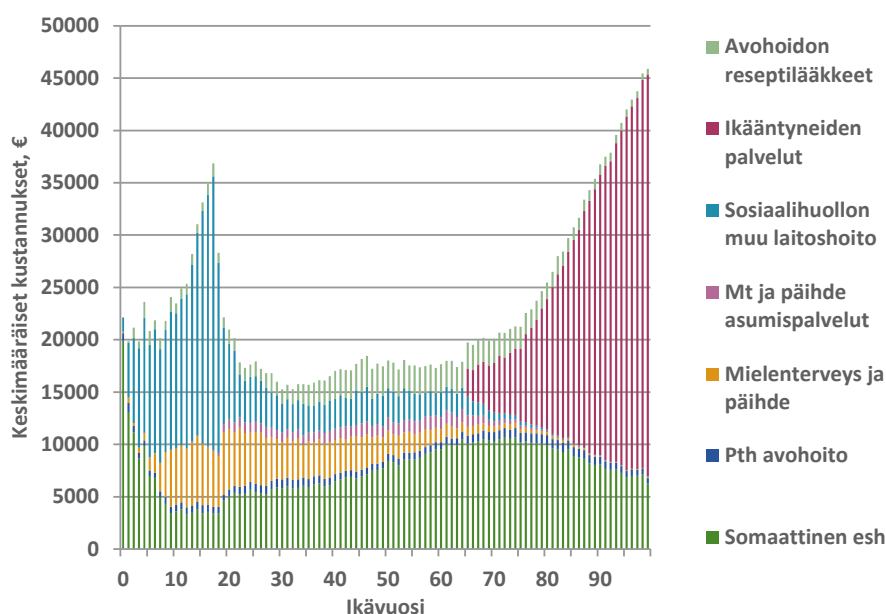
Kuvio 2. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ja avohoidon reseptilääkkeiden osuus keskimääräisistä kustannuksista väestökymmenyksittäin vuonna 2017.

Kustannuksiltaan korkeimpaan väestökymmenykseen kuuluneiden henkilöiden lukumäärä (N = 551 299) on esitetty ikävuosittain kuviossa 3 ja ryhmän palvelujen käytön sekä avohoidon reseptilääkkeiden ikävuosittaiset keskimääräiset kustannukset ja niiden osuudet kuvioissa 4 ja 5. Ensimmäisten ikävuosien keskimääräiset kustannukset painottuivat somaattiseen erikoissairaanhoidon, minkä jälkeen suurin osa lasten ja nuorten palvelujen käytön kustannuksista kohdentui sosiaalihuollon laitoshoidon (kustannukset olivat korkeimmillaan 14–18 –vuotiailla). Myös mielenterveys- ja päihdepalvelujen kustannukset ja kustannusten osuus oli korkeimmillaan nuorilla. Sosiaalihuollon laitoshoidon kustannukset puolittuivat saavuttaessa

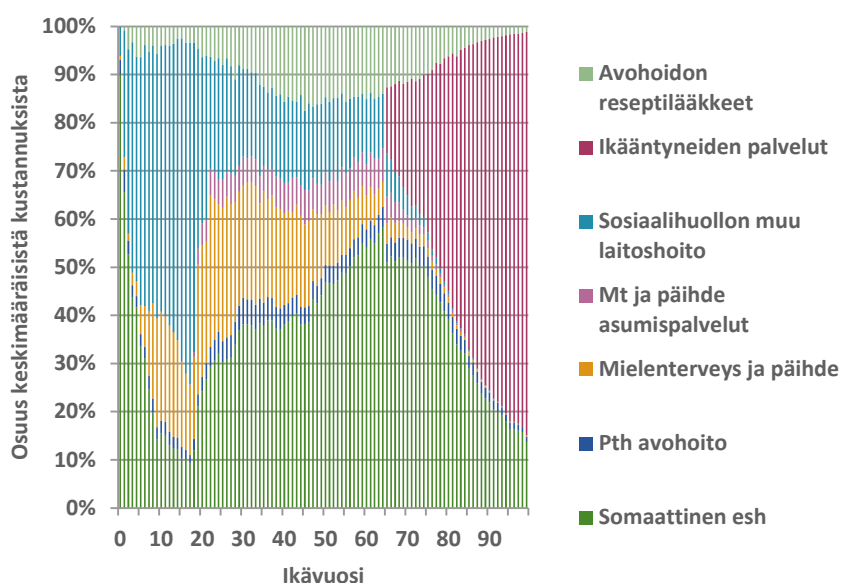
täysi-ikään ja jatkoivat pienenemistään varhaisaikuisuudessa, sen sijaan somaattisen erikoissairaanhoidon, mielenterveys- ja päihdehoidon asumispalvelujen, perusterveydenhuollon avohoidon ja avohoidon reseptilääkkeiden kustannukset kasvoivat. Varhaisaikuisuuden jälkeen mielenterveys- ja päihdehoidon palvelujen keskimääräiset kustannukset pienenivät. Eläkeikäisillä ikääntyneiden palvelujen osuus keskimääräisistä asiakaskohtaisista kokonaiskustannuksista kasvoi nopeasti ja muiden palveluiden osuudet pienenivät. Kustannukset kuitenkin kasvoivat ensin hieman somaattisen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon avohoidon luokissa, kunnes noin 80 ikävuoden jälkeen vain ikääntyneiden palvelujen kustannukset kasvoivat muiden kustannusten pienentyessä.



Kuvio 3. Vuoden 2017 korkeimman kustannusdesiilin henkilömäärä ikävuosittain.



Kuvio 4. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen sekä avohoidon reseptilääkkeiden keskimääräiset kustannukset väestön korkeimmassa kustannusdesiilissä ikävuosittain.



Kuvio 5. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen sekä avohoidon reseptilääkkeiden osuudet keskimääräisistä kokonaiskustannuksista väestön korkeimmassa kustannusdesiilissä ikävuosittain.

Pohdinta

Suomalaisen rekisteriaineiston hyödyntäminen väestön palvelukäytön monialaisuuden tarkastelussa on alikäytettyä. Tämän osion selvitys vahvistaa koko väestön aineistolla samoja löydöksiä, jotka on jo tiedossa aiemmista selvityksistä palvelujen käytön kustannusten kasaantumisesta pienelle osalle väestöä rajattujen alueiden aineistoihin perustuen. Tämä aineisto on monikäyttöistä ja mahdollistaa hyvin moninaiset tarkastelut palvelujen käytön suhteen. Aineiston avulla on jatkossa mahdollisuuksia porautua syvemmälle monipuolisesti eri näkökulmista (esim. tietyt palvelut tai palvelujen yhdistelmät, tiettyjä sairauksia sairastavat henkilöt, sukupuoli- ja ikäryhmittäiset tarkastelut).

Väestökymmenykset ja tässä raportissa muodostetut palveluluokkien kokonaisuudet ovat hyvin karkeita kokonaisuuksia ja sisältävät edelleen hyvin heterogeenisen joukon. Tämä tutkimus ei tuo tässä mielessä tarkkoja uusia tuloksia ns. kalliista potilaista tai monialaisesti palveluja käyttävistä. Tämä selvitys auttaa kuitenkin hahmottamaan pelikenttää. Tulokset palvelukäytön aiheuttamien kustannusten jakautumisesta väestössä hyvin samankaltaisia kuin muissa tutkimuksissa on havaittu

4 Monialaista palvelujen yhteensovittamista tarvitsevien asiakkaiden sekä työ- ja toimintakyvyn tukitarpeiden tunnistaminen Suomessa

Laura Hietapakka, Pekka Karjalainen, Eeva Liukko & Timo Sinervo

Tässä osiossa oli tavoitteena luoda kuva Suomessa käytössä olevista monialaisia palveluja tarvitsevien asiakkaiden ja asiakasryhmien tunnistamisen toimintamalleista ja menetelmistä sekä kartoittaa työikäisten työ- ja toimintakyvyn tukitarpeiden tunnistamisen toimintamalleja ja menetelmiä. Tämän osion tulokset on julkaistu aiemmin erillisenä julkaisuna (Hietapakka ym. 2019).

Johdanto

Monialaisia palveluja käyttävät asiakkaat ovat hyvin heterogeeninen ryhmä, jolle ei ole olemassa yksiselitteistä tai yhteistä määritelmää. Käytännössä monialaisia palveluja tarvitsevat asiakkaat tunnistaa useimmiten sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilainen asiantuntemuksensa pohjalta (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2017). Määritelmänä on käytetty usein myös asiakkaan käyntikertojen määrää jonkin ajanjakson, kuten vuoden aikana. Useat käynnit esimerkiksi yhteispäivystyksessä voivat viestittää siitä, että asiakkaan palvelutarve ei ole tyydytetty ja hän tarvitsisi monialaisia palveluja.

Monialaisia palveluja tarvitsevien asiakkaiden tunnistaminen on tärkeää, jotta asiakas saa tarvitsemansa palvelut ja hoidon jatkuvuus turvataan. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden näkökulmasta kyse on myös organisaatioiden toiminnan ja yhteistyön sujuvoittamisesta sekä kustannusten kasvun hillitsemisestä (Leskelä ym. 2013). Tuoreessa tutkimuksessa valtaosa sote-ammattilaisista kuvasi, että sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisasiakkaiden tunnistaminen ei ole systemaattista ja yhteisasiakkaita on vaikeaa tunnistaa käytännön asiakastilanteissa (Hujala ym. 2019).

Asiakkaiden tunnistamisen ja palvelutarpeen arvioinnin toimintamallit ja menetelmät luovat toimiessaan edellytykset asiakkaiden ohjaamiselle ja ohjautumiselle tarvittaviin palveluihin. Selvitimme kyselyllä, millaisia tunnistamisen menetelmiä ja työkaluja sosiaali- ja terveydenhuollossa, työvoimahallinnossa ja Kelan palveluissa on käytössä monialaisia palveluja ja työ- ja toimintakyvyn tukea tarvitsevien tunnistamiseksi ja millaisia kokemuksia niihin liittyy. Kyselyn vastaajat edustivat erilaisia sektoreita, eniten vastaajia oli sosiaalihuollosta (taulukko 1).

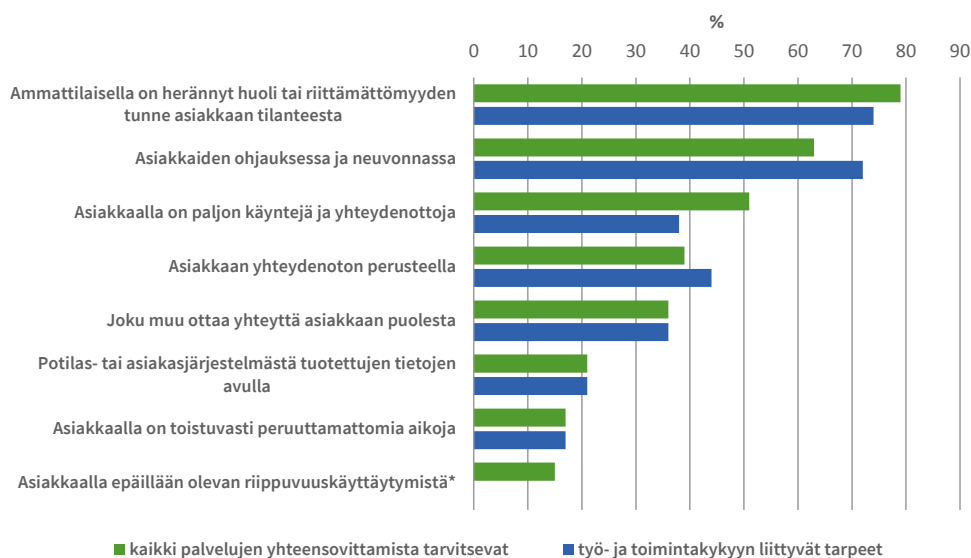
Taulukko 1. Kyselyyn vastanneiden toimialat (N=441).

Toimiala	N (%)
Työ- ja elinkeinopalvelut	34 (7,7)
Työllistämistä edistävä monialainen yhteispalvelupiste (TYP)	58 (13,2)
Perusterveydenhuolto	85 (19,3)
Erikoissairaanhoido	13 (2,9)
Sosiaalihuolto	99 (22,4)
Mielenterveys- ja /tai päihdetyö	45 (10,2)
Vanhuspalvelut	18 (4,1)
Nuorten ohjaamo	18 (4,1)
Kansaneläkelaitos	13 (2,9)
Muu*	58 (13,2)

*Esim. useammalla toimialalla työskentelevät tai vastaaja ei ilmoittanut toimialaansa.

