

HANNELE HYPPÖNEN (TOIM.), TIMO TURUNEN,  
PÄIVI HÄMÄLÄINEN, JARMO KÄRKI, SARI PALOJOKI

## **Ammattilaisten tiedontarpeista sosiaali- ja terveydenhuollon rajalla**



Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

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

© Kirjoittajat ja Stakes

Taitto: Christine Strid

ISBN 978-951-33-2258-8 (nid.)

ISSN 1236-0740 (nid.)

ISBN 978-951-33-2259-5 (PDF)

ISSN 1795-8210 (PDF)

Stakes, Helsinki 2008

Valopaino Oy

Helsinki 2008

## Tiivistelmä

Hannele Hyppönen (toim.), Timo Turunen, Päivi Hämäläinen, Jarmo Kärki, Sari Palojoki. Ammattilaisten tiedontarpeista sosiaali- ja terveydenhuollon rajalla. Stakes, Raportteja 32/2008. 90 sivua, hinta 19 €. Helsinki 2008. ISBN 978-951-33-2258-8

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä astui voimaan heinäkuussa 2007. Lailla pyritään edistämään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä toteuttamalla yhtenäinen valtakunnallinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä. Julkisen terveydenhuollon toimijat veloitetaan liittymään valtakunnallisen palvelun käyttäjiksi. Vastaava kehityskulku on käynnissä myös sosiaalipalvelujen sähköisten asiakasasiakirjojen osalta. Kansalaisten terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät ongelmat ja tarpeet eivät kuitenkaan aina noudata sosiaali- ja terveydenhuollon sektorirajoja. Yhteisen asiakkaan laadukas ja saumaton palvelu saattaa edellyttää tiedonvaihtoa eri henkilörekistereiden välillä, mutta vaihdettavista tiedoista ja niiden käyttötarkoituksista ei kuitenkaan ole olemassa sellaista systemaattista tutkimustietoa, jota voisi suoraan hyödyntää kansallisessa arkkitehtuurissa.

Tämän pienimuotoisen tutkimuksen tehtävänä oli kartoittaa niitä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä asiakastietoja, joita sosiaalitoimen palveluissa tarvitaan yhteisten asiakkaiden palvelumiseksi, tietojen käyttötarkoitusta ja välityskanavia. Toisena tehtävänä oli kehittää menetelmää yhteisten asiakastietojen tunnistamiseksi. Menetelminä olivat katsaus kotimaiseen kirjallisuuteen, varhaiskasvatukseen ja vanhustenhuollon ammattilaisten teemahaastattelut sekä joidenkin varhaiskasvatukseen ja vanhustenhuoltoon liittyvien lomakkeiden sisällönanalyysi.

Tutkimuksessa esitetään ensimmäistä kertaa yhtenäinen kuva sosiaali- ja terveystoimen kahdessa palvelukokonaisuudessa käytettävistä sektorirajat ylittävistä tietokokonaisuuksista. Tutkimus kuvaa niitä käytäntöjä, joita tämän tiedon välittämisessä käytetään, ja tiedon vaihdon rajoituksista. Tutkimuksen tulokset on suunnattu ensisijaisesti valtakunnallisen asiakastietojärjestelmän kehittämisestä vastaaville päättäjille ja järjestelmien rakentajille. Tieto ammattilaisten käyttämistä sektorirajat ylittävistä tiedosta erityisesti päivähoidossa ja vanhustenhuollossa ja tietojen käyttötarkoituksista on tärkeää myös näiden palvelujen tuottajille ja kehittäjille.

Kirjallisuuskatsauksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön ja yhteisen tiedon tarve on tunnistettu ja tuotu julki tutkimuksissa, raporteissa ja kehittämishankkeissa. Kirjallisuudessa on tunnistettu asiakkuuksia, joissa sektorirajat ylittävää tietoa tarvitaan, samaten palvelutilanteita. Eri palvelutilanteissa tarvittavia sektorirajat ylittäviä tietokokonaisuuksia kirjallisuus erittelee hyvin vähän ja pirstaleisesti. Pisimmällä yhteisten palvelukokonaisuuksien kehittäminen on elämänkaaren päissä. Varhaislapsuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen palvelukokonaisuus muodostuu yleisimmin lastenneuvolan, päivähoidon, lastensuojelun ja kuntoutuspalveluiden välille. Ikäihmisten palveluissa on kehitetty sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja yhdistäviä toimintamalleja erityisesti kotihoitoon, ja tunnistettu niihin liittyviä sektorirajat ylittäviä tietokokonaisuuksia.

Tutkimus tuotti luettelot tietokokonaisuuksista (kuten lääkitystiedot), joita voidaan tarvita varhaiskasvatukseen ja kotihoidon asiakkaan peruspalveluun, palveluketjuun ja palvelukokonaisuuteen liittyvissä erilaisissa palvelutapahtumissa asiakaspalvelun eri vaiheissa. Tietokokonaisuuksien yksityiskohtaisten tietosisältöjen täsmentämiseen (tarvittavaan tiedon tasoon prosessin eri vaiheissa) tutkimuksen aineisto ei kuitenkaan ollut riittävä.

Tulosten mukaan päivähoidossa ja kotihoitossa tällä hetkellä hyödynnettävä terveydenhuollon kanssa yhteinen tieto on paljolti strukturoimatonta ja tietosisällöt vaihtelevat. Olemassa olevia luokituksia ei vielä juurikaan käytetä. Tiedon kirjaaminen on vaihtelevaa, joskus tieto kirjataan viiveellä, paljon tietoa jää myös systemaattisesti kirjaamatta. Käytössä olevat tietojärjestelmät

eivät vielä mahdollista tiedon kirjaamista rakenteisena kuin osittain ja tilanne eri organisaatioissa vaihtelee. Yhtenäistä sopimusta ei ole siitä, missä tilanteissa kukakin voisi tarkastella mitäkin asiakastietoa. Varhaiskasvatuksessa tiedonvaihto tapahtuu pääosin asiakkaan välityksellä, kotihoidossa asiakkaan luvalla.

Toimintakäytännöt vaihtelevat eri kunnissa, eikä yhtä yhtenäistä näkemystä varhaiskasvatuksen ja kotihoidon palvelukokonaisuuksista, niihin liittyvistä palvelutapahtumista, yhteistyökumppaneista ja näiden vaihtamasta tiedosta löytynyt. Sekä varhaiskasvatuksen että kotihoidon palvelutilanteiden moninaisuus palveluprosessin eri vaiheissa vaikeuttivat yhtenäisen kuvan luomista eri palvelutapahtumissa tarvittavasta asiakastiedosta. Sekä varhaiskasvatus että kotihoito ovat pitkäkestoisia, usein vuosien mittaisia palveluprosesseja, ja niiden kuluessa voi syntyä monenlaisia uusia palvelutarpeita ja niihin liittyviä palvelutapahtumia peruspalveluprosessin palvelutapahtumien rinnalle.

Konkreettisen tiedonvaihdon haasteena ovat yhteisten tietosisältöjen määrittelyn puutteen lisäksi tietojärjestelmien haasteet, kuten Pegasoksesta puuttuva palvelu- ja hoitosuunnitelmalehti. Haasteena ovat myös erilaiset toimintatavat sekä puutteellinen tietojen kirjaaminen. Lisähaasteena ovat yksityisen ja kolmannen sektorin palveluntuottajat, joiden osalta asiakastietojen saanti on vaikeaa. Kansallisen arkkitehtuurin käyttöönotossa tulee lain edellyttämä käyttäjien hallinta olemaan haasteellinen osa hyvää palveluprosessia.

Tutkimuksessa hahmoteltiin ”modulaarista” lähestymistapaa yhteisten tietosisältöjen määrittelyyn. Yksittäisen moduulin muodostaisivat palvelutapahtumassa tarvittavat asiakastiedot, tietoa hallinnoivat toimijatahot, tiedon luovutusperuste sekä dokumentti tai asiakirja johon tieto on kirjattu, ja myös mihin luovutus kirjataan. Tällaisella lähestymistavalla ei olisi tarpeen tuottaa yhtenäisiä kaavioita palvelukokonaisuuksista tai palveluprosesseista, vaan ”analyysiyksikkönä” olisi palvelutapahtuma.

Tutkimuksen sivutuotteena haastatteluissa kertyi käytännön työtä kuvaavaa arvokasta aineistoa, josta nousee esiin myös muita sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisen infrastruktuurin kehittämisen kannalta oleellisia kysymyksiä, jotka eivät olleet tämän tutkimuksen varsinainen kohde. Haastatteluissa tuotiin esiin useita tilanteita, joissa sosiaali- ja terveydenhuollon väliset tietokatkokset lääkitystiedoissa ovat aiheuttaneet tai olleet vaarassa aiheuttaa selviä potilasturvallisuustapahtumiksi luokiteltavia, jopa vakavia, haittoja potilaalle. Myös sellaisia tilanteita tuotiin esiin, joissa palvelujen järjestämisen logistiikkaketju katkeaa tiedonkulun vaikeuksien vuoksi siten, että palvelujen järjestäjille ja/tai asiakkaalle tulee ylimääräistä kuluja, henkilöstöresurssien huonoa käyttöä tai aikaviiveitä. Tästä kohdasta saattaisi löytyä sitä palvelujen tehokkuuden ja laadun parantamista, jota tietoteknologian käyttöönotolta odotetaan.

Avainsanat: palvelut, integraatio, yhteistyö, sosiaalipalvelut, terveystieteiden palvelut, laatu, laadunhallinta, tiedonhallinta, tietojärjestelmät, terminologia, organisaatiot, verkostot, moniammatillisuus, hoitoketjut, johtaminen, suunnittelu, sosiaali- ja terveydenhuolto

## Sammandrag

Hannele Hyppönen (toim.), Timo Turunen, Päivi Hämäläinen, Jarmo Kärki, Sari Palojoki. Ammattilaisten tiedontarpeista sosiaali- ja terveydenhuollon rajalla [Om yrkespersoners informationsbehov vid gränsen mellan socialvård och hälso- och sjukvård]. Stakes, Rapporter 32/2008. 90 sidor, pris 19 €. Helsingfors 2008. ISBN 978-951-33-2258-8

Lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården trädde i kraft i juli 2007. Syftet med lagen är att främja datasäker elektronisk behandling av klientdata inom social- och hälsovården genom att skapa ett enhetligt landsomfattande elektroniskt behandlings- och arkiveringssystem för patientdata. Offentliga aktörer inom hälso- och sjukvården åläggs att börja utnyttja den landsomfattande tjänsten. Ett motsvarande utvecklingsförlopp pågår också i fråga om elektroniska klienthandlingar inom den sociala servicen. Problem och behov med anknytning till medborgarnas hälsa och välfärd följer inte alltid sektorgränserna för socialvården och hälso- och sjukvården. Att kunna tillhandahålla en gemensam klient obruten service av hög kvalitet kan kräva datautbyte mellan olika personregister, men det finns inte sådan systematisk evidensbaserad information om data som utbyts och deras användningsändamål att tillgå som direkt kunde utnyttjas i den nationella arkitekturen.

Syftet med denna småskaliga studie var att kartlägga socialvårdens och hälso- och sjukvårdens gemensamma klientdata som behövs i socialförvaltningens tjänster för att kunna ge gemensamma klienter service, samt att kartlägga datans användningsändamål och förmedlingskanaler. En annan uppgift var att utveckla en metod för att identifiera gemensamma klientdata. Metoderna som användes i studien var en inhemsk litteraturoversikt, temaintervjuer med yrkespersoner inom småbarnsfostran och äldreomsorg samt analys av innehållet i några formulär som rör småbarnsfostran och äldreomsorg.

I studien ges för första gången en enhetlig bild av sektoröverskridande datauppsättningar som används inom social- och hälsoförvaltningens två servicehelheter. I studien beskrivs den praxis som tillämpas vid förmedlingen av dessa data, och begränsningarna vid datautbyte. Studiens resultat riktar sig i första hand till de beslutsfattare som ansvarar för utvecklingen av det landsomfattande klientdatasystemet och till dem som bygger upp systemet. Information om sektoröverskridande data som yrkespersoner använder särskilt inom dagvården och äldreomsorgen och om datans användningsändamål är viktig också för tjänsteutvecklarna.

Litteraturoversikten visade att socialvårdens och hälso- och sjukvårdens samarbete och behov av gemensamma data identifierats och lyfts fram i studier, rapporter och utvecklingsprojekt. I litteraturen har både klientrelationer och servicehändelser, i vilka det behövs sektoröverskridande data, identifierats. Sektoröverskridande datauppsättningar, som behövs vid olika servicehändelser, specificeras mycket lite och splittrat i litteraturen. Allra längst är utvecklingen av gemensamma servicehelheter i början och slutet av levnadsloppet. I den tidiga barndomen består socialvårdens och hälso- och sjukvårdens gemensamma servicehelhet vanligen av rådgivningsbyrån för barnavård, barndagvård, barnskydd och rehabiliteringstjänster. I tjänsterna för äldre har man utvecklat verksamhetsmodeller som förenar socialvårdstjänster och hälso- och sjukvårdstjänster särskilt inom hemvården, och identifierat sektoröverskridande datauppsättningar med anknytning till tjänsterna.

Studien resulterade i förteckningar över datauppsättningar (som medicineringsuppgifter), som kan behövas i basservicen för klienter inom småbarnsfostran och äldreomsorg, i servicekedjan och i servicehändelser med anknytning till servicehelheten i klienttjänstarbetets olika skeden. För precisering av det detaljerade datainnehållet i datauppsättningarna (den behövliga informationsnivån under processens olika skeden) var studiematerialet för litet.

Enligt resultaten är de gemensamma data som för närvarande utnyttjas inom dagvården och hemvården i stor utsträckning ostrukturerade och datainnehållen varierar. Befintliga klassificeringar används nästan inte alls ännu. Registreringen av data varierar. Ibland registreras de senare, men mycket data förblir systematiskt oregistrerade. De datasystem som används ger endast delvis möjlighet att registrera datan strukturerat och situationen i olika organisationer varierar. Det finns inget enhetligt avtal om i vilka situationer och vem som ska granska klientdata och vilka data. Inom småbarnsfostran sker datautbytet i huvudsak via klienten, medan det inom hemvården sker med klientens tillstånd.

Verksamhetspraxisen varierar i olika kommuner och det finns ingen gemensam syn på servicehelheterna småbarnsfostran och hemvård, deras servicehändelser och samarbetspartner och de data som dessa utbyter. Mångfalden av servicehändelser i serviceprocessens olika skeden inom både småbarnsfostran och hemvård försvårade skapandet av en enhetlig bild av de klientdata som behövs vid olika servicehändelser. Både småbarnsfostran och hemvård är långvariga serviceprocesser som ofta pågår flera år. Under processerna kan det uppstå mångahanda nya servicebehov och servicehändelser i anslutning till servicebehoven vid sidan av basserviceprocessens servicehändelser.

En konkret utmaning i datautbytet är att enhetliga datainnehåll inte definierats. Datasystemen medför också utmaningar, som till exempel att Pegasos saknar ett formulär för service- och vårdplanen. En annan utmaning är olika förfaringssätt och bristfällig registrering av data. En ytterligare utmaning är den tredje sektorns tjänsteleverantörer, från vilka det är svårt att få klientdata. När den nationella arkitekturen tas i bruk, kommer användarhantering i enlighet med lagen att vara en krävande del av processen för god service.

I studien utformades ett ”modulsätt” för att definiera gemensamma datainnehåll. I servicehändelsen består en enskild modul av behövliga klientdata, de aktörer som hanterar datan, orsaken till att överlämna datan samt det dokument som innehåller datan och i vilken överlämnandet antecknas. Detta förfaringssätt medför att det inte är nödvändigt att utarbeta enhetliga scheman av servicehelheterna eller serviceprocesserna, utan servicehändelsen är en ”analysenhet”.

En biprodukt av studiens intervjuer var värdefullt material som beskriver arbetet i praktiken. Materialet lyfter fram andra väsentliga frågor som rör utvecklingen av den elektroniska infrastrukturen inom socialvården och hälso- och sjukvården och som inte var föremål för denna studie. I intervjuerna redogjordes ofta för situationer där informationsgap mellan socialvården och hälso- och sjukvården i fråga om medicineringsuppgifter orsakat eller riskerat orsaka patienten uppenbara och till och med allvarliga skador som kunde klassificeras som patientsäkerhetsfall. Även sådana situationer lyftes fram där logistikkedjan för tillhandahållande av tjänster bryts på grund av problem vid datautbytet, så att tillhandahållarna av tjänster och/eller klienten orsakas extra kostnader, personalresurserna utnyttjas dåligt eller det uppstår dröjsmål. I fråga om detta kunde det vara möjligt att förbättra tjänsternas effektivitet och kvalitet, vilket ibruktagandet av informationsteknologi förväntas medföra.

Nyckelord: service, integration, samarbete, social service, hälso- och sjukvårdstjänster, kvalitet, kvalitetsledning, informationshantering, datasystem, terminologi, organisationer, nätverk, multiprofessionalism, vårdkedjor, ledning, planering, socialvård och hälso- och sjukvård

## Abstract

Hannele Hyppönen (toim.), Timo Turunen, Päivi Hämäläinen, Jarmo Kärki, Sari Palojoki. Ammattilaisten tiedontarpeista sosiaali- ja terveydenhuollon rajalla [Needs for knowledge among professionals at the interface of social welfare and health care]. STAKES, Reports 32/2008. pp. 90, price € 90. Helsinki 2008. ISBN 978-951-33-2258-8

The act on the electronic processing of client data within social welfare and health care entered into force in July 2007. The aim of the act is to promote information security in the electronic processing of client data within social welfare and health care by implementing a uniform national-level electronic system for processing and storing patient data. The various actors in public health care will be obliged to register as users of the national service. A similar development is in progress also as regards electronic client documents in social services. However, the issues and needs of citizen health and well-being are not always in line with the sectoral boundaries of social welfare and health care. The seamless provision of high-quality services to joint customers may well require information exchange between different personal data files, but there is as yet no such systematic research data on exchangeable information and its purposes that could directly be utilised in the national architecture.

The purpose of this specific study was to map out the joint client data of social welfare and health care that are needed in the provision of social services to a joint clientele. Also, the objective was to chart the various purposes and media of this data. Another task was to develop a method for the identification of joint customer data. This was accomplished through a variety of methods: by reviewing related Finnish publications, by interviewing experts in early childhood education and care, and by analysing some of the forms used in both early childhood education and care and elderly care.

The study is the first to provide a uniform picture of the cross-sectoral data sets used in the two service systems of the municipal health and social sector. The report describes the practices by which this information is exchanged and the limitations in this exchange. The results are primarily targeted at decision-makers in charge of developing the national client-data system as well as at those who will build that system. For the developers of these services, too, it is important to have information on cross-sectoral data used by professionals, especially in day care and elderly care, and on the purposes of that data.

According to the literature review, the need for co-operation and shared data in social welfare and health care has been recognised and expressed in a number of studies, research reports and development projects. The literature recognises several kinds of professional-client relationships as well as service events where cross-sectoral data is needed. However, the specification of different cross-sectoral data needed in service events is quite limited and fragmented. The development of joint service wholes has come the furthest as regards both ends of the life cycle. In early childhood, the joint services of social welfare and health care most often encompass child-health clinics, day care, child welfare and rehabilitation services. In elderly care, operational models bridging the gap between social-welfare and health-care services have been developed, especially for home-care purposes, and efforts have been made to identify related cross-sectoral information.

The study produced lists of data sets (e.g. medication data) that may be needed at different stages of customer service with regard to service events in basic service, the service chain and the service whole provided to clients in early childhood education and care and home care. The material used and produced in the study was not, however, sufficient to provide a detailed specification of the data content in the sets of data (in terms of the required data level at different stages of the process).



The results indicate that the data at present utilised within day care and home care and shared with health care is to a large extent unstructured, and the data content varies a great deal. Also, the existing classifications are still not used in any significant degree. The ways in which data is recorded also vary; delays occur occasionally and much data also systematically goes unrecorded. The information systems in use still only allow for partial structured recording of data and the situation varies between organisations. There is no common agreement on who may access what client data and in what kinds of situations. In early childhood education and care, information exchange mostly occurs through the client, in home care with the client's permission.

The operating practices vary between municipalities. The study consequently identified no common views on early-childhood-education and home-care services, or on related service events, partners and the information exchanged between them. The diversity of service events in both early childhood education and care and home care at different stages of the service process made it more difficult to create a uniform picture of the client data needed in the various events. Both early childhood education and care and home care are long-term by nature. Often they involve several-year long service processes and they may bring about a variety of new service needs and related service events alongside those of the basic service process.

A challenge facing the concrete exchange of information is not only the lack of defined, joint data sets but also the issues concerning information systems, such as the missing service and care plan form in the Pegasos information system. Another challenge concerns different operational methods as well as the insufficient recording of data. Also, challenges are posed by private and third-sector service providers, from whom it is difficult to extract client data. In the implementation of the national architecture, the user control provided by law will be a challenging part of a good-quality service process.

The study outlined a "modular" approach to the definition of joint data contents. One individual module would comprise the client data needed for the service event, the actors administering the data, the basis for information delivery as well as the document where the data and also the delivery is recorded. This approach would obviate the need to produce uniform diagrams of service wholes or service processes; instead, the "unit of analysis" would be the service event.

A by-product of the study was the valuable material gathered during the interviews, describing the practical work. The material also gives rise to a number of other questions relevant in terms of the development of an electronic infrastructure for social welfare and health care, which was not what this study primarily set out to achieve. Several situations emerged from the interviews where breaks in the information flow concerning medication data between social welfare and health care have caused or threatened to cause serious damage to patients, damage that can be classified as patient-safety incidents. The interviews also revealed situations where the logistics chain of service provision breaks due to difficulties in the information flow. What this implies for the service providers and/or clients is extra expenses, poor use of personnel resources and time delays. This is one possible place where service efficiency and quality could be improved, which is what is expected after information technology is adopted.

Key words: services, integration, co-operation, social services, health services, quality, quality management, information management, information systems, terminology, organisations, networks, multiprofessionalism, treatment episodes, management, planning, social welfare and health care



# Sisällys

Tiivistelmä  
Sammandrag  
Abstract

1	JOHDANTO JA KESKEISET KÄSITTEET .....	11
2	SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON YHTEISET ASIAKASTIEDOT KIRJALLISUUDEN VALOSSA .....	16
	Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus ja menetelmät .....	16
	Sektorirajat ylittävät palvelutarpeet ja asiakkuudet lapsuudessa ja nuoruudessa .....	20
	Sektorirajat ylittävät palvelutarpeet ja asiakkuudet aikuisiässä .....	27
	Ikäihmisten palvelutarpeet ja palvelut .....	31
	Tiedonvaihdon välineet palvelukokonaisuuksien hallinnassa sosiaali- ja terveydenhuollon rajalla .....	37
	Yhteenveto ja johtopäätökset kirjallisuudesta .....	42
3	KOTIHOIDON JA PÄIVÄHOIDON SEKÄ TERVEYDENHUOLLON YHTEISET ASIAKASTIEDOT .....	46
	Empiirisen tutkimuksen tavoitteet ja menetelmät .....	46
	Aineistoa kuvaavia piirteitä .....	50
	Päivähoidon palvelutapahtumat ja niissä tarvittavat terveystiedot .....	51
	Kotihoidon palvelutapahtumat ja niissä tarvittavat tiedot .....	60
4	YHTEISTEN TIETOSISÄLTÖJEN MALLINTAMISESTA .....	71
5	SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA MÄÄRITELLYT YDINTIEDOT JA TIEDONTARPEET SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON RAJALLA .....	73
6	POHDINTAA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	77
	Lähteet .....	80
	Liite 1. Haastatteluteemat .....	83
	Liite 2. Sosiaalialan ammattilaisen tiedontarpeet terveydenhuollosta palvelukohtaisten tietomäärittysten perusteella .....	85
	Liite 3. Omaishoidon tukihakemus .....	89

# 1 JOHDANTO JA KESKEISET KÄSITTEET

Kansalaisten terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät ongelmat ja tarpeet eivät aina noudata sosiaali- ja terveydenhuollon sektorirajoja. Esimerkiksi ikääntyneet, mielenterveysongelmista tai kroonisista sairauksista kärsivät ihmiset saattavat asioida monien eri palveluntuottajien kanssa sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. Henkilötietolain (523/1999) mukaisesti asiakasta koskevat henkilötiedot tallennetaan sosiaalipalveluissa ja terveydenhuollon palveluissa toisistaan erillisiin henkilörekistereihin<sup>1</sup>. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisen asiakkaan laadukas ja saumaton palvelu saattaa edellyttää tiedonvaihtoa eri henkilörekistereiden välillä.

Kansalliseen terveyshankkeeseen kuuluvassa terveydenhuollon tietoteknologian käyttöön-ottohankkeessa ja sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa POKA-työryhmässä määriteltiin monia kansallisen terveydenhuollon tietojärjestelmäkokonaisuuden toteuttamisessa tarpeellisia ratkaisuja. Työtä tehtäessä nähtiin tarve arvioida ratkaisujen sovellettavuus sosiaalihuollon toiminnan näkökulma huomioiden. Samoin sosiaalialan tietoteknologiahankkeessa on tuotu esiin tarve ratkaista, miten sähköinen tiedonvaihto ja vuorovaikutus terveydenhuollon toimijoiden kanssa olisi järjestettävä. Valtioneuvoston asettaman tietoyhteiskuntaohjelman tavoitteena oli, että Suomeen syntyy terveydenhuollon ja sosiaalitoimen tietojärjestelmäkokonaisuus, jossa potilas/asiakastieto on tarvittaessa saatavilla ja tämä on osa terveydenhuollon ja sosiaalitoimen tavanomaista toimintaa. Saumattomat palveluketjut kokeilulaki piti sisällään myös sosiaalipalvelut ja sosiaalihuollon toimijoita otettiin kokeilulain piiriin. Kokeilulain aikana ei luovutettu potilas/asiakastietoa tietojärjestelmiä hyödyntäen sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. Pysyvä laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä pyrkii edistämään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä. Nyt voimaan astunut laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä rajautuu ensimmäisessä vaiheessa yhdenmukaisten sähköisen potilasasiakirjarakenteiden muodostamiseen ja kansallisen sähköisen arkistointijärjestelmän toteuttamiseen sekä säännöksiin potilastietojen luovuttamisesta toisille terveydenhuollon palvelujenantajille. Julkisen terveydenhuollon toimijat veloitetaan liittymään valtakunnallisen palvelun käyttäjiksi. Vastaava kehityskulku on käynnissä myös sosiaalipalvelujen sähköisten asiakasasiakirjojen osalta

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisten toiminta-alueiden tietosisällöt, tietotarpeet ja tietojen käyttötarkoitukset ovat jääneet tarkentamatta. Tietojärjestelmien kehittymisen myötä olisi kyettävä määrittelemään ja ymmärtämään uudella, aikaisempaa konkreettisemmalla tavalla mistä tässä yhteistyössä ja yhteisellä toimintakentällä itse asiassa on kysymys. Ilman tätä tietoa tietojärjestelmiä toimittavien yritysten on mahdoton rakentaa järjestelmiä niin, että ne tukevat saumatonta, joustavaa palvelumallia, jossa on ratkaistu sosiaali- ja terveydenhuollon keskinäisen tiedonvälityksen toimintaan liittyvät keskeiset kysymykset. Tällä hetkellä Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisistä asiakkaista tarvittavasta tiedosta ja niiden käyttötarkoituksista ei ole olemassa sellaista systemaattista tutkimustietoa, jota voisi suoraan hyödyntää kansallisessa arkkitehtuurissa.

Edellä esitettyihin kysymyksiin vastaaminen edellyttää sellaisten asiakkaiden, heidän tarpeisiinsa vastaavien palvelukokonaisuuksien, niihin liittyvien palveluprosessien ja palvelutapahtumien tunnistamista, joissa terveydenhuollon henkilöstö tarvitsee tietoa sosiaalihuollon järjestelmistä ja sosiaalihuollon henkilöstö terveydenhuollon järjestelmistä. Lisäksi tarvitaan tietoa palvelutapahtumissa tarvittavista tietosisällöistä ja niiden käyttötarkoituksista. Sosiaali- ja terveydenhuollossa käytetään myös erilaista kieltä (kuten asiakas yksilönä/perheenä), joten

<sup>1</sup> Sosiaalihuollossa jokaista lainsäädännöllistä tehtävää varten muodostetaan oma henkilörekisterinsä (ks. tarkemmin *Tietosuojavaltuutetun toimisto*. 2008). Rekisterinpitäjänä on kunnassa sosiaalihuollosta vastaava toimielin (esim. sosiaalilautakunta) ja rekistereitä saattaa olla toistakymmentä.

kysymys siitä, miten yhteisesti tarvittavat tietosisällöt saadaan yhteensopiviksi niin, että tietoa voidaan siirtää järjestelmästä toiseen, tulisi ratkaista.

Tämä raportti on yksi askel näihin kysymyksiin vastaamisessa. Kaikkien sosiaali- ja terveystoimen prosessien, niiden liityntäpintojen ja näiden yli liikkuvan sosiaalitoimen ja terveystoimen tiedon tunnistaminen on mittava tehtävä. Tämä raportti kuvaa tuloksia hankkeesta, jossa lähdettiin tarkastelemaan kysymystä sosiaalitoimen palvelujen näkökulmasta kirjallisuuden tuottaman tiedon valossa. Kuvaa täsmennettiin kahden sosiaalitoimen palvelukokonaisuuden (päivähoito ja kotihoito) kautta.

Raportissa esitetään

1. Käsitelmääritellyt (luku 1), kirjallisuuskatsaus aihepiiriä käsitteleviin raportteihin ja tutkimuksiin (luku 2), sekä niiden pohjalta tuotettu lista palvelutapahtumista, joissa rajapintakysymys on oleellinen. Tästä kokonaisuudesta on vastannut Timo Turunen Kuopion yliopistosta Terveystoimen ja -talouden laitokselta. Osana kirjallisuuskatsausta analysoitiin kansallisessa sosiaalialan tietoteknologiahankkeessa luodut ydintietomääritykset asiakkaan perustiedoista ja palvelun antajan perustiedoista sekä seitsemän palvelukohtaista asiakastietomääritystä. Näistä tehtiin kooste yhdeksi aineistokokonaisuudeksi (liite 2). Tästä vastasi projektipäällikkö Jarmo Kärki Stakesista sosiaali- ja terveysalan tietoyhteiskuntayksiköstä.
2. Tarkemmat tapauskuvaukset palvelutapahtumista, niissä käytetyistä sektorirajat ylittävistä tietosisällöistä, niiden käyttötarkoituksesta kahden yhteisen asiakasryhmän palvelukokonaisuuteen liittyvissä palveluprosesseissa (päivähoito ja kotihoito, luku 3), sekä pohdintaa palvelujen mallintamiseksi yhteisten tietosisältöjen kartoittamiseksi (luku 4). Tästä kokonaisuudesta on vastannut tutkimuspäällikkö Hannele Hyppönen Stakesista sosiaali- ja terveysalan tietoyhteiskuntayksiköstä.
3. Sosiaali- ja terveydenhuollossa määritellyt koodistoja ja luokituksia ja niiden rinnastusta tässä tutkimuksessa löydettyihin tietokokonaisuuksiin (luku 5). Tästä kokonaisuudesta ovat vastanneet kehittämisspäällikkö Sari Palojoki sekä kehittämisspäällikkö Päivi Hämäläinen Stakesista sosiaali- ja terveysalan tietoyhteiskuntayksiköstä.
4. Pohdintaa sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnoissa tarvittavan tiedon ja täsmentämiseen niin, että tietoa voi suoraan hyödyntää tietojärjestelmiä ja kansallista tietojärjestelmäarkkitehtuuria kehitettäessä (luku 6). Tästä luvusta ovat vastanneet Hannele Hyppönen ja Päivi Hämäläinen.

Hanketta varten perustettiin ohjausryhmä, johon kuuluivat edellä mainittujen lisäksi Sirpa Kuusisto-Niemi ja Kaija Saranto Kuopion yliopistosta sekä Pekka Ruotsalainen Stakesista. Asian tuntijapanosta hankkeen osana järjestettyyn seminaariin antoi lisäksi Projektipäällikkö Pekka Kortelainen, Itä-Suomen Osaamiskeskuksen Tikesos-hankkeesta. Hankkeeseen osallistui myös tutkimusavustaja Jane Herold, joka litteroi haastattelut analyysiä varten.

Ennen kuin siirrytään tarkastelemaan hankkeen tuloksia, on tarpeen määritellä joitain aihepiiriin liittyviä käsitteitä. On huomioitava, että käsitteiden merkitykset eivät ole vakiintuneet, mikä asettaa haasteen tutkimustehtävän määrittämiselle ja aineiston analyysille.

## Palvelukokonaisuus ja palveluketju

1.7.2007 voimaan tullut laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007 määrittää palvelukokonaisuuden yhden tai useamman terveydenhuollon palvelujen antajan tuottamien palvelutapahtumien yksilöidyksi kokonaisuudeksi (2.3§). Palvelukokonaisuus-käsite korvaa terveydenhuollossa aikaisemmin käytössä olleen palveluketjun käsitteen, sosiaalihuollon osalta laki ei anna määritelmää.

Myös palveluketjun käsitettä käytetään edelleen rinnakkain palvelukokonaisuuden kanssa niin sosiaali- kuin terveydenhuollossa. Sosiaalialan sanasto tietojärjestelmien suunnittelua varten (Lehmuskoski ja Kuusisto-Niemi 2007, 35) määrittää palveluketjun ja palvelukokonaisuuden käsitteet sosiaalihuollon näkökulmasta. Palveluketju on asiakkaan tiettyyn palvelutarpeeseen kohdistuva suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutuva eri palveluperustein järjestettävien palveluprosessien kokonaisuus, kun taas palvelukokonaisuus on yhden tai useamman palvelunantajan tuottamien palvelutapahtumien kokonaisuus. Laki Sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun sosiaaliturvakortin kokeilusta (811/2000), määrittää palveluketjun toimintamalliksi, jossa asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuollon ja muu sosiaaliturvan asiakaskokonaisuuteen liittyvät palvelutapahtumat yhdistyvät asiakaslähtöiseksi ja joustavaksi kokonaisuudeksi riippumatta siitä, mikä toiminnallinen yksikkö on palvelujen järjestäjä tai toteuttaja. (3.2§) Saumattomalla palveluketjulla tarkoitetaan sellaista asiakaslähtöistä palvelukokonaisuutta, jossa palvelujen tuotajarakenne jää asiakkaalle näkymättömäksi.

Palvelukokonaisuuden ja palveluketjun käsitteet ovat hankalasti määriteltävissä ja erotettavissa toisistaan. Molempia käytetään tarkoittaessa asiakkaan tiettyyn palvelutarpeeseen kohdistuvaa palveluiden joukkoa. Yksilön eri elämän vaiheisiin liittyvät palvelutarpeet eivät kuitenkaan aina seuraa palveluketjun tai -kokonaisuuden mukaista ennalta laadittua kaavaa tai mallia. Yksilön eteneminen palveluverkostossa ei ole lineaarista, tämän vuoksi palveluketjun ja -kokonaisuuden käsitteet eivät ole optimaalisia kuvaamaan yksilön asiointia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Palveluketjujen ja -kokonaisuuksien tarkastelu taas luo haasteen yleistettävissä olevien mallien esittämiselle.

Tässä työssä palveluketjulla tarkoitetaan asiakkaan yksittäiseen ongelmaan/tarpeeseen kohdistuvien palveluprosessien ja/tai palvelutapahtumien kokonaisuutta, jonka tuottamiseen osallistuu useampi palveluntuottaja. Palvelukokonaisuudella tarkoitetaan moniongelmaisen asiakkaan eri palveluista muodostuvaa kokonaisuutta. Kummatkin termit voidaan rinnastaa organisatorista toimintaa kuvaavan toiminnan teorian ”motivaation ohjaama toiminta” -käsitteeseen (Engeström 1985). Termejä erottaa tässä tutkimuksessa asiakkaan ongelmakokonaisuuden laajuus. Kirjallisuuskatsauksessa pyritään löytämään sellaisia palvelukokonaisuuksia, palveluketjuja tai niiden tarvetta, jotka eivät ole sidoksissa pelkästään sosiaali- tai terveydenhuoltoon vaan joissa on tiedontarvetta näiden välillä. Kirjallisuuskatsauksessa on käytetty sitä termiä, jota kunakin aikakautena käytettiin.

## Sektoriraja

Sektorirajalla tarkoitetaan tässä katsauksessa ensisijaisesti sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välistä rajaa. Sellaisia palvelukokonaisuuksia, joissa kansalaisen hyvinvointiin ja terveyteen liittyvät ongelmat vaativat asioimista sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon sisällä on myös paljon ”sektorirajoja” siirryttäessä yksiköiden, organisaatioiden, palveluntuottajien jne. välillä. Tiedontarve ulottuu myös kolmansiin toimijoihin, kuten KELA, työvoimatoimisto, poliisi jne. Tässä tutkimuksessa keskitytään kuitenkin tarkastelemaan tiedontarvetta sosiaali- ja terveydenhuollon rajalla.

## Palveluprosessi ja palvelutapahtuma

Palveluprosessilla tarkoitetaan asiakkaan tiettyyn palvelutarpeeseen liittyvien toimintojen sarjaa (Lehmuskoski ja Kuusisto-Niemi 2007, 36). Prosessit ovat sosiaali- tai terveydenhuollon kentällä tapahtuvaa asiakaslähtöistä toimintaa, joka ei ole sidottu toimintayksikkö- tai organisaatorajoihin. Tantt (2007,60) kuvaa prosessilähtöisen ajattelun lähtevän asiakkaasta ja hänen tarpeistaan. Ensimmäiseksi mietitään, millaisilla palveluilla tai tuotteilla asiakkaan tarpeisiin pystytään

vastaamaan. Toiseksi suunnitellaan toimenpiteet ja varataan resurssit, joilla tuotteet tai palvelut saadaan aikaiseksi. Kolmanneksi selvitetään, mitä syötteitä eli tietoja ja materiaalia tarvitaan ja mistä ne voidaan hankkia, jotta prosessi pystyttäisiin viemään läpi.