Ammattilaisella herännyt huoli on tyypillisin tunnistamisen tapa

Monialaisia palveluja tarvitseva tunnistettiin kyselyn perusteella tyypillisimmin asiakasohjauksessa ja silloin, kun ammattilaisella oli herännyt huoli tai riittämättömyyden tunne asiakkaan tilanteesta. Tarve palvelujen yhteensovittamiselle oli voitu huomata myös asiakkaiden käyntimäärien lisääntyneenä tai asiakkaan yhteydenoton perusteella. Tunnistaminen potilas- tai asiakastietojärjestelmästä tuotettujen tietojen avulla tai asiakkaan käyttäytymisen (peruuttamattomien aikojen tai riippuvuuskäyttäytymisen) perusteella oli muita tunnistamisen keinoja harvinaisempaa. Palvelujen yhteensovittamista tai työ- ja toimintakyvyn tukemista tarvitsevien tunnistamisen keinot olivat käytännössä keskenään hyvin samanlaiset. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Keinoja tunnistaa organisaatioissa henkilöt, jotka voisivat hyötyä erilaisten palvelujen yhteensovittamisesta tai työ- ja toimintakyvyn tukemisesta. Vastaajia pyydettiin valitsemaan kolme tyypillisintä keinoa. (*Vaihtoehtoa ei ollut tarjolla työ- ja toimintakykyyn liittyvässä kysymyksessä.)

Kolme tunnistamisen väylää

Monialaisia palveluja tarvitsevien henkilöiden tunnistamisen tilanteet ja välineet voidaan jakaa asiakkuiden mukaan karkeasti seuraavaan kolmeen ryhmään:

Palveluja hakevat uudet asiakkaat

Asiakkaan tilanne ja työkyky arvioidaan, kun hän hakee palveluja tai etuuksia esimerkiksi sosiaalihuollosta, terveydenhuollosta, työ- ja elinkeinopalveluista, Kelasta tai Ohjaamoista. Tunnistaminen voi tällöin tapahtua muun muassa neuvonnan ja ohjauksen yhteydessä sekä hoidon tarpeen tai palvelutarpeen arvioinnissa.

Palvelujen piirissä jo olevat asiakkaat

Ammattilaiselle voi syntyä huoli asiakkaan tilanteesta esimerkiksi käyttämättä jääneiden aikojen tai toistuvien päivystyskäyntien perusteella. Asiakkaalla voi myös olla vaikeuksia saada tarvitsemiaan palveluja. Tunnistaminen tapahtuu esimerkiksi potilas- tai asiakassuunnitelman toteutumista seurattaessa tai arvioidessa, palveluohjauksessa tai työttömien ja erityisryhmien terveystarkastuksissa. Tunnistamisessa voidaan hyödyntää tietojärjestelmien seurantatietoja.

Palvelujen ulkopuolella olevat henkilöt

Osa monialaisia palveluja tarvitsevista henkilöistä ei ole palvelujen piirissä tai asiakkuus on heiveröistä. Tieto heistä saadaan esimerkiksi henkilön itsensä tai hänen läheisensä yhteydenoton perusteella. Lisäksi sosiaalihuoltolain 35 § velvoittaa laissa mainitut viranomaiset ohjaamaan tai tekemään ilmoituksen kunnan sosiaalihuoltoon sosiaalihuollon ilmeisessä tarpeessa olevista henkilöistä. Monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisessa voidaan hyödyntää etsivää lähityötä, jalkautuvaa sosiaalityötä ja matalan kynnyksen palveluja, kuten asuinalueen yhteisiä olohuoneita.

Mittarit ja indikaattorit apuna tunnistamisessa

Kyselyn perusteella vain noin kolmanneksella sosiaali- ja terveydenhuollon tai työvoimahallinnon organisaatioista oli käytössään sovittu toimintamalli tai työkalu monialaisia palveluja tarvitsevien tai työ- ja toimintakykyyn liittyvän tuen tarpeen tunnistamiseksi. Tuen tarpeen tunnistaminen saattoi myös olla yksittäisten ammattilaisten vastuulla ja integroituna palvelutarpeen arviointiin tai asiakkuuteen työvoiman palvelukeskuksissa, työllisyttä edistävässä monialaisessa yhteispalvelussa, perusterveydenhuollossa tai sosiaalihuollon palveluissa.

Työ- ja toimintakykyyn liittyvän tuen tarpeen tunnistaminen tapahtuu osin asiointitilanteissa esimerkiksi asiakkaan elämäntilanteesta havaittujen vaikeuksien kautta. Myös tulosityy palveluihin tai asiakassegmentointi voivat indikoida tarvetta kiinnittää huomiota työ- ja toimintakykyyn. Tällaisina asiakkuuksiin liittyvinä tekijöinä kyselyssä mainittiin (pitkäaikais)työttömyys, aikuissosiaalityön asiakkuus, työnhakijaksi ilmoittautuminen, TYP/MYP -asiakkuus, sairausloman pitkittyminen, kotoutumistoenpiteet, työterveyshuollon palvelujen tarve tai työnhaun ulkopuolella oleminen.

Perusteellinen alkuhaastattelu mainittiin keinona kartoittaa monialaisia palveluja tarvitsevan asiakkaan elämäntilanne kokonaisvaltaisesti sosiaalisesta, taloudellisesta ja terveydellisestä näkökulmasta. Haastattelussa voitiin mahdollisuuksien mukaan hyödyntää myös testattuja mittareita tai muita indikaattoreita, joiden avulla saatiin lisätietoa asiakkaan tilanteesta ja voitiin tunnistaa ja arvioida palvelutarvetta. Useat kyselyssä mainitut mittarit soveltuvat tai ne on varta vasten kehitetty myös työ- ja toimintakyvyn tukitarpeiden kartoittamiseen. (Taulukko 2.)

Kyselyssä listattiin asiakkaan terveyttä kuvaavina indikaattoreina verenpaine, kolesteroli, verensokeri, BMI, MMSE, tupakointi, AUDIT, Beckin mielialakysely BDI sekä suun terveyden tilanne. Niin sanottuina

hyvinvointi-indikaattoreina mainittiin asunnottomuus, työttömyys, toimeentulotuen tarve, kouluttamattomuus sekä lasten kiireelliset sijoitukset tai huostaanotot.

Lakisääteisiä keinoja työ- ja toimintakyvyn tukitarpeiden tunnistamiseksi ovat muun muuassa palvelutarpeen arviointi, aktivointisuunnitelma, monialainen työllistymissuunnitelma, terveystarkastus ja hoitosuunnitelma.

Taulukko 2. Käytössä olevia mittareita asiakkaan monialaisten palvelutarpeiden tai työ- ja toimintakyvyn tukitarpeiden tunnistamiseksi.

Mittari tai indikaattori	Asiakasryhmä, jolle soveltuu	Kuvaus
Työelämäitutka	työikäiset	Asiakkaan työelämäsuhteen kahdeksan ulottuvuutta
Kompassi	työikäiset	Seitsemän elämänalueen arviointi (työllisyys, terveys, psyykinen hyvinvointi ja toimintakyky, arjen sujuvuus, talous, osallisuus ja sosiaalinen tilanne sekä osaaminen)
Kykyviisari	työikäiset	Työ- ja toimintakyvyn arviointimenetelmä
IMBA ja Melba	työikäiset	Melba: työn edellyttämien psykososiaalisten vaativustekijöiden (esim. kognitiiviset, sosiaaliset ja työtapaan liittyvät taidot) arviointi. IMBA: työn edellyttämien fyysisten vaativustekijöiden, ympäristön olosuhteiden ja työturvallisuustekijöiden arviointi
15D	työikäiset ja ikääntyneet	Kyselylomake, jolla asiakas voi itse arvioida elämänlaatuaan 15 eri ulottuvuudella: liikuntakyky, näkökyky, kuulo, hengitys, nukkuminen/uni, syöminen, puhuminen, eritystoiminta, tavanomaiset toiminnot, henkiset toiminnot/mielenterveys, häiritsevät oireet, masentuneisuus, ahdistuneisuus, energisyys/elinvoimaisuus ja sukupuolielämä/seksuaalisuus
TRST (triage risk screening tool)	ikäntyneet	Kognitiivisen tilan arviointimittari, kuusi osaa
Sovari	nuoret	Itsearviointiin pohjautuva anonyymi nettikysely, koostuu sosiaalisen vahvistumisen viidestä osa-alueesta, joita ovat: itsetuntemus, sosiaaliset taidot, arjen hallinta, opiskelu- ja työelämävalmiudet sekä elämänhallinta ja tavoitteellisuus
3X10D Elämäntilannemittari	koululaiset, vanhemmat, nuoret ja nuoret aikuiset	Itsearviointiin perustuva elämäntilanteen kokonaisarviointi. Itsearvio sisältää 10 kysymystä, joissa vastaaja arvioi kymmentä eri aihepiiriä (esim. perhe, asuminen, raha-asiat). Vastauksia voidaan käsitellä asiakastilanteessa ja laatia vastausten pohjalta hyvinvointisuunnitelma.
OnnenApila	nuoret	Nuori arvioi värillä kahdeksaa apilanlehden muotoon koottua elämänosa-aluetta (psyykinen & fyysinen hyvinvointi, halu opiskella & halu työllistyä, arjen sujuminen & sosiaaliset suhteet ja riippuvuuksien hallinta & luottamus tulevaisuuteen)
Huoliseula	kaikki	Huolen puheeksioton ennakoitilomake, huolen vyöhykkeet (1= ei huolta, ..., 4=suuri huoli)

Tietojärjestelmien hyödyntäminen

Tietojärjestelmiä hyödynnettiin monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisessa joissakin organisaatioissa. Asiakkaiden lisääntynyt palvelutarve voitiin havaita seuraamalla terveyskeskuksen tai päivystyksen asiakaskäyntien määriä tietyn ajanjakson sisällä. Vuosittaiset käyntimäärärajat vaihtelivat vastauksissa kuuden ja kymmenen välillä. Tämän jälkeen asiakkaiden tilanne ja palvelutarpeet otettiin joissakin organisaatioissa tarkempaan tarkasteluun.

Helsingissä oli otettu käyttöön Terveysshyötyarvio-työkalu (THA), joka poimii automaattisesti Pegasos-tietojärjestelmään kirjatut riskitekijät ja tekee analyysin siitä, kuuluuko asiakas tai potilas paljon palveluja tarvitsevien riskiryhmään.

Muutamalla alueella asiakastietojärjestelmiin voitiin merkitä jokin asiakkuutta kuvaava tieto. Esimerkiksi Pohjois-Karjalan Siun sote -kuntayhtymässä on laadittu menetelmät tunnistaa yhteisasiakkaat eli henkilöt tai perheet, jotka tarvitsevat useita erilaisia sosiaali- ja terveyspalveluja samanaikaisesti.

Pirkanmaalla asiakkuuksien segmentoinnista mainittiin esimerkkinä Suuntima-työkalu, jossa ammattilainen ja asiakas arvioivat yhdessä kysymysten pohjalta muun muassa asiakkaan voimavaroja, hoitoa, terveys- ja hyvinvointiriskiä ja arjessa pärjäämistä. Näiden perusteella asiakas määritellään yhteen neljästä asiakkuuspolusta: 1) omatoimiasiakkuus, jolloin voimavarat ovat hyvät ja hoidon toteutus selkeä, 2) yhteistyöasiakkuus, jolloin voimavarat ovat hyvät mutta hoito on monitahoinen ja haasteellinen, 3) yhteisöasiakkuus, jolloin voimavarat ovat heikot mutta hoidon toteutus selkeä ja 4) verkostoasiakkuus, jolloin potilaan voimavarat ovat heikot ja hoito monitahoinen ja haasteellinen. Tämä asiakkuustieto merkitään asiakastietojärjestelmään ammattilaisten hyödynnettäväksi.

Työ- ja toimintakyvyn tukitarpeiden tunnistamiseksi tuotiin esille Ura-ohjelman profilointi-työkalu, joka kuvaa liikennevaloilla asiakkaan pitkäaikaistyöttömyyden riskiä. Toinen mainittu esimerkki oli KunnonSyyni-tietojärjestelmä, jossa tieto asiakkaan toimintakyvystä merkitään sosiaalityön, terveydenhuollon, työllisyyspalveluiden ja muiden tarvittavien tahojen yhteiseen tietojärjestelmään verkostoyhteistyötä varten.

Monialaiset tiimit ja palveluohjaajat koordinoivat palveluja tarvitsevien tunnistamista ja ohjaamista

Monissa organisaatioissa oli rakennettu moniammatillisia tai monialaisia tiimejä tai työparitoimintaa monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisen ja ohjaamisen tueksi. Tiimien jäsenten kokoonpanot, kokoonmistiheys ja toimintaperiaatteet olivat varsin vaihtelevia. Toisissa organisaatioissa tiimit kokoontuivat säännöllisesti (esimerkiksi viikoittain) ja toisissa ne olivat tarvittaessa koolle kutsuttavia. Tiimin koolle kutsumisen perusteina olivat erityisesti ammattilaisella herännyt huoli asiakkaasta, lisääntyneet käyntimäärät tai yhteydenotot ja sellaiset asiakkaan elämäntilanteeseen liittyvät haasteet, joita ei ole mahdollista ratkaista yhdellä tapaamiskerralla tai yksittäisen ammattilaisen osaamisella. Tiimit muodostuivat eri alojen ammattilaisista tai vaihtoehtoisesti oli mahdollista tarvittaessa konsultoida sovittua yhteyshenkilöä tai tahoa.