Palvelutapahtuma on palveluntuottajan tai palvelunantajan ja asiakkaan välinen vuoro-vaikutustilanne. Osana palveluprosessia palvelutapahtuma on tilanne, jossa asiakas tai hänen ongelmansa on palveluntuottajan tai palvelun antajan käsiteltävänä ja josta tehdään dokumentti. (Lehmuskoski ja Kuusisto-Niemi 2007, 39.)

Palveluprosessi-termiä on käytetty myös rinnan termien palvelukokonaisuus/palveluketju kanssa. Tässä raportissa palveluprosessi-termiä käytetään kuvaamaan asiakaspalvelun eri vaiheita (vireillepano; tarpeen selvittely, päätös palvelun piiriin ottamisesta; palvelun suunnittelu, voimavarojen varaus; palvelun toteuttaminen; toteutumisen arviointi; palvelun päättäminen). Peruspalveluprosessilla tarkoitetaan tässä kotihoidon ja varhaiskasvatuksen eri vaiheita. Näiden lisäksi asiakas voi olla osallisena esim. käynnistyvissä terveydenhuollon prosesseissa, joissa on oma vireillepanonsa, tarvearvionsa jne.) Toiminnan teorian termein palveluprosessin vaiheet ovat ”tavoitteellisia tekoja tai tekojen sarjoja”.

Palvelutapahtuma-termiä käytetään tässä raportissa yllä esitetyn määritelmän mukaisesti tarkoittamaan juuri näitä tavoitteellisia tekoja tai niiden osia (kuten ajanvaraus tai hoidontarpeen selvittely vireillepanon yhteydessä). Palvelutapahtumat koostuvat eri toimenpiteistä, joista toiminnan teoria käyttää termiä ”operaatiot”.

## Organisaatio ja toimintayksikkö

Organisaatio on tiettyä tarkoitusta varten perustettu järjestelmä, jolla on määritellyt tavoitteet ja tarkoituksellisesti luotu rakenne (Lehmuskoski ja Kuusisto-Niemi 2007, 54). Kirjallisuuskatsauksessa organisaatiota tarkastellaan asiakkaan palvelukokonaisuuden näkökulmasta. Palvelukokonaisuus on riippumaton organisaatioista, se pyrkii yhdistämään organisaatiot sulavaksi kokonaisuudeksi vastaamaan asiakkaan palvelutarpeeseen.

Organisaatioiden sisällä on toimijoita/toimintayksiköitä, jotka vastaavat asiakkaan/potilaan operatiivisesta hoidosta. Sosiaalihuollon toimintayksiköitä ovat esimerkiksi vanhusten ja vammaisten palvelukodit ja -keskukset, lasten päiväkodit ja päihdehuollon laitokset (Lehmuskoski ja Kuusisto-Niemi 2007, 54). Terveydenhuollon toimintayksikkö määritellään lainsäädännössä ja on esimerkiksi perusterveydenhuollossa terveystakeskus. Sen sisällä olevia palveluyksiköitä ovat esimerkiksi äitiys- ja lastenneuvola, kouluterveydenhuolto ja psykiatrian poliklinikka.

## Asiakas ja potilas

Asiakkaalla tarkoitetaan yksilöä tai ryhmää, jolla on palvelutarpeita, joihin he tarvitsevat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Erityisesti sosiaalihuolto näkee asiakkaan myös ryhmänä, joka voi olla perhe tai yhdessä asuvat henkilöt. Palvelukokonaisuuden näkökulmasta asiakkaiksi voivat liittyä palvelua ja hoitoa saavan asiakkaan huoltaja, vajaavaltaisen holhooja, lapselle läheinen henkilö jne. Potilas on asiakas, jolla on terveyteen liittyviä ongelmia. Potilaan käsite ei riitä kattamaan koko sosiaalihuollon palvelujen kirjoa. (Ruotsalainen 2000, 15–16.)

## Palvelutarve

Palvelutarpeen tyydyttäminen edellyttää tiettyjen palveluiden saamista. Sosiaalihuollon lain-säädännön mukaan asiakkaalle on järjestettävä palveluja hänen palvelutarpeensa mukaan. Palvelutarpeen määrittävät asiakas ja hänen läheisensä, sosiaalihuollon työntekijä sekä tarvittavat asiantuntijat. (Lehmuskoski ja Kuusisto-Niemi 2007, 5). Palvelutarvetta koskevassa päätöksenteossa joudutaan sovittamaan yhteen sekä asiakkaiden palvelutarpeet että palvelujärjestelmän mahdollisuudet tuottaa palvelua. Kysymys on monimutkaisesta prosessista, jossa tulee miettiä, kenen palvelutarpeet voidaan ottaa huomioon ja millaisiin palvelutarpeisiin voidaan vastata. (Ala-Nikkola 2003, 2.) Myös terveydenhuollon lakien mukaan kunnat ja kuntayhtymät veloitetaan järjestämään kuntalaisille heidän tarpeidensa mukaiset terveyspalvelut.

## Palveluohjaus

Palveluohjaus on sosiaali- ja terveyspalvelujen menetelmä, jonka tarkoituksena on tunnistaa asiakkaan palvelutarpeet ja löytää tarpeeseen parhaiten sopiva palvelu (Ala-Nikkola ja Valokivi 1997, 9). Palveluohjaustoiminnan erottaa normaalista viranomaisten ohjaus- ja neuvontatyöstä se, että palveluohjaus sisältää sekä palveluohjauksen (case-management) että palveluiden yhteen sovittamisen (service-coordination). Palveluohjaus tuo kaksi uutta elementtiä palvelujärjestelmäämme:

1. Palveluohjauksen tuoma koordinoitutyö, jolla tuodaan yhteistoiminnallisuus eri organisaatioiden ja hallintokuntien välille.
2. Palveluohjaaja ottaa järjestelmän näkökulmasta vastuun asiakkaan kokonaistilanteesta. (Finsoc 2006.)

## 2 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON YHTEISET ASIAKASTIEDOT KIRJALLISUUDEN VALOSSA

Kirjallisuuskatsaus toteutettiin olemassa olevan tiedon keräämiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomiin palvelukokonaisuuksiin liittyvistä asiakkuuksista ja palvelutapahtumista, joissa on tunnistettu sektorirajat ylittävän tiedon tarve, sekä tarvittavien tietosisältöjen alustavaksi kartoittamiseksi. Käytännössä kirjallisuuskatsaus palveli erityisesti asiakkuuksien ja palvelutapahtumisen tunnistamisessa empiirisen tiedonkeruun kohdentamiseksi, sekä käsitteellisen mallin tuottamiseksi empiiriselle tiedonkeruulle.

Sektorirajat ylittävillä saumattomilla palveluprosesseilla pyritään sosiaali- ja terveydenhuollon ja muun sosiaaliturvan asiakaskokonaisuuksiin liittyvien palvelutapahtumien yhdistämiseen joustaviksi kokonaisuuksiksi riippumatta siitä, mikä toiminnallinen yksikkö on palvelujen järjestäjä tai toteuttaja. Raporttien ja tutkimusten kautta pyrittiin löytämään ne palvelukokonaisuudet, joissa tiedon siirtäminen sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimijoiden välillä on oleellista palvelukokonaisuuden hallitulle ja tehokkaalle toteuttamiselle. Pyrkimyksenä on tuoda esille sellaisia konkreettisia palvelutapahtumia eri palvelukokonaisuuksissa, joissa tiedontarve realisoituu. Katsaus paneutuu myös alustavasti sektorirajat ylittäviin tietosisältöihin, joita palvelutapahtumissa tarvitaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisten toimialueiden tietosisältöjä, tiedontarpeita ja tietojen käyttötarkoitusta ei ole määritelty. Yhteisten toimialueiden tiedon luonteen tarkastelu vaatii erilaisten sosiaalitoimen asiakkuuksien, palveluprosessien ja palvelutapahtumien tunnistamista, näihin liittyvien (terveydenhuollon) asiakkuuksien, palveluprosessien ja -tapahtumien tunnistamista, näiden kontaktipintojen paikantamista sekä kontaktipintojen yli tarvittavien tietosisältöjen tunnistamista.

### Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus ja menetelmät

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli etsiä ja analysoida kotimaisia tutkimuksia ja raportteja, jotka kuvaavat sellaisia sosiaalitoimen asiakasryhmiä, joiden palveluissa on todettu tarvetta sektorirajat ylittävään tiedon vaihtoon. Raporteista etsittiin näille asiakasryhmille tarjolla olevia sektorirajat ylittäviä palvelukokonaisuuksia, palveluprosesseja ja palvelutapahtumia, näihin osallistuvia organisaatioita ja kuvauksia tiedosta, jota organisaatiot vaihtavat keskenään. Kirjallisuuskatsaus rajattiin kotimaiseen kirjallisuuteen johtuen suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon omaleimaisuudesta. Monissa maissa terveydenhuolto tai kolmas sektori huolehtivat monista Suomessa sosiaalihuollon palveluina tuotetuista palveluista, eivätkä sektorirajat siis määräydy muualla välttämättä samoin kuin Suomessa.

Lähtökohtana palvelukokonaisuuksien hallinnassa sosiaali- ja terveydenhuollon rajalla on sellaisten asiakasryhmien ja heidän palvelutarpeittensa tunnistaminen, joiden yksilöllisesti toteutuva palvelukokonaisuus vaatii asioimista sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. Esimerkiksi erityispäivähoidon, kotihoidon, mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakkaiden palvelukokonaisuuden hallinta vaatii sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä. Asiakasryhmän ja palvelutarpeen tunnistamisen jälkeen asiakas tai potilas siirtyy sosiaali- tai terveydenhuollon organisaatioon. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioilla on perinteisesti hyvin funktionaalinen rakenne. Organisaation sisällä asiakas siirtyy professionaalisten toimintayksiköiden palvelujen käyttäjäksi. Toimintayksiköt/toimijat vastaavat asiakkaan ongelmakokonaisuuteen liittyvästä operatiivisesta toiminnasta.



Tieto ja sen hankinta ovat keskeisessä asemassa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuden hallinnassa. Sujuvassa palveluprosessissa eri palveluntuottajien yhteistyö asiakkaan palvelussa toteutuu sumattomasti siten, että palvelujen tuottajarakenne jää asiakkaalle näkymättömäksi (Tanttu 2007, 80). Sektorirajat ylittävän palvelukokonaisuuden näkökulmasta olisi tärkeää, että pystyttäisiin tuottamaan tarkoituksenmukaisia, informatiivisia dokumentteja, jotka tukisivat palvelutapahtuman hallintaa ja saumattoman palvelukokonaisuuden ideaa.

Tietojärjestelmien kannalta palvelukokonaisuus muodostuu asiakkaan palveluprosesseista tai sen osista yhteen tietojärjestelmään tiettyjen kriteerien mukaan kerätystä tietojoukosta (Vesterinen, 200, 31). Sosiaali- ja terveydenhuollossa syntyy valtavat määrät tietoa. Ongelmana on tiedonhallinta ja tiedonkulun varmistaminen. Ruotsalainen (2004, 24) toteaa ajantasaisen tiedonkulun olevan erityisen hankalaa silloin, kun palvelukokonaisuus muodostuu eri organisaatioiden ja palveluntuottajien toteuttamista palveluista. Monissa palvelukokonaisuuksissa tieto eri toimijoiden välillä siirtyy asiakkaan mukana joko suullisesti tai dokumentein. Tiedonkulun solmukohtien paikantaminen vaatii selkeitä prosessikuvauksia ja tiedon määrittämistä. Prosessikuvaukset ja standardointi luovat pohjan tehokkaalle tiedonkululle sekä sähköisen tiedonkulun kehittämiselle.

## Hakusanat, hakustrategiat, tietokannat

Hakustrategia muotoutui asteittain raporteja ja tutkimuksia lukiessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen pirstaleisuus ja monimuotoisuus aiheuttaa sen, että yhteisen tiedon rajapintoja ei ole systemaattisesti käsitelty. Kirjallisuuskatsauksen kannalta relevantti tieto on pääasiassa yksilöidyissä tiettyä asiakasryhmää tai toimintoa koskevissa tutkimuksissa ja raporteissa. Tämä erityispiirre aiheutti haasteen kirjallisuuskatsauksen toteuttamiselle. Hakuja ei pystynyt rajamaan kovin tarkasti, tämän vuoksi haut tuottivat myös paljon tutkimustehtävän kannalta epäoleellista tietoa.

Tutkimushauissa käytettiin seuraavia suomalaisia tietokantoja:

Arto: Sisältää viitteet n. 1 050 kotimaisen jatkuvasti ilmestyvän kausijulkaisun artikkeleihin kaikilta tiedon aloilta.

Linda: Suomen yliopisto- ja tiedekorkeakoulukirjastojen kokoelmien yhteisluettelo.

StakesLib: Stakesin kokoelmatietokanta.

Google.

Ensimmäisen haun tarkoituksena oli kartoittaa mahdollisimman kattavasti sellainen kirjoitettu tieto, joka käsittelee tiedontarvetta sosiaali- ja terveydenhuollon rajalla. Haussa käytettiin seuraavia sanojen runkoja, jotta käsitteet ja kirjoitusmuodot saataisiin katetuksi mahdollisimman tarkasti:

- sosiaali, -huolto, palvelu jne.
- terveyd, -enhuolto,
- hoito, -ketju, -jakso jne.
- hoiva, -palvelu, -yrittäjä, -koti jne.
- palvelu, -(n)ohjaus -asunto, -asuminen, -ketju, -kokonaisuus jne.
- tuki, -palvelu, -hoito jne.
- toimin
- asiak, -as, -uus jne.
- tieto, -sisältö, -turva jne.
- sauma, -ton, ttomuus, jne.

## TAULUKKO 1. Ensimmäinen aineistohaku

Hakusanat: (sosiaali? AND terveyd?) AND (hoito? OR hoiva? OR huolto? OR palvelu? OR tuki? OR toimin? OR asiak? OR kuntout? OR tieto? OR sauma?)			
Hakunumero	Tietokanta	Hakutyyppi	Viitteet (N)
1.	ARTO	sanahaku	628
2.	LINDA	sanahaku	1 836
3.	StakesLib	vapaahaku	10 602
1998 ja sen jälkeen julkaistu aineisto			
4.	ARTO	sanahaku	257
5.	LINDA	sanahaku	1 071
6.	StakesLib	vapaahaku (fin)	4 385

Toisen haun (Google) tehtävänä oli löytää sellaisten paikallisten kehittämishankkeiden raportit, jotka jäivät ensimmäisen haun ulkopuolelle. Pyrkimyksenä oli löytää konkreettisia kuvauksia palvelukokonaisuuksista, joissa liikutaan sosiaali- ja terveydenhuollon rajapintojen yli.

## TAULUKKO 2. Toinen aineistohaku (Google)

Hakusanat: 4. sosiaali- ja terveydenhuolto palvelukokonaisuus + palveluketju 5. sosiaali- ja terveydenhuolto palveluketju + palvelukokonaisuus + moniammatillisuus 6. tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollon rajalla (pdf)			
Hakunumero	Tietokanta	Hakutyyppi	Viitteet
4.	Google	Sanahaku	711
5.	Google	Sanahaku	293
6.	Google	Sanahaku	462

Tietokantahakujen lisäksi kirjallisuuskatsauksen aineistoa löytyi katsauksen ohjaajien (Hannele Hyppönen, Stakes sekä Sirpa Kuusisto-Niemi ja Kaija Saranto, Kuopion Yliopisto) kanssa käytyjen keskustelujen perusteella.

## Aineiston valintakriteerit

Aineiston valinnan lähtökohtana on kirjallisuuskatsauksen tehtäväksi luvussa Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus ja menetelmät esitetyt kysymykset: Löydetyistä aineistosta valikoitiin sellaiset tutkimukset ja raportit, jotka käsittelivät tutkimustehtävässä esitettyjä kysymyksiä. Koska katsauksen luonne on kartoittava ja etsivä, eikä tutkimustietoa ollut paljoa saatavilla, ei aineiston sisällölliseen laatuun tai näytönasteeseen valinnan ensimmäisessä vaiheessa puututtu. Katsaukseen otettiin kaikki sellaiset tutkimukset, pro gradut, raportit, hanke-kuvaukset ja muut dokumentit, jotka kuvasivat tutkimusongelmaa.

Hakutulokset käsiteltiin seuraavalla tavalla:

1. Hakutuloksista poimittiin tietokannassa ilmoitetun informaation perusteella tutkimustehtävän kannalta oleellinen aineisto.
2. Valittu aineisto hankittiin ja käytiin läpi. Aineiston läpikäymisen jälkeen tarkempaan tarkasteluun valittiin sellainen aineisto, joka oli tutkimustehtävän kannalta oleellinen.

3. Aineisto jaettiin sisällön mukaan neljään luokkaan: 1. Lasten, nuorten ja heidän perheidensä palvelukokonaisuuksia käsittelevä aineisto. 2. Mielen terveystalvaeluja, päihdepalvelu tai kuntoutuspallveluja käsittelevä aineisto. 3. Ikäihmistien palvelukokonaisuuksia käsittelevä aineisto. 4. Muu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuksia, tietosisältöjä ja tiedonhallintaa käsittelevä aineisto.

Aineiston käsittelyn toisessa vaiheessa aineistosta karsiutui suuri joukko sellaista materiaalia, joissa palvelukokonaisuutta käsiteltiin pelkästään sosiaalihuollon tai terveydenhuollon sisällä tai suhteessa johonkin muuhun toimijaan. Aineiston valintakriteeri muodostui melko löyhäksi, koska sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä palvelukokonaisuuksia ja niissä tarvittavaa tietoa on tutkittu vähän. Ongelmaksi muodostui katsaukseen mukaan otettavan aineiston valinta, sillä tieto on hyvin pirstaleista ja useassa aineistossa tyydyttiin vain mainitsemaan tiedonkulun tarve sosiaali- ja terveyden huollon rajalla. Aineiston sisällöllinen anti oli melko vaatimatonta tutkimustehtävän kannalta.

## Raportointi

Aineiston analyysi ja jaottelu pohjautuu tutkimustehtävässä esitettyihin kysymyksiin ja elämäntaariajatteluun. Elämäntaari tarkoittaa inhimillisen kehityksen yleisiä lainalaisuuksia (Dunderfelt 1998,16). Kansalaisten hyvinvointiin ja terveyteen liittyvät ongelmat ja tarpeet seuraavat elämäntaariajattelun mukaisia yleisiä lainalaisuuksia. Dunderfelt (1998) jakaa ihmisen kehitysvaiheet individuaation näkökulmasta neljään vaiheeseen:

1. Kehityksen perusvaihe (0–16/22-vuotiaana)
  2. Jäsentymisen vaihe (20–35/45-vuotiaana)
  3. Yksilöllisten päämäärien vaihe (40–60/65-vuotiaana)
  4. Kypsyyden ikävaihe (60/65-vuotiaana ja siitä eteenpäin)
- (Dunderfelt 1998, 59.)

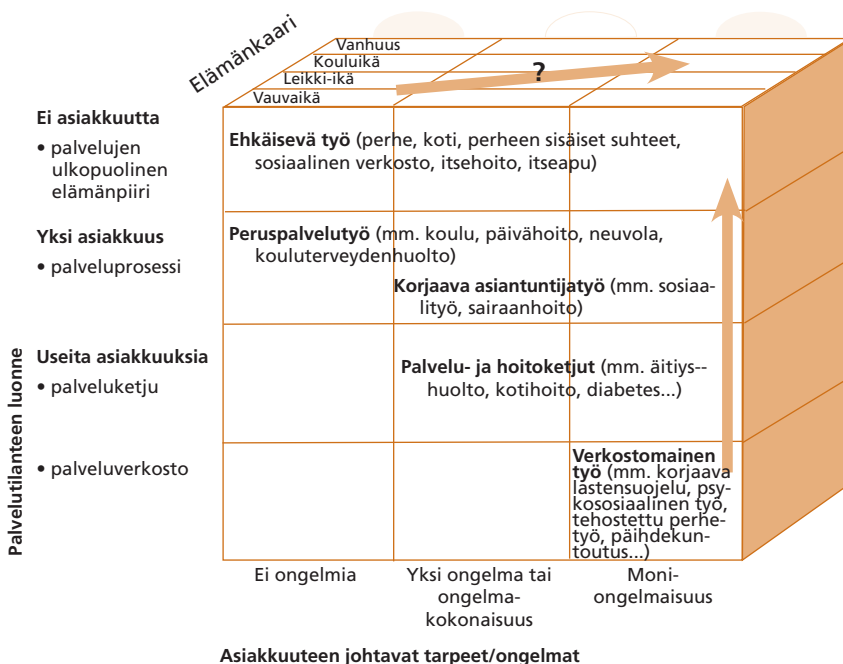
Yksilön eri kehitysvaiheissa palvelujen tarve näyttäytyy erilaisena. Kehityksen perusvaiheessa yksilö tarvitsee erityyppisiä palveluita kuin kypsyyden ikävaiheessa. Palvelukokonaisuuden hallinnan näkökulmasta asiakkaan kokonaisvaltainen tukeminen edellyttää elämäntaariiden tunnistamista ja eri elämäntaariet ylittäviä palvelukokonaisuuksia. Sosiaali- ja terveydenhuollon rajalla tarvitaan pitkittäistä integroitavissa olevaa tietoa.

Aineiston analyysi etenee Dunderfeltin (1998) elämäntaariajattelun viitoittamaa tietä varhaislapsuudesta kohti vanhuutta. Aineiston on jaettu kolmeen ryhmään:

1. Lapset ja nuoret
2. Aikuiset
3. Ikäihmiset

Kuvio 1 selventää asiakkuuteen johtavia tarpeita elämäntaaren erivaiheissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun verkostomaisuus realisoituu moniongelmaisten asiakkaiden kohdalla. Kirjallisuuskatsauksessa mielenkiinto kohdistuu niihin elämäntaaren erivaiheissa oleviin asiakkaisiin, joiden palvelutilanteen luonne vaatii verkostomaista työtä.

## Asiakkuuksien tyypittely



KUVIO 1. Asiakkuuteen johtavat tarpeet/ongelmat (Ruostila 2003)

## Sektorirajat ylittävät palvelutarpeet ja asiakkuudet lapsuudessa ja nuoruudessa

Tämä luku perustuu taulukossa 3 esitettyyn kirjallisuuteen lasten ja nuorten sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisistä palvelukokonaisuuksista. Kirjallisuuden valinnan perusteet on esitetty luvussa Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus ja menetelmät.

### Lasten ja nuorten palvelutarpeet

Yleinen huoli lasten- ja nuorten hyvinvoinnista on noussut viimeaikaisen keskustelun keskiöön. Ikävät tapahtumat kuten Jokelan kouluampuminen ovat lisänneet kansalaisten huomiota lasten ja nuorten psykososiaalisiin palveluihin. Ongelmat ovat yhä vaikeammin hoidettavissa, minkä vuoksi palveluiden laadun turvaaminen vaatii erityisosaamista ja psykososiaalisia erityispalveluja. Lapsen tai nuorten psykososiaaliset ongelmat havaitaan yleensä ensimmäisenä päiväkodissa, esikoulussa tai koulussa (Moilanen 2000, 54).

Dunderfelt (1998) jakaa kehityksen perusvaiheen varhaislapsuuteen, kouluikään ja nuoruuteen.

*Varhaislapsuus* on ihmisen myöhemmän kehityksen kannalta herkkää ja kriittistä aikaa. On tärkeää tunnistaa sellaiset lapset, joiden kehityksessä, perheessä tai huolenpidossa ilmenee ongelmia, jotka vaikuttavat lapsen tasapainoiseen kasvuun ja kehitykseen. Tällaisten lasten ja heidän perheittensä hoidossa ja tukemisessa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen tiedontarve realisoituu. Lapsiperheiden ongelmien tunnistaminen ja niihin vastaaminen vaatii yhteiskunnan palvelujärjestelmältä muutoksia. Palvelujärjestelmän tulee entistä varhaisemmin tunnistaa lapsiperheiden ongelmat ja kyetä kohdistamaan toimintansa monesti ylisukupolvien siirtyvän huono-osaisuuden katkaisemiseen (Heikkilä, Kaakinen ja Korpelainen 2003, 15).

TAULUKKO 3. Kirjallisuuskatsaukseen valittu lasten ja nuorten sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä palvelukonaisuuksia käsittelevä aineisto

Tekijä(t), julkaisuvuosi	Teos	Aihepiiri/sisältö
Hakulinen-Viitanen ym. (2005)	Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa	Selvitys suomalaisesta äitiys- ja lastenneuvola työstä
Heimo, E. ja Oksanen, P.	Matkalla moniammatillisuudesta moniasiantuntijuuteen	Harava-projektin tulokset. Projektissa kehitettiin lasten ja nuorten psykososiaalisten palveluiden yhteistoimintaa
Heino, T. (2007)	Keitä ovat uudet lastensuojelun asiakkaat? Tutkimus lapsista ja perheistä tilastolukujen takana.	Tutkimus lastensuojelun asiakkaista. Luo kuvaa niistä taustoista, jotka johtavat lastensuojelullisiin toimiin.
Kestilä, T. 2007	Varhaiskasvatuksen ja päivähoidon prosessien ja teknologian kehittämisen Varsinais-Suomessa	Kuvaus Varsinais- Suomessa tehdystä hankkeesta, jossa kehitettiin päivähoidon teknologiaa.
Koivula, L. ja Heimo, E. (2005)	Asiakas ja palveluprosessi kuvaukset	Asiakas ja palveluprosessien kehittäminen moniammatillisissa tiimeissä. (neuvola, nuorten päihdeh.)
Linnakangas, R. ja Suikkanen, A. (2004)	Varhainen puuttuminen, mahdollisuus nuorten syrjäytymisen ehkäisyssä	Yhteistoiminnan merkitys lasten ja nuorten syrjäytymisen ehkäisyssä.
Luodes, E. (2007)	Asiakaslähtöisyys lastensuojelun avohuollon moniammatillisessa yhteistyössä. Pro gradu -tutkielma	Moniammatillinen yhteistyö lastensuojelun avohuollossa.
Lähdesmäki ym. (2007)	Palveluohjausmenetelmän kehittämishanke alaikäisten päihdetyöhön Keski- Suomen alueella 2003–2007.	Alaikäisten päihdetyön palveluohjaus
Moilanen, J. (2000)	Lasten ja nuorten hoito- ja palveluketjut kuntoon!	Tutkimus lasten ja nuorten hoito- ja palveluketjuista
Pietiläinen, E. (2003) (toim.)	Lapsi perhe ja palveluohjaus. Pitkäaikaissairaiden ja vammaisten lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä palveluohjauskokeilu.	Palveluohjaus, moniammatillinen yhteistyö sairaiden ja vammaisten lasten ja nuorten tukemisessa.
Rimpelä ym. (2007)	Kouluterveydenhuollon laatusuositusten toimeenpano 2004–2007	
Roine, M. (2007)	Asiantuntijuuden muodot professio- ja verkostokeskeisessä koordinoinnissa. Tutkimus lasten kuntoutuspalveluista julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Pro gradu -tutkielma	Tutkimus lasten kuntoutuspalveluiden koordinoinnista. Tutkimuksessa korostettiin yhteistyötä päivähoidon kanssa.
STM (2003)	Hoitotakuu nuorisopsykiatriassa: NUOTTA-projektin loppuraportti 2003	Arviointi hoitotakuun onnistumisesta nuorisopsykiatriassa
STM (2004a)	Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille	Suuntaviivat kunnille lastenneuvola toiminnan kehittämiseksi
Taajamo ym. (2005)	Kehittykö moniammatillisuus?	Moniammatillinen yhteistyö neuvola-toiminnassa
Tikkanen, E. ja Katajamäki, J. (2004)	Korkoa osaamiselle arjessa. Koulutuksellinen ryhmä konsultaatio lasten ja nuorten palveluissa	Moniammatillinen konsultaatio yhteistoiminnan kehittäjänä lasten ja nuorten palveluissa
Varjoranta ym. (2004)	Äitiys- ja lastenneuvolatyö Itä-Suomen läänissä.	Selvitys äitiys- ja lastenneuvola toiminnan nykytilasta. Työtavat, toimintaedellytykset, moniammatillinen yhteistyö ja kehittämistarpeet.
Veijola, A. (2004)	Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön – lasten kuntoutuksen kehittäminen toimintatutkimuksen avulla	Moniammatillinen perhetyö vammaisen lapsen kuntoutuksessa päivähoidossa.

Äitiys- ja lastenneuvolan työntekijät ovat usein ensimmäisiä viranomaisia, jotka havaitsevat lapsen kasvuun ja kehitykseen liittyviä ongelmia. Itä-Suomen läänissä 2003 tehdyssä selvityksessä listattiin lapsen kasvuun ja kehitykseen liittyviä ongelmatilanteita, joissa neuvolahenkilökunta teki moniammatillista yhteistyötä:

Perheen psykososiaaliset ongelmat	Lapsen kasvuun ja kehitykseen liittyvät ongelmat
– päihteiden käyttö	– käyttäytymishäiriöt
– mielenterveysongelmat	– psyykkiset ongelmat
– perheväkivalta	– neurologiset ongelmat
– taloudelliset vaikeudet	– somaattiset sairaudet
– kriisitilanteet	
– vaikeudet parisuhteessa	
– huoli lapsen hoidosta	
– puutteellinen vanhemmuus	
– kasvatuksen pulmatilanteet	
– ns. uusavuttomuus	
– nuoret äidit ja perheet	
– lastensuojelun tarve	

(Varjoranta, Pirskanen, Hakulinen ja Haapakorva 2004, 45–46.)

Neuvolat tekevät yhteistyötä sekä sosiaalitoimen että päivähoiton kanssa, kuitenkin toimintamallien käytännöt ovat hajanaisia ja selkeytymättömiä (Varjoranta ym. 2004, 77–78). Neuvolan yhteistyö päivähoiton kanssa on lapsiperheiden näkökulmasta välttämätöntä. Tämä yhteistyömuoto onkin yleisin, sen sijaan yhteistyö perhetyöntekijän ja lastensuojelun kanssa on vähäisempää. (Hakulinen-Viitanen, Pelkonen ja Haapakorva 2005) Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen vastaamaan paremmin lasten ja heidän perheittensä palvelutarvetta on neuvolatyön yksi tärkeimmistä tulevaisuuden haasteista (Taajamo, Soine-Rajanummi ja Järvinen 2005). STM (2005, 20) onkin linjannut perhepalvelujen kumppanuusohjelmassa varhaiskasvatuksen painopistealueeksi lastenneuvolan ja päivähoiton yhteistyön. Yhteistyöllä pyritään mahdollistamaan aikainen puuttuminen riskitilanteisiin.

Veijola (2004) kuvaa väitöskirjassaan moniammatillista perhetyötä vaikeavammaisten lasten kuntoutuksessa päiväkodin erityisryhmässä. Moniammatilliseen ryhmään kuului varhaiskasvatuksen asiantuntijoita, fysio- ja puheterapeutteja. Veijola painotti tutkimuksessaan kasvatuksen ja terveydenhuollon asiantuntijoiden välisen vuorovaikutuksen merkitystä vaikeavammaisten lasten kuntoutuksen onnistumisessa.

*Kouluikä ja nuoruus* muodostavat haasteen palvelutarpeen ja asiakkuuden kohtaamiselle. Huomiota on kiinnitetty lasten, nuorten ja lapsiperheiden kasvavaan pahoinvointiin. Lasten ja nuorten psykososiaalisten ja mielenterveysongelmien hoito vaatii sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden lasten ja nuorten kanssa työskentelevien tahojen saumatonta yhteistyötä. (Ks. Moilanen 2000; Pönkkö 2005.) Nuorten mielenterveyshäiriössä psykososiaaliset tekijät korostuvat, tämän vuoksi palvelujen kehittäminen perustason ja erikoissairaanhoidon rajapinnassa nähdään tärkeänä (STM, 2003, 20). Tutkimusten mukaan noin 20–30 prosentilla nuorista esiintyy mielenterveyshäiriöitä (STM 2003, 3). Lisääntyneiden mielenterveysongelmien lisäksi kasvaneen palvelutarpeen taustalla arvioidaan olevan päihteiden käyttö. (Heikkinen 2007, 8). Arvion mukaan lastensuojelun avohuollolliset toimet tavoittavat vain neljäsosan riskipopulaatiosta (Heikkinen 2007, 8). Heino (2007) tutki lastensuojelun asiakkuutta yhdeksän kunnan alueelta keräämään aineiston pohjalta. Vanhemman tai vanhempien mielenterveysongelmat olivat paljon tai erittäin paljon lasten lastensuojelutilanteen taustalla (20 % tapauksista). Lapsen itseensä liittyvistä teki-

jöistä toiseksi eniten erottui lapsen tai nuoren huono psyykinen terveys (14 %), sairastelevuus, vammaisuus tai kehityksen viivästymät (10 %).

Moilanen (2000, 33–34) raportoi tutkimuksessaan tilanteista, joissa sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät kokivat oman asiantuntemuksensa tai ammattitaitonsa epätarkoituksenmukaiseksi tai riittämättömäksi suhteessa lapsen tai nuoren ongelmiin. Tällaisia tilanteita olivat muun muassa mielenterveys- ja huumeongelmaisten lasten tai nuorten kohtaaminen.

## Lasten- ja nuorten palvelut

Lasten ja nuorten ongelmat ovat yhä vaikeammin hoidettavissa, minkä vuoksi palveluiden laadun turvaaminen vaatii erityisosaamista ja psykososiaalisia erityispalveluja. Lasten ja nuorten psykososiaaliset erityispalvelut edellyttävät työntekijöiltä erityiskoulutusta ja -osaamista. Erityispalveluja ovat kasvatukselliset ja lapsen ja nuoren kehitystä tukevat erityispalvelut päivähoidossa ja koulussa. Palveluihin kuuluu myös perheneuvonnan, perhetyön ja lastensuojelun erityispalvelut sekä lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvät erityispalvelut. Kaikilla edellä mainituilla palveluilla pyritään lasten ja nuorten kohtaamien ongelmien ennaltaehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen. Lamavuosien jälkeen tapahtuneiden leikkausten jälkeen lasten ja nuorten psykososiaalisten erityispalvelujen saatavuudessa ja laadussa on ollut puutteita. Lapset, nuoret ja heidän perheensä ovat joutuneet jonottamaan erityispalveluja sekä terveyden- että sosiaalihuollossa, palvelutarpeen saamaan aikaan kasvaessa. On ilmennyt, että palvelujen yhteen sovittamisessa on puutteita. Lasten, nuorten ja heidän perheidensä tarpeet ylittävät perinteiset hallintokuntarajat. Puutteellisesti kehittyneet peruspalvelut ja vähäinen yhteistyö perus- ja erityispalvelujen välillä ovat lisänneet erityispalvelujen ruuhkautumista ja jonojen kasvua. Erityisesti lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa on sosiaali- ja terveydenhuollossa syntynyt katkos. (Terveyshanke 2004) Helsingin sairaaloiden lasten- ja nuorisopsykiatrian selvityshankkeessa todettiin riittävien peruspalveluiden ja yhteiskäytäntöjen olevan ehdoton edellytys toimivalle erikoissairaanhoidolle. Lasten- ja nuortenpsykiatrisia peruspalveluja tuottavat

1. terveyskeskus neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa
2. sosiaalivirasto lastensuojelussa, päivähoidossa ja perheneuvonnassa
3. opetusvirasto yhdessä kouluterveydenhuollon kanssa oppilashuollossa.

(Ylitalo, Metsä-Simola ja Lappi 2006.)

Kouluterveydenhuollon laatusuosituksessa painotettiin hallintoalojen yhteistyön merkitystä toimivan oppilashuollon turvaajana (Rimpelä, Wiss, Saaristo, Happonen, Kosunen ja Rimpelä 2007, 43). Lasten ja nuorten psykososiaalisten palveluiden tuottamiseen osallistuu useita eri toimijoita. Toimijat tarkastelevat tilannetta omista lähtökohdistaan käsin. Yhteistyön tarve realisoituu vasta kun huomataan, etteivät omat keinot tilanteen selvittämiseen riitä. Tätä ennen asiakas on jo saattanut asioida usean toimijan luona, jossa häntä on palveltu toimijan omista lähtökohdista käsin. (Heimo ja Oksanen 2004.)

Terveyskeskuksen, koulutoimen, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon välisen työnjaon määrittelyn ongelmat aiheuttavat päällekkäistä toimintaa (STM 2003, 46). Moilanen (2000) listaa tutkimuksessaan lasten- ja nuorten psykososiaalisten palvelujen suurimmiksi kitkakohdiksi huonon tiedonkulkuun, salassapitosäännöksiin ja eriäviin hoitoideologioihin liittyvät kysymykset. Yhteistyön vähäisyys vaikeutti tiedonkulkua, työnjakoa ja yhteisistä käytännöistä sopimista. Erilaiset tulkinnat tietosuojajalaista ja salassapitovelvollisuudesta koettiin heikentävän perustason ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä. Erikoissairaanhoidon niukka tietojenluovutus nähtiin ongelmana lasten ja nuorten kuntoutuksen ja hoidon suunnittelussa tutkimus- tai hoitajakson jälkeen. Hoitoideologiset erot konkretisoituvat erikoissairaanhoidon (psykiatria) yksilökeskeisen



TAULUKKO 4. Työntekijöiden näkemykset keskeisistä (ei järjestyksessä) yhteistyösapuolista lasten- ja nuorten psykososiaalisessa työssä (Moilanen 2000, 49–50)

<b>Sosiaalitoimisto</b> koulu perheneuvola lastenneuvola päivähoito	<b>Päivähoito</b> Elto, kelto puheterapeutti toimintaterapeutti tk-psykologi perheneuvola	<b>Kouluterveydenhuolto</b> oppilashuoltoryhmä kuraattori/psykologi opettajat	<b>Koulun oppilashuolto</b> oppilashuoltoryhmä opettajat sosiaalitoimisto
<b>Perheneuvola</b> koulun oppilashuolto ja opettajat päivähoito ja erityis- työntekijät	<b>Terveyskeskuslääkäri</b> lastenneuvola päiväkoti mielenterv.toimisto	<b>Terveyskeskuspsykologi</b> koulu kouluterveydenhoitaja lastenneuvola	<b>Lastenneurologia</b> neuvola päiväkoti perheneuvola
<b>Lastenpsykiatria</b> sosiaalitoimisto* neuvola koulu Huom. * usein lasten- suojelelun tarvetta	<b>Nuortenpsykiatria</b> sosiaalitoimisto lastensuojelu perheneuvola koulu	<b>Lastensuojelulaitos</b> sosiaalitoimi koulu perheneuvola	<b>Mobile</b> poliisi lastensuojelu sosiaalitoimisto

ja kuntien perhe- ja verkostokeskeisen työtavan välillä. Erilaiset hoitoideologiat vaikeuttavat työnjaosta sopimista.

Perhekeskeisen palveluohjauksen tarve on noussut esille pirstaleisen palvelujärjestelmän ja monimutkaisten tukimuotojen vuoksi. Perhekeskeisessä palveluohjauksessa suunnitelma laaditaan moniammatillisessa työryhmässä vastaamaan lapsen ja perheen palvelutarpeita. Palveluohjaaja vastaa sektorirajat ylittävän yhteistyön koordinoinnista. (Pietiläinen, 2003). Moilanen (2000) listaa tutkimuksessaan työntekijöiden näkemykset keskeisistä yhteistyökumppaneista lasten ja nuorten psykososiaalisessa työssä (taulukko 4).

Lapsuuden ja nuoruuden palvelutarpeet, joissa sosiaali- ja terveydenhuollon rajapintojen ylitys realisoituu, liittyvät etenkin psykososiaaliin palveluihin. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisen palvelukokonaisuuden hallinta korostuu lapsen, nuoren tai hänen perheensä kohdatessa vammaisuutta, sairautta, päihde- tai mielenterveysongelmia. Nämä palvelutarpeet ovat tunnistettavissa. Yhteistyömuotojen hajanaisuus ja jäsentymättömyys on kuitenkin esteenä saumattoman yhteistoiminnan toteutumiselle sekä yksilöllisen ja kokonaisvaltaisen hoidon hallinnoinnille.

## Lasten ja nuorten palveluiden saumakohdat ja niissä tarvittava tieto

Lasten ja nuorten palveluissa sosiaali- ja terveydenhuollon rajat ylittävän tiedon tarve realisoituu vaikeavammaisten kuntoutuksessa, erityispäivähoidossa, psykososiaalisessa työssä sekä lastensuojelussa. Rajanveto eri palvelukokonaisuuksien välillä on kuitenkin hankalaa, koska palvelut menevät osittain päällekkäin. Lapsen, nuoren ja hänen perheensä palvelutarpeet eivät aina seuraa orjallisesti olemassa olevien palveluketjujen kaavaa. Esimerkiksi päivähoidossa tehdään kuntouttavaa työtä, lastensuojelun avotyötä ja psykososiaalista työtä. Lasten- ja nuorten psykososiaalinen työ kattaa koko lasten ja nuorten elämänkaaren aina äitiys- ja lastenneuvolasta lastensuojelun jälkihuoltoon asti. Olemassa olevia palvelukokonaisuuksia enemmän lasten ja nuorten palveluita määrittää asiakkaan ikä. Tämän vuoksi palveluiden saumakohdat ja niissä tarvittava tieto jaetaan varhaislapsuuden sekä kouluiän ja nuoruuden palveluihin.

## Varhaislapsuus

Varhaislapsuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon saumakohdat liittyvät lastenneuvolan, päivähoiton, lastensuojelun, kuntoutuksen palveluiden välille. Päivähoitossa kasvatuksen ammattilaiset seuraavat päivittäin lapsen henkistä ja fyysistä kehitystä. Päivähoidon työntekijöiden havainnot ja tiedot lapsen kehityksestä auttavat terveydenhuollon ammattilaisia lasten kuntoutuspalvelujen suunnittelussa sekä toiminnan seuraamisessa. (Ks. Roine, 2007.) Erityistä tukea tarvitsevien lasten hoidossa ja kasvatuksessa on tärkeää, että päivähoiton työntekijöillä olisi riittävät tiedot lapsen terveydentilasta tai muista ns. normaalista kehityksestä poikkeavista tekijöistä, jotta lapsen kasvua ja kuntoutusta pystyttäisiin tukemaan päivähoiton yksiköissä.

Sosiaalialan tietoteknologiahankkeessa (Tikesos-hanke) on kartoitettu eri sosiaalipalvelujen tietotarpeita. Hankkeessa valmistuneessa lasten päivähoiton asiakastietoja koskevassa raportissa suositellaan erityistä hoitoa ja kasvatusta tarvitsevan lapsen päivähoiton asiakastietoihin kirjatavaksi muun muassa lapsen saamat tukitoimet, lapsen käyttämät tai tarvitsemat apuvälineet, lapsen diagnoosin, lausunnot, tutkimukset, tutkivan tahon ja lääkityksen ohjeineen (STM 2007). Päivähoidon ja terveydenhuollon välillä tieto välittyy usein lapsen perheen kautta, mikä voi vaikeuttaa tiedon kulkua. Ammattikuntien välinen yksittäistä lasta koskeva tiedonkulku vaatii lapsen vanhempien allekirjoittaman luvan (STMa 2004, 44). Tikesos-hankkeen dokumentaatioryhmä ehdottaa, että erityispäivähoidon kuntoutussuunnitelma toimitettaisiin sähköisesti terveydenhuollon toimijoille (Tikesos 2007). Sähköisen asiakastiedon kirjaaminen on kuitenkin vähäistä päivähoitossa. Sähköisen kirjaamisen puute vaikeuttaa varhaista puuttumista ja palvelukokonaisuuden sujuvuutta (Kestilä 2007).

Kunnissa toimii erilaisia moniammatillisia työryhmiä, joiden tarkoituksena on auttaa erityistä tukea tarvitsevia lapsia ja heidän perheitänsä. Työryhmiä, jotka yhdistävät sosiaali- ja terveydenhuoltoa on muun muassa lastenneuvolan ja perhetyön sekä lastenneuvolan ja päivähoiton välillä. Yleisimpänä työmuotona moniammatillisessa toiminnassa on puhelinneuvottelu. (Varjoranta ym. 2004; Taajamo ym. 2005; Koivula ja Heimo 2005; Hakulinen-Viitanen ym. 2005.)

Raporteissa ja tutkimuksissa kuvattu sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuden yhdistävä toiminta, jossa tuetaan alle kouluikäistä lasta sekä hänen perhettään, on luonteeltaan ohjaavaa. Yhteistyön tarve on tunnistettu, mutta konkreettiset toimintamuodot ja niiden sisällöt näyttävät puuttuvan. Toiminta painottuu palaverihin, joissa keskustelun kautta pyritään löytämään ratkaisuja ongelmiin. Toimintamuodot ja prosessit ovat jäsentymättömiä, eikä tiedollisia sisältöjä ole määritelty. Edelleen 2010-luvulla tiedonsiirto tapahtuu pääsääntöisesti virallisissa tai epävirallisissa keskusteluissa. Resursseihin vedoten tapaamisten järjestäminen viivästyy usein, tämä puolestaan hidastaa lapsen asioiden käsittelyä kohtuuttomasti Vastuu yhteistyön sujuvuudesta ja toimintamalleista on ensisijaisesti kunnilla, tämän vuoksi palvelukokonaisuuksissa on suuria alueellisia eroja. Yksittäisen työntekijän aktiivisuus ja suhteet toisen sektorin toimijoihin ovat merkityksellisiä. Yksittäiset työntekijät toimivat useasti asiakkaan ”palveluohjaajina” ja tiedon välittäjinä pirstaleisessa järjestelmässä. Epäviralliset järjestelmät aiheuttavat lisäksi tietoturvaongelmia.

## Kouluikä ja nuoruus

Lastensuojelulaki velvoittaa muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöitä ilmoittamaan sosiaalihuollon lastensuojelun työntekijöille perhe- tai yksilökohtaisen lastensuojelun tarpeesta. Lastensuojeluilmoitus on yhteistyöaloite, joka mahdollistaa lastensuojelun ja muiden tahojen osallistumisen tilanteen arviointiin ja mahdollisten toimintojen suunnitteluun. (STM 2004, 42.)

Vaasassa kehitetty Väylä-malli lähtee liikkeelle lastensuojeluilmoituksesta tai vanhempien ilmaistemasta huolesta. Väylä-malli on avoimuusmallista toimintaa, jossa asiakasta lähdetään tukemaan yksilöllisistä lähtökohdista käsin. Yhteistyötahot määräytyvät asiakkaan tarpeen mukaan, yhteistyön muotona käytetään neuvotteluja. (Finsoc 2007.) Alaikäisten päihdetyön palveluohjausmalli Jopossa palveluohjaaja kutsuu tarvittavat yhteistyötahot koolle tekemään palvelusuunnitelman yhdessä nuoren ja hänen perheensä kanssa. Palvelusuunnitelmaan kirjataan tavoitteet, työnjako ja vastualueet, seuranta ja tapaamistiheys, aikataulu, arviointi sekä sopimukset yhteydenpidosta ja tiedonkulusta. (Lähdesmäki, Orrellana, Prepula ja Sinisalo 2007.) KORKO-konsultaatiossa pyritään eri toimijoiden välisellä avoimella dialogilla löytämään uudenlaisia yhteistoiminnallisia malleja, joilla pystytään vastaamaan lapsen palvelutarpeeseen (Tikkanen ja Katajamäki 2004). Harava-projektissa kehitettiin lasten ja nuorten psykososiaalisten palvelujen yhteistoimintaa ja palvelurakenteita (Anttila ja Rousu, 2004). NUOTTA-projektissa puolestaan esitettiin ehdotuksia nuorisopsykiatrian palvelujen kehittämiseksi niin, että hoitotakuu voidaan toteuttaa. Perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja koulutoimen nuorisopsykiatrisia valmiuksia ja työnjakoa tulee kehittää siten, että perustaso ja erikoissairaanhoido eivät tee päällekkäisiä toimintoja. (STM 2003.) Sosiaali- ja terveysministeriö toteutti yhdessä kolmentoista kokeilukumppanin kanssa pitkäaikaissairaiden ja vammaisten lasten ja nuorten sekä heidän perheittensä palveluohjauskokeilun. Kokeilussa painotettiin poikkihallinnollista ja moniammatillista työotetta. Palveluohjauksessa pyrittiin ottamaan kokonaisvaltaisesti huomioon koko perheen tilanne ja tarpeet vastavuoroisen dialogin avulla. (Pietiläinen 2003.) Useissa raporteissa otettiin esille yhteistyön merkitys ja uusien toimintamallien kehittämisen tarve lasten ja nuorten psykososiaalisessa työssä (mm. Moilanen 2000; Linnakangas ja Suikkanen 2004; Heikkinen 2007; Tarvainen, Pietiläinen ja Kuure 2007; Luodes 2007; Pönkkö 2005).

Kirjallisuuskatsauksessa esille tulleissa kehittämishankkeissa ja projekteissa painotettiin sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden toimijoiden välisen yhteistyön merkitystä lasten ja nuorten psykososiaalisten palveluiden kehittämisessä. Toimintamuodoksi tarjottiin moniammatillisia työryhmiä, joissa keskustellaan lapsen tai nuoren tilanteesta ja pyritään näin löytämään oikeanlaiset palvelut ja sopimaan työnjaosta. Tavoitteiden asettamisella ja kirjaamisella on pystytty tehostamaan yhteistoimintaa (Linnakangas ja Suikkanen 2004). Dokumentointia koskeva ohjeistus on kuitenkin jäänyt hataraksi. Raporttien konkreettinen anti jäi ohueksi. Konkreettisia prosessikuvauksia ei muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta löytynyt. (Teoksessa Heikkinen 2007b, s. 45, kuvataan selviytymisongelmissa olevan lapsen, nuoren ja perheen prosessi sekä Vanhuspalvelujen kokonaisuus Kainuussa.)

Yhteistyön tiedollisia sisältöjä ei raporteissa määritelty eikä tietoteknologian mahdollisuuksia yhteistyön välineenä otettu huomioon. Yhteistyön kuvauksissa korostettiin sosiaalisen ilmapiirin merkitystä yhteistoiminnan kehittämisessä. Raporteissa painottuu relativistinen totuus käsitys, jossa eri toimijoiden välisellä avoimella dialogilla rakennetaan asiakkaan kannalta parhaiten toimiva palvelukokonaisuus. Esitetyt toimintamuodot vaativat paljon henkilö- ja aikaresursseja, etenkin jos selkeää prosessimallia ei ole kuvattu eivätkä toimintaa ohjaa selkeät rakenteet, vaan keskusteluin rakennettu yksilöllinen palvelukokonaisuus. On tietenkin huomioitava, että lasten ja nuorten asioita hoitaa useat eri toimijat kuten neuvola, koulu, sosiaalityö, poliisi, KELA ja lasten psykiatria jne. Tämän vuoksi palvelujen koordinoiminen vaatii yksilöllistä tarkastelua, yhteisiä palaveriteita, keskusteluja ja toimintamallien kehittämistä. Jäsentynyt, tarkasti määritelty toiminta säästäisi kuitenkin resursseja ja poistaisi päällekkäisyyksiä. Raporteissa ilmeni, että yhteistoiminnalliset toimintatavat ovat kuitenkin suurelta osin jäsentymättömiä ja projekteissa kehitettyjen toimintamallien juurruttaminen jokapäiväiseen toimintaan vie vielä paljon aikaa (esim. Linnakangas ja Suikkanen 2004). Kehitystyö on vasta alkutekijöissä.

## Sektorirajat ylittävät palvelutarpeet ja asiakkuudet aikuisiässä

Tämä luku perustuu taulukossa 5 esitettyyn kirjallisuuteen aikuisiän sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisistä palvelukokonaisuuksista. Kirjallisuuden valinnan perusteet on esitetty luvussa Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus ja menetelmät.

TAULUKKO 5. Kirjallisuuskatsaukseen valittu päihde- ja mielenterveyspalveluja käsittelevä aineisto

Tekijä(t), julkaisuvuosi	Teos	Aihepiiri/sisältö
Finsoc 2006	Hyvät käytännöt	Aikuisväestön palveluohjaus.
Harjajärvi ym. 2006	Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa	Tutkimus mielenterveyspalvelujen vaikuttavuudesta.
Heikkinen ym. 2003	Kansallinen sosiaalinen kehittämisprojekti.	Selvityshenkilöiden loppuraportti sosiaalialan kehittämisprojektista.
Jääskeläinen 2005	Aikuissosiaalityö suurkaupungeissa marginaalialueella elävien parissa.	Hyvinvoinnin rakentajat -hankkeen selvityksiä aikuissosiaalityöstä.
Korteniemi 2003	Mikä palveluohjauksessa toimii, kenen kohdalla ja missä olosuhteissa?	Huumekuntoutujien palveluohjaus.
Kuussaari 2006	Näkemyksen kirjo, sirpaloitunut tieto.	Terveydenhuollon, sosiaalitoimen ja nuorisotyön työntekijöiden käsityksiä huumeiden käyttäjien palvelujärjestelmästä.
Mäkelä ym. 2006	Perhekeskeinen työ A-klinikkasäätöillä.	Perhekeskeisen työn kehittämisprosessi 2005–2006.
STAKES 2007	Ehkäisy ja hoito. Laadukkaan päihdetyön kokonaisuus.	Opas laadukkaan päihdetyön järjestämiseksi.
Sundström ja Kilku 2004	Palveluohjaus perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja mielenterveyspalvelujen yhteistyömenetelmänä.	Palveluohjaus- projektin loppuraportti, joka käsitteli mielenterveyspalvelujen yhteensovittamista.
Terveyshanke 2004b	Mielenterveys- ja päihdetyön seudullinen kehittäminen kansallisten terveys- ja sosiaalialan hankkeiden puitteissa 2005–2007.	

### Aikuisten palvelutarpeet

Aikuisiässä kansalaisten sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnan ylittävät palvelutarpeet liittyvät yleensä päihde- tai mielenterveysongelmiin tai vammaisuuteen. Vammaispalvelut toki liittyvät myös kaikkiin muihinkin ikäryhmiin. Tutkimusten mukaan noin neljännes suomalaisista kärsii psyykkisistä oireista. Tavallisimpia mielenterveyden ongelmia ovat masennus, ahdistuneisuus ja alkoholinkäyttöön liittyvät häiriöt. (Harjajärvi, Pirkola ja Wahlbeck 2006.)

Aikuisiän asiakkuutta leimaa moniongelmaisuus, jolloin pelkästään yhden sektorin toimet ovat riittämättömiä asiakkaan kokonaisvaltaisessa auttamisessa. Kaksoisdiagnoosit ovat lisääntyneet, on alettu puhua mielenterveysongelmien keskittymisestä (Sundström ja Kilku 2004, 7). Moniongelmaisen asiakkaan palvelukokonaisuuden hallinta perustuu moniammatilliseen yhteistyöhön, jossa nopea tiedon välittyminen korostuu (Valta 2003, 2). Jääskeläinen (2005, 42) nosti esille aikuissosiaalityötä koskevassa tutkimuksessa huolen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensopivuudesta. Jonot, palvelujen toimimattomuus ja palvelujen saatavuuteen liittyvät esteet nousivat esille etenkin huono-osaisten palveluissa.

Huumeiden ja alkoholinkäytön lisääntyminen näkyy kasvaneena palvelutarpeena. Päihdeongelmaisten vahva syrjäytyminen asettaa koko palvelujärjestelmälle haasteen. Erityisesti samanaikaisesti päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan hoito vaatii toimivaa yhteistyörakennetta mielenterveyspalvelujen kanssa. (Stakes 2007, 8, 13.) Mitä paremmin sosiaalihuollollisia palveluita on saatavilla, sitä vähemmän ilmenee tarvetta erikoissairaanhoidollisiin palveluihin (Heikkinen ym. 2003, 22).

Vammaisten palveluiden suurimpia ongelmia on kuntien heikon talouden ja osaamisen puutteen aiheuttama alueellinen eriarvoisuus. Hajanainen ja pirstaleinen palvelujärjestelmä ei mahdollista vammaispalveluiden asiantuntemuksen kehittymistä. (Heikkinen ym. 2003, 21.)

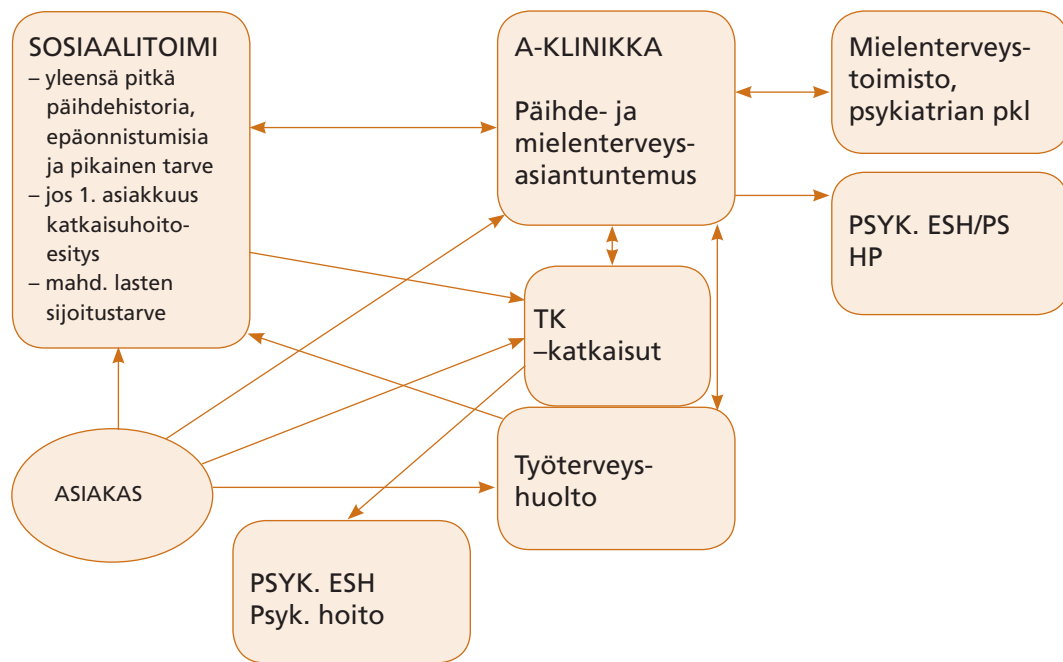
## Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelut

Mielenterveyshäiriöt ja päihteiden ongelmakäyttö muodostavat yhdessä merkittävimmän kansanterveysongelman Suomessa. Niihin liittyvä taakka on merkittävä niin yksilölle kuin heidän lähiyhteisöilleen ja yhteiskunnalle. (Terveyshanke 2004.) Sosiaali- ja terveysministeriön tuella on viime vuosina käynnistynyt yli sata mielenterveys- ja päihdepalvelujen parantamiseen keskittyntä hanketta. Hankkeiden yhtenä tavoitteena on perus- ja erityispalveluiden sekä eri palvelutuottajien ja ammattiryhmien välisen yhteistyön kehittäminen. (Harjajärvi ym. 2006.)

Ehkäisevän päihdetyön kehittäminen ja palveluiden saatavuuden turvaaminen vaatii kuntien välistä yhteistyötä, peruspalvelujen aseman vahvistamista sekä hallintosektoreiden rajat ylittävää yhteistyötä ja uudenlaista tehtävän jakoa. Hallinnonalat ylittävän yhteistyön johtamisessa ja koordinoinnissa korostuu strategiatyö ja monialainen päihderyhmä. Korjaava päihdetyö yhdistää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita (Stakes 2007, 6, 16).

Kuviossa 2 esitetään päihdeasiakkaan palvelukokonaisuutta yleisellä tasolla. Kuvasta ilmenee palveluiden pirstaleisuus ja hajanaisuus. Asiakkaan pitäisi pystyä liikkumaan tällaisessa palveluviidakossa oikeita reittejä pitkin, jotta hän saisi parhaan mahdollisen avun. Tämä asettaa suuren haasteen niin asiakkaille kuin työntekijöille. (Vrt. Sundström ja Kilkku 2004, 31–32.) Palveluohjauksella on pyritty helpottamaan asiakkaan liikkumista palveluviidakossa.

Mielenterveysongelmat koskettavat monella eri tavalla niin yksilöä kuin hänen lähiympäristöäänkin. Monimuotoisuuden vuoksi myös tarvittavien palvelujen joukko on suuri. Mielenterveysongelmista kärsivät henkilöt ovat usein kykenemättömiä ilmaisemaan palvelutarvetta. Tämän vuoksi palveluohjaus korostuu mielenterveyspalvelujen järjestämisessä. Asiakkaan kanssa työskentelevien työntekijöiden rooli korostuu asiakkaan puolestapuhujana ja palveluiden kartoittajana. (Sundström ja Kilkku 2004, 7–8.) Mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat usein riittämättömiä, valikoivia ja yksipuolisia. Myös työnjako mielenterveys- ja päihdepalvelujen välillä on usein epäselvä. Asiakasta saatetaan ohjata turhaan toiseen palveluun ilman, että mikään yksikkö ottaisi päävastuuta hänen hoidostaan. Erityisesti arkista selviytymistä tukevia palveluja on riittämättömästi. Myös avopalveluita seuraavat tilastot ja rekisterit ovat puutteellisia ja epäluotettavia. (Terveyshanke 2004b.)



KUVIO 2. Päihteidenkäyttäjän palveluketjukuvaus (vrt. Sundström ja Kilkku 2004, 31)

## Päihde- ja mielenterveyspalveluiden saumakohtat ja niissä tarvittava tieto

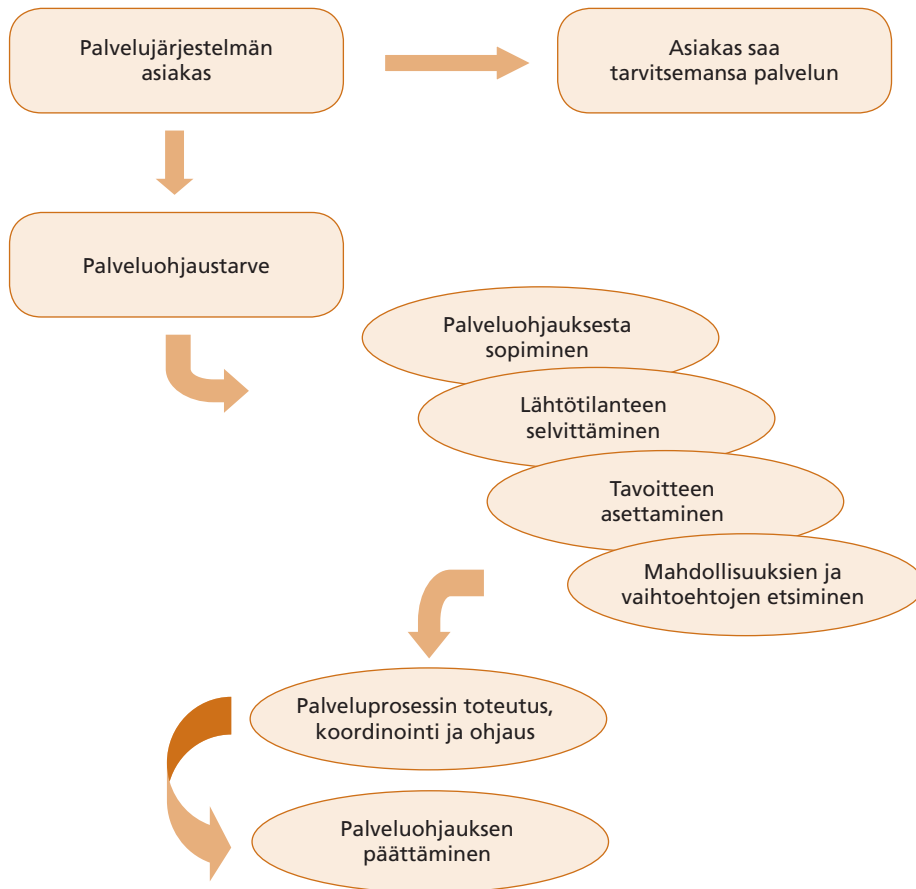
Mielenterveyslaissa (1116/1990) otetaan huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta. Laissa säädetään, että sairaanhoitopiirin kuntainliiton ja sen alueella toimivien terveyskeskusten on yhdessä sosiaalihuollon ja erityispalveluita antavien kuntaliittojen kanssa huolehdittava siitä, että mielenterveyspalveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus.

Päihde- ja mielenterveyspalvelujen saumakohtat on pyritty aukaisemaan palveluohjauksella. Palveluohjauksen lähtökohtana on useiden ammattilaisten avun koordinoiminen samaksi asiakaslähtöiseksi palvelukokonaisuudeksi. (Finsoc 2006; Sundström ja Kilkku 2004; Korteniemi 2003.) Palveluohjaus toiminnan erottaa normaalista viranomaisten ohjaus- ja neuvontatyöstä se, että palveluohjaus sisältää sekä palveluohjauksen (case-management) että palveluiden yhteen sovittamisen (service-coordination). Palveluohjaus tuo kaksi uutta elementtiä palvelujärjestelmäämme:

1. Palveluohjauksen tuoma koordinoitavuus, jolla tuodaan yhteistoiminnallisuus eri organisaatioiden ja hallintokuntien välille.
2. Palveluohjaaja ottaa järjestelmän näkökulmasta vastuun asiakkaan kokonaistilanteesta. (Finsoc 2006.)

Palveluohjausprosessista on erotettavissa vaiheet, joita ovat palveluohjauksesta sopiminen, asiakkaan lähtötilanteen kartoitus, tavoitteiden laatiminen, mahdollisuuksien ja vaihtoehtojen etsiminen, toteutus, koordinointi ja seuranta sekä palveluprosessin päättäminen. Välttämättä nämä vaiheet eivät kuitenkaan etene esitetyssä järjestyksessä. (Kuvio 3, Finsoc 2006.)

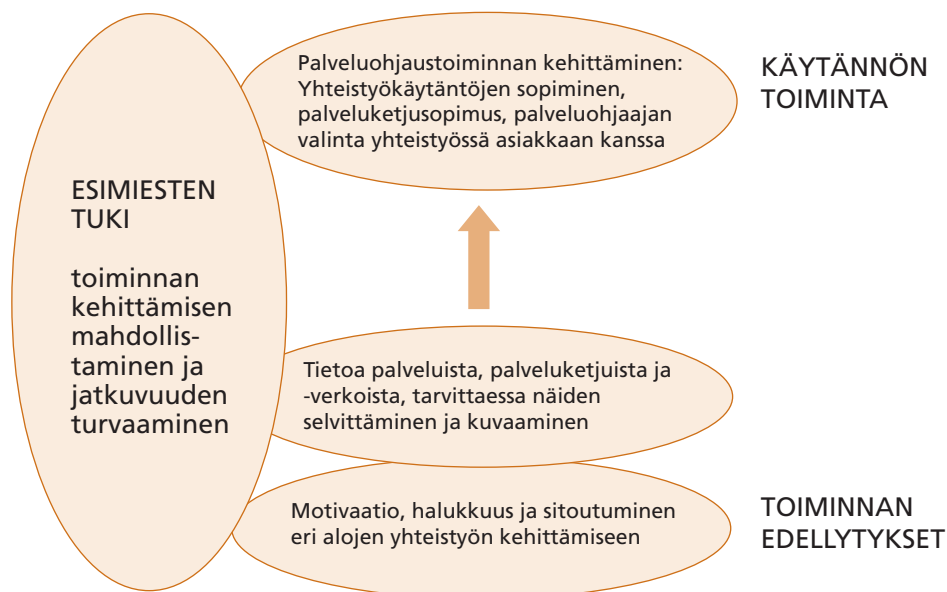
Palveluohjauksessa tiedonsiirtoon ja saatavuuteen liittyvät ongelmat eri toimijoiden välillä pyritään ratkaisemaan palveluohjaussopimuksella. Kirjalliseen palveluohjaussopimukseen kirjataan asiakkaan mahdollinen suostumus häntä itseään koskevien tietojen luovutuksesta. Työntekijöiden yhteistyötä lisätään palveluohjaussopimuksen ohella hallintorajat ylittävissä palveluohjausryhmässä, jossa on edustettuna sekä sosiaali- että terveystoimi. Moniammatillinen



KUVIO 3. Palveluohjausprosessi (Finsoc 2006)

ryhmä toimii samalla työnohjauksellisenä tukena. (Sundström ja Kilkku 2004, 39; Korteniemi 2003; Finsoc 2006; Stakes 2007.) Huumeongelmaisten palveluohjauksessa sosiaalityöntekijä rakentaa ydinverkoston asiakkaan ja sosiaalityöntekijän kanssa työskentelevistä toimijoista. Jokaisesta toimintayksiköstä nimetään vastuuhenkilö, johon ollaan tarvittaessa yhteydessä. Verkoston koordinoijana ja vastuuhenkilönä toimii palveluohjaaja. (Korteniemi 2003.) Kuviossa 4 Sundström ja Kilkku kuvaavat palveluohjaustoiminnan edellytyksiä ja toiminnan etenemisjärjestystä. Toiminnan yhtenä edellytyksenä pidetään palveluketjujen ja -verkostojen selvittämistä tai kuvaamista. Kirjallisuuskatsauksen aineistosta ilmeni, että palveluohjauksen ylevät periaatteet on useissa raporteissa lausuttu (Finsoc 2006; Sundström ja Kilkku 2004, Stakes 2007; Korteniemi 2003), mutta konkreettiset toimintamallien kuvaukset ovat puutteellisia. Toimintamallit eivät ole juurtuneet jokapäiväiseen työhön. Palveluohjaajan henkilökohtainen aktiivisuus ja innokkuus korostuvat asiakkaan auttamisessa (ks. Korteniemi 2003). Teknologisten ratkaisujen hyödyntäminen vaatisi tarkkoja prosessien ja näistä koostuvien palvelukokonaisuuksien kuvaamista. Pirstaleisten toimintojen yhdistäminen ei onnistu ilman tarkkoja sopimuksia ja kuvauksia toiminnan etenemisestä. Tällä hetkellä palveluohjaajan tehtäväksi jää palvelukokonaisuuden rakentaminen ja hallinta. Työtoimintaa tukevia teknologisia ratkaisuja ei ole kehitetty.





KUVIO 4. Palveluohjaustoiminnan edellytykset ja etenemisjärjestys kohti käytännön toimintaa (Sundström ja Kilku 2004, 40)

A-klinikkasäätiössä palveluita yhteen sovittavaa toimintaa on lähestytty perhekeskeisellä toiminnalla. Toiminnassa päihderiippuvuutta ja muita riippuvuusongelmia tutkitaan ja hoidetaan vuorovaikutuksen, parisuhteen, vanhemmuuden, kasvatuksellisten kysymysten ja lapsiin ja nuoriin kohdistuvien vaikutusten näkökulmasta. Tavoitteena on koota yhteen asiakkaan, perheen ja muun verkoston osaaminen ja voimavarat. (Mäkelä, Hannula, Kajantola, Kurki, Levo ja Ruokonen 2006.) A-klinikkasäätiö tekee arvokasta työtä päihdeongelmaisten parissa. Suurin osa A-klinikkatoiminnasta on kuntien tai kuntayhtymien ylläpitämiä. Kuitenkin yhteistyö muiden kunnallisten sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kanssa on tiedon välityksen näkökulmasta jäsentymätöntä, selkeitä rakenteita tiedonvaihtoon liittyen ei kirjallisuuskatsauksessa nousut esille.

## Ikäihmisten palvelutarpeet ja palvelut

Tämä luku perustuu taulukossa 6 esitettyyn kirjallisuuteen ikäihmisten palvelujen yhteisistä palvelukokonaisuuksista. Kirjallisuuden valinnan perusteet on esitetty luvussa Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus ja menetelmät.

Kirjallisuus korostaa sitä, että ikääntyvien palvelutarpeen arvioinnin tulee perustua yksilölliseen harkintaan ja ikääntyneen itsensä kuulemiseen. Yksilöllinen huomioiminen vaatii laajaa tarpeiden tarkastelua: on otettava huomioon ikääntyvän fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja taloudelliset tarpeet. (Olsbo-Rusanen ja Väänänen-Sainio, 2003, 34.) Ikääntyneen kokonaisvaltaisen palvelutarpeen huomioiminen ja siihen vastaaminen vaatii sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoimintaa. Suurin osa ikäihmisistä haluaa asua kotona mahdollisimman pitkään. Kotihoidolla pyritään ylläpitämään hyvää elämänlaatua ja itsenäistä suoriutumista (Ronkainen, Ahonen, Backman ja Paasivaara 2002). Ikäihmisten kotona selviytymisen tukemisessa korostuu palvelujen koordinoinnin sekä ammattilaisten ja organisaatioiden yhteistyön tarve (Ala-Nikkola 2000, 85). Liikunta ja toimintakyvyn ylläpitäminen edellyttää ehkäisevien toimintamuotojen kehittämistä (Harri-Lehtonen 2006, 4).

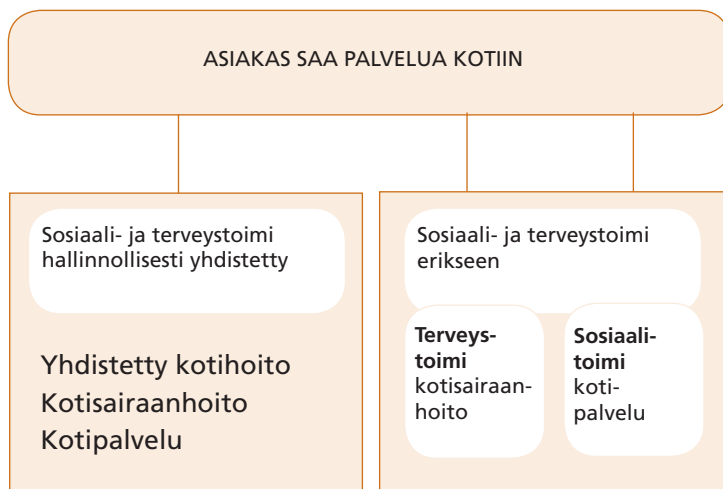
TAULUKKO 6. Kirjallisuuskatsaukseen valittu ikäihmisten sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä palvelukokonaisuuksia käsittelevä aineisto

Tekijä(t), julkaisuvuosi	Teos	Aihepiiri/sisältö
Ala-Nikkola (2000)	Vanhusasiakkaiden palveluketjut	Artikkeli vanhusasiakkaiden palvelunohjauksen soveltuvuudesta palveluketjun hallintaan
Ala-Nikkola (2003)	Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa?	Tutkimus vanhustenhuollon päätöksenteko todellisuudesta
Olsbo-Rusanen ja Väänänen-Sainio, (2003)	Ikäihmisten asuminen ja palvelut paremmaksi.	Selvitys ikääntyvien kotona asumisen kehittämiseen liittyvistä toimenpiteistä
Perälä ja Hammar (2003)	PALKOmalli- Palveluja yhteensovitava kotiutuminen ja kotihoito organisaatiot ylittävänä yhteistyönä	Malli kotihoidon sektorirajat ylittävästä yhteistyöstä
Toivanen ym. (2004)	Kotihoidon tiedon tarpeet	Selvitys kotihoidon tiedontarpeista ja järjestelmä arkkitehtuurin vaatimuksista
Perälä ym. (2004)	Asiakkaan ohjausmallin arviointi	Ohjausmallin arviointi vanhusten kotihoidossa
Pöyry ja Perälä (2003)	Tieto- ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palveluiden saumakohdissa	Tutkimus yli 65-vuotiaiden kotihoitoon liittyvästä palveluketjusta

Ikäihmisten palveluiden tulevaisuuden haasteena on ikääntyvien yksilöistyneet palvelutarpeet ja määrällinen lisääntyminen (Heikkinen ym. 2003, 25). Yksilöllisyyden huomioiminen asettaa vaateen palvelurakenteen uudistamiselle. Myös vanhuusväestön määrällinen lisääntyminen kasvattaa palvelutarvetta. Tilastokeskuksen arvion mukaan vuonna 2030 yli 65-vuotiaita on neljäsnes väestöstä. Eniten kasvaa yli 75-vuotiaiden suhteellinen osuus (Lapveteläinen, Grönroos, Turunen ja Perälä 2006, 10). Kunnallisista palveluista kotona asuvat ikäihmiset käyttävät yleisimmin kotipalvelua, kotisairaanhoidoa, omaishoidontukea, lyhytaikaishoitoa, tukipalveluita ja päivätoimintaa (Heikkinen ym. 2003, 25–28). Vanhustenhuollossa kansalaisten palvelutarvetta arvioidaan useissa organisaatioissa eri ammattilaisten voimin. Tyypillinen vaihe palvelutarpeen arvioinnille ovat erilaiset palveluprosessien siirtymävaiheet, esimerkiksi siirryttäessä laitoshoidosta kotihoitoon ja päinvastoin. (Ala-Nikkola 2003, 95.)