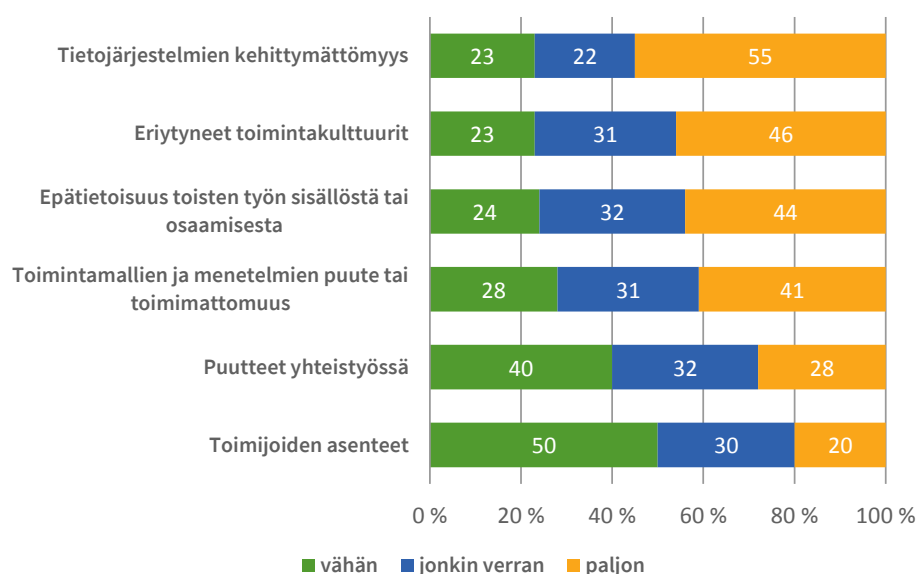
Yhteistyön tueksi oli luotu myös toimintamalleja, joiden avulla tunnistetaan yhdessä asiakkaan kanssa hänen palvelutarpeensa ja muodostetaan yhteinen näkemys eri ammattilaisten kanssa. Mainittuja toimintamalleja olivat esimerkiksi Monialaisen yhteistyön ABC -toimintamalli, Keroputaan malli, Hyvinvointineuvolan ja hyvinvointikoulun toimintamallit, Lapset puheeksi -menetelmä ja Moniasiakas puheeksi -toimintamalli. Työ- ja toimintakyvyn tunnistamisen tai arvioinnin malleja olivat esimerkiksi asiakasyhteistyöryhmä (AYR), monialaiset työkyyselvittely- ja kuntoutusryhmät, kuntouttavan työtoiminnan arviointilomakkeet ja TYP-toiminnassa käytettävä Selfi-menetelmä.

Monialaisia palveluja tarvitsevien ohjauksessa on monissa organisaatioissa otettu käyttöön myös toimintakonsepti, jossa tietty ammattilainen vastaa yhteisasiakkaiden palvelujen koordinoinnista. Näiden esimerkiksi asiakasvastaavan tai palveluohjaajan nimikkeillä toimivien ammattilaisten tehtävänä oli usein

selvitellä asiakkaiden tilanteita ja tarpeita ja kutsua tarvittaessa koolle muiden palvelujen edustajat tai ohjeistaa henkilöstöä monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisessa.

Tietojärjestelmien kehittymättömyys ja eriytyneet toimintakulttuurit vaikeuttavat tunnistamista eniten

Monialaisia palveluja tarvitsevien sekä työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeiden tunnistamista organisaatioissa olivat vaikeuttaneet eniten tietojärjestelmien kehittymättömyys, eriytyneet toimintakulttuurit, epätietoisuus toisten työstä tai osaamisesta sekä toimintamallien ja menetelmien puute tai niiden toimimattomuus. Vaikutusta oli ollut myös yhteistyön puutteilla ja toimijoiden asenteilla. (Kuvio 2.) Kokemukset tunnistamista vaikeuttavista tekijöistä olivat hyvin samansuuntaiset myös työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeiden tunnistamisessa.



Kuvio 2. Monialaisia palveluita tarvitsevien tunnistamista vaikeuttavia tekijöitä organisaatioissa. (N=351–359)

Vastaajia pyydettiin kuvaamaan myös omin sanoin, millaisia puutteita, ongelmia tai kehittämishaasteita organisaatioiden käytäntöihin tai tunnistamisen työkaluihin liittyy (Taulukko 3). Rajoitteina tuotiin esille, että osa tunnistamisen apuna käytettävistä työkaluista ei huomioi asiakkaan kokonaistilannetta tai soveltuu vain tietyille asiakasryhmille. Osa työkaluista oli käytössä vain esimerkiksi tietyillä sektoreilla.

Erilaisten ja yhteensopimattomien tietojärjestelmien vuoksi ammattilaiset joutuvat kirjaamaan asiakkaaseen liittyviä tietoja usein useampaan eri järjestelmään erikseen. Useimmat tietojärjestelmät eivät tuota automaattisesti kokoavaa tietoa saati ammattilaisia tiedottavia ”hälytyksiä” monialaisia palveluja mahdollisesti tarvitsevista asiakkaista. Järjestelmät eivät myöskään usein mahdollista toiminnan hyötyjen tai vaikutavuuden arviointia.

Salassapitosäädökset mainittiin olennaisena esteenä ammattilaisten väliselle tiedonsiirrolle tai tietojen poiminnalle ja yhdistelemiselle eri järjestelmistä. Osa asiakkaista oli haluttomia antamaan lupaa luovuttaa tietojaan toisen sektorin ammattilaisille. Asiakkaan toiminta saattoi vaikeuttaa toimintamallin tai työkalun hyödyntämistä myös esimerkiksi silloin, jos asiakas oli haluton sitoutumaan aikaa vieviin tapaamisiin tai asiakkaan ja ammattilaisen käsitykset palveluntarpeesta eivät kohdanneet.

Ammattilaisten suhtautuminen tiettyyn työkaluun saattoi osaltaan olla ongelmallista. Esimerkiksi tuotiin esille, että kaikki eivät tiedä jonkin työkalun olemassaolosta tai mihin ja miten työkalua käytetään. Erillään toimivat sektorit aiheuttivat myös sitä, ettei tunneta kaikkea asiakastyöhön liittyvää lainsäädäntöä tai kattavasti palveluja, joita asiakkaalle on tarjolla. Monien toimintatapojen toteuttamisen, kuten palvelutarpeen arvioinnin ja monialaisen yhteistyön todettiin edellyttävän ammattilaisilta myös erityistä osaamista.

Taulukko 3. Toimintakäytäntöjen ja työkalujen puutteita, ongelmia ja kehittämishaasteita.

Toimintakäytäntöjen ja työkalujen puutteet, ongelmat ja kehittämishaasteet	Esimerkkejä
Työkalu tai toimintamalli ei toimi optimaalisesti tai ei ole kattavasti käytössä	<p>Työkalu ei ota huomioon asiakkaan tilannetta kokonaisvaltaisesti</p> <p>Työkalu ei sovellu kaikille asiakasryhmille</p> <p>Työkalu ei sovellu kaikkiin toimintaympäristöihin</p> <p>Työkalu on käytössä vain tietyillä sektoreilla</p> <p>Työkalu ei ole käytettävissä sähköisessä muodossa</p> <p>Työkalu on vasta kehittämisvaiheessa</p>
Tietojärjestelmien puutteet	<p>Yhteisen tietojärjestelmän puute</p> <p>Tietojärjestelmässä ei ole automaattisia hälytyksiä, jotka ilmoittaisivat asiakkaan käyntimäärien noususta</p> <p>Tietojärjestelmä ei mahdollista toiminnan hyötyjen tai vaikuttavuuden arviointia</p>
Eriytyneet toimintakulttuurit	<p>Erilaiset tavat kirjata</p> <p>Rajallinen pääsy erilaisiin tietojärjestelmiin</p> <p>Siiloissa toimivat palvelut</p>
Asiakkaaseen liittyvät tekijät	<p>Asiakas ei anna lupaa luovuttaa tietojaan toiselle sote-toimijalle</p> <p>Asiakas ei halua palveluja tai ei tunnista palvelutarvettaan</p> <p>Asiakkaan ja ammattilaisen erilaiset näkemykset tilanteesta</p> <p>Asiakas saapuu palvelujen piiriin liian myöhäisessä vaiheessa</p>
Ammattilaiseen liittyvät tekijät	<p>Tiedonpuute:</p> <p>Ammattilainen ei tunne muiden sektorien lainsäädäntöä, työtä tai palveluja</p> <p>Ammattilainen ei tiedä työkalun olemassaolosta tai mihin sitä tarvitaan</p> <p>Taitojen puute:</p> <p>Ammattilainen ei tiedä miten työkalua käytetään</p> <p>Ammattilainen ei osaa toteuttaa monialaista yhteistyötä tai palvelutarpeen arviointia</p> <p>Asenteet:</p> <p>Ammattilainen pitää työkalua liian työläänään käyttää tai ajattelee, ettei sen käyttö kuulu työtehtäviin</p> <p>Ennakkoluuloisuus tai luottamuspuula muihin alan toimijoihin</p>

Pohdinta

Paljon palveluja tarvitsevien palvelujen yhteen kokoamista käsittelevän väitöstutkimuksen (Ylitalo-Katajisto 2019, 90–94) mukaan nykyinen lainsäädäntö ja sosiaali- ja terveyspalvelujen käytännöt eivät tue riittävästi palvelujen integraatiota, saumattomuutta ja oikea-aikaisuutta. Palvelutarpeet ja palvelujen käyttö ovat yksilöllisiä ja elämäntilannesidonnaisia, jolloin fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät kietoutuvat toisiinsa. Kyseisen tutkimuksen mukaan monialaisia palveluja tarvitsevien asiakkaiden määrittelyn tulisi perustua palvelujen määrän arvioinnin sijaan tunnistamisen laaja-alaiseen palvelutarpeen arviointiin.

Tämä selvitys nostaa esille käytettyjen menetelmien ja välineiden moninaisuuden ja tarpeen kehittää yhtenäisempiä tunnistamisen käytäntöjä. Kyselyn perusteella kokemukset käytetyistä malleista ovat melko positiivisia, ja niihin on usein sitouduttu paikallisen kehittämisen yhteydessä. Malleja on kuitenkin runsaasti ja iso osa niistä on paikallisia tai organisaatiokeskeisiä. Tarvittaisiin malleja, jotka ovat yleisesti käytössä ja jotka antaisivat yhteismitallista tietoa.

Erytisesti työ- ja toimintakyvyn tarpeiden tunnistaminen edellyttää kyselyn valossa yhtenäisiä kriteerejä sekä valtakunnallisia ja geneerisiä monialaisessa toimintaympäristössä jaettuja arviointimalleja. Tähän liittyy myös yhteistyön ja yhteisten tavoitteiden asettaminen ja niiden jälkeisten toimintamallien ja palvelupolkujen rakentaminen. Lisäksi tulisi kiinnittää huomiota tunnistamisen jälkeiseen yhteistyöhön.

Palvelutarpeiden tunnistamisessa hyödynnetään vielä melko vähän tietojärjestelmiä ja tietoteknisiä mahdollisuuksia, kuten huolirajahälytyksiä ja tekoälyä. Tietosuojaan liittyvät asiat nostettiin yhdeksi konkreettiseksi esteeksi tietojärjestelmien laajemmalle hyödyntämiselle. Selkeiden ja yksiselitteisten toimintaohjeiden puuttuessa yksittäiselle ammattilaiselle jää suuri vastuu huomata paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden kokonaisuutena tarvitsemat palvelut ja osata ohjata asiakasta eteenpäin tarvittaessa. (Ks. myös Valtiontalouden tarkastusvirasto 2017.)

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskuksissa tulisi huomioida se, että pieni osa asiakaskunnasta tarvitsee runsaasti palveluja, ja suuressa osassa palvelutarve koostuu laajemmasta kokonaisuudesta kuin vain lääkärin vastaanottopalveluista tai muista terveyskeskuksen palveluista. Palvelutarpeiden moninaisuus voi avautua vaikka yksinäisyydestä johtuvan yhteydenoton kautta. Tällöin vastavuoroinen kohtaaminen ja elämäntilannelähtöisesti suunnitellut palvelupolut voivat tukea palvelujen tehokkaampaa toteuttamista. Lisäksi tulisi kehittää välineitä ja menetelmiä tunnistaa järjestelmän ulkopuolella olevia ja palveluihin heikosti kiinnittyneitä, jotta myös heidät tavoitetaan ja saadaan tarvittavien palvelujen piiriin.

5 Työttömien terveystarkastusten hyödyntäminen

Pekka Karjalainen, Eeva Liukko & Laura Parviainen

Terveydenhuoltolaissa (1326/2010 13 §) säädetään terveysneuvonnan ja terveystarkastusten järjestämisestä opiskelu- tai työterveyshuollon ulkopuolelle jääville nuorille ja työikäisille. Sosiaali- ja terveysministeriö on ohjeistanut kuntia työttömien ehkäisevien terveystarkastusten (terveystarkastukset, terveysneuvonta) toteuttamisessa, työttömien työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa ja niiden edellyttämässä yhteistyössä (STM 2013).