Useassa kunnassa vanhustenhuollon palvelujärjestelmä on laaja ja monimuotoinen. Kun julkisen vanhustenhuollon palvelujärjestelmään luetaan kotihoito ja laitoshuolto sekä niiden väliin sijoittuvat sosiaali- ja terveyspalvelut, muodostaa se paikallisesti tarkasteltuna suuren palveluverkoston. Vanhustenhuollon palvelujärjestelmässä on toiminnallisia kuiluja, jotka osaltaan sijoittuvat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotannon välille. (Ala-Nikkola 2000, 76; Lukkaroinen 2002.) Myös STM (2004) totesi palvelukatveen syntyvän useasti sosiaali- ja terveyspalvelujen raja-alueilla.

Ikäihmisten pitkäaikaishoivan ja -hoidon vastuu, kun asiakas ei tarvitse jatkuvaa lääketieteellistä hoitoa, on sosiaalitoimella, joka myös koordinoi kotiin annettavia palveluita. Kotiin annettavissa palveluissa ja hoidossa realisoituu sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman yhteistyön merkitys. Kotihoidon ja kotisairaanhoidon organisoituminen riippuu paljolti alueellisista erityistekijöistä. Yhtä oikeaa organisaatiomallia ei voida antaa. (Heikkinen ym. 2003, 26.) Lainsäädännössä kotihoidon käsitettä ei ole määritelty, mutta useassa kunnassa kotihoito käsittää kotisairaanhoidon ja kotipalvelun, joita toteutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyössä (Lapveteläinen ym. 2006, 10). Pöyryn ja Perälän (2003, 43) tutkimuksen mukaan suurin osa kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yksiköistä toimii erillisinä toimipisteinä. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun ja sosiaaliturvakortin kokeilusta (811/2000) mahdollisti



KUVIO 5. Kotiin tuotettavien palvelujen vaihtoehdot (Lapveteläinen ym. 2006, 11)

sosiaalihuollon kotipalveluiden ja terveydenhuollon kotisairaanhoidon järjestämisen osittain tai kokonaan yhdistettynä. (Hyppönen, Hämäläinen, Pajukoski ja Tenhunen 2005, 26)

Ikäihmisten palveluiden yhteensovittamisen kannalta on tärkeää, että kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteistyö ja tiedon vaihto toimii saumattomasti (Pöyry ja Perälä 2003, 17). Hoidon ja palvelun arvioinnissa ei ole aina käytettävissä riittävää ajantasaista tietoa. Erillisinä organisaatioina toimivat kotisairaanhoido ja kotipalvelu tekivät erilliset suunnitelmat toiminnasta. Kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja osaston lääkäreiden näkemykset kotihoitoon palvelutarpeesta ja käytettävissä olevista resursseista eivät aina kohtaa. (Liikanen 2002, 147, 197.)

Sosiaalihuollon teknologian kehittäminen Kainuussa -hankkeessa tehtiin prosessikuvaus vanhuspalvelujen kokonaisuudesta. Siihen on koottu ikäihmisten yleisimmin käyttämät palvelut, joita ovat päivätoiminta, kotihoito (sosiaalitoimen kotipalvelu ja terveystoimen kotisairaanhoido), tukipalvelut, omaishoido, lyhytaikaishoido, asumispalvelut ja laitoshoido (Heikkinen 2007b, 45).

## Ikäihmisten palveluiden saumakohdat ja niissä tarvittava tieto

Ikäihmisten palveluiden yhteensovittamisen kannalta kotisairaanhoidon ja kotipalvelun välinen tiedon vaihto on keskeistä. Yksittäistä asiakasta koskeva tieto kootaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan (hopasu), joka mahdollistaa toimintojen suunnitelmallisuuden ja yhteensovittamisen. (Pöyry ja Perälä 2003, 17–18.) Hoito- ja palvelusuunnitelma -kansio on kotipalvelun ja kotihoitoon yhteistyön väline, joka sisältää Hopasun lisäksi lääkelistan, hoitokortit, reseptit, tietoja sairaskertomuksesta jne (Toivanen, Häkkinen, Laitinen, Minkkinen, Röppänen ja Tuomainen 2004, 17).

Ikäihmisen hoito- ja palveluketjussa on löydettävissä seuraavia saumakohtia: 1. Asiakkaan kotihoito 2. Asiakkaan kotiutuminen sairaalasta. 3. Asiakkaan siirtyminen sairaalasta toiseen hoitopaikkaan 4. Asiakkaan lähteminen kotoa sairaalaan (Perälä, Rissanen, Grönroos, Hammar, Pöyry, Noro, Saalasti-Koskinen ja Teperi 2004; Perälä ja Hammar 2003). Etenkin asiakkaan kotihoitossa ja asiakkaan kotiutumisessa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen tiedontarve korostuu.

## Asiakkaan kotihoito

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö realisoituu ennen kaikkea asiakkaan kotihoidossa. Perälä ym. (2004) raportoivat tutkimuksessaan omaneuvoja toiminnan parantavan palvelujen saumattomuutta. Parhaiten moniammatillinen tiimityö toteutui toimipisteissä, joissa kotipalvelu ja kotisairaanhoido oli yhdistetty. PALKO-mallissa (Perälä ja Hammar 2004) esitetään, että kotihoidon asiakkaan hoitotiimiin tulee kuulua ainakin kotipalvelun- ja kotisairaanhoidon työntekijät ja omalääkäri sekä tarvittaessa erityistyöntekijöitä kuten fysio- ja toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Hoitotiimi kokoontuu säännöllisesti ja aina tarpeen vaatiessa. Palaverissa sovitaan kirjallisesti työnjaoista ja vastuista sekä jokaisen osuudesta hoidossa ja palveluissa. Tiimissä sovitaan tiimin jäsenten asiakkaasta tarvitsemasta tiedosta, tiedon kirjaamisesta ja sen välittämisestä eri toimijoiden kesken. Jokaisella tiimin jäsenellä tulee olla riittävä ja ajantasainen tieto asiakkaasta, jotta he voivat huolehtia omasta osuudestaan parhaalla mahdollisella tavalla. Asiakkaan tulee olla tietoinen tiedottamisen pelisäännöistä.

Tiimissä sovitaan tiedottamisesta seuraavat asiat:

- mistä asioista tiedotetaan
- miten tiedotetaan; suullinen (puhelin, tapaaminen) vai kirjallinen (sähköposti, omahoitokansio, viestivihko, tekstiviesti tms.)
- kuka tiedottaa
- kenelle tiedotetaan
- milloin tiedotetaan

(Perälä ja Hammar 2003, 35.)

PALKO-mallissa (kuvio 6) hoitotiimin jäsenistä nimetään asiakkaalle omahoitajapari, jonka yleensä muodostavat kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijät yhdessä. Omahoitajapari laatii yhdessä asiakkaan ja/tai hänen omaistensa kanssa hoito- ja palvelusuunnitelman, johon kirjataan asiakkaan saama hoito ja palvelut sekä asiakasmaksut. Omahoitaja neuvottelee asiakkaan kanssa siitä, mitä tietoja hoitotiimin muut jäsenet tarvitsevat asiakkaasta sujuvan hoidon ja palvelun turvaamiseksi. Tietoja, joiden siirtoon asiakas on antanut luvan, voidaan välittää tietosuojaa vaarantamatta. Toinen omahoitaja parin työntekijöistä valitaan vastuuhoidajaksi. Vastuuhoidtaja ottaa päävastuun asiakkaan hoidosta ja palveluista. (Perälä ja Hammar 2003; ks. Toivanen ym. 2004, 16.) Omahoitaja parin tehtävät kotihoidossa ovat mm.

- laatia hoito- ja palvelusuunnitelma yhdessä asiakkaan ja/tai läheisten kanssa
- koordinoida eri palvelut saumattomasti yhteen asiakkaan parhaaksi
- vastata siitä, että asiakas selviytyy kotona ja hänellä on riittävät palvelut käytettävänä
- arvioida ja seurata asiakkaan palveluiden tarvetta sekä tehdä tarvittavat muutokset
- koota eri työntekijöitä ja asiakkaalta/läheiseltä saamansa tiedot yhteen
- vastata viimekädessä asiakasta koskevasta tiedonkulusta hoitotiimin sisällä ja muiden ulkopuolisten tahojen kanssa
- vastata asiakkaan tietojen päivittämisestä
- välittää asiakkaan/läheisten mielipiteet ja toiveet hoidosta ja palveluista tiimin jäsenille
- välittää tieto asiakkaan tilanteesta tapahtuneista muutoksista tiimin jäsenille.

(Perälä ja Hammar 2003, 36.)

Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun välisestä työnjaoista sovitaan yleensä puhelimitse. Tiedon-siirtoa tapahtuu myös mm. viestivihon, omakansion, hoitokortin ja lääkelistan välityksellä sekä sovituissa tai satunnaisissa tapaamisissa. Sähköiset tiedon siirtovälineet ovat myös lisääntyneet. (Perälä ja Hammar 2003, 38.)

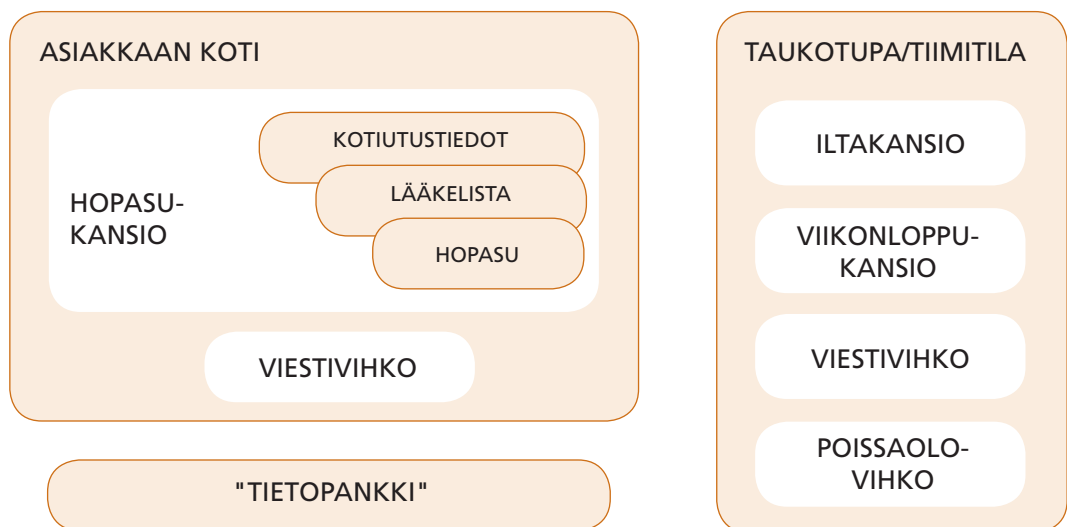


KUVIO 6. PALKO-malli: Asiakkaan kotihoito (Hammar ja Perälä 2003, 37)

Kotihoidon toiminnassa tieto on keskeinen yhteistyön ja toiminnan väline. Kuviossa 7 esitetään asiakirjoja ja dokumentteja, jotka sisältävät tietokokonaisuuksia eli pienistä tietoyksiköistä koostuvia kokonaisuuksia, joita kotihoidon toimijat työssään käyttävät (Toivanen ym. 2004, 26)

Kotiutustiedot liittyvät asiakkaan siirtymiseen sairaalasta kotihoidon asiakkaaksi. Kotiutus-tietoihin kuuluvat epikriisi ja jatkohoito -ohjeet ovat keskeisessä asemassa asiakkaan hoitoa ja palveluja suunniteltaessa. Suunnittelun tuloksena syntyy hoito- ja palvelusuunnitelma (Hopasu) (Toivanen ym. 2004, 26). Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan mm.

- omaisen/yhteyshenkilön/omaishoitajan yhteystiedot
- hoitoon osallistuvat tahot ja yhteystiedot
- sairaudet ja asiakkaan henkilötiedot
- lääkitys
- toimintakyky (fyysinen, psyykinen, sosiaalinen)
- voimavarat (omaiset, tukiverkostot)
- apuvälineet
- tarvittavat palvelut (omainen, yksityinen, kotihoito)



KUVIO 7. Kotihoidon tietokokonaisuuksia sisältäviä asiakirjoja, dokumentteja ja tietolähteitä (Toivanen ym. 2004, 26)

- tukipalvelut (myös etuudet)
- tavoitteet (asiakaslähtöiset, konkreettiset) ja toimenpiteet niiden saavuttamiseksi
- suunnitelman seuranta
- suostumus tietojen luovuttamiseen: kuka saa luovuttaa, kenelle, mitä varten ja mitä tietoja (päivämäärä ja allekirjoitus).

(Toivanen ym. 2004, 28.)

Yhtä Hoito- ja palvelusuunnitelman kappaletta säilytetään asiakkaan kotona Hopasu-kansiossa, johon voidaan liittää muitakin asiakkaan terveyteen liittyviä asiakirjoja. Kotihoidon toteutumista koskevat tiedot kerätään asiakkaan luona säilytettävään viestivihkoon. Viestivihkoon merkitään toteutuneet käynnit, ja siihen voidaan myös jättää ei-kiireellisiä viestejä muille toimijoille ja asiakkaan omaisille. Taukotuvan tai tiimitilan viestivihko on tarkoitettu kotihoidon työntekijöiden sisäiseen viestintään. Asiakastiedot on taukotuvassa tai tiimitilassa järjestetty käynti järjestyksen mukaisesti kansioihin. Iltakansio sisältää iltavuoroon kuuluvien asiakkaiden tiedot ja palvelutarpeet jne. Poissaolovihkoon merkitään mahdolliset asiakkaan kotoa poissaolot. (Toivanen ym. 2004, 26.) Olemassa olevien tietokokonaisuuksien lisäksi Toivanen ym. (2004, 27) hahmottelivat ns. tietopankin. Tietopankin tehtävänä on koota hajallaan oleva tieto yhteen. Kotihoidossa asiakkaan ohjaukseen ja neuvontaan liittyviä tietoja ei ole koottu, vaan jokainen joutuu selvittämään ne itse, yleensä puhelimitse. Myös avoterveydenhuollon tai vanhustenhuollon tai vammaispalvelujen sosiaalityöntekijän rooli korostuu kotihoidon edellytysten turvaamisessa ja erilaisten tukimuotojen ja tilapäisten laitospaikkojen kartoituksessa (Perälä ja Hammar 2003, 40). Tietopankilla voitaisiin osaltaan vähentää sosiaalityöntekijän roolia.

## *Asiakkaan kotiutuminen sairaalasta*

Asiakkaan kotiutuessa sairaalasta kotipalvelun työntekijät saavat vain vähän kirjallista tietoa asiakkaasta, vaikka suurin osa kotihoidon asiakkaista kuuluu vain kotipalvelun piiriin (Perälä ja Hammar, 2003). Myös sairaalan myöhäinen tiedottaminen kotiutumisesta häiritsee kotihoidon toimintaa (Pöyry ja Perälä 2003, 39). Potilaan kotiutuessa sosiaali- ja terveydenhuollon kirjallinen tiedonvaihto tapahtuu hoito- ja palvelusuunnitelmien, hoidon seurantalomakkeiden, hoitotyön lähetteen ja viestivihkon välityksellä. Yhteinen ATK-tietojärjestelmä mahdollistaa tiedon siirtymisen muille asiakkaan kanssa työskenteleville tahoille. (Pöyry ja Perälä 2003, 16.) Yhteistyö erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä asiakkaan kotiutumistilanteissa on kuitenkin riittämätöntä. Yhteistyötä pystyttäisiin parantamaan hoito- ja palvelusuunnitelman tehokkaammalla käytöllä. Tällä hetkellä hoito- ja palvelusuunnitelmien käyttö ei vastaa niille asetettua tehtävää. (Pöyry ja Perälä 2003.) Ongelma on myös se, että asiakkaalle saatetaan tehdä useita hoito- ja palvelusuunnitelmia eri palveluntuottajien toimesta (Ala-Nikkola 2003).

PlugIT-hankkeessa (Toivanen ym. 2004) esitettiin asiakkaan kotiutustilanne PALKO-mallia (ks. Hammar ja Perälä, 2003) mukaillen, seuraavalla tavalla:

1. Kotiuttavan yksikön omahoitaja ottaa yhteyttä (puhelimitse) kotihoidon työntekijään, joka järjestää asiakkaan kotiutumista
2. Kotihoidontyöntekijä suunnittelee saamiensa tietojen perusteella asiakkaan kotiintulon ja järjestää tarvittavat palvelut (yhteys kotipalvelun ohjaajaan, omahoitajaan, kotisairaanhoidajaan ja sosiaalityöntekijään) tai käy tapaamassa asiakasta kotiuttavassa yksikössä, jossa kotiutus suunnitellaan yhdessä
3. Kotiutus ajankohdan selvittyä vastaava kotihoidontyöntekijä sopii arviokäynnin ajankohdan (asiakas, omainen, kotipalvelu, kotisairaanhoido, kotihoidon omahoitaja sekä muut yhteistyössä tarvittavat henkilöt)

(Toivanen ym. 2004, 15.)

Arviointikäynnillä selvitetään asiakkaan avuntarve, perustiedot, tulotiedot ja päätetään palveluntuottajien käyntikerrat. Kerätyt tiedot kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelmaan, joka tarkastetaan kolmen kuukauden välein. (Toivanen ym. 2004, 16.)

PALKO-malli (Perälä ja Hammar) ja PlugIT-hankkeen (Toivanen ym. 2004) kuvaukset kotihoidon palvelukokonaisuudesta ovat hyviä avauksia kohti saumatonta palvelukokonaisuutta. Mallit ovat kuitenkin teoreettisia ihannemalleja ja visiointeja tulevaisuudesta. Kotihoidon reaali maailma näyttää hyvin erilaisena. Kotihoidon rakenteet ja yhteistyömuodot ovat osin jäsentymättömiä. Paikallisissa hankkeissa ympäri Suomea pyritään palveluita tehostamaan kohti saumattomia palvelukokonaisuuksia, kehittämistyö on kuitenkin osoittautunut hankalaksi. Teoreettiset mallit eivät ratkaise ongelmaa, mutta ne luovat hyvän pohjan uudenlaisten toimintamallien kehittämiselle.

## Tiedonvaihdon välineet palvelukokonaisuuksien hallinnassa sosiaali- ja terveydenhuollon rajalla

Tämä luku perustuu taulukossa 7 esitettyyn kirjallisuuteen ikäihmisten palvelujen yhteisistä palvelukokonaisuuksista. Kirjallisuuden valinnan perusteet on esitetty luvussa Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus ja menetelmät.

Tieto ja sen saanti on keskeisessä asemassa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuden hallinnassa. Asiakas ja palvelua antava taho tarvitsevat tietoa, jonka perusteella voidaan luoda nopeasti kuva asiakkaan palvelukokonaisuudesta ja sen etenemisestä (Ruotsalainen 2000, 24). Sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnan ylittävän tiedon voi jakaa kahteen luokkaan palvelukokonaisuuden suunnittelussa tarvittava tieto ja hoidossa tarvittava tieto. Asiakkaan palvelukokonaisuuden suunnittelussa tarvitaan luonteeltaan yleistä tietoa palveluprosesseista, toimijoista ja resursseista. Asiakkaan hoidossa taas korostuvat sellaiset asiakkaan yksilölliset tiedot, joilla on merkitystä palvelun ja hoidon onnistumisen näkökulmasta. Asiakkaan hoidossa ja palvelussa tiedon oikeellisuus ja nopea saatavuus nousevat keskeisimmiksi.

Tieto- ja viestintäteknologialle on ladattu suuret odotukset palvelukokonaisuuden hallintaan ja asiakkaan hoitoon liittyvän tiedonsiirron ratkaisemiseksi. Kuitenkaan teknologia ei ole pystynyt ainakaan vielä vastaamaan näihin odotuksiin. (Hyppönen 2004; Liikanen 2002.) Ongelmana on tietoteknisten innovaatioiden kehitystyön ja implementoinnin viivästyminen sekä käsitteiden operationalisoinnin puutteet (Perälä ym. 2004, 59).

Tietotekniikan kehittämisen lähtökohtana tulee olla työtoiminnan kehittäminen ja parempien palvelujen aikaansaaminen (Korpela 1999, 93). Tietojärjestelmän rakentamisen tulisi edetä järjestelmällisesti. Ensimmäisenä luodaan teoreettinen perusta. Teoreettinen perusta pohjaa tämänhetkisten ja tulevien toiminnallisten tarpeiden arvioinnille. Teoriat tulee mallintaa sellaiseen tekniseen muotoon, että niiden perusteella pystytään tekemään järjestelmän tekninen toteutus. Teknistä toteutusta sovitetaan käytännön toimintaan, jonka jälkeen toteutuksen toiminnallista ulottuvuutta pystytään analysoimaan. (Nylander, Nenonen, Suominen ja Rintanen 2002, 11.)

Terveydenhuollossa tietosisältöjen ja tiedonsiirron standardoinnissa ollaan sosiaalihuoltoa huomattavasti pidemmällä. Ratkaisuksi on tarjottu terveydenhuollon standardien mukaista tiedonsiirtoa sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. (Aaltonen 2004, 40.) Sosiaalihuollon tarvitsemat tietosisällöt kuitenkin eroavat useasti terveydenhuollon tarvitsemista tietosisällöistä, jonka vuoksi terveydenhuollon standardit eivät ole suoraan siirrettävissä sosiaalihuoltoon (Tikesos 2007).



TAULUKKO 7. Kirjallisuuskatsaukseen valittu sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonvaihtoa käsittelevä aineisto sekä muu kirjallisuuskatsaukseen valittu aineisto

Tekijä(t)	Teos	Aihepiiri/sisältö
Aaltonen (2003)	Internet ja mielenterveystyö	Pohdintaa eettisistä periaatteista mielenterveystyöstä internetissä
Aaltonen (2004)	Sairaanhoidopiirit alueellisen kehityksen koordinoijiksi	
Bothas (2005)	Päihdelinkin ekonsultaatio	Päihdetyön verkkokonsultaatio ammattilaiselta toiselle.
Hallikainen (2007)	Varhaiskasvatuksen sähköinen asiointi ja viestintä.	Kuopiossa toteutettu kehittämissanke varhaiskasvatuksen sähköisen asioinnin ja viestinnän totuttamisesta
Heikkinen (2007)	Sosiaalihuollon tietoteknologian kehittäminen Kainuussa -hanke. Loppuraportti	
Hyppönen (2004)	Tekniikka kehitty, kehittyvätkö palvelut?	Tapaustutkimus kotipalvelujen kehittymisestä teknologiahankkeessa.
Hyppönen ym. (2005)	Selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilulain (22.9.2000/811) toimeenpanosta kokeilualueilla	
Kontio (2007)	Kaakkois-Suomen sosiaalitoimen tietoteknologian kehittämishanke KAASO I	Loppuraportti KAASO- hankkeesta, Hankkeessa kehitettiin sosiaalitoimen tietoteknologisia valmiuksia
Korpela (1999)	Tietojärjestelmien kehittäminen osana työn ja palvelujen kehittämistä	
Lausvaara ym. (2004)	Saumattomat palveluketjut PIRKE-hankkeessa	
Liikanen (2002)	Tietotekniikka kehittää sosiaali- ja terveysalaa..	Makropilotin arviointia, tietotekniikan näkökulmasta
Lukka ym. (2006)	Kotihoidon etäyhteys pilotti. Salpahanke aluetietojärjestelmän laajentaminen vuosina 2005–2007.	Pilotti kotihoidon etäyhteydestä
Nylander ym. (2002)	Datasta tietoon. Makropilotti ja sosiaali- ja terveydenhuollon informaatiojärjestelmä Osa I	Arviointi, makropilotin informaatiojärjestelmistä
PIRKE (2006)		
Ruotsalainen, P. (2000)	Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia.	Tietoteknologian mahdollisuudet palveluketjun hallinnassa
Tikesos (2007)	HL-7 -standardien soveltuvuus sosiaalihuoltoon	
Tuuri (2003)	Aluetietojärjestelmän avulla toteutettu järjestelmä integraatio sosiaali- ja terveydenhuollossa. Diplomityö.	

Saumattoman palveluketjun kokeilulain (22.9.2000/811) ydinajatuksena oli turvata asiakkaita koskevan tiedon välitys eri rekisteripitäjien välillä siten, että tiedon liikkuminen tukisi asiakkaan palveluprosessia. Asiakirjojen sähköisen siirtämisen mahdollistamiseksi laissa säädettiin viitetietokannasta. Viitetietokannan avulla eri toimintayksiköt voivat saada viitteitä muiden toimintayksiköiden rekisterissä olevista henkilötiedoista. (Hyppönen ym. 2005, 76.) Viitetietokanta muodostaa aluetietojärjestelmän ydintoiminnon siihen liitettyjen sosiaali- ja terveydenhuollon

tietojärjestelmien kanssa. Aluetietojärjestelmä sisältää viitteen siitä, mitä asiakasta koskevaa tietoa eri tietojärjestelmistä löytyy ja mistä tietoa voidaan hakea ja katsella. Asiakasta koskevan tiedon katselu vaatii asiakkaan suostumuksen. (Lausvaara, Soidinmäki ja Tuuri 2004, 18.) Viitetietokanta ei kuitenkaan ratkaissut sosiaali- ja terveydenhuollon välisen tiedonsiirron ongelmia, koska käyttö painottui lähes pelkästään terveydenhuollon sisäiseen tiedonluovutukseen (Hyppönen ym. 2005). Sähköisen potilaskertomuksen ydintieto määrittelyt koskevat vain terveydenhuoltoa (STM 2007b).

Terveydenhuollon teknologiaa kohti saumattomia palvelukokonaisuuksia on kehitetty useissa hankkeissa, kuten Keski-Suomen sairaanhoitopiirin MediKes sekä Satakunnan ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirien aluetietojärjestelmähankeissa. Hankkeet painottuvat terveydenhuollon sisällä tapahtuvien palvelukokonaisuuksien hallintaan. Hanke raporteissa tosin puhutaan sosiaali- ja terveydenhuollosta, vaikka tarkoitetaan pelkästään terveydenhuollon organisaatioissa tapahtuvaa tiedon luovutusta. Myös laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007 jättää sosiaali- ja terveydenhuollon välisen tietojen luovuttamisen huomioimatta. Laissa todetaan *potilastietojen* luovuttamisen tietojärjestelmäpalveluja hyödyntämällä olevan mahdollista toiselle *terveydenhuollon* palvelujen antajalle potilaan suostumuksella tai luovutukseen oikeuttavan lain perusteella (10§).

Kirjallisuuskatsaus toi esille sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisten palvelukokonaisuuksien toiminnallisten mallinnusten puutteen. Pääsääntöisesti palvelukokonaisuuksia ei ole mallinnettu sellaiseen muotoon, että niiden perusteella voitaisiin rakentaa tekninen toteutus. Järjestelmiä on lähdetty rakentamaan ylhäältä alaspäin, jolloin perusstandardit ja -järjestelmät puuttuvat (Nylander ym. 2002, 19). Sosiaali- ja terveydenhuollon välisen tiedonsiirron standardointi ei ole edennyt odotusten mukaisesti. Teknologian kehittämisessä edetään terveydenhuollon näkökulmasta käsin.

Pääsääntöisesti tiedonvaihto sosiaali- ja terveydenhuollon välillä tapahtuu vielä 2010-luvullakin virallisten ja epävirallisten keskustelujen kautta. Dokumentoinnissa on suuria puutteita ja tiedon vaihto on hyvin henkilösidonnaista. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden suuri henkilöstön vaihtuvuus aiheuttaa ongelmia viestinnässä. Työntekijän mukana katoaa paljon asiakkaisiin liittyvää tietoa, sähköisillä järjestelmillä ja paremmalla dokumentoinnilla voitaisiin tätä ”tietovuotoa” vähentää ja parantaa olemassa olevan tiedon käytettävyyttä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonluovutuksen ongelmia on osaltaan paikattu informaatiojärjestelmillä. Informaatiojärjestelmä on portaali, joka kokoaa tietyn alueen julkisia, yksityisiä ja kolmannen sektorin palveluita yhteen. Portaalien käyttäjinä ovat alueella asuvat kansalaiset sekä toimintayksiköiden työntekijät. Informaatiojärjestelmän avulla pystytään tehostamaan niin kansalaisten kuin ammattilaistenkin välistä yhteistoimintaa. Tietoa voidaan tuottaa pelkästään ammattilaisten käyttöön, rajaamalla palvelua käyttäjätunnusten avulla. Rajatulla portaalilla pystytään tehostamaan yhteistyötä ja palvelukokonaisuuden hallintaa. Kuitenkaan yksittäistä asiakasta koskevan tiedon luovuttamisen ongelmaa informaatiojärjestelmät eivät poista. (Tuuri 2003; PIRKE 2006.)

## Tiedonvaihdon välineet lasten- ja nuorten palveluiden hallinnassa

Lasten ja nuorten psykososiaalisten palveluiden hallinnassa sähköiset tiedonvaihdon välineet eivät ole kehittyneet toivotulla tavalla. Palveluiden pirstaleisuus aiheuttaa teknologisille innovaatioille suuren haasteen. Parhaiten haasteeseen pystyvät vastaamaan varhaislapsuuden palveluista muodostetut kokonaisuudet, jotka painottuvat päivähoiton ja lastenneuvolan väliseen yhteistyöhön. Päivähoito ja lastenneuvola ovat perinteisiä selkeitä instituutioita, joiden kautta muut palvelut ovat saavutettavissa. Kehittämällä näiden instituutioiden toimintamalleja, pystytään rakentamaan

toimivia teknologisia ratkaisuja. Kuitenkaan teknologian kehittäminen ei ole toistaiseksi tuonut toivottuja tuloksia palvelukokonaisuuden hallinnan kannalta, kehittämistyö on vasta alussa. (Hallikainen 2007; Kontio 2007; Korpela 1999; VARPE.) Varsinais-Suomessa vuosina 2006–2007 toteutetussa varhaiskasvatuksen ja päivähoidon prosesseja ja teknologiaa käsittelevässä tutkimuksessa todettiin, ettei lapsen varhaiskasvatukseen liittyvää tietoa juurikaan tallenneta sähköisesti. Sähköinen tallennus mahdollistaisi yksittäisen lapsen kokonaistilanteen nopean analysoinnin sekä toiminnan pitkäjänteisen suunnittelun. (Kestilä 2007, 60.) Tikesos-hankkeen dokumentaatioryhmä ehdottaa, että erityispäivähoidon kuntoutussuunnitelma toimitettaisiin sähköisesti terveydenhuollon toimijoille (Tikesos 2007).

Kirjallisuuskatsauksessa esille nousseesta aineistosta puuttuivat sellaiset konkreettiset prosessikuvaukset, joiden pohjalta varhaislapsuuteen liittyviin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiin palvelukokonaisuuksiin pystyttäisiin kehittämään teknologisia ratkaisuja. Etenkään sosiaalihuollon työprosessit eivät tue tietoteknisten ratkaisujen kehittämistä.

Sosiaalihuollon tietoteknologian kehittäminen Kainuussa -hankkeessa (Heikkinen 2007) luotiin prosessi kuvaukset muun muassa lastensuojelun sosiaalityöstä ja selviytymisongelmissa olevan lapsen, nuoren ja perheen palveluketjusta. Etenkin lastensuojelun sosiaalityön prosessikuvaus on auttanut kehittämään käytännön toimintaa tukevia teknologisia ratkaisuja. Kuitenkin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisten tietosisältöjen ja näitä tukevien teknologiaratkaisujen mallintaminen on prosessikuvauksista jäänyt puuttumaan. (Heikkinen 2007.) Salpa-hankkeessa aluetietojärjestelmän käyttäjiksi koulutettiin sosiaalityöntekijöitä. Sosiaalityöntekijät voivat aluetietojärjestelmän kautta katsoa esim. neurologian kuntoutustyöryhmän lapselle tekemiä suunnitelmia ja perusterveydenhuollon todistuksia sekä psykiatrian hoitotietoja. Näitä tietoja voidaan käyttää hyväksi päätöksenteossa esimerkiksi vammaispalveluissa, palveluohjauksessa sekä sosiaalityössä. Työntekijöiden toimintamallien muuttuminen vie kuitenkin aikaa. (Salpanet 2006.) Teknologian kehityksessä sosiaalihuolto ja terveydenhuolto ovat pitäneet tiukasti kiinni omista rintamalinjoistaan, yhteisten tietojärjestelmien suunnittelu on ollut vähäistä.

## Tiedonvaihdon välineet mielenterveys- ja päihdepalveluiden hallinnassa

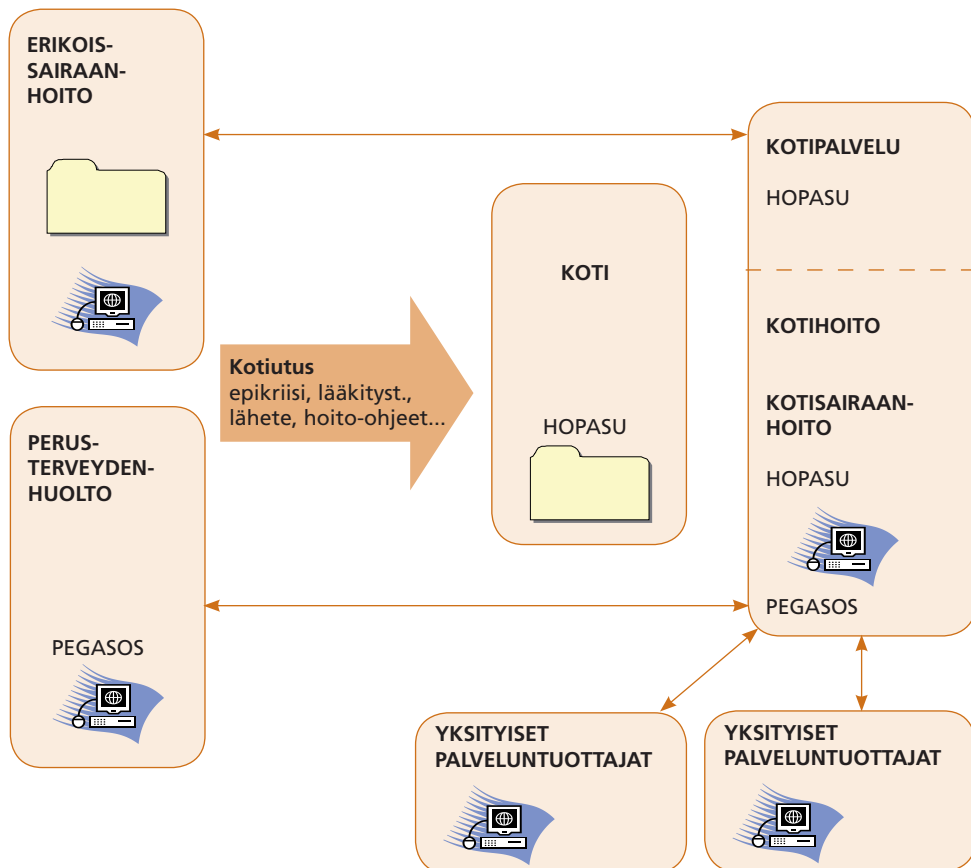
Kirjallisuuskatsauksessa ei noussut esille aineistoa, jossa olisi käsitelty sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistävien mielenterveys- ja päihdepalveluiden teknologiaa. Osasyys tähän on varmasti palveluiden pirstaleisuus ja kolmannen sektorin vahva panos palveluiden tuottamisessa. Mielenterveys- ja päihdetyössä ei ole kunnallista sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistävää vahvaa toimijaa, jonka toimintamallien pohjalta pystyttäisiin rakentamaan teknologisia ratkaisuja. Teknologian kehittämistyössä on lähdetty liikkeelle internet-pohjaisten verkostojen luomisesta. Internetin avulla pyritään yhdistämään niin asiakkaita kuin ammattilaisia. Tarkoituksena on vertaisryhmien ja konsultaation avulla parantaa asiakkaiden palveluita sekä lisätä ammattilaisten tietoa.