Terveystarkastuksen tavoitteena on työttömän terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn arviointi, ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien tunnistaminen ja ehkäiseminen sekä ohjaaminen hoitoon ja lääkinnälliseen, ammatilliseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen. STM:n ohjeessa todetaan, että erityisesti syrjäytymisriskissä olevat työttömät tulee tunnistaa ja ohjata tarvittaviin terveystarkastuksiin. Lisäksi työsuhteen päättyessä työterveyshuollon tulee tarvittaessa ohjata henkilö ottamaan yhteyttä kunnan perusterveydenhuoltoon ja kuntoutuksen toimenpiteisiin. Työtön voi hakeutua työttömien terveystarkastukseen itse tai jokin viranomaistaho voi ohjata hänet sinne. TE-toimistojen rooli on kuitenkin nähty keskeisenä: niiden tulee tunnistaa ne työttömät työnhakijat, joiden työkykyä on syytä arvioida ja ohjata heidät terveystarkastukseen sekä tarpeen mukaan esimerkiksi kunnan sosiaalipalveluihin, Kelaan ja työeläkekuntoutukseen. TE-toimistojen tehtävänä on myös varmistaa jatko-ohjauksen toteutuminen. (STM 2013.)

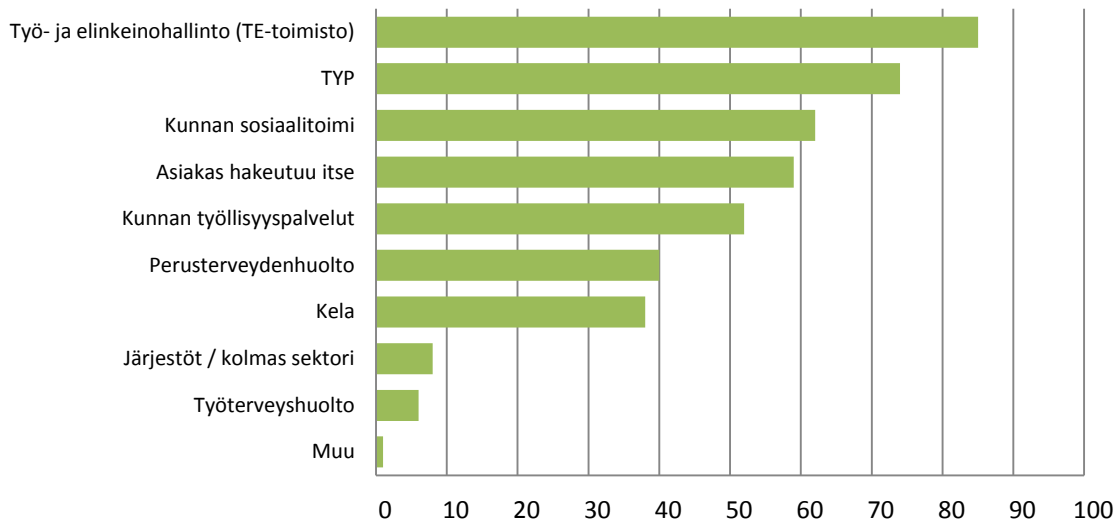
Tämän osion tavoitteena on selvittää, kuinka kattavasti työttömien terveystarkastuksia on tehty ja miten ne ovat toimineet sekä onko tarkastuksia hyödynnetty asiakkaan jatko-ohjauksessa, palvelutarpeen arvioinnissa ja asiakassuunnitelman laatimisessa. Selvitys perustuu kahteen keväällä ja kesällä 2019 tehtyyn THL:n kyselyyn:

- 1) terveyskeskuskyselyyn, jossa oli mukana työttömien terveystarkastuksia koskevia kysymyksiä sekä
- 2) tämän hankkeen kotimaiseen kyselyyn, jota välitettiin kuntiin terveyskeskuskyselyn yhteydessä sekä useiden muiden kanavien, kuten TE-toimistojen kirjaamojen, Kelan, sosiaalialan osaamisverkostojen sekä kansallisten asiantuntijaverkostojen kautta.

Työttömien ohjautuminen terveystarkastuksiin ja ohjaamisen kriteerit

Työttömiä ohjataan terveystarkastuksiin muun muassa TE-palvelujen ja työllisyyskoordinaattorien, sosiaalitoimen, kuntien työllisyyspalvelujen, perusterveydenhuollon sekä TYP/MYP-palvelujen kautta. Yksi väylä ovat lisäksi Kelan kuntiin lähettämät ilmoitukset eTotuOnni-järjestelmän kautta. Nämä eivät koske suoranaisesti terveystarkastuksia, vaan ne ovat ilmoituksia mahdollisista sosiaalihuollon palvelutarpeista, toimeentulotuen alennetusta perusosasta, pitkittyneestä toimeentulotuen tarpeesta tai ehkäisevän ja täydentävän toimeentulotuen tarpeesta. Kela voi antaa lisäksi kunnille tiedot työmarkkinatuen saajista, jotka ovat saaneet työmarkkinatukea yhteensä 200 päivältä työttömyyden perusteella tai joiden oikeus työmarkkinatukeen alkaa välittömästi työttömyyspäivärahan enimmäisajan täytyttyä (Työttömyysturvalaki 1290/2002 13 luku 6 §). Kuntien käytännöt Kelasta tulevien ilmoitusten käsittelyssä ovat kirjavia ja joissain kunnissa monivaiheisia (Jokela ym. 2019). Myös asiakkaat itse hakeutuvat tarkastuksiin, ja erilaisia lähetekäytäntöjä on olemassa. (Kuvio 1.)

Avovastausten luokittelun mukaan työttömät saivat tietoa mahdollisuudesta päästä maksuttomaan terveystarkastukseen sosiaalitoimesta, TE-toimistoista, kuntien työllisyyspalvelujen ja terveystoimen kautta sekä TYP-palvelujen, kuntouttavan työtoiminnan ja työllisyyskoordinaattorien kautta. Tietoa saatiin myös kuntien tai terveyskeskusten nettisivuilta ja työttömien yhdistysten myötävaikutuksella.



Kuvio 1. Työttömien asiakkaiden ohjautuminen terveystarkastuksiin (% terveysasemista).

Kyselyyn vastanneista 66 prosenttia ilmoitti, että heidän edustamassaan organisaatiossa tai yhteistyökumppaneiden kesken on olemassa kriteerit, joiden perusteella työtön henkilö ohjataan terveystarkastukseen. Viidessä prosentissa organisaatioista ne olivat suunnitteilla ja 29 prosentissa niitä ei ollut käytössä. Kriteereinä mainittiin:

- Kaikki työttömät
- Pitkäaikaistyöttömät
- Pitkittyvä työttömyys, palvelut eivät tuota tulosta
- Työkykyä rajoittava terveydellinen haitta
- Pitkä aika edellisestä tarkastuksesta
- Kahden vuoden välein / 3-5 vuoden välein
- TYP-toiminnan kriteerit
- Kuntouttavan työtoiminnan asiakkaat
- Ohjaamo-nuoret
- STM:n ohjeen mukaiset kriteerit (Työttömän terveystarkastuksen ja -palvelun toimintamalli, lähde: Saikku 2012)
- Tarve arvioidaan esimerkiksi palvelutarpeen arvioissa tai aktivointisuunnitelman teon yhteydessä.

Käytössä olevat välineet ja menetelmät

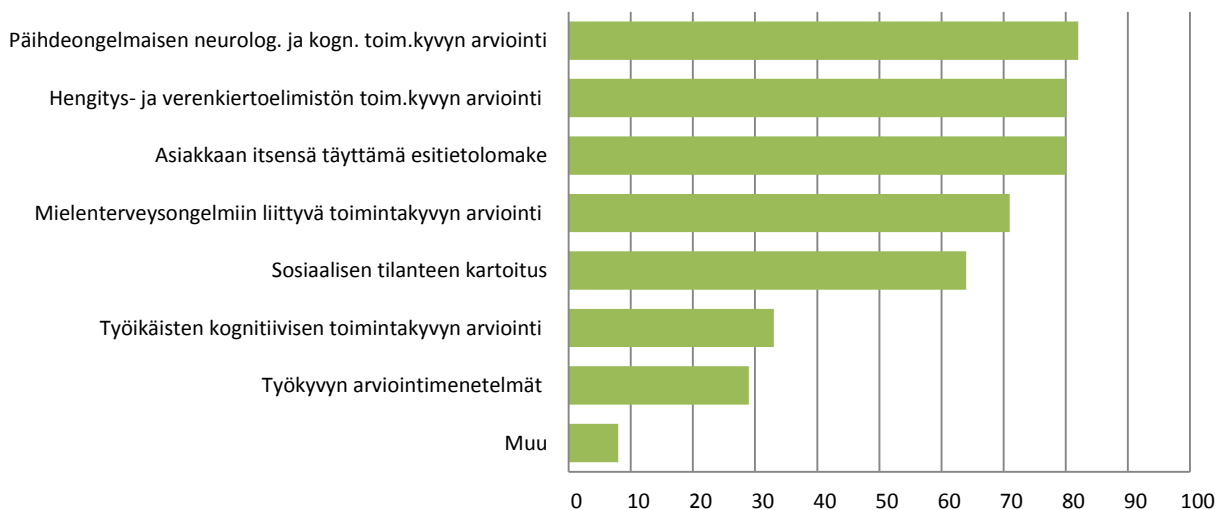
Terveystarkastuksiin liittyvät mallit ovat hyvin erityyppisiä ja kuntasidonnaisia. Malleille on ominaista, että niissä yhdistyvät erilaisin painotuksin terveystarkastusten tarpeen tunnistaminen, ohjaaminen tarkastukseen, itse terveystarkastus ja työ- ja toimintakyvyn arviointi sekä mahdollinen ohjaaminen jatkotoimenpiteisiin ja

palveluihin. Osassa kuntia on käytössä pelkkä ohjauskäytäntö, kun taas pitemmälle viedyissä malleissa on kehitetty prosessit, joihin sisältyy systemaattinen tunnistaminen, palautekäytännöt ja jatko-toimenpiteisiin ohjaaminen. Joissakin malleissa lähetettävälle taholle tulee palautetta tarkastuksista. Lisäksi terveystarkastusten toimeenpanoon voi liittyä työ- tai asiakasohjeita. Aineistossa tuli esille myös yksi maakunta, jonka kaikissa kunnissa järjestetään terveystarkastukset, mutta mallien sisällöt vaihtelevat. Toiseksi monialaisia palveluja tarvitsevia voidaan ohjata terveystarkastuksiin huolen herätessä tai palvelutarpeita tunnistettaessa lakisääteisten suunnitelmien tekemisen yhteydessä (palvelutarpeen arviointi, aktivointisuunnitelma, monialainen työllistymissuunnitelma tai palvelusuunnitelma).

Jäsentyneemmissä malleissa on sovittu lähetettävät tahot (nuorten työpajat, KTT-ohjaaja, TYP, TE-toimi). Monialaisia toimintakäytäntöjä on puolestaan sovittu esimerkiksi TE-toimistojen, sosiaalitoimen ja terveystoimen kesken (esim. terveystarkastuslähete). Lisäksi on nimettyjä työttömien hanketyöntekijöitä tai terveyshoitajia, jotka ohjaavat työttömiä tarkastuksiin tai tekevät tarkastuksia. Yleisimmät mallit ovat:

- TYP-toimintamalli
- Kuntien työllisyyspalvelujen mallit (esim. nimetty terveydenhoitaja)
- Kuntakohtaiset mallit (esim. nimetty hoitaja tai isommissa kunnissa tiimit, toimintaprosessit)
- Ohjaamojen malli
- Moniammatilliset asiakasyhteistyöryhmät
- Tarkastukseen ohjaaminen / läheteet
- Tunnistamisen työkalut
- Julkisen ja kolmannen sektorin yhteistyöverkostot / mallit
- Wire-terveystarkastusmalli (terveystarkastukset osana työllistymisen palvelupolkua).

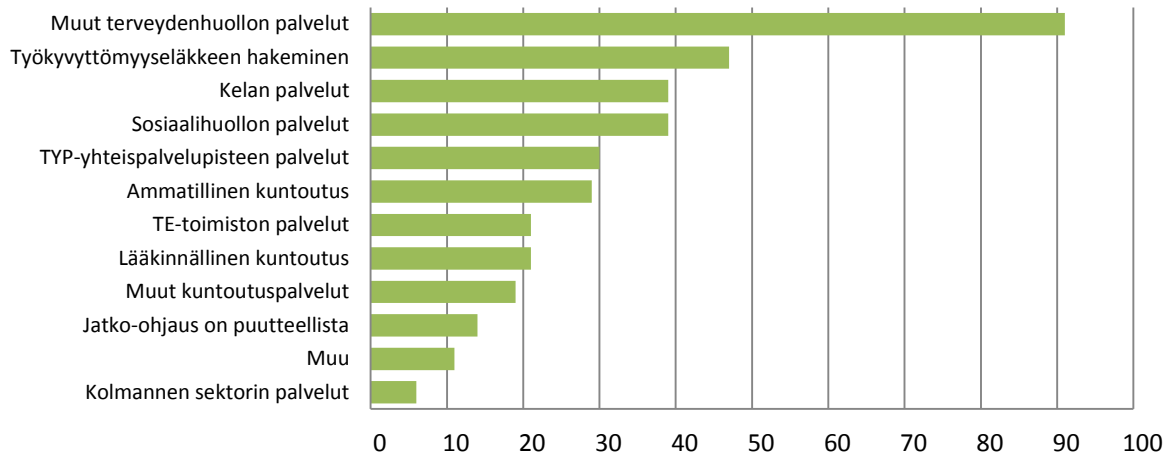
Terveyskeskuskyselyn mukaan eniten käytettyjä välineitä tai menetelmiä tarkastuksissa ovat päihdeongelmaisen neurologisen ja kognitiivisen toimintakyvyn arvioinnit, hengitys- ja verenkiertoelimistön toimintakyvyn arvioinnit, asiakkaan itsensä täyttämät esitietolomakkeet ja mielenterveysongelmiin liittyvät toimintakyvyn arvioinnit sekä sosiaalisen tilanteen arvioinnit. (Kuvio 2.) Avovastauksissa mainittiin lisäksi diabetriskin arviointi sekä erilaiset kuuloon, näköön ja verenpaineeseen liittyvät testit sekä laboratoriotutkimukset.