A-klinikka säätiö on kehittänyt vuodesta 1996 lähtien tietoteknisiä palveluita, joista laajin on Päihdelinkki ([www.paihdelinkki.fi](http://www.paihdelinkki.fi)). Päihdelinkin ekonsultaatio hankkeessa rakennettiin sosiaalialan ammattilaisten tarpeen pohjalta verkossa toimiva konsultaatio palvelu. (Bothas ja Konttinen 2003; Bothas 2005.)

Internetin kautta tapahtuvan mielenterveystyön eduiksi on todettu muun muassa palvelujen saatavuus ja helppous, hyvä kustannus-hyötysuhde ja erityisryhmien kuten liikuntavammaisten, leimautumista pelkäävien ja maantieteellisesti kaukana asuvien tavoittaminen. Telemaattisten palveluiden dokumentointia tulee kehittää siten, että ne varmistavat jokaisen asiakastapaamisen dokumentoinnin. Dokumentteihin tulisi sisällyttää hoitosuosituksset ja tarvittaessa ohjaus muiden toimijoiden luokse. (Aaltonen 2003.)

## Tiedonvaihdon välineet ikäihmisten palveluiden hallinnassa

Hoito- ja palvelusuunnitelma on kotihoidon keskeisin suunnittelun ja seurannan väline. HOPASUn sähköistäminen auttaisi eri toimijoita saamaan ja jakamaan tietoa asiakkaasta. Arviointikäynnillä kotihoidon toimijat (kotipalveluohjaaja/kotisairaanhoidaja/asiakkaan omahoitaja) suunnittelevat yhdessä asiakkaan kanssa hoito- ja palvelukokonaisuudet. Asiakkaalta saatavan tiedon lisäksi tarvittavat tiedot saadaan esimerkiksi kotiutukseen liittyvistä dokumenteista (kuvio 8). Arviointikäynnillä syntyneen suunnitelman pohjalta toteutetaan asiakkaan palvelu ja hoito sekä niiden seuranta. Hoito- ja palvelusuunnitelma on tärkeä informaation väline kotihoidossa, mutta myös muut asiakkaan luona asioivat tahot hyötyvät HOPASU:n informaatiosta. Sähköisessä muodossa oleva HOPASU edesauttaisi toimijoiden välistä tiedonkulkua sekä palvelukokonaisuuden hallintaa. Esimerkiksi potilastietojärjestelmän tiedot voitaisiin päivittää automaattisesti sähköiseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Apuväline- ja kuntotietoja voisi käyttää veteraanikuntoutushakemuksissa ja Kelan kotihoidontukihakemuksissa. HOPASUssa olevia asumiseen liittyviä tietoja voitaisiin hyödyntää muun muassa korjausavustus- ja hoitotukihakemuksessa. (Toivanen ym. 2004, 55–56.) On tietenkin huomioitava, että asiakkaan suostumus tarvitaan myös sähköisesti siirrettäviin tietoihin.



KUVIO 8. Hoito- ja palvelusuunnitelman synty ja sijainti (Toivanen ym. 2004, 56)

Satakunnan makropilottiin liittyvässä Salpa-hankkeessa testattiin kotihoidon langatonta etäyhteyttä (mCare). Pelkästään kotipalvelun työntekijät käyttivät mCare-tietojärjestelmää pilotissa. Tavoitteena oli lisätä yhteistyötä perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen organisaatioiden välillä. Pilotista tehdyn tutkimuksen perusteella mCare-tietojärjestelmä paransi tiedon kulkua, saataavuutta ja ajantasaisuutta kotipalvelun sisällä. Haasteena nähtiin kotipalvelun ja sairaanhoidon välisen hoidollisen tiedon välittäminen. Kotihoidon tietojärjestelmän integroiminen kunnan potilastietojärjestelmiin on teknisesti mahdollista, mutta määrityksissä ilmenee vielä puutteita. Myös kotisairaanhoidon mukaan ottaminen järjestelmään nähtiin ensiarvoisen tärkeänä moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä. (Lukka, Mäenpää ja Pekkola 2006.)

Teknologian hyödyntämiselle kotihoidossa on olemassa hyvät prosessikuvaukset (Toivanen ym. 2004; Perälä ja Hammar 2003). Kuitenkin teknologian hyödyntäminen käytännön toiminnassa on kohdannut hankaluuksia. Lainsäädäntö aiheuttaa osaltaan ongelman sosiaalihuollon ja terveydenhuollon asiakasrekisterien väliselle tiedonluovutukselle. Myöskään työntekijöiden työprosessit eivät tue riittävästi uuden teknologian käyttöönottoa.

## Yhteenveto ja johtopäätökset kirjallisuudesta

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tiedontarve yhteisistä asiakkaista korostuu asiakkaiden/potilaiden ja heidän omaistensa hoidossa ja ohjauksessa elämänkaaren kaikissa vaiheissa – aina kun ongelmakokonaisuuksien hallinta vaatii asioimista usean eri palveluntarjoajan kanssa. Yksilön palveluntarve ei aina seuraa olemassa olevien palvelukokonaisuuksien tietä. Elämäkareen yksilölliset, ennakoimattomissa olevat tapahtumat aiheuttavat haasteen palvelukokonaisuuden hallinnalle. Moniongelmaisten asiakkaiden tehokas hoito vaatii sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman yhteistyön sekä uudenlaisten prosessien ja teknisten innovaatioiden kehittämistä. Myös ennalta ehkäisevässä työssä sektorirajat ylittävän yhteistyön merkitys korostuu.

## Palveluohjaus sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoimintana

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintoja on 1990-luvun loppupuolelta alkaen pyritty yhdistämään asiakaslähtöiseksi palveluohjauksella (case management) tai muilla palveluohjauksen kaltaisilla toiminnoilla, kuten omaneuvoja- ja PALKO-malleilla. Palveluohjausajattelussa työntekijällä on keskeinen merkitys tiedon siirrossa, palveluiden kartoittamisessa ja koordinoinnissa eri toimijoiden välillä.

Palveluohjaus-tyyppistä asiakaslähtöistä toimintaa on kehitetty lukuisissa hankkeissa kuten Satakunnan Makropilottihankkeessa, jossa kehitettyä asiakkaan ohjausmallia, omaneuvoja-toimintaa, hanke kutsui toiminnalliseksi innovaatioksi. Asiakkaalla oli mahdollisuus käyttää omaneuvojaa. Omaneuvojan tehtävänä oli turvata asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja muuta sosiaaliturvaa koskeva tiedonsaanti. (Perälä ym. 2004; Hyppönen ym. 2005.) Eniten omaneuvojalpalvelusta näyttivät hyötyvän paljon palveluja käyttävät asiakkaat ja asiakkaat, jotka jäävät helposti palvelujärjestelmän ulkopuolelle (Asikainen, Itälä, Jaatinen, Luojukoski ja Mikkola 2005). Muita kehitettyjä malleja ovat mm. palveluohjauksen tarjoamat mahdollisuudet sosiaali- ja terveyspalvelujen, omaishoivan ja vapaaehtoistyön yhteensovittamisessa (Ala-Nikkola ja Valokivi 1997), PALKO-malli (Perälä ja Hammar 2003), päihde- ja mielenterveyspalvelujen palveluohjaus (Finsoc 2006; Sundström ja Kilku 2004 ja Kortelainen 2003) sekä moniammatillisen yhteistyön koordinointi ja palveluohjaus lasten ja nuorten kuntoutuksessa (Pietiläinen 2003, Veijola 2004 ja Roine 2007). Väylä-malli kehitettiin Vaasassa tukemaan nuorten palveluohjausta (Finsoc 2007). Keski-Suomessa taas on kehitetty alaikäisten päihdetyöhön palveluohjausmalli JOPO (Lähdes-

mäki ym. 2007). Harava-projektissa kehitettiin lasten- ja nuorten psykososiaalisten palvelujen yhteistoiminta- ja palvelumalleja (Anttila ja Rousu 2004).

Palveluohjaus tai omanuovojatyö ei sinällään ole uusi tai mullistava toimintamuoto. Jo ennuudestaan sosiaalityöntekijät, kotipalveluntöntekijät, nuorisotyöntekijät, kuntoutusohjaajat, ja diabeteshoitajat ovat tehneet palveluohjaustyötä. Viimeaikaisissa hankkeissa ja projekteissa palveluohjaus on kuitenkin otettu systemaattisesti sosiaali- ja terveydenhuollon toimintojen yhdistämisen työkaluksi. Palveluohjauksella ja tiimityöskentelyllä pyritään rakentamaan organisaatioiden rajat ylittävä silta, jota pitkin kuljetaan kohti saumattomia palvelukokonaisuuksia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön ja yhteisen tiedon tarve on tunnustettu ja tuotu julki tutkimuksissa, raporteissa ja kehittämishankkeissa. Suurimmasta osasta aineistoa kuitenkin puuttuvat konkreettiset rakenteet ja prosessien mallinnukset, joiden pohjalta pystyttäisiin kehittämään työtoimintaa ja sitä tukevia teknologisia ratkaisuja. Paikallisten projektien ja hankkeiden ongelmana näyttää olevan kehitettävien toimintamallien juurruttamisen vaikeus. Projekti- ja hankeorganisaatiot toimivat yleensä irrallisina organisaatioina, jolloin niiden vaikutus instituutioiden toimintakulttuuriin jää usein erittäin paikalliseksi ja vaisuksi.

Pisimmällä yhteisten palvelukokonaisuuksien kehittäminen on elämänkaaren päissä. Ikäihmistien palveluissa on kehitetty sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja yhdistäviä toimintamalleja. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistäminen kotihoidoksi, näyttäisi parantavan moniammatillisuutta (Perälä ym. 2004). PALKO-mallissa (Perälä ja Hammar 2004) ja PlugIT-hankkeessa (Toivanen ym. 2004) kotihoidon palvelukokonaisuuden toimintojen kuvauksessa päästään konkreettiselle tasolle. Toimintoja on kuvattu siten, että niiden pohjalta pystytään kehittämään yhteistoimintaa sekä järkeviä teknologisia ratkaisuja.

Varhaislapsuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen palvelukokonaisuus muodostuu yleisimmin lastenneuvolan, päivähoidon, lastensuojelun ja kuntoutuspalveluiden välille. Lastenneuvola ja päivähoido ovat molemmat perinteisiä ja vahvoja instituutioita, jotka luovat pysyillä rakenteillaan hyvän pohjan palvelukokonaisuuksien kehittämiseksi. Toiminta prosessit eivät kuitenkaan tue saumatonta yhteistoimintaa, vaikka kehitysaskeleita on otettu. (VARPE-hanke; Hallikainen 2007.)

Varhaislapsuuden ja vanhuuden välille jää pitkä kaari elämää, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisten palvelukokonaisuuksien hallinta mutkistuu. Moniongelmaisten henkilöiden ongelmien kirjo vaatii asioimista usean eri palveluntuottajan luona. Pirstaleinen palvelujärjestelmä ei tue palvelukokonaisuuden hallintaa. Ratkaisuksi kehitetyillä palveluohjausmalleilla (kts. mm. Finsoc 2007, Lähdesmäki ym 2007; Sundström ja Kilcku 2004, Finsoc 2006;) pyritään asiakaslähtöiseen palveluiden yhteen sovittamiseen. Palveluohjauksella pystytään saavuttamaan paikallisesti merkittäviä tuloksia. Kuitenkaan pelkkä kuluttajalähtöinen ajattelu ei auta rakentamaan yleistettävissä olevia palvelukokonaisuuksia ja näitä tukevia teknologisia ratkaisuja. Myös näiden projektien ja hankkeiden ongelma on niissä luotujen toimintamallien jääminen tilapäisiksi ja paikallisiksi.

Hankkeissa, projekteissa ja tutkimuksissa on luoto teoreettisia kuvauksia ja malleja sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomien palvelukokonaisuuksien kehittämiseksi. Reaalimaailman toiminta näyttäytyy kuitenkin usein hyvinkin erilaisena kuin kehitetyt mallit. Kirjallisuuskatsauksen raporteista ei saa kuvaa käytännön toiminnasta, sillä aineisto kuvaa hankkeissa, projekteissa ja tutkimuksissa kehitettyjä ihannemalleja.



## Tiedonvaihdon välineet sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminnan tukena

Sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnan ylittävän tiedon voi jakaa palvelukokonaisuuden suunnittelussa tarvittavaan tietoon ja hoidossa tarvittavaan tietoon. Asiakkaan palvelukokonaisuuden suunnittelussa tarvitaan luonteeltaan yleistä tietoa palveluprosesseista, toimijoista ja resursseista. Asiakkaan palvelussa ja hoidossa korostuvat ne asiakkaan yksilölliset tiedot, joilla on merkitystä palvelun ja hoidon onnistumisen näkökulmasta. Asiakkaan palvelussa tiedon oikeellisuus ja nopea saatavuus nousevat keskeisimmiksi.

Tietoteknologialle on asetettu suuret odotukset sujuvan palveluohjauksen ja saumattomien palvelukokonaisuuksien mahdollistajana. Tietoteknologia ei ole kuitenkaan pystynyt vastamaan kaikkiin odotuksiin, vaan yksittäisellä työntekijällä on edelleen suurin rooli tiedon välittämisessä ja palvelujen koordinoinnissa sosiaali- ja terveydenhuollon saumakohdissa. (Ala-Nikkola ja Valokivi 1997; Perälä ja Hammar 2003; Perälä, Rissanen, Grönroos, Hammar, Pöyry, Noro, Saalasti-Koskinen ja Teperi 2004; Hyppönen ym. 2005.) Palveluohjauksen asiakaslähtöinen ideologia, jossa palvelukokonaisuuksia tarkastellaan yksilön näkökulmasta, ei ole edesauttanut teknologisten ratkaisujen kehittämistä. Asiakasnäkökulma on aiheuttanut sen, että tiedon syntyä ja käyttötarkoitusta ei ole dokumentoitu (Nylander ym. 2002, 23). Palveluohjaus-ajattelussa palveluohjaajalle on vastuu palveluiden kartoittamisessa, koordinoinnissa ja saumattomuuden varmistamisessa. Palveluohjaaja toimii eräänlaisena palvelukokonaisuuden tietojärjestelmänä.

Tietotekniikkahankkeissa tulee ottaa lähtökohdaksi työtoiminnan kehittäminen niin, että syntyy parempia palveluita (Korpela, 1999, 93). Teknologiahankkeiden yhtenä ongelmana on ollut niiden etäisyys käytännön työtoiminnasta. Teknologiaa on pyritty kehittämään ylhäältä alaspäin, jolloin sen vaikutus työprosesseihin on jäänyt vaillinaiseksi (Nylander ym. 2002). Parhaat edellytykset tietojärjestelmien kehittämiseksi on sellaisissa palvelukokonaisuuksissa, joissa toimijoina ovat perinteiset ja kooltaan suuret instituutiot. Näitä ovat päivähoito-neuvola, koulu-erityissairaanhoido-sosiaalitoimi sekä kotipalvelu-kotisairaanhoido. Tarkasti määritellyt toiminnot ja kuvaukset dokumentoinnista edesauttavat tietojärjestelmien kehittämisessä. Vaikka varhaislapsuuteen ja ikäihmisten palveluihin liittyviä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoimintaa tukevia teknologisia ratkaisuja onkin kehitelty (Hallikainen 2007; Kontio 2007; Korpela 1999; VARPE; Toivanen 2004; Perälä ja Hammar 2003), on kehitystyö vielä aluillaan ja vaatii paljon määrittä-, standardointi- ja prosessikuvaustyötä.

2010-luvulla sosiaali- ja terveydenhuollon välinen tiedonvaihto painottuu virallisiin ja epävirallisiin keskusteluihin tai tieto kulkee asiakkaan tai potilaan mukana. Sähköinen tiedonvaihto ja yhteiset tietojärjestelmät ovat vasta visioiden asteella. Kirjallisuuskatsauksessa käsitelty aineisto ei luo todellista kuvaa sosiaali- ja terveydenhuollon reaali maailmasta. Käytäntö näyttäytyy usein hyvin erilaisena kuin tutkimuksissa ja raporteissa kuvatut toiminnan ihannemallit ja tavoitetilat.

## Tiedon vaihdon haasteita ja ratkaisuja

Sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnan ylittävän tiedon tarve on tunnustettu tutkimuksissa, raporteissa ja julistuksissa. Valitettavasti käytännön toimintakin on osittain jäänyt kirjoitetun tekstin ja puheiden tasolle. Konkreettiset toimet ovat vähäisiä. Pirstaleista järjestelmää on lähdetty yhdistämään lukuisilla pirstaleisilla projekteilla. Kunnat ja järjestöt yrittävät löytää ratkaisuja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisten palvelukokonaisuuksiin hallintaan paikallisten projektien avulla. Projekteissa kehitettyjen toimintamallien vaikutus jää usein vähäiseksi ja väliaikaiseksi. Uusien toimintamallien juurruttaminen osaksi jokapäiväistä työtä on osoittautunut hankalaksi.



Sosiaalihuolto ja terveydenhuolto pitävät tiukasti kiinni omista rintamalinjoistaan, lainsäädännön tukiessa hiljaista yhteiseloä. Yksittäisen työntekijän aktiivisuus on ylikorostunut sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminnan mahdollistajana. Palveluohjauksella on pyritty aukaisemaan palvelukokonaisuuden solmukohdat. Osittain palveluohjaus on sille asetetussa tehtävässään varmasti onnistunut, mutta asiakaslähtöinen palveluohjausideologia ei ole auttanut kehittämään yleisiä prosessikuvauksia ja palvelukokonaisuuden hallintaa tukevia teknologioita. Yksilön näkökulmasta asiakas- ja asiantuntijapalaverissa dialogin kautta luotu palvelukokonaisuus on varmasti toimiva. Tehokkuuden ja resurssien allokoinnin näkökulmasta palveluohjaus tarvitsee dialogin rinnalle selkeän struktuurin, määritellyt toimintamallit ja dokumentit, joiden avulla päästään tehokkaampaan palvelukokonaisuuden hallintaan. Osa palveluohjaus-projekteista ja teoreettisista malleista onkin lähtenyt kehittämään palveluohjausajattelua pidemmälle, kohti strukturoitua palvelukokonaisuuksien hallintaa (Toivanen ym. 2004; Perälä ja Hammar 2003). Ilman toiminnan ja sitä tukevien dokumenttien selkeitä valtakunnallisia määrittelyjä palveluohjaus ei ratkaise sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisten palvelukokonaisuuksien hallinnan ongelmaa.

Teknologialle on asetettu suuret odotukset sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomien palvelukokonaisuuksien mahdollistajana. Teknologia ei ole kuitenkaan pystynyt vastaamaan näihin odotuksiin. Ongelmana on nähty tietoteknisten innovaatioiden kehitystyön ja implementoinnin viivästyminen sekä käsitteiden operationalisoinnin puutteet. (Perälä ym. 2004, 59.) Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaprosessit ja kirjaamiskäytännöt eivät tue riittävästi teknologisten ratkaisujen hyödyntämistä. Myös tiedonluovutuksen periaatteet sosiaali- ja terveydenhuollon rajalla ovat osittain määrittelemättä.

### 3 KOTIHOIDON JA PÄIVÄHOIDON SEKÄ TERVEYDENHUOLLON YHTEISET ASIAKASTIEDOT

Kuten kirjallisuuskatsaus osoittaa, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisten asiakkaiden palvelemiseksi tarvitaan usein sektorirajat ylittävää tietoa. Tiedon tarve on tunnistettu tutkimuksissa, raporteissa ja julistuksissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä palvelukokonaisuuksia on kuitenkin tutkittu vähän erityisesti sektorirajat ylittävien tietosisältöjen näkökulmasta, ja systemaattista tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisistä toimintamalleista ja niissä liikkuvista tietosisällöistä ei juuri ole. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tarvittavia yhteisiä asiakastietoja on eritelty kirjallisuudessa hyvin vähän ja pirstaleisesti. Asiakkuuksia, joissa sektorirajat ylittävää tietoa tarvitaan, on tunnistettu, samaten palvelutilanteita, mutta eri palvelutilanteissa tarvittavia sektorirajat ylittäviä tietosisältöjä niukasti. Tätä haastetta lähdettiin paikkamaan täydentämällä kirjallisuuskatsausta empiirisellä tiedonkeruulla. Kirjallisuuskatsauksen raportti (luku 2) analysoitiin yhtenä aineistokokonaisuutena, poimien tekstistä sisällönanalyysillä kotihoidon ja päivähoidon sekä terveydenhuollon palveluissa kuvatut yhteiset tietosisällöt.

#### Empiirisen tutkimuksen tavoitteet ja menetelmät

Empiirisen tiedonkeruun tavoitteena oli luoda tarkemmat tapauskuvaukset kahden sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisen asiakasryhmän palvelutapahtumista. Asiakasryhmät ja palvelut valittiin niin, että palveluissa voitiin kirjallisuuskatsauksen tulokset huomioiden olettaa olevan tarve sektorirajat ylittävälle tiedonvaihdolle. Tavoitteena oli täsmentää näissä tapahtumissa tarvittavat tietosisällöt sekä niiden käyttötarkoitus. Lisäksi tarkoituksena oli kehittää menetelmää tiedonkeruuseen sektorirajat ylittävän asiakastiedon kartoittamiseksi.

Aineisto muodostui seuraavista osa-aineistoista:

- Kirjallisuuskatsauksen raportti
- Sosiaalialan palvelukohtaiset tietomääritykset 7.3.2007 (liite 2)
- 9 teemahaastattelua (5 kotihoidon ja 4 päivähoidon/erityispäivähoidon osalta, haastatteluteemat, liite 1)
- 6 lomaketta (Omaishoidon tukihakemuslomake 2 kunnasta, päivähoitohakemus 2 kunnasta, yhteydenotto- ja yhteystietolomake 1 kunnasta, joista esimerkkinä liite 3)
- 12.6.2008 pidetyn seminaarin ryhmätöiden tulokset.

Aineisto järjesteltiin ja numeroitiin aineistokokonaisuuksiksi systemaattista analyysiä varten. Aineistokokonaisuudet tunnuksineen on esitetty taulukossa 8. Seuraavassa kuvataan lyhyesti kutakin aineistokokonaisuutta.

Kansallisessa sosiaalialan tietoteknologiahankkeessa (STM) valmistui vuoden 2008 maaliskuuhun mennessä ydintietomääritykset asiakkaan perustiedoista ja palvelun antajan perustiedoista. Näiden kaikille sosiaalipalveluille yhteisten tietomääritysten lisäksi on valmistunut seitsemän palvelukohtaista asiakastietomääritysrapporttia seuraavilta sosiaalipalvelu- ja tehtäväalueelta:

- isyyden selvittäminen, elatusurva ja lapsen huolto-, tapaamis- ja asumisoikeusasiat
- toimeentulotuki
- sosiaalinen luototus
- lapsen päivähoito
- adoptio

- sosiaalipäivystys
- lastensuojelun avohuollon perhetyö.

Kooste näissä dokumenteissa esitetyistä terveystietotarpeista on koottu liitteeseen 2. Liite muodosti aineistokokonaisuuden P7.

TAULUKKO 8. Aineistokokonaisuudet aineistotunnuksittain

Aineisto-tunnus	Aineiston tyyppi
P 1:	haastattelu: kotihoidon ohjaaja
P 2:	haastattelu: vanhustyön johtaja
P 3:	haastattelu: vanhus- ja vammaistyön johtaja
P 4:	haastattelu: vanhustyön johtaja
P 5:	haastattelu; toimintaterapeutti (pääalueena vanhustyö, kotipalvelu, vammaispalvelu)
P 6:	haastattelu: erityislastentarhanopettaja
P 7:	kirjallisuus: Tikesos terveystiedontarpeet, (liite 2)
P 8:	kirjallisuus: kirjallisuuskatsaus
P 9:	haastattelu: kiertävä erityislastentarhanopettaja
P10:	haastattelu: lastentarhanopettaja
P11:	haastattelu: kiertävä erityislastentarhanopettaja
P12:	lomake: Hakemus omaishoito
P13:	lomake: Hakemus päivähoito Forssa
P14:	lomake: Hakemus Päivähoito 2008
P15:	Seminaari: päivitykset tuloksiin kotihoito
P16:	Seminaari: päivitykset tuloksiin päivähoito
P17:	lomake: Voimavarakartoitus Rauma
P18:	lomake: Yhteydenotto pyyntö Rauma

Haastateltavaksi etsittiin eri kunnista sellaisia varhaiskasvatuksen ja kotihoidon ammattilaisia, jotka omassa asiakastyössään kohtaavat tarvetta sektorirajat ylittävään tietoon. Haastateltavat löytyivät lumipallo-otannalla. Varhaiskasvatuksen osalta liikkeelle haastateltavia lähdettiin etsimään Varttua-verkkopalvelun konsulttien avulla, vanhustenhuollon osalta KOTOSA-hankkeen taustaryhmän avulla. Haastattelut muodostivat aineistokokonaisuudet P1–P6 ja P9–P11. Haastatteluteemat on esitetty liitteessä 1. Haastattelut toteutettiin puhelinhaastatteluina ja äänitettiin haastateltavan luvalla. Nauhat litteroitiin tekstimuotoon analyysiä varten. Haastatteluja toteutettiin lumipallo-otannalla yhteensä 9 kappaletta: viisi kotihoidon ja neljä varhaiskasvatuksen ammattilaisen haastattelua. Kaikki ammattilaiset toimivat pienissä ja keskisuurissa kaupunki- ja maaseutukunnissa ympäri Suomea. (Järvenpää, Lappeenranta, Anjalankoski, Sodankylä, Rauma, Kirkkonummi, Oulu, Forssa, Turku). Haastatteluista saatu tieto täsmensi kirjallisuuskatsauksen tuottamaa kuvaa tiedontarpeista, tietosisällöistä ja tiedon käyttötarkoituksista sekä tiedonvaihtotavoista, joita valikoitujen kahden asiakasryhmän palvelutarpeiden täyttäminen edellyttää. Haastatteluissa hyödynnettiin yleisellä tasolla palveluntuottajien omia asiakastapauksia niin, että tietoa yksittäisistä asiakkaista ei kerätty. Samalla täsmennettiin kuvaa asiakasryhmien palveluprosesseista ja palvelukokonaisuuksista sekä niihin liittyvistä palveluntuottajatahoista, joita kirjallisuuden perusteella ei ollut tunnistettu.

Erilaiset päivähoitoon ja kotihoitoon liittyvät lomakkeet ja asiakirjat muodostivat aineistokokonaisuuden ja ne saivat aineistotunnukset P12–P14 ja P17–P18. Hankkeen seminaarissa 12.6.2008 esiteltiin näiden aineistojen analyysin tuloksia. Lisäksi seminaarissa esiteltiin tervey-

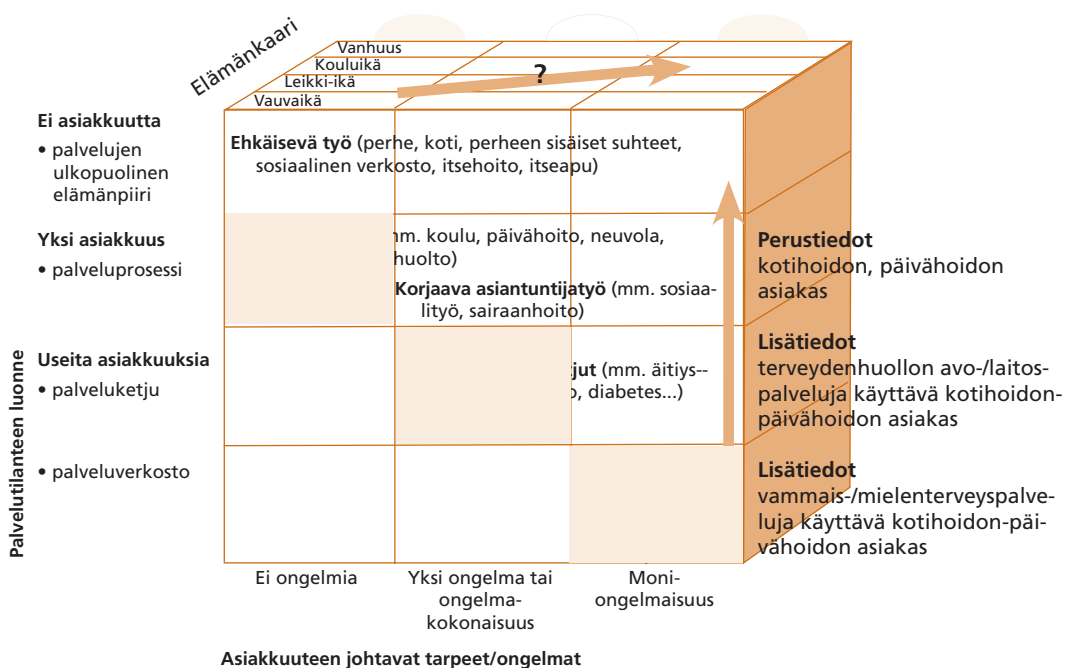
denhuollon tietorakennetyötä, ja esitettiin alustavasti luokituksia, joita voisi hyödyntää myös sosiaalitoimen palveluissa. Tulokset oli koottu taulukkoihin, jotka otettiin ryhmätöiden pohjaksi ja joiden avulla seminaariin osallistujat kommentoivat luonnosvaiheessa olevia tuloksia. Seminaari tuotti uusia aineistoja, jotka saivat aineistotunnukset P15–P16. Aineistot tunnuksineen on esitetty taulukossa 8.

Tiedonkeruun ja aineiston analyysiluokittelun luomisessa ja tulosten raportoinnissa hyödynnettiin kirjallisuuskatsauksessa esitettyä Ruostilan (2003) kuutiomallia asiakkuuksien tyypittelyyn palvelutilanteen luonteen ja asiakkuuteen johtavien tarpeiden mukaan. Mallista on kuviossa 9 varjostettu ne kolme ruutua, joihin tiedonkeruu ja raportointi keskittyivät kummankin asiakasryhmän osalta.

Aineisto jaoteltiin kuutiossa värjättyihin luokkiin seuraavin periaattein:

- Peruspalvelutyöksi sijoitettiin lasten (vauva- ja leikki-ikä) sekä vanhuusiän palvelu, jossa toteutuu yksi sosiaalitoimen asiakkuus ja palveluprosessi (päivähoito/ kotihoito), ja sen rinnalla yksi terveydenhuollon palveluprosessi (neuvola/ kotisairaanhoido). Tämän toiminnan sijoittaminen Ruostilan kuutioon ei ollut yksiselitteistä etenkin vanhuusiän osalta. Ikäihmisten kotihoidon peruspalvelutoiminta olisi voitu sijoittaa myös ruutuun yksi asiakkuus - yksi ongelma. Sitä ei haluttu tehdä siksi, että ikää ja siitä johtuvaa yleistä toimintakyvyn heikkenemistä ja kotipalvelun tarvetta ei sinällään haluttu määritellä "ongelmaksi", vaan rinnastaa lapsuuden varhaiskasvatustarpeeseen.
- Palveluketjuun sijoitettiin kotihoidon/ päivähoidon asiakkaan palvelu, jossa asiakkaalla on tai hänelle muodostuu peruspalveluprosessin lisäksi ja/ tai sen aikana yksi sellainen ongelma tai ongelmakokonaisuus, joka edellyttää vähintään yhtä terveydenhuoltopalvelujen lisäasiakkuutta. Tyypillisesti tällainen tilanne voi syntyä, jos lapsi tai vanhus sairastuu päivä-/kotihoiton piirissä ollessaan, ja sairaus vaatii käyntejä/hoitoa terveyskeskuksessa ja/ tai sairaalassa, tai sairastaa jotain pitkäaikaissairautta.

## Asiakkuuksien tyypittely



KUVIO 9. Asiakkuuteen johtavat tarpeet ja palvelutilanteen luonne – tarkasteltavat kombinaatiot (vrt Ruostila 2003)

- Palveluverkostoksi luokiteltiin palvelu, jossa päivähoidon/ kotihoidon asiakkaalla on useita sellaisia ongelmia, jotka edellyttävät eri terveydenhuoltopalvelujen asiakkuutta. tyypillisesti tällaisia asiakkuuksia ovat erityispäivähoidon asiakkaat tai monisairaavat vanhusasiakkaat.

Koska Ruostilan malli ei ulotu palvelutapahtumatasolle, kukin tarkasteltava ruutu jaettiin riveihin, jotka kuvasivat palveluprosessin eri vaiheita eri palvelutapahtumissa tarvittavan tiedon täsmentämiseksi. Vaiheet numeroitiin seuraavasti:

- 1 = vireillepano
- 2 = tarpeen selvittely
- 3 = päätös palvelun piiriin ottamisesta
- 4 = palvelun suunnittelu, voimavarojen varaus
- 5 = palvelun toteuttaminen; toteutumisen arviointi
- 6 = palvelun päättäminen.

Kukin ruutu jaettiin lisäksi seuraaviin sarakkeisiin:

- 1) Prosessin vaihe
- 2) Tarvittava tietosisältö
- 3) Tiedon luovuttajat
- 4) Tiedon välityskanavat
- 5) Tiedon käyttötarkoitus
- 6) Tiedon kirjaaminen/asiakirja.

Tiedon tarvitsijalla tarkoitettiin sosiaalitoimen peruspalvelun (kotihoito, päivähoito) antajaa, tiedon luovuttajalla terveystoimen palveluntuottajaa, jonka toiminnassa tieto on syntynyt. Tosin avoimella kysymyksellä selvitimme myös sitä, mitä sellaisia tietoja sosiaalitoimen peruspalvelutuotannossa syntyy, joita terveystoimen palvelun antaja on pyytänyt/tarvinnut.

Tiedon luovuttajat -sarakeessa tunnistettiin niitä potentiaalisia palveluntuottajatahoja, joiden kanssa peruspalvelun asiakas voi olla asiakkaana yhtäaikaisesti, ja joiden kanssa tiedonvaihto voi tulla kyseeseen:

(1 = Äitiysneuvola) 2 = Lastenneuvola, 3 = Perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvola, 4 = Muut neuvolapalvelut (vanhus- ym), (5 = Kouluterveydenhuolto, 6 = Opiskeluterveydenhuolto) 7 = Seulonnat ja muut, 8 = joukkotarkastukset, (8 = Lakisääteinen työterveyshuolto, 9 = Eilakisääteinen työterveyshuolto, 10 = Merimiesterveidenhuolto), 11 = Kotisairaanhoido, (12 = Kotipalvelu) 13 = Fysioterapia, 14 = Apuvälinepalvelu, 15 = Puheterapia, 16 = Toimintaterapia, 17 = Jalkaterapia, 18 = Ravitsemusterapia, 19 = Muu kuntoutus ja erityisterapia, 20 = Suun terveydenhuolto, 21 = Mielenterveystyö, 22 = Päihdetyö, 23 = Erikoissairaanhoido, 24 = Sosiaalityö; 25 = Asiakas itse, 26 = Edunvalvoja, 27 = moniammatillinen tiimi, 28 = terveyskeskus, 29 = yksityinen, 3. sektorin palveluntuottaja.

Näin syntyi tiedonkeruumatriisi, jota täytettiin eri lähteistä tulevilla aineistoilla. Tulokset on raportoitu kuudessa taulukossa, jotka kuvaavat kummankin asiakasryhmän osalta Ruostilan kuution kolmea eri ”ruutua”: peruspalvelutyön eri vaiheissa tarvittavia terveystietoja, palveluketjujen toteutuksessa eri vaiheissa tarvittavia terveystietoja sekä palveluverkoston toteutuksessa eri vaiheissa tarvittavia terveystietoja.

Analyysi toteutettiin seuraavasti: Aineistot vietiin tekstimuodossa laadullisen aineiston analyysiohjelmaan (ATLAS-Ti). Kukin matriisin ruuduista muodosti aineistoluokan, jolla soveltuvat tekstisegmentit nimettiin aineistoista. Kun kaikki aineistot oli luokiteltu, kuhunkin luokkaan nimetyt tekstisegmentit siirrettiin taulukoihin ja niistä siivottiin ylimääräinen teksti.

Raportoitaessa tuloksia tietoon liitettiin sen lähde (Aineistotunnus sekä rivinumerot, joilla tieto aineistossa esiintyi). Tämä mahdollisti analyysin läpinäkyvyyden ja sen, että eri lähteistä tulevien käytäntöjen erojen näkyväksi tekemisen. Tämä puolestaan on tarpeen jatkojyökente-lyssä. yhteisiä tietomäärittäyksiä luotaessa. Tulokset koottiin kuuteen eri taulukkoon: 3 erilaisiin päivähoiton palvelutilanteisiin sisältyvien palvelutapahtumien tiedontarpeesta, ja 3 erilaisiin kotihoidon palvelutilanteisiin sisältyvien palvelutapahtumien tiedontarpeista.

## Aineistoa kuvaavia piirteitä

Keskeisenä havaintona aineistosta oli se, että yhtenäistä kuvaa eri palvelutapahtumissa tarvittavasta tiedosta ei muodostunut. Tähän voidaan löytää monia syitä. Ensimmäiseksi haasteeksi muodostui käytetty terminologia ja termien erilaiset merkitykset. Tähän osin liittyen eri kunnissa palveluprosessit, niihin liittyvät palvelutapahtumat ja näissä tarvittavat tiedot hahmotetaan osin eri tavoin. Palvelut on järjestetty eri kunnissa hallinnollisesti eri tavoin, ja eri alueilla on käytössä erilaisia tietojärjestelmiä. Tilannetta on kuvattu taulukossa 9. Tiedonkulkua hankaloittavia rajoja voi syntyä kunnallisen sosiaali- ja terveystoimen erillisyydestä sekä tietojärjestelmien erillisyydestä.