Kuvio 2. Terveys- ja sairaanhoitajien käyttämät työttömän työ- ja toimintakyvyn kartoittamisen välineet ja menetelmät (käytössä % terveysasemista).

Jatkopolku terveystarkastuksista

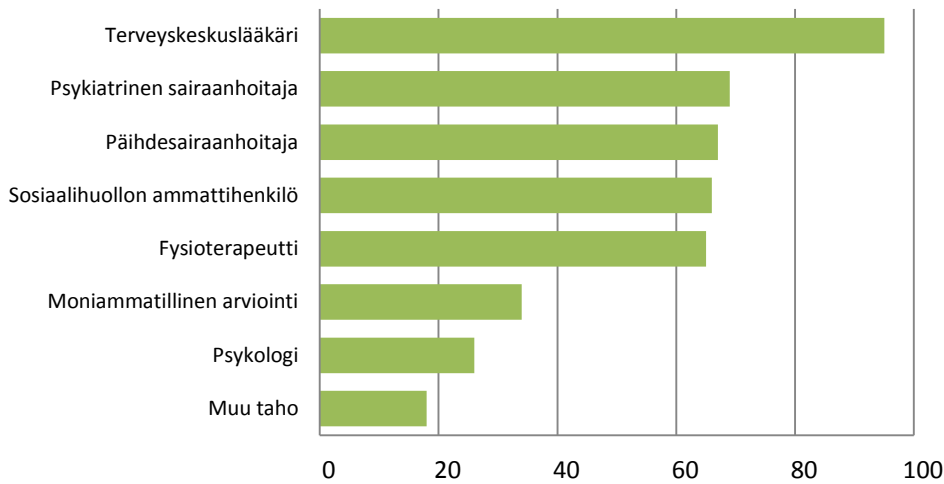
Työttömien terveystarkastus ei useinkaan ole riittävä toimenpide, koska asiakkaat ovat usein huonokuntoisia. Tällöin keskeistä on, miten terveystarkastuksia hyödynnetään asiakkaan jatko-ohjauksessa ja miten niitä voidaan hyödyntää asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa ja asiakassuunnitelman laatimisessa. Kuvio 3 sisältää jatkotoimenpiteet, joihin työttömän terveystarkastus useimmin voi johtaa.



Kuvio 3. Jatkotoimenpiteet, joihin työttömän terveystarkastus useimmin voi johtaa (% vastanneista)

Työttömät ovat hyvin heterogeeninen ryhmä, jolloin ohjaaminen jatkotoimiin on yksilöllistä. Ohjaus muihin terveydenhuollon palveluihin voi tarkoittaa fysioterapeutin, päihde- ja mielenterveyden palveluja, ryhmäkuntoutusta, erikoissairaanhoidon ja hammashoidon palveluja tai diabeteshoitajan ja depressiohoitajan palveluja. Kelan palveluista mainittiin kuntoutusselvitykset, ammatillinen kuntoutus, erilaiset tuet ja etuudet sekä neuvot niiden hakemiseksi, psykoterapia, lääkinällinen ja ammatillinen kuntoutus. Ammatillisen kuntoutuksen jatkopolkuja voivat olla esimerkiksi Kelan tai TE-toimistojen kautta avautuvat mahdollisuudet työllistymistä edistävään ammatilliseen kuntoutusselvitykseen, ammatinvalinnan ohjaukseen tai opiskelumahdollisuuksien selvittely. Sosiaalihuollon palveluista työtöntä voivat tukea muun muassa kuntouttava työtoiminta, toimeentulotuki, sosiaalinen kuntoutus, palvelutarpeen arvioinnit tai sosiaalityön ja -ohjauksen erilaiset tuen muodot. Kolmannen sektorin mahdollisuuksina tuotiin esille erilaisten hankkeiden tarjoama tuki, liikunta- ja toiminnalliset ryhmät tai seurakunnat.

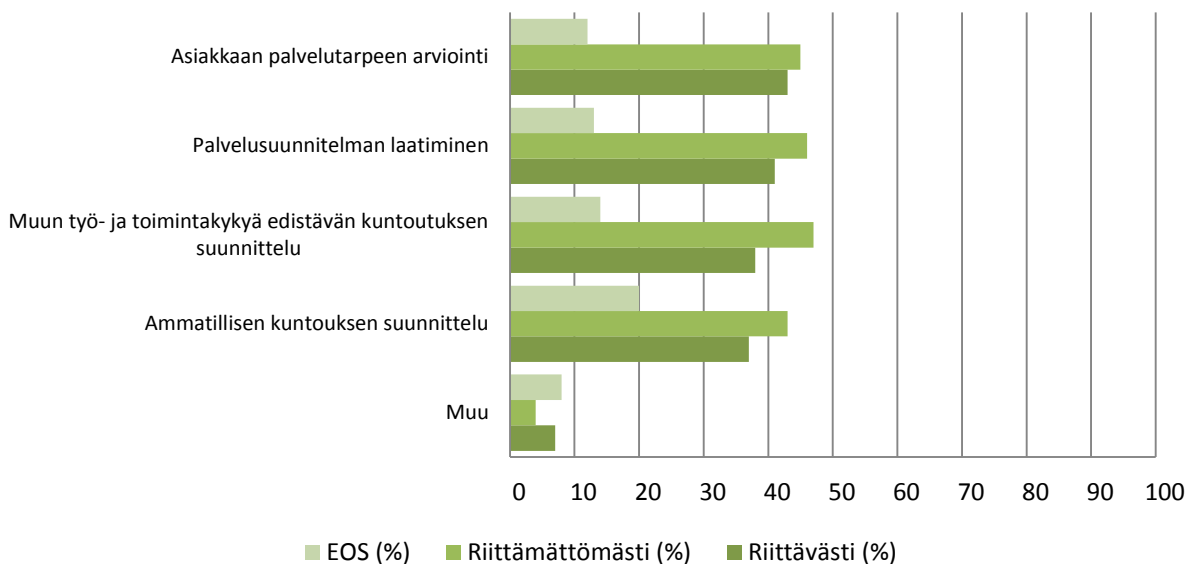
Kuvio 4 kuvaa tahoja, jonne työttömien terveystarkastuksia tekevä terveydenhoitaja/sairaanhoitaja ohjaa tarvittaessa tarkastuksesta jatkoselvittelyihin. Tyypillinen taho, jonne työtön henkilö ohjataan, on terveyskeskuslääkäri, psykiatrinen tai päihdesairaanhoitaja, sosiaalihuollon ammattihenkilö tai fysioterapeutti.



Kuvio 4. Työttömien jatko-ohjautuminen terveyden- tai sairaanhoitajan tekemästä terveystarkastuksesta (% terveystarkastuksesta ohjaa)

Terveystarkastusten hyödyntäminen jatkotyöskentelyssä

Terveystarkastuksia on hyödynnetty jatkotyöskentelyssä asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa, palvelusuunnitelman laatimisessa, ammatillisen kuntoutuksen suunnittelussa ja muun työ- ja toimintakykyä edistävän kuntoutuksen suunnittelussa, mutta ei aina niin riittävästi kuin voisi (kuvio 5.). Avovastauksissa mainittiin sopivien koulutuspolkujen tai työllistymisratkaisujen suunnittelemisen, eläke-edellytysten selvittäminen, kuntoutustuen hakemisessa tai elämänhallinnan kohentamisessa.



Kuvio 5. Työttömien terveystarkastuksien hyödyntäminen jatkotyöskentelyssä (% vastanneista)

Työttömien terveystarkastusten hyödyntämisessä esiin tulleita esteitä jatkotyöskentelyn kannalta olivat tiedonkulun puutteet (63 % vastaajista), monialaisen yhteistyön puute (40 % vastaajista), toimintakulttuurin erot (39 % vastaajista) ja asenteet (27 % vastaajista).

Puutteet ohjauksessa ja tarkastuskäytännöissä

Ohjautumisen osalta yhtenä puutteena nähtiin sen satunnaisuus. Jos ohjauksen malli ei ole systemaattinen, osa työttömistä henkilöistä voi jäädä laajemminkin palvelujen ulkopuolelle. Jo lyhyen aikaa työttömänä olleet voivat tarvita tukea ja palveluja. Ohjaaminen jää liian usein yksittäisten työntekijöiden huomioiden ja kiinnostuksen varaan, tai terveystarkastusaikojen tarjoaminen unohtuu. Aineiston mukaan iso ongelma ovat asiakkaat, joilla olisi selkeästi tarve sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin, mutta he kieltäytyvät tarjotusta terveystarkastuksesta tai jättävät aikoja käyttämättä. Asia liittyy laajemminkin sitoutumiseen tukeen ja palveluihin sekä motivaatioon omien asioiden hoitamisessa. Asiakkaat ovat myös voineet tottua elämään vaivojensa kanssa ja vähättelevät hoidon tarvetta. Toiseksi resurssien puute ja työntekijöiden vaihtuvuus voivat aiheuttaa sen, että asiat jäävät kesken, etenkin tilanteissa, joissa asiakkaalla on jokin pitkäaikaissairaus ja tilanteen käsittely päättyy lausuntoon, jossa työkyvyn todetaan heikentyneen.

Toisena kokonaisuutena nousevat esiin palvelun saatavuuteen ja työttömyydestä johtuvien palvelutarpeiden tunnistamiseen liittyvät asiat. Aineiston mukaan erityisesti terveyskeskuslääkärille tai erikoislääkärille on vaikeuksia saada vastaanottoaikoja esimerkiksi päihde- ja mielenterveyteen liittyvissä asioissa. Työttömän voi olla myös vaikea löytää nettisivuilta yhteystietoja, jotta hän voisi halutessaan varata ajan. Ongelmia on koettu myös siinä, että palautteet eivät aina kulkeudu tarvittaviin paikkoihin tai palautteiden käsittely jatkotoimenpiteitä ajatellen on puutteellista. Avovastauksissa tuli esille, että terveydenhuollossa ei aina tunnisteta työttömyydestä johtuvia palvelutarpeita, esimerkiksi keille kohdennetut terveydenhuollon palvelut olisivat hyödyllisiä tai ketkä hyötyisivät tarkemmasta työkykyarviosta. Lääkäreillä ei välttämättä ole laaja-alaista näkemystä työttömistä asiakaskohderyhmänä tai Kelan ammatillisen kuntoutuksen palveluista.

Tiedon kulkuun liittyvänä konkreettisenä huomiona esitettiin, että lähettäjän olisi hyvä yksilöidä, mihin terveystarkastuksessa tulisi erityisesti kiinnittää huomiota. Samoin jos työtön henkilö ei tiedä syytä, miksi tarkastukseen ohjataan, voi aika jäädä käyttämättä. Jos tieto eri toimijoiden välillä ei kulje riittävästi, kokonaisvastuu asiakkaan prosessin etenemisestä hämärtyy, ja jatkosuunnittelu voi jäädä tekemättä moniammatillisen yhteistyön puuttuessa.

Kasaantuneeseen huono-osaisuuteen ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota ilmiönä. Useat erilaiset sosiaaliseen ja terveyteen liittyvät riskit vaativat monialaista integroitua tukea ja toimenpiteitä. Vaikka on puhuttu paljon palveluja tarvitsevista ja käyttävistä asiakasryhmistä, voivat esimerkiksi päihde- ja mielenterveysasiakkaat olla itse asiassa palvelujen alikäyttäjää. Jos näissä tilanteissa keskitytään vain fyysisiin asioihin kuten esimerkiksi painon hallintaan, voi tämä vain ylläpitää joidenkin asiakasryhmien tilannetta.

Työttömien terveystarkastusten kehittämistarpeet

Tämän hankkeen kotimaisessa kyselyssä kysyttiin, mitä työttömien terveystarkastuksissa tulisi kehittää. Vastaajista 17 prosenttia arvioi tarkastusten jo toimivan hyvin. Muut vastaajat (83 %) antoivat yhteensä 109 kehittämisehdotusta, joita voidaan ryhmitellä taulukon 1 mukaisesti. Erityisesti esille nousivat tarpeet selkiyttää prosessin eri vaiheita ja vastuunjakoja, vahvistaa monialaista yhteistyötä ja kehittää työttömien terveystarkastusten toimintamallia. Osaamiseen ja toimintakulttuurin kehittämiseen toivottiin kiinnitettävän huomiota. Vastaajat nostivat esille lisäksi huolen työttömien terveystarkastusten tasavertaisesta saatavuudesta. Toiminnan seuraamisen ja kehittämisen mahdollistamiseksi jatkuvaa arviointia ja palautteen keräämistä asiakkailta ja muilta toimijoilta pidettiin tärkeänä.