Toiseksi palvelutapahtumat liittyvät hyvin erilaisiin asiakkuuksiin, jotka vielä pitkäkestoisessa asiakasprosessissa usein muuttuvat luonteeltaan palvelun kuluessa. Ruostilan mallista hyödynnetyt kolme luokkaa eivät riittäneet kuvaamaan tätä moninaisuutta ja tiedontarpeen vaihtelua, joka erilaisiin asiakkuuksiin erilaisissa tilanteissa liittyy. Siitä syystä taulukoissa kuvatut tiedot eivät kuvaa ”norminomaisesti” niitä tietoja, joita ammattilaiset automaattisesti tarvitsevat eri vaiheissa, vaan ne esittävät *summaa* kaikista niistä yhteisistä tietosisällöistä, joita yhteisten asiakkaiden palvelemisessa eri vaiheissa voidaan tarvita. Tiedon luonne on alkuvaiheessa pinnallinen (esim:

TAULUKKO 9. Palvelun organisointi ja palveluntuottajan käytössä olevat tietojärjestelmät haastattelukunnissa

Kunta	Sosiaali- ja terveystoimen hallinto	Käytössä oleva tietojärjestelmä
P1	Yhdistetty sosiaali- ja terveystoimi ja kotihoito 1996	Pegasos terveystietojärjestelmä
P2	Yhdistetty sosiaali- ja terveystoimi ja kotihoito 1992	Sosiaali- ja terveydenhuollon Effica-järjestelmät
P3	Erillinen sosiaali- ja terveystoimi, erillinen kotipalvelu ja kotisairaanhoido (yhdistetty kotihoito purkautui kansanterveystyön kuntayhtymään liittyttäessä 2006)	Sosiaalihuollon Effica, rajatuin käyttöoikeuksin terveydenhuollon Effica.
P4	Yhdistetty sosiaali- ja terveystoimi ja kotihoito 2002	Pegasos terveystietojärjestelmä
P5	Erillinen sosiaali- ja terveystoimi ja kotipalvelu ja kotisairaanhoido	Effican kotihoito-ohjelma, rajatuin käyttöoikeuksin terveydenhuollon Effica
P6	Sosiaali- ja terveydenhuolto eriytetty, Päivähoito sivistystoimen alla	Pro Consona
P9	Sosiaali- ja terveystoimi yhdistetty, päivähoito sosiaalitoimen alla	Effica
P10	Sosiaali- ja terveystoimi yhdistetty, Päivähoito perusturvan-/sosiaalitoimen alainen, mutta siirtyy tammikuussa 2009 sivistystoimen alaisuuteen	Pro Consona
P11	Sosiaali- ja terveystoimi yhdistymässä v. 2009. Päivähoito kuuluu vielä sosiaalitoimen alaisuuteen. On auki, minkä alaiseksi varhaiskasvatus tulee siirtymään. Ruotsinkielinen esiopetus on jo nyt opetustoimen alla	Effica

apuvälineet: on/ei), ja myöhemmässä vaiheessa se syvenee (jos on => miten käyttö vaikuttaa lapsen sijoittamiseen, millaista lisäapua lapsi tarvitsee jne.). Erilaisia tiedon *tasoja* ei tässä siis ollut mahdollista kuvata, eikä aineistokaan niitä tuottanut.

Erityisesti kotihoidossa tilannetta monimutkaistaa lisäksi se, että osa palveluista kuten ateria- ja siivouspalvelu sekä turvapuhelinpalvelu toteutetaan ostopalveluna. Tyypillistä on, että ostopalveluyritykset eivät itse kirjaa, mutta tiedot näkyvät järjestelmässä asiakkaan saamina palveluina asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Toteutuvan palvelun kirjaavat palveluohjaajat laskutuksesta tulevan käyntitiedon perusteella. (P1).

Pegasos oli käytössä joissain kunnissa kotihoidossa, Pro Consona päivähoitossa. Efficca-järjestelmää käytettiin sekä koti- että päivähoitossa. Päivähoidon puolella, jossa Pro Consona oli käytössä, koettiin hankalaksi se, ettei ollut mitään järjestelmää, mihin kirjattaisiin erityispäivähoidon tarpeet (P6 019:020). Käytössä oli myös hallinnon tietojärjestelmiä, joissa ei ollut asiakastietoja. Hallintopalvelujärjestelmä Dynastialla tehdään yleiset (ei lapsikohtaisia) viranhaltijapäätökset, asiahallinta, ja kokoushallinta. Henkilöstöhallinnon tietojärjestelmä Prima kattaa henkilökunnan palvelussuhteeseen liittyviä tietoja (ei asiakastietoa) P10 (027:031).

Siellä, missä Efficca oli käytössä sekä sosiaali- että terveystoimessa, sosiaalitoimesta päästään omilla tunnuksilla terveyskeskuksen potilastietoihin. Yleisesti päivähoiton puolella koettiin, että vaikka olisikin oikeus käydä katsomassa myös Efficcan asiakas- tai potilastietoja, mahdollisuutta ei juuri käytetä, sillä sitä pidettiin eettisesti arveluttavana (P6 030:034). Terveydenhuollon potilastietoihin ei päivähoitossa yleisesti ole myöskään käyttöoikeuksia P9 (024:027). Päivähoitossa tietoja ei yleensä katsella eri rekistereistä vaikka käyttöoikeus olisikin, vaan tieto kulkee vanhempien kautta. Esimerkiksi lausunnot/diagnoosit päivähoito saa vanhemmilta, ei siis suoraan tutkivilta/hoitavilta tahoilta. Vanhempien suostumus tarvitaan kaikkeen henkilötiedon vaihtoon. Vanhemmat ovat koko ajan tietoisia siitä, mitä papereita menee mihinkin. P11(048:051).

Joillain alueilla on käytössä myös alueellinen tietojärjestelmä, joka voi helpottaa erikoissairaanhoidon tietojen hakua. Tämä mahdollisuus oli käytössä joidenkin haastateltujen kotihoidon asiantuntijoiden kunnissa. Tietojen hakemiseksi täytyy kuitenkin olla asiakkaan suostumus, sekä määritellä ammattiryhmät, jotka voivat eri tietoja ohjelmasta hakea. Kotihoidossa eri rekistereistä katsotut tiedot kirjataan ylös asiakkaan luvalla. Asiakkaalta pyydetään lupa tietojen katseluun yleensä kirjallisena ns. ”paperiversiona” ja tämä lupa kirjataan sitten ylös. Kirjaamisoikeus on vain tietyillä ammattiryhmillä; sosiaalityöntekijöillä ja tietyillä sosiaalialan ammattilaisilla sosiaalitoimen Efficcaan. Terveystoimen Efficcaan kirjaamisessa on kotihoidossa laajemmat kirjaamisoikeudet.

Vaikka tietojärjestelmät voivat tarjota sektorirajat ylittävää tietoa, asiakkaan suostumus tiedon hankintaan korostui sekä päivä- että kotihoidossa. Erityisesti lasten päivähoitossa korostui vanhempien rooli tiedon konkreettisena välittäjänä päivähoiton ja terveystoimen palvelujen välillä. Myös kotihoidossa asiakkaan oma rooli tiedon välittäjänä korostui, vaikka siellä näkyi myös tietojärjestelmän merkitys tiedon välittämisessä sosiaali- ja terveystoimen välillä asiakkaan suostumuksella.

## Päivähoidon palvelutapahtumat ja niissä tarvittavat terveystiedot

Tässä luvussa esitetään tulokset niistä päivähoiton palvelutapahtumista, joita haastatteluissa tuli esiin ja joita kootut dokumentit käsittelivät. Tuloksissa keskitytään palvelutapahtumissa käytettyyn terveystietoon, tiedon välitykseen, käyttötarkoitukseen ja kirjaamiseen. Tulokset esitetään kolmessa taulukossa Taulukko 10 kuvaa peruspalvelutilannetta, jossa lapsi tulee päivähoitoon, ja päivähoitoprosessi käynnistyy ilman että asiakkaalla on erityistä huomiota vaativaa ongelmaa.

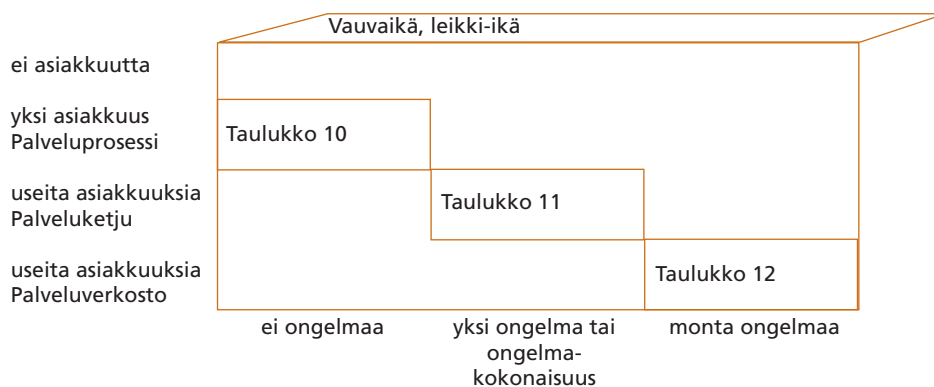


Taulukko 11 kuvaa joitain esimerkkejä tilanteista, jossa lapsen kehitys viivästyy tai lapsi sairastuu päivähoiton kestäessä. Tiedot on kaikki kuvattu palveluprosessin vaiheeseen 5 liittyväksi erotuksena tilanteesta, jossa lapsi on sairas tai vammainen päivähoitoon hakeutuessaan. Taulukko 12 kuvaa esimerkkejä tilanteista, jossa jo päivähoitoon hakeutuessa lapsen sairaus tai vamma edellyttää erityispäivähoidon tarvetta, ja hänellä on useita yhtäaikaisia asiakkuuksia. Kuvio 10 esittää taulukoiden sijoittumisen Ruostilan esittämiin palvelutilanteisiin eri asiakasryhmittäin.

Ennen tulostaulukoiden esittelyä on vielä syytä korostaa muutamia tuloksiin liittyviä seikkoja. Ensinnäkin haastattelut pohjautuvat tunnisteettomiin asiakastapauksiin, joissa tarvittavaa tietoa kysymyksillä jäljitettiin. Asiakkaiden palvelutarpeet osoittautuivat kuitenkin niin moninaisiksi, että haastatteluilla pystyttiin kattamaan vain joitain tilanteita. Perusteellinen eri kuntien päivähoito- ja erityispäivähoidotoiminnassa tarvittavan yhteisen asiakas- ja palvelutiedon kartoitus olisi edellyttänyt kunkin kunnan erilaisten asiakkaiden palveluprosessien, palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien, niihin liittyvien toimijoiden ja työnjaon kuvausta pohjaksi tiedonkeruulle. Kuten kirjallisuuskatsauskin osoittaa, tällaiset kuvaukset ovat kuitenkin toisaalta harvinaisia ja toisaalta jäävät usein teoreettisiksi, eivätkä tavoita palvelutilanteiden yksilöllisyyttä ja moninaisuutta.

Toiseksi palvelutilanteiden ja asiakkuuksien rajat eivät ole niin selkeät kuin tämän työn pohjana käytetystä Ruostilan mallista voisi päätellä: esimerkiksi peruspäivähoidon asiakas on yleensä vähintään myös neuvolan asiakas. Erityisesti pitkäkestoissa asiakkuuksissa asiakkaiden elämäntilanne ja terveys voivat sosiaalitoimen peruspalveluprosessin kestäessä muuttua niin, että rinnalle käynnistyy yksi tai useampia terveydenhuollon prosesseja.

Kolmanneksi tutkimuksen pienimuotoisuudesta johtuen aineisto oli niukka, eikä kaikilta osin yksiselitteistä ja riittävän yksityiskohtaista taulukon kaikkien osien täyttämiseksi. Työseminaarissa 12.6. kävi selkeästi ilmi, että yhtenäistä käsitystä palveluprosessin vaiheisiin liittyvistä sektorirajat ylittävistä palvelutapahtumista ja niissä tarvittavasta tiedosta, luovuttajista, käyttötarkoituksista ja kirjaamisesta ei ole. seminaarissa 12.6. ehdittiin käydä läpi ja kommentoida työryhmässä ainoastaan taulukon 10 tiedot. Työskentelyaika oli niin lyhyt (1 tunti), ja erilaisia näkemyksiä oli paljon, josta syystä muut päivähoiton taulukot jäivät työstämättä. Myös eri aineistoissa oli keskenään eriäviä näkemyksiä näistä. Taulukot tarjoavat kuvattuun aineistoon perustuvan yhden näkemyksen pohjaksi jatkotyöskentelylle. Ne tarjoavat pikemminkin yhden esimerkin tavasta strukturoida ja jäsentää ongelmakokonaisuutta, eivät yhtenäistä käsitystä yksittäisiin ”lokeroihin” sijoitetuista tiedoista.



KUVIO 10. Päivähoito – Tiedonkeruun tulokset tarpeittain ja palvelutilanteittain

TAULUKKO 10. Päivähoidon peruspalvelussa tarvittavia terveydenhuollon perustietoja, niiden luovuttajat ja käyttötarkoitukset

Palveluprosessi: Yksi asiakkuus, ei ongelmaa					
Päivähoitoa tarvitseva asiakas					
Palvelun vaihe	1 Tarvittava perustieto	2 Tiedon luovuttajat	3 Tiedon välityskanavat	4 Käyttötarkoitukset	5 Kirjaaminen/ Asiakirja
1 vireillepano	<p>lapsen henkilötiedot P13(07:07) P14(023:026) perheen tiedot P13(15:15; 65:69) P14(027:038) nykyinen ja toivottava hoitomuoto ja hoidon (määrällinen) tarve P13(27:48) P14(08:023; 045:052))</p> <p>hoidon järjestämiseen vaikuttavat tiedot: pitkäaikaissairaudet P13(74:77) joista lääkärintodistus P14(086:086) Terveydentila: allergiat (eläin- tai ruoka-aineallergia) P7(103:111)P6(043:043), P9(035:035), josta lääkärintodistus P14(093:093) Neuvolakäynnit, rokotukset, kuume-kouristukset, jatkuva lääkitys, synnynäinen vamma, toistuvat korvatulehdukset, toistuvat keuhkoputkentulehdukset, astma, puheen kehityksen viivästyminen Josta lääkärintodistus), keskittymisongelmat, pelkotilat, epilepsia, diabetes, kielletyt ruoka-aineet, muu P14(081:099) Eivät välttämättä tarpeen P11(130:144)</p> <p>neuvolan yhteystiedot P10(041:042) P13(77:77) lapsen erityisen tuen tarve (lääkärin, psykologin, toiminta-/fysioterapeutin, terveydenhoitajan, puheterapeutin tai terapeutin todistus tai lausunto) P7(103:111) P6(042:042) P9(035:036) P14(101:103) Suostumus yhteydenpitoon neuvolaan, muihin tahoihin P10(040:042)</p>	<p>Vanhemmat P6(045:046)P9(035:035)P10(040:042), vanhempien luvalla tarvittaessa lääkäri/psykologi/ toim ter/fyter/ terveydenhoitaja/puheter P16(08:09)</p>	<p>päivähoitohakemus P13; P14; P6; P7, P9</p>	<p>Päivähoitopaikan hakeminen P6(040:040)P7(103:111) sijoittumisen suunnittelu, varhaiskasvatussuunnitelman laatiminen, lisäresurssien tarpeen arvio P16(06:07)</p>	<p>päivähoitohakemus P13; P14; P6; P7, P9. Hakulomakkeen tiedot sekä lausunnot/diagnoosit kirjataan tietojärjestelmään P10(044:047)</p>
3 päätökset	Päivähoitohakemuksen tiedot P16				Päivähoitopäätös P16
4 palvelun suunnittelu	<p>Päivähoitohakemuksen tiedot P16 Päivähoitopäätös P9(056:056)</p> <p>Lapsen päivähoitopaikan valinnassa huomioitavat sairaudet (kuten tartuntataudit) P7(103:111) P9(046:047) Lapsen mahdolliset päivän aikana annettavat lääkkeet annosteluohjeineen P10(071:072)/ Eivät kuulu normaaliin päivähoiton rutiiniin P11(054:055)</p>	<p>Vanhemmat P6(045:046)P9(035:035)P10(071:072) yhteispalaverissa perheen kanssa P9(056:060)</p>	<p>Kasvotusten P9(059:060)</p>	<p>VASU:n laatiminen P7(103:111) P10(075:076) P16(06:07)</p>	<p>Varhaiskasvatussuunnitelma P16</p>
5 palvelun toteutus/ arv.	<p>Neuvolan ikäkausitarkastuksen tiedot P6(116:121) P10 (108:108) kuten lapsen sosiaaliset taidot, leikkitaidot, toiminnalliset taidot, kielelliset taidot, motoriikka, hienomotoriikka P11(087:088)</p>	<p>Neuvola luovuttaa 3-, 4-, 5-vuotislomakkeen vanhempien luvalla P6(116:121) P10 (108:108), osallistuu päivähoiton palaveriin P10(108:109)</p>	<p>Kirjallinen</p>	<p>Lasten kehityksen turvaaminen, aikainen puuttuminen riskitilanteisiin P8(479:480) P11 (=88:089)tarpeet muuttaa palvelusuunnitelmaa, lapsen saamaa tukea P6(116:121) P11(090:091)</p>	<p>Ikäkausilomakkeet P6; P10(115:116)</p>
6 palvelun päättäminen					

TAULUKKO 11. Päivähoidon peruspalvelussa tarvittavia terveydenhuollon lisätietoja lapsen kehityksen viivästyessä tai lapsen sairastuessa, tiedon luovuttajat ja käyttötarkoitus

Palveluketju: useita asiakkuuksia					
Päivähoidossa oleva lapsi sairastuu, kehitys viivästyy					
Palvelun vaihe	1 Tarvittava lisätieto	2 Tiedon luovuttajat	3 Tiedon välityskanavat	4 Käyttötarkoitus	5 Kirjaaminen/ Asiakirja
5 palvelun toteutus/ arv.	kasvun ja kehityksen poikkeama (kuten alentunut kuulo, näkökyky), kehitys ja kasvu, sen viiveet, poikkeamat P6(116:121) P10(061:062)	Neuvola luovuttaa 5-vuotislomakkeen vanhempien luvalla P6(116:121) vanhempien kautta 3-, 4 ja 5-vuotislomakkeella P10 (108:108)	suullinen, kirjallinen	tarpeet muuttaa palvelusuunnitelmaa, lapsen saamaa tukea P6(116:121) Tiedonvaihdon perusteena lasten kehityksen turvaaminen, aikainen puuttuminen riskitilanteisiin P8(479:480)	ikäkausitarkastuslomakkeet P6; P10
	lapsen erityisen tuen tarve P9(062:063)	yhteispalaveri ELTO, muut palveluun osallistuvat tahot P9(065:069) myös ilman vanhempien suostumusta, jos katsotaan että tieto on lapsen terveyden ja olemisen kannalta oleellista P10 (052:053) Kuukausittainen neuvolatyöryhmä seulaan tarttuneiden lasten palvelutarpeesta vanh. luvalla P11(074:07080)		palvelusuunnitelman täsmentäminen, voimavarojen varaus P10(052:053), lasten kehityksen turvaaminen, aikainen puuttuminen riskitilanteisiin P8(479:480)	
	Lapsen sairastuminen, tarttuvat, lääkitystä vaativat taudit, loiset (kuten kihomadot, täit) P10(068:069)	vanhemmilta P10(068:069)	suullinen, kirjallinen		
	tieto sairaalajaksoista, kotiutumisesta P9(076:076)	vanhemmilta P9 (076:076)	suullinen, kirjallinen		
	tieto toimintakyvyn muutoksista mahdollisella sairaalajaksolla P9(077:077)	vanhemmilta, suostumuksella hoitavalta taholta P9(082:083)	suullinen, kirjallinen	terveydentilan, toimintakyvyn muuttumisesta johtuvat tarpeet muuttaa lapsen saamaa tukea P9(077:078))	

TAULUKKO 12. Erytyspäivähoidossa tarvittavia tietoja lapsesta

Palveluverkosto - useita ongelmia/ asiakkauksia					
Erytyspäivähoito					
Palvelun vaihe	1 Tarvittava lisätieto	2 Tiedon luovuttajat	3 Tiedon välityskanavat	4 Käyttötarkoitus	5 Kirjaaminen/ Asiakirja
1 vireillepano	lapsen erityisen tuen tarve (lääkärin, psykologin, toiminta-/fysioterapeutin, terveydenhoitajan, puheterapeutin tai terapeutin todistus tai lausunto) P7(103:111) P6(042:042) P9(035:036)	Vanhemmat P6(045:046)P9(035:035) vanhempien luvalla lääkäri/psykologi/ toim ter/fyster/ terveydenhoitaja/puheter P16(08:09)	Kasvokkain tai puhelimitse P6(131:132)	Päivähoitopaikan hakeminen P6(040:040)P7(103:111) sijoittumisen suunnittelu, varhaiskasvatussuunnitelman laatiminen, lisäresurssien tarpeen arvio P16(06:07)	Päivähoitohakemus P7(103:111)
	Lausunto päivähoidon tarpeesta P6(048:048)	ilmoitus hoidon pikaisesta tarpeesta puhelimitse sosiaalitoimesta P6(048:048) sosiaalitoimen tai neuvolan lausunto P9(042:043)	Kasvokkain tai puhelimitse P6(131:132)		ei kirjata P6 (049:050) lausunto päivähoitohakemuksen liitteenä P9 (042:044)
	tieto lapsen toimintakyvystä P11(041:044)	KELTON yhteistyö ESH:n kanssa, neuvolasta, neurologisesta yksiköstä tai keskussairaalaasta saatetaan ottaa yhteyttä kelloon jo ennen päivähoiton alkamista P11(041:042)	Kasvokkain tai puhelimitse P6(131:132)	jotta lapsi pystyttäisiin heti sijoittamaan hänelle parhaiten sopivaan päivähoitoon P11(041:042)	
3 päätökset	hakemustiedot, yhteydenottotiedot		Kasvokkain tai puhelimitse P6(131:132)		päivähoitopäätös erityislapsesta P6(057:057)
4 palvelun suunnittelu	lapsen terveydentila, normaalista kehityksestä poikkeavat tekijät P8(655:656) tieto lasta hoitavista tahoista P11(062:072), lapsen saamat tukitoimet P8(654:654) tieto olemassa olevista palvelu- ja kuntoutussuunnitelmista P10(061:062), kuntoutus-, hoitavoitteista P6(103:104) tieto lapsen kuntoutus- ja hoitotavoitteista P6(098:099) Tieto lapsen käyttämistä tai tarvitsemista apuvälineistä P7(117:118) P8(653:656) Tiedot lapsen diagnoosista/lausunnoista/tutkimuksista P7(124:125) P8(653:656) [Lasta] tutkivan/hoitavan tahon tiedot, kuten sairaalan tai kasvatus- ja perheneuvolan yhteyshenkilöt P7 (131:133) P8(653:656) [Lapsen] lääkitys ohjeineen P7(139:139) P8(653:656)	vanhemmilta P6(099:099) P10(061:062) P11(062:072) kotikäynnillä (päiväkodin johtaja ja ELTO), yhteispalaverissa hoitavien tahojen kanssa (fyster, puheter, psykologi, neur. yksikkö) vanhempien luvalla P6(056:058) P11(069:072)	Kasvokkain tai puhelimitse P6(131:132)	kuntoutus- ja palvelusuunnitelman teko P6(071:073) kasvun ja kuntoutuksen tukemiseksi päivähoitossa, palvelujen yhteensovittamiseksi P8(650:651)	oppimis- ja kuntoutussuunnitelma P7 (117:118) päivähoiton asiakastiedot P8(653:653)
5 palvelun toteutus/ arv.	kuntoutusjakson jälkeiset jatkotavoitteet P6(105:106)	hoitoon osallistuneiden yhteinen loppukeskustelu vanhempien luvalla P6(104:107)	Kasvokkain tai puhelimitse P6(131:132)	kuntoutus- ja palvelusuunnitelman päivitys P6(106:106)	
	seurantatieto lapsen kasvusta, kehityksestä, toimintakyvystä (ei lausuntoa/dgn olemassa) P6(076:078)	Ikäkausi-ilmoitukset P6(116:121)Neuvolatyöryhmän kokoukset kuukausittain, jossa seulaan jääneiden lasten palvelutarvetta käsitellään vanhempien luvalla P11(074:080) Neuvolan päiväkotikäynnit P11(082:083)	Kasvokkain tai puhelimitse P6(131:132)	kuntoutus- ja palvelusuunnitelman päivitys P6(106:106)	
	tieto lapsen terapioiden (avohoito-fyster, puheter, toimintater) toteutumisesta P9(086:089)	vanhempien kautta, yhteispalaverissa P9(086:089)	Kasvokkain tai puhelimitse P6(131:132)		
6 palvelun päättäminen					

3 Korhoiton ja päivähoiton sekä terveydenhuollon yhteiset asiakastiedot

## Havaintoja peruspäivähoidon palveluissa tarvittavista tiedoista

Taulukossa 10 on kuvattu lapsesta niitä perustietoja, jota aineistojen perusteella käytetään varhaiskasvatuksen peruspalvelussa, jossa lapsella ei ole erityispäivähoidon tarvetta, laitettaessa päivähoidon vireille, päätettäessä lapsen sijoituksesta, laadittaessa hänelle varhaiskasvatussuunnitelma sekä toteutettaessa lapsen peruspäivähoitopalvelua. Keskeisenä terveydenhuollon yhteistyökumppanina on tuolloin neuvola.

Taulukosta voidaan tehdä useita havaintoja. Ensinnäkin palveluprosessin vaiheistus ei muotoutunut noudattamaan alun perin luotua järjestystä (vireillepano-tarvekartoitus-päätös-suunnittelu-toteutus/arvointi-päätttäminen). Päivähoidossa päivähoitopaikka myönnetään hakemuslomakkeen perusteella, eikä erillistä tarvekartoitusta ennen päätöksen tekoa tarvita, sillä lapsilla on subjektiivinen oikeus päivähoidon. Palvelun suunnitteluvaiheessa kartoitetaan lapsen tarpeita sopivan hoitopaikan löytämiseksi. Lisäksi lapsen päivähoitopaikkahakemuksen käsittely voidaan nähdä päivähoidon kuuluvana hallinnollisena osaprosessina, joka eroaa ajallisesti sitä seuraavasta, varsinaisesta palvelutuotantoprosessista eli varsinaisesta lapsen päivähoitosta päivähoitopaikassa.

Toiseksi taulukosta näkyy se, että eri palveluprosessin vaiheissa kerättävät tiedot eroavat jonkin verran eri aineistoissa. Toisissa kunnissa kerätään esimerkiksi jo hakemuslomakkeella tai sen liitteissä täsmällisempää tietoa lapsen terveyteen, toimintakykyyn ja kehitykseen liittyen kuin toisissa. Haastattelussa tuli esiin myös näkemys, että terveyteen, toimintakykyyn ja kehitykseen liittyvää tietoa ei lainkaan tarvita hakemusvaiheessa, vaan vasta palvelun suunnitteluvaiheessa siltä osin kun se vaikuttaa palvelun toteutukseen. Vireillepanovaiheessa terveyteen liittyviä tietoja kerätään yleensä hakemuslomakkeilla karkealla tasolla (esim. sairauksista kerätään tieto avokysymyksellä tai listataan yleisimmät sairaudet kuten astma, antaen vaihtoehdot kyllä/ei). Suunnitteluvaiheessa tietoja täsmennetään (kyllä-vastausten osalta) niin, että tietoa voidaan käyttää käytännön toiminnan suunnittelun pohjana:

Normaalissa päivähoitossa saattaa olla lapsia, jotka tarvitsevat esimerkiksi astmapiippua. Tässä tapauksessa päivähoitohenkilökunta luonnollisestikin huolehtii, että lapsi saa tarvitsemansa avun. P11 (054:060)

Keskeinen päivähoitokanava lapsen terveyttä koskevaan tietoon ovat vanhemmat, ja hakemus- ja ikäkausitarkastustietoja lukuun ottamatta tietoa vaihdetaan pitkälti suullisesti. Sähköisiä järjestelmiä ei juuri käytetä tietojen vaihdossa. Mitään lapseen liittyvää tietoa ei vaihdeta muiden toimijoiden kanssa ilman vanhempien lupaa, ja useimmiten tieto kulkee vanhempien välityksellä. Erityisesti palvelun toteutusvaiheessa tiedonvaihtoa tarvitaan sekä päivähoitosta neuvolaan että neuvolasta päivähoidon liittyen lapsen kasvun ja kehityksen seurantaan. Myös tämä tieto kulkee yleensä vanhempien kautta. Neuvolasta ei automaattisesti välitetä tietoa lapsesta päivähoidon ja yleensäkin tieto, joka neuvolasta päiväkotiin kulkeutuu (vanhempien suostumuksella), koskee lapsen kehitystä ja toimintakykyä (ei siis varsinaisia sairauksiin liittyviä tietoja). Eräs haastateltavista kuvasi tiedon vaihtoa päiväkodin, neuvolan ja vanhempien välillä kuvaavasti:

Ikäkausitarkastuslomake lähetetään neuvolasta ajanvarauksen jälkeen vanhemmille täytettäväksi ja sitten nämä vievät sen päivähoidon päivähoitokäytöstä täytettäväksi. Sieltä lomake annetaan lapselle mukaan ikäkausitarkastukseen, ja neuvolan terveydenhoitaja tekee vuorostaan omat merkintänsä. Lopulta lomake palautuu päivähoidon (vanhempien välityksellä) lapsen papereihin liitettäväksi. P10 (110:116)

Sarakkeen ”Tiedon kirjaaminen/asiakirja” sisältö jäi tässä tutkimuksessa viitteelliseksi johtuen niiden asiakirjojen vähyydestä, joita tutkimuksessa oli resurssisyistä mahdollista käydä läpi ja

toisaalta siitä, että haastattelut eivät tuottaneet kattavasti tietoa asiakirjoista. Tietojärjestelmien käyttö näyttää olevan tiedon kirjaamisessa vaihtelevaa, ja riippuvan osin myös niistä toiminnoista, joita järjestelmä tukee. Esimerkiksi päivähoidossa ainoa tieto lapsesta Pro Consonassa saattaa olla se, mikä sinne on tulovaiheessa kirjattu eli tiedot jotka vanhemmat ovat hakemuksessa ilmoittaneet. Kesken kaiken sinne ei siis kirjata minkäänlaisia lapsen terveyteen tai toimintakykyyn liittyviä lisäyksiä. P10(80:82). Päivähoidon henkilöstö kuitenkin palvelua tuottaessaan huomioi päivähoitoon vaikuttavia tietoja ja tietoa siirtyy esimerkiksi henkilöstövaihdosten yhteydessä. Tässä selvityksessä ei saada vastausta kysymykseen siitä, missä nämä lasta koskevat tiedot ovat; ovatko ne esimerkiksi vain suullisesti välittyvänä olemassa?

## Palveluketjussa tarvittavista lapsen terveystiedoista

Taulukossa 11 kuvatut tietosisällöt ovat esimerkkejä sellaisista lisätiedoista, joita joissain peruspalvelun toteutuksen kestäessä syntyvissä tilanteissa voidaan tarvita edellisessä taulukossa kuvattujen tietojen lisäksi. Tarvittavat lisätiedot ovat hyvin tilannekohtaisia, riippuen lapsen kehityksen, terveydentilan tai kasvuympäristön muutoksen luonteesta ja terveydenhuollon tahosta tai tahoista, jotka tulevat osallisiksi lapsen hoitoon. Tässä taulukossa on tarkasteltu kolmenlaisia tilanteita: lapsen kasvun, kehityksen ja toimintakyvyn aktiivisen seurannan tarve (neuvolayhteistyö), lapsen sairastuminen (perusterveydenhuollon yhteistyö ja erikoissairaanhoidon yhteistyö).

Tässäkin taulukossa huomio kiinnittyy siihen, että tieto palveluketjun toimijoilta välittyy päivähoitoon vanhempien kautta tai yhteispalavereissa, joissa vanhemmat ovat läsnä, jos oman lapsen asioita käsitellään. Esimerkiksi tieto lapsen kasvun ja kehityksen viivästymisestä tulee esiin neuvolayhteistyöpalavereissa tai ikäkausitarkastusten yhteydessä. Yksittäisten lasten asiaa voidaan palavereissa kuitenkin käsitellä vain vanhempien luvalla.

Päivähoidossa olevien lasten sairastuessa tieto sairaudesta (ja mahdollisesta poissaolon kestosta) tulee vanhemmilta. Myöskään tieto infektioista (tartuntataudit, myös HIV, hepatiitti) ei tule päiväkodin tietoon automaattisesti, jos lapsen vanhemmat eivät sitä itse kerro. Tämä herättää hyvin ristiriitaisia tunteita niin päiväkodin henkilöstön kuin lasten vanhempienkin keskuudessa, koska osa infektioista voi olla hyvinkin vaarallisia ja helposti tarttuvia. Osa päivähoidon henkilöstöstä on sitä mieltä, että tieto tartuntataudeista olisi ehdottoman tärkeä päivähoidon kannalta, jotta osattaisiin suojautua paremmin tartunnoilta, mutta osa taas on sitä mieltä, että nykyään osataan suojautua ilman, että ketään yksittäistä lasta tarvitsisi ”leimata” taudinkantajaksi:

Henkilöstöä koulutetaan nykyään niin hyvin näiden erilaisten tarttuvien tautien varalta, että niiltä osataan suojautua (huolehditaan käsien pesusta, eikä kosketa mihinkään eritteisiin ilman käsineitä) eli tartuntariski on lähes olematon, kun huolehditaan hygieniasta. Tieto jonkun yksittäisen lapsen kantamasta infektiosta saattaisi pikemminkin olla lapsen itsensä kannalta suurempi paha. P11 (130:139)

Mikäli lapsi sairastuu tai loukkaantuu, päiväkotia ei saa tietoa sairaalaan joutuneesta lapsesta automaattisesti, vaan vanhempien välityksellä. Mikäli lapsen toimintakyky muuttuu sairaalaan joutumisen seurauksena, vanhemmat voivat antaa luvan päiväkodille tietojenvaihtoon suoraan hoitavan tahon kanssa. Lapsen erityisen tuen tarvetta ryhdytään arvioimaan yhteistyössä hoitoon osallistuvien tahojen kanssa. (Ks. Taulukko 12.)

On huomioitava, että ongelmien komplisoituessa päivähoidon palvelutapahtumat, joissa tarvittaisiin tietoa lapsen terveydestä, toimintakyvystä ja kehityksestä moninkertaistuvat nopeasti, eikä tässä taulukossa pystytä kattamaan kuin joitain esimerkkejä karkealla tasolla. Palveluketjuissa liikkuvan tiedon sisällöt riippuvat palveluketjuun osallistuvista tahoista. Mikäli yhteistyökumppanina on perusterveydenhuolto, ja tilanne on nopeasti ohimenevä, tietosisältöjen luonne ja

tarve on erilainen kuin jos yhteistyökumppanina on vaikkapa neurologinen kuntoutusyksikkö, ja tilanne on pitkäkestoinen. Taulukon tietoja tulisikin päivittää jatkotutkimuksessa ongelma- ja palvelutilanteittain, kartoittaen näihin liittyvät palveluketjun/verkoston eri osapuolet ja kunkin osapuolen kanssa yhteistyön eri vaiheissa vaihdettavat tietosisällöt.

## Havaintoja erityispäivähoidossa tarvittavista lapsen terveystiedoista

Taulukossa 12 on kuvattu joitain tilanteita, joissa lapsen erityispäivähoidon tarve tiedetään jo lapsen hakeutuessa hoitoon (kuten vammaisen lapsi) sekä tilanne, joissa lapsella todetaan päivähoidon kuluessa mielenterveyden ongelmia. Koska lasten tilanteet ja palvelutarpeet vaihtelevat yksilöllisesti riippuen erilaisista terveydellisistä, toiminnallisista ja sosiaalisista syistä, ja palveluverkosto muotoutuu vastaamaan lapsen yksilöllisiä tarpeita, ei yksityiskohtaista kuvaa kaikkiin tilanteisiin osallistuvista yhteistyökumppaneista ja näiden välillä liikkuvasta tiedosta voida tässä antaa. Taulukon tietoja onkin siksi tulkittava korkeintaan viitteellisinä.

Tulosten mukaan tieto erityispäivähoidon tarpeesta tulee päivähoitoon päivähoitohakemuksen myötä. Tarkempi tieto lapsen terveydestä ja toimintakyvystä palvelujen järjestämistä varten on hakemuksen liitteissä olevissa lausunnoissa, joita pyydetään tarpeen mukaan. Lisätietoja lapsen erityistarpeista kerätään palvelun suunnittelemiseksi usein vielä kotikäynnillä tai palaverissa. Erityispäivähoidossa on tärkeä sovittaa yhteen päivähoidossa laadittava lapsen oppimis- ja kuntoutussuunnitelma muiden tahojen laatimien suunnitelmien kanssa. Tämä edellyttää tiivistä tiedonvaihtoa olemassa olevista suunnitelmista ja niiden tavoitteista. Tietoa ei kuitenkaan yleensä vaihdeta sähköisessä muodossa, vaan palaverissa hoitoon osallistuvien kesken.

Päivähoidolle hyvin tärkeitä yhteiskumppaneita ovat viittomakielen tulkkipalvelut kuulovammaisten vanhempien kanssa toimiessa sekä yhteistyö eri kuntoutusohjaajien kanssa. Päivähoitoon saattaa tulla näkö- tai kuulovammaisen lapsi, mikä tieto on olennaisen tärkeä jo ennen lapsen sijoittamista johonkin ryhmään, jotta osataan ottaa lapsen rajoitteet huomioon jo päivähoitoa suunniteltaessa. Näissä tapauksissa päivähoito saa usein tietoa jo ennakoon ja yhteistyö eri tahojen kanssa sujuu yleensä hyvin. Joissakin tapauksissa lapsen omat vanhemmat saattavat ottaa yhteyttä kiertävään erityislastentarhanopettajaan jo kauan ennen kun lapsen on edes tarkoitus aloittaa päivähoitossa ja näin lapsen hoitoa voidaan alkaa suunnitella jo hyvissä ajoin. Puheterapia on ehkä parhaiten vanhempien hyväksymä terapianmuoto, joten heiltä saa helposti luvan yhteydenpitoon ja tiedonvaihtoon. Myös toiminta- tai fysioterapiasta päivähoito saa hyvin tietoa (vanhempien suostumuksella).

Puheterapia ja toimintaterapiatohot ovat yleensä hyvin yhteydessä päivähoitoon päin. He ovat nimenomaan kiinnostuneita siitä, mikä on lapsen toimintakyky päivähoiton aikana ja normaalin arjen puitteissa. Eli tiedontarve/-kulku on molemminpuolista. P9 (086:089)

Pääsääntöisesti yksityistä fysioterapiaa saavat lapset ovatkin samanaikaisesti päivähoiton piirissä, ja fysioterapiaan liittyvä tieto kulkee hyvin. P10 (134:138)

Efficaa käyttävän päivähoiton asiantuntijan mukaan lapsen terveystiedoista päivähoiton Efficaan kirjataan vain diagnoosi ja toimenpide, ei siis mitään ylimääräistä tekstiä. Kirjaus on esimerkiksi seuraavanlainen:

”lapsella tunne-elämään liittyvät erityisvaikeudet” tai ”lapsella kielelliset erityisvaikeudet”. Toimenpiteenä on saatettu kirjata esim. tieto avustajasta (henkilökohtainen avustaja/ryhmässä avustaja), ryhmän pienennys, Oppimis- ja kuntoutussuunnitelma. P11 (163:167)



Lapsi voi oireilla joko vanhempien mielenterveysongelmien vuoksi tai hänellä itsellään voi olla mielenterveyden ongelmia. Vanhempien mielenterveysongelmat tulevat julki vasta, jos lastensuojelu puuttuu asiaan. Jos lapsen arki sujuu hyvin, ei tieto vanhempien mielenterveyden ongelmista ole edes päivähoidossa tarpeen. Jos lapsi oireilee, tieto syystä olisi tärkeä päivähoidossa, jotta lasta pystyttäisiin auttamaan ja tukemaan paremmin. Mielenterveyspalvelujen tuottajien kanssa yhteistyö on paikoin koettu hankalaksi.

Jos lapsi itse oireilee, päivähoiton henkilöstön tulisi saada lapsen vanhemmat ymmärtämään lapsensa hoidon tarve ja ottamaan yhteyttä perheneuvolaan. Lapsen hoidonpiiriin saataminen voi olla hidasta, eikä hoitajaksosta välttämättä saada mitään tietoa hoitavalta taholta, vaan tiedottaminen on vanhempien varassa ja silloinkin vain, jos vanhemmat katsovat sen itse tarpeelliseksi. Esimerkiksi mielenterveyskuntoutumisen tavoitteet ja kuntoutussuunnitelmien yhteensovittaminen voivat jää näin jäädä täysin sattumanvaraiseksi. Toisenlaisiakin kokemuksia yhteistyöstä mielenterveyspalvelujen tuottajien kanssa tuli kuitenkin esiin:

Jos lapsella itsellään on mielenterveysongelmia yhteistyö päivähoiton ja tutkivan/hoitavan tahon kanssa sujuu yleisesti ottaen kitkattomasti. Lasten - ja nuorten psykiatrisen poliklinikan ja erikoissairaanhoidon kanssa tehdään tiivistä yhteistyötä (yhteisiä palavereja). Tämäkin yhteistyö sujuu vain vanhempien luvalla. P11 (147:162)

Erityispäivähoiton haastatteluissa tuli selkeästi esille tarve tiedonvaihtoon paitsi terveystoimen kanssa, myös sosiaalitoimen muiden toimijoiden kanssa. Erityisesti tarvittaisiin tietoa siitä, kuuluuko lapsi lastensuojelun piiriin. Lastensuojeluviranomaisilta päivähoito ei saa tätä tietoa, vaan tieto tulee, jos tulee, vanhemmilta.

## Tiedonvaihdon mahdollisuuksia ja haasteita

Edellä on jo tullut esiin niitä tahoja, joilta päivähoiton on erityisen hankala saada tietoja. Vanhempien tiedottamiseen ollaan yleisesti ottaen tyytyväisiä. Vanhemmat ovat yleensä tarkkoja lastensa sairauteen/lääkitykseen liittyvissä asioissa, haluavat lapsilleen parasta mahdollista hoitoa. Kolikon kääntöpuolena ovat tilanteet, joissa vanhemmat eivät välitä tietoa päivähoiton ja lasta hoitavan tahon (kuten neuvola) välillä. Terveydenhoitajien käynnit päiväkodissa nähtiin siksi ensiarvoisen tärkeänä:

Koska päivähoiton arvio kulkee neuvolaan vanhempien kautta ja viestin perille meno on siis täysin vanhemmista kiinni, ei neuvola välttämättä saa päivähoiton kuvausta lapsen arjesta lainkaan, vaan neuvolan arvio tehdään yhden käynnin perusteella. Tällöin kuvaus lapsesta saattaa olla ristiriitainen päivähoiton kanssa, jossa lapsi joutuu olemaan isossa ryhmässä ja jossa lasta on voitu arvioida huomattavasti pitemmältä ajanjaksolta. Neuvolan terveydenhoitajien käynnit päiväkodeissa on koettu tämän ongelman ratkaisun kannalta positiiviseksi. Näin neuvolan hoitajat voivat arvioida lasta hänen normaalissa arjen ympäristössään. P11 (172:180)

Maahanmuuttajalasten osalta koetaan erityishaasteeksi kielellisten ja erityisten terveydentilaan liittyvien tietojen saaminen. Kielen osalta haasteena on se, että kielellistä kehitystä kuvaavat mittarit ovat kulttuurisidonnaisia. Maahanmuuttajalasten terveydentilan erityishaasteista tuotiin esiin hepatiitti. Tosin kaikki eivät olleet yksimielisiä siitä, että tietoa hepatiitista tarvittaisiin (vrt. ed.):

Yhtenä vakavimmista tiedonvälityksen ongelmakohdista päivähoidon kannalta katsottuna nähdään ulkomaalaistaustaisten lasten osalta se, ettei tieto esim. lapsen sairastamasta hepatiitista välity päivähoidon tietoon, vaikka ollaan eritteiden kanssa tekemisissä ja kyseessä niinkin vakava ja tarttuva tauti. Tartuntariski on siis olemassa niin päivähoidon henkilökunnalla kun muilla lapsillakin, mutta sen estämiseksi/minimoimiseksi ei voida tehdä kaikkea mahdollista, koska ko. tieto kuuluu yksityisyydensuojan piiriin. Päivähoidon oikeudesta terveystietoon, johon liittyy selkeä tartuntariski, on käyty keskustelua, mutta asia ei ole vielä edennyt. P9 (109:124)

Haasteena tiedonvaihdolle koettiin myös se että päivähoidon henkilöstö ei kaikilta osin koe, että heidän osaamistaan ja tietoaan lapsesta hyödynnettäisiin riittävästi:

Päivähoidon henkilöstö arvostaisi todella paljon, että heidän mielipidettään kysyttäisiin. Näin ei kuitenkaan aina tapahdu, vaan muut hoitotahot (esim. psykologi lapsen kouluvalmiutta arvioidessa) katsovat, ettei päiväkodin lausunnoilla ole merkitystä heidän työnsä kannalta, vaan osaavat ihan itse tehdä arvionsa lapsesta. Päivähoidon henkilöstö tuntee tällöin, että heidän työtään/mielipidettään ei arvosteta/kunnioiteta. P10 (147:150)

Tilanteiden monimutkaisuus, yhteistyökumppaneiden moninaisuus ja käytäntöjen erilaisuus synnyttää tarvetta vaihtaa kokemuksia erilaisista toimintatavoista:

Toivomuksena olisi jonkinlainen TIETO/TAITO FOORUMI, missä saisi vaihtaa rauhassa ajatuksia eri ammattiryhmien kesken ja näin voisi hyödyntää toinen toistensa tieto-taitoa, ettei jokaisen tarvitsisi pätkäillä yksinään asioita, joihin joku toinen on jo saattanut löytää hyvän ja toimivan ratkaisun (tieto kulkisi myös siitä, mitä tapahtuu milläkin hetkellä terveystoimen puolella ja mitä sosiaalitoimen puolella). P6 (140:144)

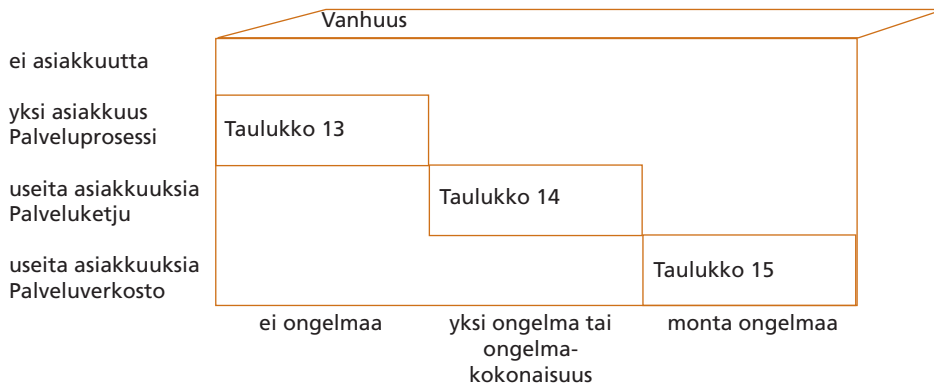
## Kotihoidon palvelutapahtumat ja niissä tarvittavat tiedot

Tässä luvussa esitetään aineiston perusteella saadut tulokset kotihoidon eräissä palvelutapahtumissa tarvittavista terveystiedoista, tiedon välityksestä, käyttötarkoituksista ja kirjaamisesta. Taulukko 13 kuvaa peruspalvelutilannetta, jossa vanhus hakeutuu (kunnalliseen) kotihoitoon toimintakyvyn heiketessä ja palveluprosessi käynnistyy ilman että asiakkaalla on erityistä terveysongelmaa. Taulukko 14 kuvaa joitain esimerkkejä tilanteista, jossa kotihoidon piirissä oleva vanhusasiakas sairastuu tai hänellä on joku terveydenhuollon palvelua vaativa pitkäaikaissairaus. Tiedot perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon piiriin joutumisesta ja hoidosta siellä on kuvattu peruspalveluprosessin (kotihoidon prosessin) vaiheeseen 5 liittyväksi erotuksena tilanteesta, jossa vanhusasiakkaalla on useita palvelutarpeita jo kotihoidon palvelun piiriin hakeutuessaan. Sairaalasta kotihoitoon palaamisessa on puolestaan huomioitu, että entinen kotihoidon asiakkuus voi joko jatkua tai uusi asiakkuus kotihoitoon käynnistyä kotiutusvaiheessa. Taulukko 15 kuvaa esimerkkejä tilanteista, jossa asiakkaalla on jo kotihoitoon hakeutuessa sellaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeita, jotka edellyttävät usean palveluntuottajan yhteistyötä. Kuvio 11 esittää taulukoiden sijoittumisen Ruostilan esittämiin palvelutilanteisiin eri asiakasryhmittäin.

Myös kotihoidon haastatteluissa lähdettiin tunnisteettomista asiakastapauksista. Kysymyksillä jäljitettiin palvelutapahtuman yhteydessä tarvittua tietoa. Tiedonkeruun pohjaksi ei ollut käytettävissä kuntien erilaisten asiakkaiden palveluprosessien, palveluketjujen tai palvelukokonaisuuksien tai niihin liittyvien toimijoiden ja työnjaon kuvauksia. Ehkä vielä korostetummin kuin päivähoidon osalta, kotihoidossa haasteeksi muodostui yksilöllisten palvelutarpeiden huomioiminen yleisiä prosessin vaiheita ja niissä tarvittavaa tietoa kuvatessa.

Kotihoidossa palvelutilanteiden ja asiakkuuksien rajat ovat vielä epäselvemmät kuin päivähoitossa. Joissain kunnissa kotisairaanhoido ja kotipalvelu on hallinnollisesti yhdistetty, toisissa kunnissa toiminnot ovat erillään. Kotihoidossa osa palveluista ostetaan ulkopuolisilta palveluntuottajilta tai on rajattu kotihoidon ulkopuolelle asiakkaan itsensä hankittavaksi (kuten siivous). Tässä raportissa lähdetään siitä, että kunnallinen kotihoito (joko erillinen kotipalvelu tai yhdistetty kotipalvelu ja kotisairaanhoido) tuottaa tarkasteltavan palvelun. Palvelun tuottaminen ostopalveluna (palveluseteli, maksusitoumus, omaishoidon tuki) tai tukipalveluna siirtää tiedontarpeen palvelun toteuttajalle, ei poista sitä. Yksityisten ja kolmannen sektorin palveluntuottajien tiedonsaanti muilta asiakasta hoitavilta tahoilta asiakkaan terveydentilasta ja palveluista on kuitenkin yleensä huomattavasti vaikeampaa kuin kunnallisen palveluntuottajan, sillä käyttöoikeudet kunnallisiin sosiaali- ja terveydenhuollon rekistereihin ovat rajalliset. Toisaalta kunnallisen palveluntuottajan on tilaajana vaikea saada tietoa näiden tahojen toimenpiteistä ja asiakkaan tilan muutoksia koskevista havainnoista.

Vain taulukko 13 ehdittiin käydä läpi seminaarissa. Taulukot tarjoavat kotihoidon osaltakin siis ainoastaan kuvattuun aineistoon perustuvan yhden näkemyksen pohjaksi jatkotyöskentelylle. Kuten aineistotunnuksista voi päätellä, kirjallisuuskatsauksesta (P8) saatiin kotipalvelujen osalta melko paljon sisältöä taulukoihin.



KUVIO 11. Tämän luvun tarkastelun kohteena olevat asiakkuudet ja palvelutilanteet (ei ongelmaa = ei terveydenhuollon palvelua vaativaa erityisongelmaa)

TAULUKKO 13. Kotihoidon peruspalvelussa käytettyjä terveydenhuollon perustietoja, niiden luovuttajat ja käyttötarkoitus

Palvelunprosessi: yksi ongelma, yksi asiakkuus					
Kotihoidoa tarvitseva asiakas:					
Palvelun vaihe	1 Tarvittava perustieto	2 Tiedon luovuttajat	3 Tiedon välityskanavat	3 Käyttötarkoitus	4 Kirjaaminen/ asiakirja
1 vireillepano	Hoidettavan tunnistetiedot, yhtevstiedot P12(04:06)- P15(03:06) P17 (01:02) Vireillepanija P15(03:06), yhtevstapa P17(12:20) Ongelma, alustava tarve (alustavat tarvekartoituksen tiedot), avun kiireellisyys P15 (03:06), yhteydenoton syv P17(35:48) Asiakkaan suostumus yhteydenottoon, yhtevstietoihin P17(51:58) Tarve kartoittaa palvelutarvetta tarkemmin P15(03:06)	ikäntynyt itse P 8(1085:1086), omainen (P12); P15(03:06)	Suullisesti, kirjallisesti, puhelimitse P8(1085:1086); P15(03:06)	alustavan tarpeen kartoittaminen P15(03:06)	Hakemuslomake P12; yhteydenottolomake P17, tietojärjestelmä P15(03:06)
2 tarkartoituis	Perhesuhteet, läheiset P12(08:17);P18(009:013) Omaisen/yhteyshenkilön/omaishoitajan yhtevstiedot P8(1273:1273)P18 (009:013) Asumista ja sen esteettömyyttä koskevat tiedot P12(18:25) 18(015:017) Toimintakyky P12, P 5(30:30) P8(1277) Psykososiaaliset voimavarat P18(018:023) Apuvälineet P 5(30:30) P8(1279) P18(036) Terveydentila, sairaudet, vammat P12 (50:52); elämäntavat (terveyskäyttäytymisen), dieetit P18(025:033) Allergiat P18(038) Pysyväisdiagnoosit P1(357:358) RAVAmittaritiedot, Muistitesti P2(195:202) P18(030:033) Nykyisiä palveluita koskevat tiedot P12 (26:35) P18(064:127:140) Menossa olevat hoidot P 5(55:55), Lääkehoito P 2 (164:164): P8(1276) Lääkärinlausunnot (B ja C) P18(030) Päivittäinen hoidontarve/ avuntarve (hoitotoiminnot toimintakyvyn osa-alueittain) P12 (59:68) tarvittavat palvelut, tukipalvelut, etuudet P8(1280) P18(066:103)	ikäntynyt itse P 8(1085:1086), omainen (P12); KSH, Terveyskeskus, ESH (P5(116:117))	Suullisesti, kirjallisesti, puhelimitse P8(1085:1086); P15(03:06). YLE-lehdeltä, jos asiakas on ollut julkisen terveydenhuollon asiakkaana (esim.terveyskeskuslääkärin vastaanotolla)P 5(116:117), ja asiakas liitetty kotihoitoryhmään P15(10:13) SALPA-kortilla alue-efficasta erikoissairaanhoidon tiedot P5(36:37) Navitaksen kautta ESH vuodeosastotiedot P1(322:331)	Asiakkaan tarpeen, voimavarojen kartoittaminen palvelun suunnittelemiseksi P8(1231:1233) DGN-tieto tarpeen esim. muisti- tms. ongelmien syyn tunnistamiseksi P15(10:12)	Voimavarakartoituslomake;P15(15:16) P18
4 palvelun suunnittelu	Voimavarakartoituslomakkeen tiedot P15(22:23): hoilokortit, reseptit, sairaskertomustiedot P8(1194:1196) hoitoon osallistuvat tahot ja yhtevstiedot P8(1273) P18(117:125) tavoitteet (asiakaslähtöiset, konkreettiset) ja toimenpiteet niiden saavuttamiseksi, suunnitelman seuranta P8(1282) suostumus tietojen luovuttamiseen: kuka saa luovuttaa, kenelle, mitä varten ja mitä tietoa (päivämäärä ja allekirjoitus) P8(1284) asiakkaan menot P 5(55:55) kotona poissaolot P 8 (1295:1295)	ikäntynyt itse P 8(1085:1086), omainen (P12) KSH, Terveyskeskus, ESH (P5(116:117))	Suullisesti, kirjallisesti, puhelimitse P8(1085:1086); P15(03:06) YLE-lehdeltä, jos asiakas on ollut julkisen terveydenhuollon asiakkaana (esim.terveyskeskuslääkärin vastaanotolla)P 5(116:117), ja asiakas liitetty kotihoitoryhmään P15(10:13) SALPA-kortilla alue-efficasta erikoissairaanhoidon tiedot P5(36:37) Navitaksen kautta ESH	toimintojen suunnittelu ja yhteensovittaminen P8(1193:1195)	Hoito- ja palvelusuunnitelma kansio P8(1269:1285)
3 hallinnollisten päätösten laatiminen	Hoito- ja palvelusuunnitelma P15(18:20), Kelan etuuksia koskevat tiedot P12 (P53:58), tuloja ja menoja koskevat tiedot P 8(1087:1087)				Kotihoitopäätös-, maksupäätöslehti P1(80:90)- P 8(1231:1233)
5 palvelun toteutus/ arv.	asiakkaalle myönnetty hoito ja palvelut P 8(1231:1233) muutokset terveydentilassa, toimintakyvyssä, hoidossa, palvelutarpeessa P15 (25:25) tarvittavat muutokset niissä P8(1212)	kotihoidon hoitotiimi (kotipalvelun- ja ksh-työntekijä, omalääkäri sekä tarvittaessa mm fysio- ja toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä) P 8(1212:1213)	Tiimikokoukset, Hoito- ja palvelusuunnitelma - kansio (kotipalvelun ja kotihoidon yhteistyön väline) P 8(1194:1196; 1310:1311) KH tot- ja ylelehti P 5(116:117) hoidon seurantalomake, hoitotyön lähete, viestivihko P 8 (1310:1311)	sujuvan hoidon ja palvelun turvaamiseksi. P 8(1231:1233) Palvelujen yhteensovitus P 5(55:55)	KH-tot-lehti P15(05:06); Hoito- ja palvelusuunnitelma -kansio P 8(1194:1196; 1310:1311); hoidon seurantalomake, viestivihko P 8(1194:1196; 1310:1311)
6 palvelun näyttäminen					

TAULUKKO 14. Kotihoidon peruspalvelussa käytettyjä terveydenhuollon lisätietoja asiakkaan sairastuessa, tiedon luovuttajat ja käyttötarkoitus

Palveluketju - yksi ongelma/ useita asiakkuuksia					
Aikuisti sairastuva kotihoidon asiakas					
Palvelun vaihe	1 Tarvittava lisätieto	2 Tiedon luovuttajat	3 Tiedon välityskanavat	3 Käyttötarkoitus	4 Kirjaaminen/ asiakirja
5 palvelun toteutus/ arv.	<p>tieto siitä, onko ensiavussa, minne on lähtenyt eteenpäin. P 1(256:257) P2(179:179) P3(102:103) P4(75:75)</p> <p>Mitä ensiavussa tehty: laboratoriotutkimukset, tutkimukset, määrätty laakitykset P2(181:182)P2(147:147) P3(106:107)</p> <p>Tieto vuodeosastolle joutumisesta (P1(290:294)P3:3(103:103)</p> <p>Labratiedot (saatavilla kaikista kotihoidon asiakkaista). P 2(147:147) Laäkehoito P 2(164:164)</p> <p>RAVA mittaritiedot. voimavarakartoitus. Mini-Mental 2(195:202)</p> <p>Tieto asiakkaan tilanteesta, toimintakyvystä P1:1(282:282)P5(138:139)</p> <p>kotiutus-, hoito- ja palvelusuunnitelma P2(181:182)P5(133:133)</p> <p>lukiaineet. apuvälineet P2(195:202).</p>	<p>Hoitava lähi (asiakkaan luvalla) P1(267:268)</p> <p>P4(75:76)P2(184:185)</p> <p>P3(103:103) P 5(116:117; 129:131)</p>	<p>Pegasoksen ensiapulehti P1(267:268) P4(75:76)</p> <p>Effic P2(184:185) Kotihoidon ohjelma P3(103:103)</p> <p>YLE-lehti, jos asiakas on ollut julkisen terveydenhuollon asiakkaana, muuten puhelimitse P 5(116:117; 129:131); Automaattisesti tieto osastohallintaohjelmasta kotipalvelun omahoitoajalle P5(128:132) Hoito- ja palvelusuunnitelma, hoidon seurantalomake, hoitotyön lähete, viestivihko P8(1309:1311)</p>	<p>palvelutarpeen arvioimiseksi voimavarojen uudelleen suuntaamiseksi P1(283:290) Hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi P2(182:183)</p>	<p>Pegasokseen P1(245) Kotihoidon asiat kirjataan kaikki khtot:lle. P2(149:153) P15(05:06); Hoito- ja palvelusuunnitelma -kansio P 8(1194:1196; 1310:1311); hoidon seurantalomake, viestivihko P 8(1194:1196; 1310:1311)</p>
Erikoissairaanhoidon joutuva kotihoidon asiakas					
5 palvelun toteutus/ arv.	<p>tieto erikoissairaanhoidon piiriin joutumisesta P1(307:310)</p> <p>Tieto asiakkaan tilanteen, toimintakyvyn muuttumisesta osastolla P1(282:282)P5(152:152)</p> <p>Asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmatiedot P5(133:133)P1(307:310)</p> <p>epikriisi P1(307:310)</p>	<p>kotiutushoitaja (käy läpi pivittäin keskussairaalan osastotiedot) P2(185:186)</p> <p>ESH P5(36:37) P1(322:331)</p> <p>ESH P 1(175:175) P5(147:147) P1(322:331)</p>	<p>ESH:sta ei tule tietoa P1(320:321)kotiutushoitaja ilmoittaa P2(185:186)</p> <p>SALPA-kortilla erikoissairaanhoidon tiedot P5:5(36:37) Navitaksen kautta tiedot vuodeosastolta Hyvinkäältä. P1(322:331) Kotiutushoitajalta puhelimitse P8(1321)</p> <p>ESH lähettää P 1(175:175) kotiin asiakkaan mukana P5(147:147) paperilla epikriisit jälkikäteen. Jos akuutti tiedontarve, puhelimitse P1(322:331)</p>	<p>Asiakkuuden tarkistus, palvelutarpeen arvioimiseksi voimavarojen uudelleen suuntaamiseksi P1(283:290) Hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi P2(182:183)</p>	<p>Pegasokseen P1(245) Kotihoidon asiat kirjataan kaikki khtot:lle. P2(149:153) P15(05:06); Hoito- ja palvelusuunnitelma -kansio P 8(1194:1196; 1310:1311); hoidon seurantalomake, viestivihko P 8(1194:1196; 1310:1311)</p>
Sairaalaista kotihoitoon palaava asiakas					
1 vireillepano	<p>tieto potentiaalisesti kotiutettavista asiakkaista P2(185:186) henkilötietoineen P8(1275)</p> <p>tarkka kotiuttamisaika, vastaanottaja P3:3(117:119)</p>	<p>ESH, TK(P3:3(114:115) P5(116:117:36:37) P1(364:372)</p>	<p>kotiutushoitaja tai osastonhoitaja (P3:3(114:115) P8(1312) YLE-lehdeltä P5(116:117)</p> <p>Erikoissairaanhoidon osalta Alue-Efficasta P5(36:37) Navitaksen kautta P1(364:372)</p>	<p>kotiutuksen suunnittelu P8(1321:1328)</p>	
2 tarvekartoitus 4 palvelun suunnittelu	<p>Kotiutustiedot: epikriisi ja iatkohoito -ohjeet P8(1269:1285)</p> <p>kertomustiedot, epikriisi P8(1269:1285) P5(58:61)</p> <p>Omaisen/ yhteyshenkilön/omaishoitajan yhteystiedot P8(1273)</p> <p>Hoitoon osallistuvat lähtö- ja yhteystiedot P8(1269:1285)</p> <p>sairaudet P8(1275)</p> <p>keskeiset toimintakyvyn muutokset (RAVA, MMSE)P1(324:346) P 5(58:61), lääkitys(muutokset)P1(324:346) P 2(164:164) P 5(46:47) P8(1276) ANTICO-lomakeP 5 (58:61)</p> <p>Tieto meneillään olevista hoidoista ja hoitotoimenpiteistä P1(324:346) kuten haavanhoito P2(164:164):</p> <p>uudet apuvälineet P8(1269:1285)</p> <p>RR-lehti, Laboratoriotiedot P 5(58:61)</p> <p>tarvittavat palvelut (omainen, yksityinen, kotihoito), tukipalvelut (myös etuudet), P8(1269:1285)</p> <p>Tavoitteet ja toimenpiteet niiden saavuttamiseksi, suunnitelman seuranta P8 (1282:1284)</p> <p>suostumus tietojen luovuttamiseen: kuka saa luovuttaa, kenelle, mitä varten ja mitä tietoja (päivämäärä ja allekirjoitus) P8(1284)</p>	<p>kotiuttamistiimi, sijoittajasairaanhoidaja P1(339:341; 364:372) P3(114:114)</p> <p>P8(1321:1322)TK, ESH, asiakas itse, läheiset P5(153:153)</p>	<p>kuten ed, lisäksi asiakas, läheiset, vuodeosaston henkilökunta P5(153:153) sairaanhoitajan lähete P1(348:348), kotiuttamistiimissä P1(339:341)</p> <p>Navitas, Pegasos P1(364:372) Effic, kun ilmoitus kotiutuksesta on tullut P3114:114) Kotiuttavan yksikön omahoitaja P8(1321:1322)</p>	<p>Hoito- ja palvelusuunnitelman teko P8(1269:1285) hoitojen jatkuvuus P2(182:183)</p>	<p>Hoito- ja palvelusuunnitelma(1), hoidon seurantalomake, hoitotyön lähete, viestivihko, yhteinen ATJ P8(1309:1312)</p>
3 päätökset					
5 palvelun toteutus/ arv.	<p>Hopasu, lääkelista, hoitokortit, reseptit, tietoja sairaskertomuksesta P 8 (1194:1196)</p>	<p>kotisairaanhoido P 8: 11 (1194:1196; 1310:1311)</p>	<p>Hoito- ja palvelusuunnitelma -kansio (kotipalvelun ja kotihoidon yhteistyön väline), hoidon seurantalomake, hoitotyön lähete, viestivihko P 8: 11 (1194:1196; 1310:1311)</p>		<p>Pegasokseen P1(245) Kotihoidon asiat kirjataan kaikki khtot:lle. P2(149:153) P15(05:06)</p>
6 palvelun päättäminen					

TAULUKKO 15

Palveluverkosto - useita ongelmia/asiakkuuksia					
9. Vammais- mielenterveys- päihdepalvelujen piirissä oleva kotihoitoasiakas					
Palvelun vaihe	1 Tarvittava lisätieto	2 Tiedon luovuttajat	3 Tiedon välityskanavat	3 Käyttötarkoitus	4 Kirjaaminen/ asiakirja
1 vireillepano 2 tarvekartoitus 3 palvelun suunnittelu	Tieto vammaispalveluna myönnettyistä palveluista, mm. henkilökohtainen avustaja P2(100:101) kuljetuspalvelusta,P3(56:56) palveluasumis päätös P1((118:119)	vammaispalvelun työntekijä P1(139:139) P3(61:61)P5(101:103) hoidosta vastaava taho asiakkaan luvalla P2(113:115)	puhelimitse, sähköpostitse, kasvokkain P1(139:139) P3(61:61) Efficca 2(112) yhteinen kotikäynti ja arvio palvelujen jaosta eli miten palvelut tullaat järjestämään.P5(101:103)	Perusteet palveluiden myöntämiseksi vammaispalvelulain vs. sosiaalihuoltolain mukaan P 1(131:137); P 11 (131:137) palvelujen yhteensovittamiseksi, maksujen määrätymiseksi P2(101:103) kotipalvelun määrää arvioitaessa P3(60:60)	lausunnot/ ATJ P1(126) Efficca P2(112) Pegasos P1(128)
	tarvittaessa lääkärin C-lausunto, fysioterapeutin, toimintaterapeutin lausunto P1 (131) Tieto päihdeongelmista, onko asiakas päihdehuollon piirissä P 4 (63:64)	lääkäri, ft, tt P 1(131:137)	kirjallisena P1 (131)	Tarvearvio, palvelujen yhteensovittamiseen/maksuihin/hoidon sisällön suunnittelua varten P 2 (140:141) Resurssien mittaamiseen P 1(231:231)P 3 (82:83)	
	Tieto mielenterveysongelmista P 3 (97:98), onko asiakas mielenterveyspalvelujen piirissä P 4 (63:64)P 3 (80:81) mielenterveysongelmien luonne, käyttäytymishäiriöt (väkivaltaisuus) P 3(82:83)P 4(63:64) toimintakyky, terveydentilaP 4(63:64)	Asiakas itse, omaiset P 3(97:98) P 4(53:54)	Suullisesti P 3: 3 (97:98) P 4: 4 (53:54)		
	Tieto kuntoutussuunnitelmasta P 1(173:174)	Mielenterveystyö P2(139:140). YLE-lehdti P 5 (116:117) erikoissairaanhoido P 5 (120:120)	KSH:n psykiatr. sairaanhoitaja Efficcasta mielenterveyspuolelta asiakkaan luvalla P2(139:140) aluetietojärjestelmästäP 5(120:120)		
	Tieto hoito- ja palvelusuunnitelmasta mielenterveyspalveluissa: hoidon tavoite/diagnoosi/vastuuhoitaja /vastuulääkäri/sairaala-aiakso P 2 (143:144) Tieto päihdeasiakkaiden erikoissairaala-aiaksoista P 2: 2 (162:162) hoitajakso, lääkemääräykset, yhdyshenkilö. P 2: 2 (170:170)	tarvittaisiin kuntoutusyksiköstö, mutta ei saada P 1 (174:175)			
3 päätökset					
5 palvelun toteutus/ arv.	tieto laitosiaksoista P3(56:57) tieto kuntoutusasiaksoista P 1(171:172) tieto päätösten muuttumisesta P1(193:195)	asiakkaalta itseltään P 1(173:178)	suullisesti P 1(173:178)	Hoito- ja palvelusuunnitelman tarkistus P1(191:192) vammais- ja kotihoito palvelujen yhteensovittamiseksi P2(101:103)	
	Jakson päätyttyä tieto kuntoutuksen alkutilanteesta, tavoitteista, etenemisestä, lopputilanteesta P 1(175:178)		epikriisi kirjallisena jakson päätyttyä P 1(175:178) P 1(173:173)		
6 palvelun päättäminen					

## Havaintoja kotihoidon peruspalveluissa tarvittavista terveydenhuollon tiedoista

Kotihoidon palveluprosessin vaiheistus muotoutui aineiston perusteella noudattamaan paremmin alun perin luotua järjestystä kuin päivähoidossa (vireillepano-tarvekartoitus-päätös-suunnittelu-toteutus/arvointi-päätäminen). Kotihoidon palvelut ovat tarveharkintaisia, mikä korostaa tarpeiden kartoitusvaihetta ennen päätöksentekoa. Hallinnollinen päätös -rivi siirrettiin seminaarikeskustelujen perusteella suunnitteluvaiheen jälkeen, sillä päätös tehdään usein vasta, kun palvelun toteutus on jo käynnistynyt. Tarvekartoitus- ja suunnitteluvaiheen tiedot olivat osin samoja, esimerkiksi voimavarakartoituslomakkeessa ja hoito- ja palvelusuunnitelmassa on pitkälti samat tietosisällöt, joita lisäksi jollain tasolla kartoitetaan jo palvelua vireille pantaessakin. Vaiheet pidettiin taulukossa 13 erillään johtuen siitä, että näissä on käytössä eri lomakkeet, kuten tässä hyödynnetty omaishoidon hakemuslomake vireillepanoa varten sekä voimavarakartoituslomake tarpeiden kartoitusta varten, joka on myös Efficassa sähköisessä muodossa. Eri kuntien lomakkeilla on osin erilaisia ja eri tavalla strukturoituja ja strukturoimattomia tietosisältöjä. Olemassa olevia luokituksia ei juuri hyödynnetä (esim. toimintakykyluokitus, toimenpideluokitukset, palveluluokitukset, organisaatioluokitukset).

Vireillepanossa, tarvekartoituksessa ja hoidon suunnittelussa tarvittavat tiedot ovat taulukoissa osin päällekkäisiä. Osin tämä selittyy sillä, että kotihoitoa vireille pantaessa tietoa kerätään yleisemmällä tasolla (Onko lääkkeitä? Kuka hoitaa?), kun taas tarpeita kartoitettaessa ja palvelua suunniteltaessa tietoa täsmennetään avuntarpeen luonteen ja esimerkiksi lääkkeiden annostelun osalta. Reaaliaikainen tieto lääkehoidosta koetaan kaiken kaikkiaan erääksi haasteellisimmista tietokokonaisuuksista kotihoidossa:

Lääkehoito on yksi haasteellisimmista asioista kotihoidon piirissä, että kaikilla olisi sama tieto ja tieto olisi saatavilla (...) Jos asiakkaat hakevat lääkkeitä eri paikoista ja tietoja ei ole kirjattu samalla tavoin (käytössä eri käytäntöjä), tulee päällekkäisiä lääkemääräyksiä ja näin ollen lääkkeiden väärinkäyttöä. P2 (164:165)

Läkelistat on tärkeää olla myös kaikkien asiakkaan hoitoon osallistuvien kanssa tiedossa ja päivitettyinä, ettei tule lääkkeiden päällekkäisyyksiä. Nämä tiedot pitäisikin olla tällä hetkellä pegasoksessa katsottavissa, mutta aiemmin ollut ongelmia tässäkin suhteessa ja on tapahtunut lääkkeiden vääriä annostuksia, kun lääkäri ei ole ollut perillä asiakkaan jo saamista aiemmista lääkemääräyksistä. P4 (66:70)

Tietolähteenä ovat vireillepanovaiheessa ikäihmiset itse, heidän läheisensä ja toisinaan myös sosiaali- tai terveydenhuollon työntekijät. Kun asiakas on otettu kotipalvelun piiriin, tietolähteenä ovat myös sähköiset terveystiedot (asiakkaan luvalla). Moniammatilliset tiimit ovat myös yleinen kanava tiedonvaihtoon. Tietojen saatavuus riippuu käyttöoikeuksista ja käytössä olevista ohjelmista. Reaaliaikaisen tiedonsaannin mahdollisuutta tietojärjestelmien kautta pidettiin positiivisena, tosin tämä koski pääosin vain terveyskeskuksen asiakastietoja, ei erikoissairaanhoidon tietoja. Aina tiedot eivät ole heti saatavilla sähköisistä järjestelmistä huolimatta:

Lääkärit kirjaavat tiedot koneelle ja ne ovat sen jälkeen nähtävissä (välillä tosin viiveellä; osa lääkäreistä sanelee tiedot, eikä kirjoita niitä itse suoraan). P3 (103:105)

Palvelun toteutusvaiheessa tulee tärkeäksi tieto sekä asiakkaan käyttämistä muista palveluista että hänen terveydentilansa ja toimintakykynsä muutoksista.