Taulukko 1. Työttömien terveystarkastusten kehittämistarpeita

Prosessin eri vaiheiden selkiyttäminen ja vastuunjaosta sopiminen, muun muassa	<ul style="list-style-type: none"> • Yhtenäiset kriteerit ja linjaukset tarkastusten suorittamiseksi • Lähettämisen ja ohjauksen käytännöt: kuka ohjaa ja miksi • Työttömien ohjaaminen terveystarkastukseen työttömyyden alkuvaiheessa • Prosessin eri vaiheista vastaavan työntekijän nimeäminen ja asiakkaalle tieto omasta työntekijästä • Jatko-ohjauksen ja hoitopolkujen mallintaminen • Jatko-ohjaus ja jatkotoimenpiteet • Asiakkaalle annettava tuki tarvittaviin palveluihin hakeutumiseksi
Monialainen yhteistyö, muun muassa	<ul style="list-style-type: none"> • Yhteistyön tiivistäminen eri toimijoiden kanssa • Säännölliset verkostotapaamiset, joissa asiakas on mukana • Tiedonkulun parantaminen • Vertaistoiminta ja kolmannen sektorin toiminnot • Psykologin tarve
Toimintamallin kehittämistarpeet, muun muassa	<ul style="list-style-type: none"> • Tiedottaminen • Oma työttömien lääkäri: esimerkiksi lääkärilausuntojen antaminen tulisi keskittää asiaan perehtyneelle lääkärille • Tiimityön kehittäminen, esimerkiksi oma lääkärin, terveydenhoitajan ja sosiaalityöntekijän/-ohjaajan yhteistyö ja yhteinen jatkosuunnitelma asiakkaan kanssa • Kohti työ- ja toimintakyvyn arviota • Työkykykoordinaattorin palvelut • Riittävä ajallinen resurssi • Ohjausten seuraaminen (toteutuvatko suunnitelman mukaiset käynnit)
Osaamisen kehittäminen, muun muassa	<ul style="list-style-type: none"> • Työelämäosaamisen kehittäminen • Tietous lähisuhdeväkivallasta, päihdeongelmista ja muista elämäntapaongelmista • Työterveyshuollon ammattilaisten osaamisen hyödyntäminen • Selkeitä ohjeita tai polkuja kuntoutuksen ja eri palvelujen vaihtoehtoista
Toimintakulttuuri ja työntekijöiden asenteet, muun muassa	<ul style="list-style-type: none"> • Lääkäreiden kiinnostus työttömien terveystarkastuksia kohtaan ja niiden kehittämiseen • Eri toimintakulttuurien tuntemus • Asennemuutos työttömiä kohtaan • Asiakaslähtöisyys
Tasavertainen saatavuus, muun muassa	<ul style="list-style-type: none"> • Saatavuuden parantaminen • Palvelu työttömien arkiympäristöön, jotta tavoitettavuus parane • Liikaa alueellista vaihtelua • Valtakunnallinen seuranta ja ohjeistus tasavertaisen saatavuuden varmistamiseksi
Toiminnan arviointi, muun muassa	<ul style="list-style-type: none"> • Palautejärjestelmä • Työttömien oma arviointi toiminnasta • Kokemusten kuuleminen kehittämisen tueksi • Mittarit, tilastointi

Malanin (2019) opinnäytetyössä nostetaan esille neljä onnistuneen terveystarkastuksen elementtiä: riittävä tieto, yksilöllinen kohtaaminen, puheeksiotto ja kiireettömyys. Ongelmia voi kuitenkin olla jo palveluun pääsyssä: työttömät eivät saa riittävästi tietoa oikeudestaan päästä terveystarkastukseen (Malanin 2019; Khidani, Hoang & Lindqvist 2019). STM:n ohjeen (2013) mukaan erityisesti syrjäytymisriskissä olevat työttömät tulee tunnistaa ja ohjata tarvittaviin terveystarkastuksiin. Juuri tämä asiakasryhmä syrjäytyy muita helpommin myös palveluista, jos he eivät saa riittävästi tukea ja ohjausta. Tiedottaminen työttömien terveystarkastuksista tulisikin toteuttaa siten, että se tavoittaa kaikki työttömät ja myös tukee heitä tarkastukseen hakeutumisessa.

Työttömien Keskusjärjestö ry on toteuttanut Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry:n kanssa Terveudeksi ESR-hankkeen vuosina 2016–2019. Hankkeessa (Lehtovaara 2019) on selvitetty työttömien terveystarkastusten tilaa eri puolilla Suomea ja havaittu muun muassa, että

- työttömät ovat harvoin kuulleet oikeudestaan terveystarkastukseen
- terveystarkastusten ajanvarauksessa ei useinkaan tiedetä terveystarkastuksen mahdollisuudesta
- kuntien verkkosivuilla tieto on vaikeasti löydettävissä tai sitä ei ole lainkaan
- TE-toimiston työ- ja toimintakyvyn arvioinnin koordinoitavastuu ei toteudu
- työttömät kertoivat hanketyöntekijöille saaneensa vähättelevää tai huonoa kohtelua asiasta kysyessään.

Hankkeen kuntakäynneillä ilmeni, että työttömien terveystarkastusten lähetekäytännöt vaihtelivat kuntien välillä: osassa kuntia vaadittiin lähete TE-toimistosta, TYP:stä tai aikuissosiaalityöstä, osassa kunnista palveluun pääsi ilman lähetettä. Työttömät olivat kokeneet lähetekäytännön portinvartijuutena tai holhoamisena. Toisaalta monet terveydenhoitajat pitivät lähetekäytäntöä hyvänä, koska se nopeutti asiakkaan tilanteen haltuunottoa. Terveystarkastusohjeissa tai STM:n ohjeissa ei lähetettä edellytetä.

Terveudeksi-hankkeessa myös havaittiin, että terveystarkastusten sisällöt olivat erilaisia ja että jatkohoitto oli sattumanvaraista ja vaihteli kuntien välillä: esimerkiksi joissakin kunnissa terveystarkastuksiin sisältyi maksuton käynti lääkärille, suuhygienistille ja/tai fysioterapeutille, osassa ei (Lehtovaara 2019). Vaihtelevat käytännöt tulivat esille myös THL:n terveyskeskuskyselyssä: vaikka tarve terveyskeskuslääkärin vastaanotolle olisi syntynyt työttömien terveystarkastuksen perusteella, 44 prosenttia vastaajista kertoi, että vastaanotolta peritään asiakasmaksu. Vastaajista 46 prosenttia totesi, että asiakasmaksua ei peritä.

Työttömien terveystarkastusten toteutuksessa voidaan paikantaa useita kehittämiskohteita. Ensinnäkin tiedottamista työttömien oikeudesta terveystarkastukseen tulee tehostaa. Toiseksi ohjauskäytännöt palvelujen piiriin pääsemiseksi tulee rakentaa sellaisiksi, että työtön pääsee helposti palvelujen piiriin ja myös saa tarvittavan tuen kyetäkseen ottamaan palvelut vastaan. Kolmanneksi työttömien terveystarkastuksen monialainen prosessi tulee systematisoida vaihe vaiheelta ja huolehtia vastuunjaon selkeydestä. Asiakkaalle tulee nimetä oma, prosessin kokonaisuudesta vastaava työntekijä. Neljänneksi työttömän henkilön jatko-ohjaus kuntouttaviin ja muihin tarvittaviin palveluihin tulee turvata asiantuntevassa, sektorirajat ylittävässä yhteistyöverkostossa, jossa osapuolet ovat tietoisia omasta vastuualueestaan palvelujen kokonaisuudessa. Toimintaa tulee arvioida ja asiakkaiden kokemuksia palveluista kuulla.

Pohdinta

Työttömien terveystarkastusten kehittäminen edellyttää uudenlaisen toimintakulttuurin ja asenteiden kehittämistä sekä työttömyyteen liittyvien kysymysten erityisyyden tunnistamista. Erityisosaamisen hankkiminen työ- ja toimintakykyyn liittyvissä asioissa voi olla tarpeen. Eri ammattiryhmien toiminta tulee liittää palveluprosessiin asiakkaan etua vastaavalla tavalla (esimerkiksi työkykykoordinaattori). Lisäksi tulisi kiinnittää huomiota kansallisesti yhtenäisten toimintakäytäntöjen luomiseen, jotta työttömien yhdenvertaiset oikeudet voivat toteutua. Esimerkiksi lähetekäytännöt voivat rakentaa kynnyksiä palveluihin pääsemiseksi.

STM:n ohjeessa (2013) on jo pitkälti mallinnettu työttömien terveystarkastusten toteuttamisen tapa. Vaikuttaa siltä, että ohjeistusta ei kaikissa kunnissa ole kaikin osin otettu käyttöön. Ohjeistusta ja tiedottamista voi myös olla tarpeen päivittää. Laajemminkin työttömien palvelujen saatavuuteen tulee kiinnittää nykyistä enemmän huomiota. Systemaattisia ja kansallisesti jaettuja hyviä käytäntöjä ja palvelukokonaisuuksia tulee vahvistaa esimerkiksi Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusohjelman yhteydessä. Korjaukset työtavat tulisi yhdistää ennakointiin, hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen, etsivään työhön, jalkautuviin palveluihin sekä uudentyypisiin yhteisöpalveluihin.

6 Johtopäätökset ja jatkotehtävä

Hanna Tiirinki & Juha Koivisto

Sellaisten henkilöiden tunnistaminen, jotka voisivat hyötyä monialaisesta palvelujen yhteensovittamisesta, on asia johon Suomessa vasta viime vuosina on kiinnitetty enenevässä määrin huomiota. Kansainvälisen kyselyn vähäisten vastaajamäärien perusteella voidaan olettaa, että monialaisia palvelujen yhteensovittamisesta eli tutummin palveluintegraatiosta mahdollisesti hyötyvien tunnistaminen on vasta aluillaan muissa maissa, sekä asia johon ei toistaiseksi ole kiinnitetty riittävästi huomiota.

Mallien kriittinen tarkastelu

Tunnistamisen malleja ja työkaluja tulee tarkastella kahdella tavalla. Toisaalla niiden avulla voidaan tunnistaa henkilöt, jotka täyttävät määritellyt tunnistamiskriteerit. Malleilla ja työkaluilla on kuitenkin toinenkin ulottuvuus. Niihin määritellyt tunnistamisen kriteerit ovat ajassa ja paikassa muuntuvia. Kriteerit perustuvat yhtäältä eksplisiittisiin sopimuksiin, lakeihin, ja normeihin, mutta toisaalta myös sellaisiin implisiittisiin tekijöihin, jotka ovat ajassamme muuntuvia, kuten arvot. Absoluuttisen objektiivisia ja oikeita kriteerejä ei ole, jolloin tunnistamistehtävään liittyy aina myös henkilöiden määrittelyä sekä politiikkaa. Riippuu kulloinkin käytettävistä kriteereistä, millaisia henkilöitä ”saadaan haaviin”. On selvää, että kun kriteerejä muunnetaan, tulee tunnistetuksi toisenlaisia henkilöitä.

Valtaosa monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamiseen rinnastettavasta kansainvälisestä tutkimuksesta keskittyy paljon palveluja käyttävien tai suurkäyttäjien tutkimiseen heidän käyttäjäprofiilien kautta, pääosin terveyspalvelujen käytön sektorilla. Erityisen vähän on tutkittua tietoa siitä, miten monialaisia palveluja mahdollisesti tarvitsevien tunnistamisessa on onnistuttu sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittamisen näkökulmasta tai miten monialaisia palveluja tarvitsevien palvelutarpeiden arviointi on toteutunut, ja toisaalta miten yksilöllisten palvelukokonaisuuksien rakentamista on koordinoitu tai ohjattu.

Tämä selvitys vahvistaa koko väestön aineistolla samoja löydöksiä, jotka ovat olleet tiedossa jo aiemmin palvelujen käytön kustannusten kasaantumisesta pienelle osalle väestöä. Vain yhteen palveluluokkaan sisältyviä palveluja oli vuonna 2017 käyttänyt noin 40 prosenttia, kahteen 35 prosenttia, kolmeen 6 prosenttia ja neljän eri palveluluokan palveluja oli käyttänyt puoli prosenttia väestöstä. Varsin pieni joukko (n=1804) väestöstä oli käyttänyt palveluja viidestä palveluluokasta.

Suomessa monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamiseksi on käytössä useita erilaisia malleja tai työkaluja. Mallit ja työkalut ovat käytössä vaihtelevasti, ja tutkimustietoa niiden toimivuudesta ja vaikutuksista ei juuri ole. Käytössä olevien erilaisten mallien käyttöön liittyy haasteita mutta myös mahdollisuuksia, joista tarvitaan lisätietoa. On selvää, että monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisen sekä siinä tarvittavien mallien ja työkalujen asiantuntijuutta ja osaamista tulee vahvistaa. Erilaisiin työkaluihin ja malleihin suhtautuminen on tulosten mukaan kuitenkin myönteistä, joten toimintakulttuuri ja asenteet luovat vahvan pohjan monialaiselle tunnistamiselle.

Tunnistamiseen on sovittava monitoimijaisesti ja -äänisesti yhteiset linjaukset, periaatteet ja kriteerit. Näitä tulee määritellä ja kehittää soveltuvin osin kansallisesti, alueellisesti, organisaatiokohtaisesti ja asiakasryhmäkohtaisesti:

- Yhteistyön lisääminen eri ammattilaisten välillä voidaan nähdä keinona monialaisten palvelutarpeiden tunnistamiseksi ja määrittelyksi.
- Vuorovaikutus ja keskustelu asiantuntijoiden välillä ovat keinoja yhteisen ymmärryksen löytämiselle.
- Tietoisuutta eri ammattiryhmien välillä on kasvatettava.

- Moniasiantuntijainen yhteistyö asiakkaan haastavissa ja usein kompleksissa tilanteissa on nähtävä asiakkaan etuna.
- On kehitettävä tunnistamisen jälkeistä asiakasprosessia.
- Kustannusten hillinnän näkökulmasta erityisesti varhainen tunnistaminen sekä puuttuminen ovat keskeistä monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisessa ja määrittelyssä.

Kansallisina haasteina monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisessa ovat erityisesti tietojärjestelmiin ja niiden moninaisuuteen liittyvät haasteet. Rekisteritutkimus kuitenkin vahvistaa ymmärrystä siitä, että erilaisilla rekisteriaineistoilla voidaan aiempaa tarkemmin saada tietoa väestön palvelukäytöstä sekä jäsentää mahdollisia palvelutarpeita ja palvelujen käyttöä. Myös eräillä alueilla tehdyt tekoälykokeilut monialaisen palvelutarpeen ennakoimiseksi antavat myönteisiä merkkejä siitä, että digitalisaatiota voidaan hyödyntää tunnistamisessa. Tiedon kokoaminen ja jakaminen yksilöllisessä palvelukokonaisuudessa toimivien eri ammattilaisten kesken ennen tunnistamista, tunnistamisen aikana sekä tunnistamisen jälkeen on asiakkaan hoidon jatkuvuuden sekä hänen palvelutarpeidensa näkökulmasta erittäin keskeistä. Keskeinen haaste on, mitä monialaista palvelujen yhteensovittamista tarvitsevan asiakkaan asiakaspolulla tapahtuu tunnistamisen jälkeen ja miten vaikuttavasti yhteensovittaminen onnistuu sosiaali- ja terveyspalvelujen asiantuntijoiden toimesta ja eri palvelujen välillä.

Ymmärryksen syventäminen ja mallien soveltaminen

Tämän hankkeen jatkotyöskentelyssä syvennetään jo löydettyjä tuloksia kokoamalla systemaattisesti kartoitetut toimintamallit, tuotettu tieto sekä tehdyt arviot ja suositukset hankkeessa julkastavaan loppuraporttiin. Edelleen jatkotehtävänä on syventää ymmärrystä siitä, miten ja minkälaisilla toimintamalleilla ja menetelmillä monialaisia palveluja tarvitsevat asiakkaat voidaan tunnistaa, miten toimintamalleja ja menetelmiä voidaan soveltaa eri asiakasryhmissä, millä toimintamalleilla ja menetelmillä voidaan tunnistaa myös palvelujen ulkopuolelle jääneet tai jättäytyneet, monialaisia palveluja tarvitsevat henkilöt ja miten toimintamallien ja menetelmien on eri asiakasryhmien kohdalla todettu toimivan käytännössä. Kevään 2020 aikana tullaan toteuttamaan syventäviä haastatteluja sekä työpaja monialaista palvelujen yhteensovittamista tarvitsevien tunnistamisen edistämiseksi.

Hankkeessa tuotetaan ehdotus siitä, miten monialaisia palveluja tarvitsevien asiakkaiden tunnistamista on perusteltua toteuttaa ja arvioida, sekä miten tästä kertyvää tietoa olisi mahdollista hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimintaympäristöissä. Lisäksi esitetään suosituksia erityisesti työikäisten työ- ja toimintakyvyn arvioinnin ja tukemisen tarpeiden tunnistamiseksi ja työttömien terveystarkastusten hyödyntämiseksi. Samalla pyritään luomaan kokoava kuva monialaista palvelujen yhteensovittamista tarvitsevien tunnistamisen problematiikasta ja määrittämään tunnistamisen toteuttamisen geneerisiä linjauksia ja periaatteita.

Lähteet

- Acri, MC., Bornheimer, LA., O'Brien, K., Sezer, S., Little, V., Cleek, AF. & McKay, MM. (2016) A model of integrated health care in a poverty-impacted community in New York City: Importance of early detection and addressing potential barriers to intervention implementation. *Soc Work Health Care* 55(4): 314–327.
- Beck, A., Harris, V., Newman, L., Evans, LJ., Lewis, H. & Pegler, R. (2016) Statistical approaches for identifying heavy users of inpatient mental health services. *Journal of Mental Health* 25(5):455–460.
- Bleijenberg, N., Drubbel, I., Ten Dam, VH., Numans, ME., Schuurmans, MJ. & de Wit, NJ. (2012) Proactive and integrated primary care for frail older people: design and methodological challenges of the Utrecht primary care PROactive frailty intervention trial (U-PROFIT). *BMC geriatrics* 12(16): 1–9.
- Blomgren, J. & Virta, L. (2015) Yksityisen sairaanhoidon kustannukset ja Kela-korvaukset keskittyvät: keitä suurkuluttajat ovat? *Suomen Lääkärilehti* 2015:38(70):2419–2424.
- Blumenthal, KJ., Chang, Y., Ferris, TG., Spirt, JC., Vogeli, C., Wagle, N. & Metlay, JP. (2017) Using a Self-Reported Global Health Measure to Identify Patients at High Risk for Future Healthcare Utilization. *Journal of general internal medicine* 32(8):877–882.
- Boscardin, CK., Gonzales, R., Bradley, KL. & Raven, MC. (2015) Predicting cost of care using self-reported health status data. *BMC Health Services Research* 15(406):1–8.
- Briggs, T., Burd, M. & Fransoo, R. (2014) Identifying high users of healthcare in British Columbia, Alberta and Manitoba. *Healthc Pap* 14(2): 31–6.
- Centre for Academic Primary Care, University of Bristol (2019) Multimorbidity search tool for EMIS practices. Saatavissa: www.bristol.ac.uk/primaryhealthcare/resources/multimorbidity-tool/
- Chang, HY., Lee, WC. & Weiner, JP. (2010) Comparison of alternative risk adjustment measures for predictive modeling: high risk patient case finding using Taiwan's National Health Insurance claims. *BMC Health Serv Res* 10(343). Saatavissa: doi 10.1186/1472-6963-10-343
- Chechulin, Y., Nazerian, A., Rais, S. & Malikov, K. (2014) Predicting patients with high risk of becoming high-cost healthcare users in Ontario (Canada). *Healthc Policy* 9(3): 68–79.
- Chenore, T., Pereira Gray, DJ., Forrer, J., Wright, C. & Evans, PH. (2013) Emergency hospital admissions for the elderly: insights from the Devon Predictive Model. *J Public Health* 35(4): 616–623.
- Coderch, J., Sanchez-Perez, I., Ibern, P., Carreras, M., Perez-Berrueto, X. & Inoriza, JM. (2014) Predicting individual risk of high healthcare cost to identify complex chronic patients. *Gac Sanit* 28(4): 292–300.
- Cronley, C., Petrovich, J., Spence-Almaguer, E. & Preble, K. (2013) Do official hospitalizations predict medical vulnerability among the homeless? A postdictive validity study of the vulnerability index. *J Health Care Poor Underserved* 24(2): 469–486.
- Cunningham, PJ. (2017) Predicting high-cost privately insured patients based on self-reported health and utilization data. *Am J Manag Care* 23(7): 215–222.
- Donate-Martinez, A., Rodenas, F. & Garces, J. (2016) Impact of a primary-based telemonitoring programme in HRQOL, satisfaction and usefulness in a sample of older adults with chronic diseases in Valencia (Spain). *Arch Gerontol Geriatr* 2016(62):169–175.
- Duarte, ED., Tavares, TS., Nishimoto, CLJ., Azevedo, VMGDO., e Silva, BCN. & da Silva, JB. (2018) Questionnaire for identifying children with chronic conditions (QuCCC-R): translation and adaptation. *Acta Paulista de Enfermagem* 31(2): 144–152.
- El Khidani, A., Hoang, P. & Lindqvist, S. (2019) Työttömien terveystarkastukset pääkaupunkiseudulla. Diakoniammattikorkeakoulu, AMK-tutkinto. DIAK.Feder JL (2011) Predictive Modeling And Team Care For High-Need Patients At HealthCare Partners. *Health Aff* 30(3): 416–418.
- Feder, JL. (2011) Predictive Modeling And Team Care For High-Need Patients At HealthCare Partners. *Health Aff* 30(3): 416–418.
- Gandjour, AA. (2016) Model to Predict the Cost-Effectiveness of Disease Management Programs. *Health Econ* 19(6): 697–715.
- GeroS/Cezih; Monitoring and Evaluation of Healthcare Needs and Functional Ability of Gerontologic Insurees and Geriatric Patients. Saatavissa: http://www.stampar.hr/sites/default/files/Gerontologija/geros_cezih_monitoring_and_evaluation_of_healthcare_needs_and_functional_ability_elderly_2018.docx
- Glassgow, AE., Gerges, M., Martin, MA., Estrada, I., Issa, Z., Lapin, K., Morell, L., Solis, N., Van Voorhees, B. & Risser, HJ. (2018) Integration of mental health services into an innovative health care delivery model for children with chronic conditions. *Children and Youth Services Review* 2018(95):144–151.
- HealthNumerics-RISC® Predictive Models. A Successful Approach to Risk Stratification (2014) White paper. London: Optum. Saatavissa: www.optum.com/content/dam/optum/resources/whitePapers/Optum_HNRISC_White%20Paper.pdf
- Heincelman, M., Schumann, SO., Riley, J., Zhang, J., Marsden, JE., Mauldin, PD. & Rockey, DC. (2016) Identification of High Utilization Inpatients on Internal Medicine Services. *Am J Med Sci* 352(1): 63–70.
- Hietapakka, L., Karjalainen, P., Liukko, E. & Sinervo, T. (2019) Monialaista palvelujen yhteensovittamista tarvitsevien asiakkaiden sekä työ- ja toimintakyvyn tukitarpeiden tunnistaminen Suomessa. Tutkimuksesta tiiviisti 52, 2019. Terveystien ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

- Huhtakangas, M., Nordstrom, T., Keinänen-Kiukaaniemi, S., Taanila, A. & Tiirinki, H. (2019) Characteristics of Middle-Aged Frequent Attenders and their Use of Healthcare professionals' Services within Public Primary, Occupational and Private Healthcare: A Population- Based Cohort Study in Northern Finland. *International Journal of Caring Sciences* 12:1:176-197.
- Hujala, A., Taskinen, H., Oksman, E., Kuronen, R., Karttunen, A. & Lammintakanen, J. (2019) Sote-ammattilaisten monialainen yhteistyö: Paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat etusijalle. *Yhteiskuntapolitiikka*, 84 (5-6) 592–600.
- Hutchings, HA., Evans, BA., Fitzsimmons, D., Harrison, J., Heaven, M., Huxley, P., Kingston, MR., Lewis, L., Phillips, C., Porter, A., Russell, IT., Sewell, B., Warm, D., Watkins, A. & Snooks, HA. (2013) Predictive risk stratification model: a progressive cluster-randomised trial in chronic conditions management (PRISMATIC) research protocol. *Trials* 14(301): 1–10.
- Jain, SH. (2018) CareMore Health Tackles the Unmet Challenges of the Aging Population. *Generations* 42(1): 14–18.
- Jokela, M., Kivipelto, M. & Ylikännö, M. (2019) Toimeentulotuesta sosiaalityön asiakkaaksi. Sosiaalityöhön ohjaaminen Kelan ja kunnan rajapinnassa. THL, Työpaperi 26/2019.
- Kaattari, A., Tiirinki, H., Turkki, L., Nordström, T. & Taanila, A. (2015) Perusterveydenhuollon palveluiden suurkäyttäjät Pohjois-Suomen syntymäkohorttiaineistossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. 52:191–201.
- Kahan, D., Leszcz, M., O'Campo, P., Hwang, SW., Wasylenki, DA., Kurdyak, P., Wise Harris, D. Gozdzik, A. & Stergiopoulos, V. (2016) Integrating care for frequent users of emergency departments: implementation evaluation of a brief multi-organizational intensive case management intervention. *BMC Health Services Research* 27(16):1–9. Saatavissa: DOI: 10.1186/s12913-016-1407-5
- Kapiainen, S., Seppälä, T.T., Häkkinen, U., Lauharanta, J., Roinen, R.P. & Korppi-Tommola, M. (2010) Pääkaupunkiseudun erittäin kalliit potilaat. THL, Avauksia 3/2010.
- Kerse, N., Boyd, M., McLean, C., Koziol-McLain, J. & Robb, G. (2016) The BRIGHT tool. *Age Ageing* 37(5): 553–588.
- Kivipelto M., Suhonen, M., Koivisto, J., Tiirinki, H. & Miikki, R. (2019) Monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisen ja ennakoimisen mallit kansainvälisesti – kartoittava katsaus. Työpaperi xx/2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kurpas, D., Szwamel, K. & Mroczek, B. (2016) Frequent Attenders with Chronic Respiratory Diseases in Primary Care Settings. *Advancements in Clinical Research: Springer* 2016(952):17–29. Saatavissa: DOI: 10.1007/5584_2016_63
- Leininger, LJ., Friedsam, D., Voskuil, K. & DeLeire, T. (2014) Predicting high-need cases among new Medicaid enrollees. *Am J Manag Care* 20(9): 399–407.
- Leininger, LJ., Saloner, B. & Wherry, LR. (2015) Predicting high-cost pediatric patients: derivation and validation of a population-based model. *Med Care* 53(8): 729–735.
- Lehtovaara, K. (2019) Työtön on oman elämänsä asiantuntija. Terveystieteiden tutkimuskeskus Työttömien Keskusjärjestö ry. Julkaisematon muistio.
- Lemke, KW., Weiner, JPDH. & Clark, JM. (2012) Development and Validation of a Model for Predicting Inpatient Hospitalization. *Med Care* 50(2):131–139.
- Leskela, RL., Komssi, V., Sandström, S., Pikkujämsä, S., Haverinen, A., Olli, SL. & Ylitalo-Katajisto, K. (2013) Paljon sosiaali- ja terveystalvija käyttävät asiakkaat Oulussa. *Suomen Lääkärilehti* 68:3163-3169c.
- Leskelä, RL. ym. (2015) Paljon erikoissairaanhoidon palveluja käyttävät potilaat. *Suomen Lääkärilehti* 2015:43(70):2865-2872a.
- Levett-Jones, T., Hoffman, K., Dempsey, J., Jeong, SY., Noble, D., Norton, CA., Roche, J. & Hickey, N. (2010) The 'five rights' of clinical reasoning: An educational model to enhance nursing students' ability to identify and manage clinically 'at risk' patients. *Nurse Educ Today* 30(6): 515–520.
- Lin, MP., Blanchfield, BB., Kakoza, RM., Vaidya, V., Price, C., Goldner, JS., Higgins, M., Lessenich, E., Laskowski, K. & Schuur, JD. (2017) ED-Based Care Coordination Reduces Costs for Frequent ED Users. *Am J Manag Care* 23(12): 762–766.
- Low, LL., Liu, N., Lee, KH., Ong, MEH., Wang, S., Jing, X. & Thumboo, J. (2017) FAM-FACE-SG: a score for risk stratification of frequent hospital admitters. *BMC medical informatics and decision making* 17(1): 35–35.
- Lynge Pedersen, M., Rolskov, A., Lindskov Jacobsen, J. & Rask Lynge, A. (2012) Frequent use of primary health care service in Greenland: an opportunity for undiagnosed disease case-finding. *Int J Circumpolar Health* 71(18431): 1–5. Saatavissa: doi: 10.3402/ijch.v71i0.18431
- Malanin, A. (2019) Onnistuneen työttömien terveystarkastuksen elementtejä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, YAMK-tutkinto. DIAK.
- Marcoux, V., Chouinard, M., Diadiou, F., Dufour, I. & Hudon, C. (2017) Screening tools to identify patients with complex health needs at risk of high use of health care services: A scoping review. *PLoS One* 12(11): 1–14.
- Milbrett, P. & Halm, M. (2009) Characteristics and Predictors of Frequent Utilization of Emergency Services. *Journal of Emergency Nursing* 35(3): 191–198.
- Moore, L., Deehan, A., Seed, P. & Jones, R. (2009) Characteristics of frequent attenders in an emergency department: analysis of 1-year attendance data. *Emergency Medicine Journal* 26(4): 263–267.
- Mäklin, S. & Kokko, P. (2019) Terveiden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2017. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti X/2019.
- National Health Interview Survey (2019) Saatavissa: www.cdc.gov/nchs/nhis/index.htm
- Nguyen, OK., Tang, N., Hillman, JM. & Gonzales, R. (2013) What's cost got to do with it? Association between hospital costs and frequency of admissions among "high users" of hospital care. *Journal of Hospital Medicine* 2013:8(12):665-671.
- Prenovost, KM., Fihn, SD., Maciejewski, ML., Nelson, K., Vijan, S. & Rosland, A. (2018) Using item response theory with health system data to identify latent groups of patients

- with multiple health conditions. *PLoS One* 13(11): 1–19. Saatavissa: doi: 10.1371/journal.pone.0206915
- Reho, T., Atkins, S., Talola, N., Sumanen, M., Viljamaa, M. & Uitti, J. (2018) Comparing occasional and persistent frequent attenders in occupational health primary care –“a longitudinal study. *BMC Public Health* 18(1): 1–9- Saatavissa: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-6217-8>
- Reho, T., Atkins, S., Talola, N., Viuljamaa, M., Sumanen, MPT. & Uitti, J. ym. (2019) Frequent attenders in occupational health primary care: A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health* 2019:47(1):28-36. doi.org/10.1177/1403494818777436
- Rinehart, DJ., Oronce, C., Durfee, MJ., Ranby, KW., Batal, HA., Hanratty, R., Vogel, J. & Johnson, TL. (2018) Identifying Subgroups of Adult Superutilizers in an Urban Safety-Net System Using Latent Class Analysis Implications for Clinical Practice. *Med Care* 56(1): 1–9. Saatavissa: DOI: 10.1097/MLR.0000000000000628
- Robst, J. (2012) Comparing Methods for Identifying Future High-Cost Mental Health Cases in Medicaid. *Value Health* 15(1):198–203.
- Rosella, LC., Kornas, K., Yao, Z., Manuel, DG., Bornbaum, C., Fransoo, R. & Stukel, T. (2018) Predicting High Health Care Resource Utilization in a Single-payer Public Health Care System: Development and Validation of the High Resource User Population Risk Tool. *Med Care* 56(10): 61–69. Saatavissa: DOI: 10.1097/MLR.0000000000000837
- Ruiz, S., Snyder, LP., Rotondo, C., Cross-Barnet, C., Colligan, EM. & Giuriceo, K. (2017) Innovative Home Visit Models Associated With Reductions In Costs, Hospitalizations, And Emergency Department Use. *Health Aff* 36(3): 425–432.
- Shadmi, E., Flaks-Manov, N., Hoshen, M., Goldman, O., Biterman, H. & Balicer, RD. (2015) Predicting 30-day readmissions with preadmission electronic health record data. *Med Care* 53(3): 283–289.
- Small, FF. (2011) Determinants of physician utilization, emergency room use, and hospitalizations among populations with multiple health vulnerabilities. *Health - an interdisciplinary journal* 15(5): 491–516.
- Smits, FT., Brouwer, HJ., Zwinderman, AH., Mohrs, J., Schene, AH., van Weert, Henk, CPM. & ter Riet, G. (2014) Why do they keep coming back? Psychosocial etiology of persistence of frequent attendance in primary care: A prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Research* 77(6): 492–503.
- Spoke (2013) Sussex Predictor of Key Events. Risk Prediction Tools. Saatavissa: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215490/dh_129779.pdf. Accessed 11/26, 2019.
- Spratt, T. (2011) Families with multiple problems: Some challenges in identifying and providing services to those experiencing adversities across the life course. *Journal of Social Work* 11(4): 343–357.
- Srinivasan, K., Currim, F. & Ram, S. (2018) Predicting High-Cost Patients at Point of Admission Using Network Science. *IEEE J Biomed Health Inform* 22(6): 1970–1977.
- Stampa, Md., Vedel, I., Montgolfier, Sd., Buyck, J., Thorez, D., Gazou, F., Henrard, JC., Bergman, H. & Ankri, J. (2013) Single entry point in a gerontological network for addressing the needs of older people. *Santé publique* 25(1): 7–14.
- STM (2013) Työttömien terveydenhuollon järjestäminen. Kirje 19.8.2013. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Struckmann, V., Spranger, A., Fuchs, S. & van Ginneken, E. (2016) SELFIE2020, Work Package 2 Report, Germany. Saatavissa: www.selfie2020.eu/wp-content/uploads/2016/12/SELFIE_WP2_Germany_Final-thick-descriptions.pdf
- Supat, B., Brennan, JJ., Vilke, GM., Ishimine, P., Hsia, RY. & Castillo, EM. (2019) Characterizing pediatric high frequency users of California emergency departments. *The American Journal of Emergency Medicine* 37(9): 1699–1704.
- Tamang, S., Milstein, A., Sørensen, HT., Pedersen, L., Mackey, L., Betterton, J., Janson, L. & Shah, N. (2017) Predicting patient 'cost blooms' in Denmark: a longitudinal population-based study. *BMJ open* 7(1):e011580-e011580. Saatavissa: www.pubfacts.com/detail/28077408/Predicting-patient-cost-blooms-in-Denmark-a-longitudinal-population-based-study
- Tentner, AR., Spellman, A., Paulson, A., Day, C., Sadler, T., Coffman, R. & Pollack, HA. (2019) Identifying Chicago's High Users of Police-Involved Emergency Services. *Am J Public Health* 109(4): 607–613. Saatavissa: DOI: 10.2105/AJPH.2018.304923
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010.
- Theodos, B., Popkin, SJ., Parilla, J. & Getsinger, L. (2012) The Challenge of Targeting Services: A Typology of Public-Housing Residents. *Soc Serv Rev* 86(3): 517–544.
- Thompson, MQ., Theou, O., Yu, S., Adams, RJ., Tucker, GR, & Visvanathan, R. (2018) Frailty prevalence and factors associated with the Frailty Phenotype and Frailty Index: Findings from the North West Adelaide Health Study. *Australas Ageing* 37(2): 120–126.
- Tonelli, M., Wiebe, N., Fortin, M., Guthrie, B., Hemmelgarn, BR., James, MT., Klarenbach, SW., Lewanczuk, R., Manns, BJ., Ronksley, P., Sargious, P., Straus, S. & Quan, H. (2015) Methods for identifying 30 chronic conditions: application to administrative data. *BMC Med Inform Decis Mak* 15(31): 1–11. Saatavissa: doi: 10.1186/s12911-015-0155-5
- Työttömyysturvalaki 1290/2002.
- Vallve, C., Piera, J., Carles Contel, J., Cano, I., Baltaxe, E., Hernandez, C. & Roca, J. (2016) SELFIE2020, Work Package 2 Report, Spain. Saatavissa: www.selfie2020.eu/wp-content/uploads/2016/12/SELFIE_WP2_Spain_Final-thick-descriptions.pdf
- van Walraven, C., Dhalla, IA., Bell, C., Etchells, E., Stiell, IG., Zarnke, K., Austin, PC. & Forster, AJ. (2010) Derivation and validation of an index to predict early death or unplanned readmission after discharge from hospital to the community. *CMAJ* 182(6): 551–557.

- Vest, JR., Caine, V., Harris, LE., Watson, DP., Menachemi, N. & Halverson, P. (2018) Fostering Local Health Department and Health System Collaboration Through Case Conferences for At-Risk and Vulnerable Populations. *Am J Public Health* 108(5): 649–651.
- Vest, JR., Grannis, SJ., Haut, DP., Halverson, PK. & Menachemi, N. (2017) Using structured and unstructured data to identify patients' need for services that address the social determinants of health. *Int J Med Inf* 2017(107):101–106.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto (2017) Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa. Tuloksellisuustarkastuskertomus. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 11/2017.
- Wallace, E., Hinchey, T., Dimitrov, BD., Bennett, K., Fahey, T. & Smith, SM. (2013) A Systematic Review of the Probability of Repeated Admission Score in Community-Dwelling Adults. *J Am Geriatr Soc* 61(3): 357–364.
- Wammes, JG., van der Wees, PJ., Tanke, MAC., Vestert, GP. & Jeuriseen, PPT. (2018) Systematic review of high-cost patients' characteristics and healthcare utilisation. *BMJ Open* 2018;8:e023113. doi:10.1136/bmjopen-2018-023113
- WHO (2019) Social Determinants of Health. Saatavissa: www.who.int/social_determinants/en/
- Wodchis, WP., Austin, PC. & Henry, DA. (2016) A 3-year study of high-cost users of health care. *CMAJ* 2016;188(3):182-188. doi.org/10.1503/cmaj.150064
- Ylitalo-Katajisto, K. (2019) Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden yksilöity sosiaali- ja terveystalouden yhteinen koostaminen. *Acta Universitatis Ouluensis*, D 1540.
- Ylitalo-Katajisto, K., Tiirinki, H., Turkki, L. & Suhonen, M. (2018a) Asiakasprofiilien tunnistaminen hyvinvointikeskuksen suunnitteluvaiheessa. *Focus Localis* 2:28–39.
- Ylitalo-Katajisto, K., Törmänen, O., Tiirinki, H. & Suhonen, M. (2018b) Profiling Frequent Attenders to Social and Health Care services from the Perspective of Knowledge-Based Management. *International Journal of Caring Science* 11:1:371-378.