Jotta kotipalvelun hoitajat saisivat integroitua omat käyntinsä muiden palvelujen kanssa, tarvitaan tietoa siitä, milloin asiakas on kotona ja milloin jonkun muun tuki-/palvelumuodon piirissä (esim. saunakuljetuksessa). Tällaista tietoa ei vielä ole. Efficassa olisi mahdollista ottaa käyttöön ns. ajanvaraus, missä näkyisi aina tietyn hoitajan käyntiajat eri asiakkaiden luona, mutta se on vasta kotihoidossa harjoitteluvaiheessa. P2 (217:221)

Tietojen kirjaaminen/asiakirja -sarake on taulukoissa 13–15 vaillinainen samoin kuin päivähoitossakin. Palvelun suunnittelu- ja toteutusvaiheessa käytettäviä lomakkeita ei ollut aineistossa analysoitavana. Hoito- ja palvelusuunnitelma, hoidon seurantalomake, viestivihko ja hoitotyön lähete ovat kuitenkin keskeisiä dokumentteja, joihin asiakkaan tietoja kirjataan ja joiden välityksellä tietoa vaihdetaan palvelun toteutusvaiheessa. Näiden tietosisältöjä olisikin tarpeellista analysoida toteutusvaiheessa tarvittavien asiakastietojen kartoittamiseksi. Tietojen kirjaaminen riippuu kuitenkin myös tietojärjestelmän rakenteista sekä sovitusta kirjaamiskäytännöistä:

Tiedot kirjataan [Effican] khtot-kotihoidontoteutuslehdelle. Kirjaamisessa on sovittu tietyt käytännöt sekä organisaation sisällä että alueelliset käytännöt, mihin kirjataan. Kotihoidon asiat kirjataan kaikki khtot:lle. Kotikäynnin tehnyt sairaanhoitaja tekee yhteenedon käynnistä sekä khtot-lehdelle että yle-lehdelle, jota lääkärit käyvät katsomassa (merkintänä tällöin esim.” tehty ehkäisevä kotikäynti. Katso khtot”). P2 (149:153)

Tiedot asiakkaan saamista palveluista kirjataan ylös. Tosin ohjelmassa (Pegasos) on puutteita – puuttuu kunnollinen palvelu- ja hoitosuunnitelmassa tarvittava lehti, ohjelmassa on vain hyvin tyypistetty versio siitä – joten käytössä on edelleen vanha lomake hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä edellisen lisänä, missä käydään läpi kaikki tarjolla olevat palvelut ja mitä palveluja nimenomainen yksittäinen asiakas voisi tarvita. P4 (37:41)

## Havaintoja palveluketjussa tarvittavista lisätiedoista

Taulukko 14 kuvaa niitä lisätietoja, joita kotihoidon asiakkaasta tarvitaan, mikäli asiakkaan terveys/toimintakyky muuttuu kotihoidon kestäessä sairauden vuoksi ja asiakas joutuu ensiapuun, terveyskeskuksen vuodeosastolle tai erikoissairaanhoidon piiriin sekä kotiutuu laitoksesta takaisin kotihoitoon. Nämä tilanteet ovat niitä, jotka kirjallisuudessa on tunnistettu ikäihmisten palvelujen saamakohdiksi. Näihin tilanteisiin liittyvät tiedot ovat tarpeen kotihoidon voimavarojen uudelleensuuntaamiseksi ja kotihoidon palvelujen jatkuvuuden turvaamiseksi.

Taulukossa on eroteltu perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta saatava tieto siksi, että tiedon saatavuus on erilainen. Perusterveydenhuollosta kotihoito saa tiedot helpommin tietojärjestelmien välityksellä kuin erikoissairaanhoidosta:

Erikoissairaanhoito kirjaa tiedot äärettömän huonosti. Käytössä on alueellinen Effic, mutta kirjauskäytännöissä parantamisen varaa. Ohjelmien puitteissa tieto löytyisi, mutta kirjauskäytännöt vaihtelevat hyvinkin paljon. P3 (108:110)

Erikoissairaanhoidon tietoja käyttävät vain sairaanhoitajat vanhainkodeissa ja asumispalveluissa, ei muu henkilöstö. Muilta on rajattu käyttöoikeus. P3 (33:34)

Kotihoidolla on käytössä tehostettu kotiutushoitaja eli ns. kotiutumistiimi, joka käy päivittäin keskussairaalan osastot ja poliklinikan läpi ja näin keskustelemalla saadaan myös tietoa siellä olevista kotihoidonasiakkaista. Aukkokohtia vielä on. Saattaa olla, että kotihoidonasiakkaalle on viety ruoat kotiin ja hän onkin joutunut muualle hoitoon. Ratkaisu olisi kotihoidon asiakkaiden osalta se että esim. ensiavusta tulisi automaattisesti ilmoitus asiakkaan sinne joutumisesta, jos kyseessä kotihoidon asiakas. P2 (185:190)

Tietojen hankinta sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidosta vaatii yleensä kotihoiton aktiivisuutta, automaattista tietoa ei osastoilta juuri tule sinne otetuista kotihoiton asiakkaista. Yhdellä haastattelupaikkakunnista tämä oli kuitenkin rakenteilla:

Ensiapupäivystys on tähän asti kuulunut yhteisesti erikoissairaanhoidon toimintaan (ns. yhteispäivystys), mutta siirtyy 1.4. lähtien yksinomaan kansanterveystyön kuntayhtymän hoidettavaksi, joten siinä vaiheessa kun asiakas sisäänkirjataan heidän osastonhallinta-ohjelmaansa (ja laitetaan rasti oikeaan kohtaan) tietojen pitäisi lähteä automaattisesti kotipalveluun omahoitajalle. Tällä hetkellä tieto ensiapuun joutumisesta tulee useimmiten vielä puhelimitse (jos siis tiedossa, että kotihoiton asiakas). P5 (126:131)

Sairaalasta kotihoitoon palaavan tai kotihoiton aloittavan asiakkaan palveluprosessi käynnistyy periaatteessa vireillepanovaiheesta kuten kotona asuvan asiakkaankin. Jos asiakas on entuudestaan ollut kotihoitossa, kartoitetaan muutokset olemassa olevissa tiedoissa, jos taas uusi asiakas, kerätään uudet tiedot. Keskeisenä tiedon lähteenä tarvekartoitus- ja kotihoiton suunnittelu- vaiheessa sairaalasta kotiutuvalle on sairaalassa asiakkaalle tehty hoito- ja palvelusuunnitelma, jonka tiedot kotihoiton on saatava voidakseen jatkaa käynnistettyjä hoitoja. Laitoksesta kotiin palaavan asiakkaan hoitoa suunnitellaan yleensä tiimissä, johon osallistuvat asiakkaan lisäksi kotihoiton ja laitoksen työntekijät sekä mahdollisesti sosiaalityöntekijä ja muitakin ammattilaisia tarpeen mukaan.

Tiedonvaihto on molemminpuolista niissä asiakastilanteissa, joissa tietoa vaihdetaan yhteistyöpalavereissa. Kotihoito voi kirjata tietoja useaan paikkaan tietojärjestelmissä, esimerkiksi kotihoiton omalle KH-tot-lehdelle sekä osin myös yleislääketieteen YLE-lehdelle, jota lääkärit lukevat pohjaksi omien toimenpiteidensä suunnittelulle. Haastattelujen mukaan ensiavussa ja sairaalassa olisi tärkeä saada tieto siitä, onko asiakas kotihoiton asiakas, jotta sairaalan työntekijät osaisivat mennä katsomaan kotihoiton lehdeltä sinne talletettuja tietoja sairaalaan otetun asiakkaan toimintakyvystä. Sieltä on saatavilla esimerkiksi tieto kotihoitossa käytössä olevan RAVA-mittarin tiedoista hoidon porrastuksesta, joka on integroitu Efficaan. Kaikilta kotihoiton/palveluasumisen/sairaalan /vanhainkodin asukkailta löytyy tämä arvio. Joillain alueilla käytössä on myös RAI. Effican ohjelmassa itsessään oleva voimavarakartoitustieto olisi myös hyödyllistä tietoa sairaalan henkilökunnalle. Samoin tieto Mini-Mental lomakkeen tuloksista voi olla tarpeen laitokseen otettaessa.

Myös kotiuttamistilanteessa terveydenhuolto pyytää usein tietoja kotipalvelusta - asumisesta ja palveluista, joita asiakkaalla on tai pitäisi olla kotona, mitä apuvälineitä on ja tarvitsisi. Samalla käydään läpi terveydentila ja toimintakyky.

## Havaintoja palveluverkostossa tarvittavista tiedoista

Taulukossa 15 on kuvattu joitain sellaisia asiakastilanteita, joissa asiakas on yhtäaikaisesti kotihoiton, vammaispalvelujen, mielenterveyspalvelujen ja/tai päihdehuollon palvelujen piirissä. Palveluverkostossa tarvittavien asiakastietojen osalta korostui tarve eritellä tiedot yhteistyökumppaneittain sen sijaan, että ne kuvattaisiin samassa taulukossa. Eri palveluntuottajien tuottaman tiedon rinnastuksen avulla käy kuitenkin taulukosta ilmi joitain yhteisiä tietosisältöjä riippumatta siitä, mikä on yhteistyötaho. Tällaisia ovat paitsi tieto asiakkaan terveydestä ja toimintakyvystä sekä muiden palvelujen tuottajatahoista ja yhteystahoista/hoitajista, erityisesti tieto asiakkaalle muualla laaditusta kuntoutus-, hoito- ja/tai palvelusuunnitelmasta ja terveydenhuollon tai vammaispalvelun myöntämistä palveluista/tuesta kotiin. Lisäksi tarvitaan tietoa hoito-, kuntoutus-, sairaalajaksoista. Muilta osin tiedot olivat pitkälti samoja kuin taulukon 13 ja 14 tietosisällöt.

Erityisesti lääkitystietoa pidettiin tärkeänä, etenkin mielenterveys- ja päihdeongelmia omaavien asiakkaiden osalta.

Tärkeä tieto on esimerkiksi se, käykö asiakkaalla henkilökohtainen avustaja. Kun sovitaan yhteen vammaispalvelun kanssa kotihoitoa, mistä vastaa vammaispalvelu ja mistä kotihoito, tarvitaan näiden ryhmien välillä tiedonvaihtoa. Maksujen määräytyminen menee myös eri tavalla näiden välillä. (eniten tarvitaan siis tiedon vaihtoa vaiheessa 4). Myös piiriin ottamisessa, koordinoitua vastuualueista. Palvelun päättämisessä tarvitaan myös tiedon sujuvaa vaihtoa että tiedetään miten tilanne jää. P2 (100:105)

Tarvitaan tietoja esim. kuljetuspalveluista, kotiuttamisesta (jos kodissa tarvitaan esim. jotain asunnon muutostöitä kotiuttamisen yhteydessä). Tieto asiakkaan toimintakyvystä ja apuvälineistä. Vammaispalveluasumisen kohdalla osa palveluista järjestetään sekä kotihoidon että henkilökohtaisen avustajan kanssa eli molemmat järjestelmät käytössä eli on tärkeä tietää kotipalvelun määrää arvioitaessa, onko asiakkaalla henkilökohtainen avustaja. Tämä tieto saadaan siten, että kotipalvelun henkilöstö ottaa suoraan yhteyttä vammaispalvelun sosiaalityöntekijään. P3 (56:61)

Kotihoidon toimijoiden on vaikeampaa saada tietoja vammais-, mielenterveys-, ja päihdepalveluista kuin perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon palveluista. Kotihoidon työntekijöillä ei pääsääntöisesti ole oikeutta näiden toimijoiden asiakastietoihin. Tieto tulee yleensä asiakkaalta itseltään. Yleisiä tiedonvaihdon käytäntöjä ovat myös yhteiset asiakaskäynnit.

Yhteyksiä ja käyttöoikeuksia näiden ohjelmien välillä ei ole. Useimmiten vammaispuolen sosiaalityöntekijä ottaa yhteyttä kotipalvelun työntekijään ja tiedot esim. kuljetuspalvelun tarpeesta saadaan tätä kautta. P3(62:64)

Mielenterveysasiakkaista on myös vaikea saada tietoa. Tietoa tarvittaisiin mm. asiakkaan tilanteen arvioinnissa, lääkityksen tarkistamisessa ym. Kotihoidon lisäksi olisi tarve saada esim. kotikäynnille myös mielenterveyspuolelta henkilö tai asiakkaalla olisi selkeästi tarve myös mielenterveyspuolen poliklinikalla käynteihin. P3 (77:80)

Näistä asiakkaista on vaikea saada tietoa ja tiedonväljänä toimiikin useimmiten juuri asiakas itse (kuntonsa mukaan) tai hänen omaisensa. SAS-työryhmä kokoontuu kerran kuukaudessa ja tällöin edustettuna on yleensä koko terveyden/sosiaalihuollon kirjo; geriatri (vanhustyönlääkäri), huitti-hoitaja, terveyskeskuksen vuodeosaston osastonhoitaja, kotihoidon osastonhoitaja, vanhainkodin osastonhoitaja, palveluasumisen osastonhoitaja, (vanhuspalvelun johtaja), henkilö sosiaalitoimistosta (> tämä puoli vielä kehittelyn alla). P4 (52:60)

Tiedonkulku on lähinnä puhelimitse ja paperien välityksellä tapahtuvaa, Kotihoidon työntekijöillä ei ole käyttöoikeuksia vammaispalvelun ohjelmiin (haastateltavalla on poikkeuksellisesti oikeus päästä katsomaan tietoja myös vammaispalveluohjelman puolelta ammattinsa puolesta). Yleinen käytäntö onkin, että vammaispalvelun ohjaaja ja kotipalvelun ohjaaja tekevät ehkä yhteisen kotikäynnin ja arvioivat paikan päällä palvelujen jaosta eli miten palvelut tullaat järjestämään. P5 (99:103)

## Keskeiset tiedonvaihdon mahdollisuudet ja haasteet kotihoidossa

Reaaliaikaista tiedon saannin mahdollisuutta Effican ja Pegasoksen kautta pidettiin kotihoidossa positiivisena. Joillain alueilla kotisairaanhoidon ja kotipalvelu käyttivät myös yhteistä ajanvarausohjelmaa, johon asiakkaan menot voidaan kirjata päällekkäisyyksien välttämiseksi. Tietojärjestelmien haasteiksi mainittiin mm. Pegasoksesta puuttuva kunnollinen palvelu- ja hoitosuunnitelmassa

tarvittava lehti. Hoito- ja palvelusuunnitelma on kotihoidon keskeisin suunnittelun ja seurannan väline. HOPASUn sähköistäminen auttaisi eri toimijoita saamaan ja jakamaan tietoa asiakkaasta. Haasteeksi koettiin myös erilaiset toimintatavat, liian rajalliset käyttöoikeudet, tiedon saannin vaikeus vammais-, mielenterveys- ja päihdepalveluista sekä erikoissairaanhoidosta ja puutteellinen tietojen kirjaaminen:

Haasteena yhteisten toimintatapojen ja prosessien puute P1(399:400) Rekisterien erillisuus (sosiaalitoimi/terveystoimi) jo ihan kotihoidon sisälläkin aiheuttaa hankaluuksia kotipalvelun ja kotisairaanhoidon välillä, koska kumpikin täyttää asiakkaan tiedot omaan lehteensä, kotipalvelu kirjaa khtot-lehteen ja kotisairaanhoido ksh-lehteen, eli samasta asiakkaasta saattaa olla tietoa molemmissa rekistereissä. P5 (192:195)

Erikoissairaanhoido kirjaa tiedot äärettömän huonosti. Käytössä on alueellinen Effic, mutta kirjauskäytännöissä on parantamisen varaa. Ohjelmien puitteissa tieto löytyisi, mutta kirjauskäytännöt vaihtelevat hyvinkin paljon. P3 (150:153)

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon välillä on vielä tiedonkulussa hankaluuksia. Tieto ei kulje toivomusten mukaisesti. On ongelmia käyttöoikeuksista, tietojen kirjaamisen käytännöissä yms. P4 (105:105)

Terveyskeskuksen vuodeosastolle joutuva tai sieltä kotiutettava asiakas on tiedonkulun kannalta yksi haastavimmista asiakasryhmistä. Tiedon pitäisi kulkea joustavasti terveyskeskuksen ja kotihoidon välillä, että pystyttäisiin reagoimaan ajoissa asiakkaan tarpeisiin. Perjantai-iltapäivät esimerkiksi ovat hyvin haasteellisia ja hankalia ajankohtia asiakkaan kotiuttamista ajatellen, koska virastot yms. sulkeutuvat aikaisin ja ovat viikonloppuisin suljettuna. Tiedon pitäisi tulla tarpeeksi ajoissa, että ehdittäisiin tehdä palvelu- ja hoitosuunnitelma, eikä asiakas jäisi tyhjän päälle. Tässäkin tiedonkulussa vielä parantamisen varaa (yhteistyötä kehitellään jatkuvasti). Efficassa on lääkelehti, mutta sitä ei käytetä. P5 (48:53)

Kotihoidon pitäisi saada jatkossa katseluoikeudet myös terveyskeskuksen osastonhallintaohjelmaan, joka vanhainkoti- ja vuodeosasto-ohjelma. Kotihoitoon tarvittaisiin terveyspuolen Efficasta siis näitä lehtiä, joiden tietoja kotihoidon työntekijät pääsisivät katsomaan (K5) Turhia kotikäyntejä on tehty, koska tieto asiakkaan vuodeosastolle joutumisesta ei ole kulkeutunut kotihoidon puolelle. P4 (76:77)

Kotihoidon tiedonvaihdossa erityisenä huolena ovat yksityisen puolen ja kolmannen sektorin asiakkaat. Näiden palveluntuottajien asiakastietojen saannissa on hankaluuksia. Kaikki toimijat eivät ole Effican tai muidenkaan järjestelmien piirissä.

Asiakas ei aina kerro jo saamistaan palveluista ja esimerkiksi saattaa myöhemmin ilmetä, että asiakkaan luona on käynyt kymmenenkin henkilöä eli päällekkäisyyttä tapahtuu, jos tieto ei kulje. P2 (110:111)

Omaishoitajan kohdalla on osoittautunut ongelmaksi se, jos omaishoitaja joutuu itse akuutisti hoitoon. Kotipalvelun olisi todella tärkeää saada tieto siitä, että kotona on omaishoidettava.

Vanhusten ollessa kyseessä saattaa usein ollakin, että molemmat ovat jo iäkkäitä, niin hoitaja kuin hoidettavakin, tilanne on hyvinkin mahdollinen ja tiedonkulku tässä tilanteessa olisi ehdottoman tärkeää. P2 (121:125)

Vammaispalvelun päätöksistä kotihoidon asiakkaista tarvittaisiin tieto kotihoidossa, ja tieto päätöksistä pitäisi olla yhteisesti näkyvissä. Vammaispalvelujen osalta tarvittaisiin myös tietoa

kuntoutussuunnitelmasta. Jakson päätyttyä kirjoitettua epikriisiä ei pidetä riittävänä, sillä se tulee (jos tulee) liian myöhään kotipalvelujen suunnittelun kannalta.

Haastatteluista poimittuja esimerkkejä tietokokonaisuuksista, joissa erityisesti on haasteita kaikkien asiakasryhmien osalta:

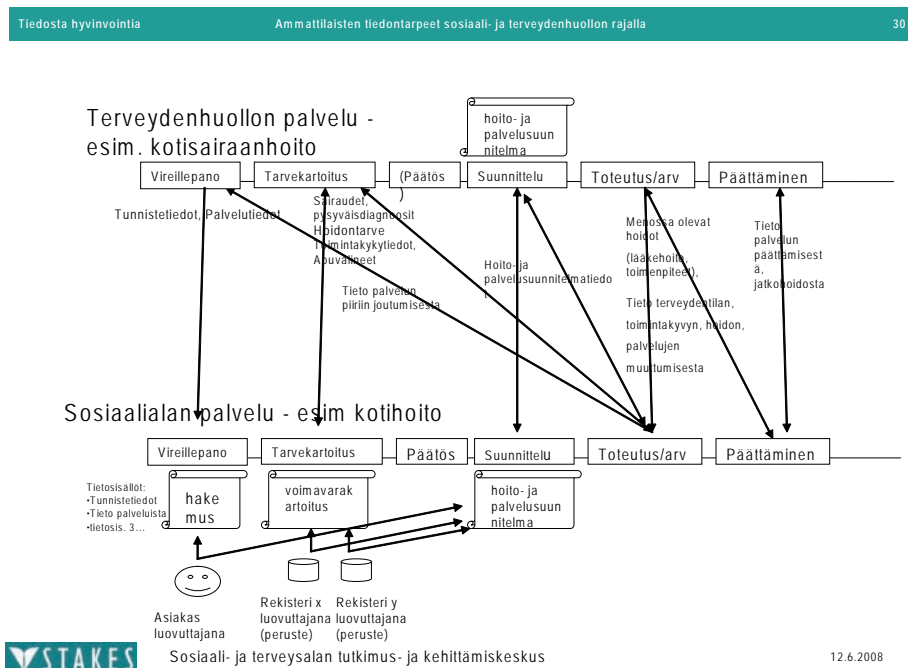
- Terveystietoihin pääseminen vaikeaa kotihoidon henkilöstölle. (P4)
- Asiakkaan diagnoositietoa ei näy, kun ei ole omaa kotihoidon lääkäriä, ja muut lääkärit ei niitä laita. (P1)
- Lääkehoito on yksi haasteellisimmista asioista kotihoidon piirissä, että kaikilla olisi sama tieto ja tieto olisi saatavilla. Koskee myös muita asiakasryhmiä. Päihdepuolella erityisesti ongelmana se, että asiakkaat hakevat lääkkeitä eri paikoista ja kun näitä tietoja ei ole kirjattu samalla tavoin (käytössä eri käytäntöjä), tulee tehtyä päällekkäisiä lääkemääryksiä ja näin ollen lääkkeiden väärinkäyttöä, joka suuri ongelma nimenomaan tässä asiakasryhmässä. (sähköinen resepti toiveissa tulevaisuudessa). (P2) Henkilökunnalla on huoli, miten jatkossa saadaan luotettava ja ajantasainen tieto juuri asiakkaan lääkityksestä kaikille asiakkaan hoitoon osallistuville tahoille. (P5)
- Tärkeä tieto olisi myös se, että kotipalvelun hoitajat saisivat integroitua omat käyntinsä muiden palvelujen kanssa eli tieto siitä, milloin asiakas on kotona ja milloin jonkun muun tuki/palvelumuodon piirissä (esim.saunakuljetuksessa). Tällaista tietoa ei vielä ole. (P2)
- Monia eri tukimuotoja saanut asiakas on tilastollisesti haasteellinen: on saatettu laskea tilastointivaiheessa useaksi asiakkaaksi tukimuotojen määrän perusteella eli tässä suhteessa vielä tiedonkäsittelyssä ongelmia. (P2)

## 4 YHTEISTEN TIETOSISÄLTÖJEN MALLINTAMISESTA

Sekä varhaiskasvatukseen että kotihoidon palvelutilanteiden moninaisuus palveluprosessien eri vaiheissa vaikeuttaa yhtenäisen kuvan luomista palvelutapahtumissa tarvittavasta asiakastiedosta. Lapsi on yleensä osallisena ainakin kahdessa rinnakkaisessa palveluprosessissa: päivähoidossa ja neuvolapalvelussa. Jos lapsen terveydessä, kasvussa tai kehityksessä ilmenee ongelmia, käynnistyy lisää palveluprosesseja näiden perusprosessien rinnalle. Kotihoidon osalta tilanne on samankaltainen: kotihoidon palveluja saava ikäihminen on usein yhtäaikaisesti sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon asiakas. Terveyden tai toimintakyvyn väliaikainen heikkeneminen näiden prosessien aikana käynnistää rinnalle palveluprosesseja, joista asiakas palaa tai ei palaa takaisin kotihoitoon.

Kuvio 12 esittää päivitetyn esimerkin 12.6.2008 pidetyssä seminaarissa esitetystä hahmotelmasta siitä, kuinka tiedonvaihtoa sosiaalitoimen ja terveystoimen (kuvion tapauksessa kotipalvelu ja kotisairaanhoidon) välillä voisi mallintaa peruspalvelutilanteessa, jossa ikäihminen on pidempi-aikaisesti sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon asiakkaana, ja hänestä kirjautuu tietoja sekä sosiaalitoimen että terveystoimen rekisteriin.

On helppoa kuvitella, kuinka paljon monimutkaisemmaksi malli muodostuu pitkäkestoisissa palveluprosesseissa, joiden kestäessä asiakkaan tilanne voi monista erilaisista terveydellisistä tai sosiaalisista syistä muuttua akuutisti tai pitkäkestoisemmin, ja jotka muuttuvat välillä palveluketjuiksi, joskus jopa palveluverkostoiksi. Asiakkaasta voi kertyä tietoa moniin eri rekistereihin, ja tällaisia kokonaisuuksia on haasteellista mallintaa niin, että malli palvelisi sekä palveluntuottajia että tietojärjestelmien kehittäjiä. Eri kunnissa käytännöt ja toimijat lisäksi vaihtelevat, joten yhtenäisten prosessi-, palveluketju- ja verkostokuvausten luominen on vaikeaa.



KUVIO 12. Esimerkki tiedonvaihdosta kotipalvelun ja kotisairaanhoidon välillä

Yksi vaihtoehto, jota tässä tutkimuksessa on hahmoteltu, on ”modulaarinen” ajattelu. Yksittäisen moduulin muodostaisivat palvelutapahtumatiedot – edellä kuvatuissa taulukoissa yksittäisten rivien tiedot. Tämä edellyttäisi sitä, että ensin tunnistettaisiin palvelutilanteet tai -tapahtumat sekä näissä tarvittava asiakas- ja palvelutieto ja sen käyttötarkoitus. Tämän jälkeen tunnistettaisiin tietoa luovuttavat toimijatahot, tiedon luovutusperuste sekä toimijoiden vaihtaman tiedon dokumentti tai asiakirja johon tieto on kirjattu, ja myös mihin luovutus kirjataan. Esimerkkinä tällaisesta asiakastarpeeseen liittyvästä palvelutilanteesta voisi olla päivähoiton tai kotipalvelun vireillepanotapahtuma tai tilanne, jossa asiakas on ilmaissut palvelutarpeen, ja josta hän on tuottanut dokumentin (päivähoitohakemus, omaishoidon hakemus). Toinen esimerkki voisi olla kotipalvelun tarvekartoitus, jossa arvioidaan asiakkaan tarvetta/oikeutta kunnalliseen palveluun, ja jota varten laaditaan voimavarakartoituslomake.

Tällaisella lähestymistavalla ei olisi tarpeen tuottaa yhtenäisiä palveluketju- tai -kokonaisuuskaavioita, vaan ”tutkimusyksikkönä” olisi palvelutapahtuma. Tutkimustehtävänä olisi silloin tunnistaa palvelujen eri vaiheisiin liittyvät yhteiset palvelutapahtumat ja määritellä niihin liittyvät yhteiset tietosisällöt. Näitä ”moduuleista” voitaisiin sitten helposti siirtää tietoja tarpeen mukaan yli sektorirajojen ja hyödyntää niitä käytännön työssä palvelun edetessä, asiakastarpeiden ja palvelutapahtumien vaihdellessa. Jo olemassa olevia luokituksia voitaisiin hyödyntää tietosisältöjen rakenteistamiseen. Samalla tunnistettaisiin sellaiset tietosisällöt, joiden osalta luokituksia tulee edelleen kehittää, jotta ne vastaavat entistä paremmin sosiaalitoimen tarpeita. Tässä kartoituksessa on lähdetty liikkeelle tämän suuntaisista ajatuksista, mutta työ on kuitenkin vasta alussa.

Tässä tutkimuksessa pyrittiin hahmottamaan lähestymistapaa lähtien abstraktista mallista (Ruostilan kuutio) edeten konkreettiseen (käytännön palvelutapahtumat kunkin neliön sisällä). Tämä lähestymistapa tuotti tiedonkeruumatriisin, jossa hahmoteltiin ”moduulien” tietorakennetta. Jatkossa vaikuttaisi järkevältä sopia moduulien rakenteesta ja sitten lähteä kokoamaan ”moduulien” tietosisältöjä, edeten konkreettisesta takaisin abstraktiin.



## 5 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA MÄÄRITELLYT YDINTIEDOT JA TIEDONTARPEET SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON RAJALLA

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007 tuli voimaan 1.7.2007. Lain tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä. Lailla toteutetaan yhtenäistä sähköistä potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmää, jolla tavoitellaan terveydenhuollon palvelujen tuottamista potilasturvallisesti ja tehokkaasti samalla edistään potilaan tiedonsaantimahdollisuuksia. Lain 14 § koskee valtakunnallisia tietojärjestelmäpalveluita. Siinä säädetään myös koodistopalveluun liittyvät asiat. Lain mukaan sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetuksella voidaan säätää tarkemmin potilastietojärjestelmien ja potilasasiakirjojen tietorakenteista sekä tietojen luokittelusta.

Koodistopalvelun tietoteknisestä ratkaisusta, koodistopalvelimesta ja sen teknisestä ylläpidosta ja kehittämisestä, vastaa lain mukaan Kansaneläkelaitos. Koodistopalvelin on tekninen väline luokitusten ja muiden koodistojen säilyttämiseen ja jakeluun sosiaali- ja terveydenhuollossa. Koodistopalvelimen sisällöstä, eli koodistopalvelusta ja koodistojen ylläpidosta ja kehittämisestä, vastaa Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, Stakes (1.1.2009 alkaen Terveyden ja hyvinvoinnin laitos). Koodistopalvelun tehtävänä on tukea tietojärjestelmissä käsiteltävän tiedon kansallista harmonisoitumista, jotta eri järjestelmät pystyvät paremmin käsittelemään samoja tietoja. Koodistopalvelu rakentaa asteittain kansallista sosiaali- ja terveydenhuollon tietorakennetta, joka muodostaa sellaisen kokonaisuuden, jossa eri elementit tukevat toisiaan ja samoilla rakennuspalikoilla voidaan toteuttaa erilaisia tehtäviä. Tavoitteena on, että samat rakenteet, jotka tukevat eri ammattiryhmien asiakas/potilastyötä ja omahoitoa, ovat käyttökelpoisia myös mm. hallintotyössä, laadunvarmistuksessa, tilastoinnissa ja tutkimuksessa.

Koodistopalvelu toimintana käsittää uusien kansallisesti tarpeellisten sisältöjen hallinnoinnin koodistopalvelimelle sekä koodistopalvelimella olevien koodistojen käyttökunnosta ja päivittämisestä huolehtimisen. Koodien käyttöön ja kehittämiseen liittyvä tutkimus ja kehittämistoiminta on oleellinen osa toimintaa. Palveluun sisältyy myös koodistojen käyttäjien ja valmistelijoiden ohjaus.

Nro/Tunnistelyhenne	Nimi	Voimassa
20	angina pectoris	20.06.1995 - 31.12.2020
208.5	herpangina	20.06.1995 - 31.12.2020
20.0	epästabili angina	20.06.1995 - 31.12.2020
20.00	epästab angina ei ahtaumaa	20.06.1995 - 31.12.2020
20.01	epästab angina ahtauma	20.06.1995 - 31.12.2020
20.02	epästab angina trombi	20.06.1995 - 31.12.2020
20.03	epästab angina embolus	20.06.1995 - 31.12.2020
20.08	epästab angina muu tukos	20.06.1995 - 31.12.2020
20.09	epästab angina nae	20.06.1995 - 31.12.2020

KUVIO 13. Esimerkki Stakesin koodistopalvelun sisällöstä

Palvelu sisältää sosiaali- ja terveydenhuollossa tarvittavat termistöt, nimikkeistöt, luokitukset, ja muut koodistot. Koodistoilla on tärkeysjärjestys: Luokkaan 1A kuuluvat Stakesin lakisääteisen koodistopalvelutehtävän mukaan sähköisen potilaskertomuksen ydintiedot ja muut kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäarkkitehtuurin toiminnassa tarvittavat yhdenmukaiset sähköiset tietorakenteet (ydintiedot ja arkkitehtuurin rakennekoodit mukaan lukien sähköinen resepti). Luokkaan 1B kuuluvat yhdenmukaiset luokitukset/koodistot tilastotoimissa (tilastoviranomaistehtävä). Luokkaan 2 kuuluvat yhdenmukaiset luokitukset/koodistot hallinnollisissa prosesseissa yms. (luokitukset, joita ei tarvita kansallisessa arkkitehtuurissa vaan muussa käytössä)

Koodistopalvelun sisältö, eli termistöt, nimikkeistöt, luokitukset ja koodistot, ovat jatkuvasti kehittyviä ja täydentyviä. Stakesin asettama koodistopalvelun johtoryhmä toimii keskeisenä päättävänä elimenä koodistopalvelutoiminnassa. Kuvio 14 esittää uusien koodistojen hyväksymisprosessin.

Uuden koodiston saa koodistopalvelun kautta jaeltavaksi, kun

- Käyttö on riittävän laajaa.
- Luokitus on sisällöltään ja rakenteeltaan laadukas.
- Luokituksen käyttöönotosta on odotettavissa merkittävää lisäarvoa ainakin yhtä edellä kuvattua tarkoitusta ajatellen.
- Käyttöönotto ei aiheuta haittaa terveydenhuollon ammattilaille tai potilaille, tai mahdollinen haitta arvioidaan merkittävästi hyötyjä pienemmäksi.
- Luokitusta on mahdollista hyödyntää potilastietojärjestelmissä ja KANTA-arkistossa.
- Luokituksen ylläpidosta on uskottavasti sovittu ja se on mahdollista kustantaa joko Stakesin koodistopalvelun tai sovitun ylläpitäjätahon budjetista.



KUVIO 14. Uusien koodistojen valmistelu- ja hyväksymisprosessi

Asiantuntijaryhmät ovat oleellinen elin hyväksymisprosessissa. Kaikkiaan asiantuntijaryhmiä on kymmeniä esimerkkeinä mm. Avoimet rajapinnat-ryhmä, Palveluluokitusryhmä, Apuvälineluokitusryhmä, Palveluyksikköryhmä jne.

Koodistopalvelimen testi- ja tuotantopalvelimella on tällä hetkellä jakelussa noin sata koodistoa, joista merkittävä osa liittyy sähköisen asiakastietojärjestelmän ydintietoihin. (STM 2007c, liite nro 6). Ydindokumentin liitteessä 6 luetellut, ensimmäisessä vaiheessa tarvittavat koodistot on pystytty valmistelemaan koodistopalvelinjakeluun nopealla aikataululla. Vuoden 2008 alkupuolella yli 90 prosenttia listan koodistoista oli saatu hyväksytyä jaeltavaksi ja loput ovat tulossa jakeluun vuoden 2008 loppuun mennessä.

Koodistot kehittyvät jatkuvasti, ja lukumääräksi muodostuu arviolta n. 150 koodistoa vuosien 2008–2009 aikana. Sosiaalihuollon tulevat koodistot nostavat lukua vähintään 50–100 lisäkoodistolla. Organisaatiorekisterien pystytys ja ylläpidon vakiinnuttaminen on vuosien 2008–2011 haaste. Teknisten rakennekoodistojen määrä vakiintuu KANTA-arkkitehtuurin edetessä, mutta rakenteisten potilas/asiakasasiakirjakoodistojen ja muiden koodistojen määrä riippuu siitä, miten rakenteiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon kertomukset ja muut dokumentit ja hallintotoimet ajan mittaan halutaan tehdä.

*Esimerkkejä koodistoista, joissa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiskäyttö on mahdollista<sup>2</sup>*

- AR/LOMAKE - Henkilötietolomake (HEN)
- AR/YDIN – Kyllä/EI/Ei tietoa
- AR/YDIN – Siviilisäätty
- AR/YDIN – Sukulaisuus
- AR/YDIN – Sukupuoli
- AR/YDIN – Tiedon lähde
- AR/YDIN – Yhteyshenkilön ensisijaisuus
- Väestörekisterikeskus: Kuntakoodisto
- Tilastokeskus: Ammattiluokitus 2001
- SFS ISO-EN Apuvälineluokitus (Standardi)
- Stakes Asioinnin Esteettömyysluokitus
- SFS ISO-EN Kielikoodisto

*Esimerkkejä koodistoista, joilla kirjataan sellaista terveydenhuollon tietoa, joka tämän selvityksen mukaan on tarpeellista ainakin joissain sosiaalitoimen tuottamissa palveluissa*

- AR/YDIN – Näkymät
- AR/YDIN – Otsikot
- WHO ICD-10-tautiluokitus;
- WONCA / Kuntaliitto ICPC-2-E
- Stakesin Toimenpideluokitus
- Kuntaliitto Laboratoriotutkimusnimikkeistö
- Kuntaliitto Radiologinen toimenpidenimikkeistö
- Kuntaliiton Palvelunimikkeistö-kokonaisuus: Fysioterapianimikkeistö, Toimintaterapianimikkeistö julkaistu tähän mennessä (muuta valmisteilla)
- Lääkelaitos: ATC-luokitus
- Stakes: Terveystieteen palveluluokitus
- Organisaatiorekisterikokonaisuuteen kuuluvat luokitukset: Stakes terveydenhuollon organisaatiorekisteri ja Lääkelaitos Apteekkirekisteri

<sup>2</sup> Koodistopalvelun Avoimet rajapinnat -asiantuntijaryhmän ohjauksessa valmistellut ydintietokoodit (AR/YDIN) (STM 2007b).

- FinCC Hoitotyön luokituskokonaisuus SHTaL (tarve), SHToL (toiminto) ja SHTuL (tulos)
- FinLoinc Fysiologiset mittaukset
- Stakes Psykologian toimintoluokitus

#### *Muita esimerkkejä KANTA-arkkitehtuurissa keskeistä koodistoista*

- Kela: sähköisen lääkemääräyksen (eResepti) koodistot
- Kela eArkisto (KANTA-palvelut) -koodistot (ajankohtainen sosiaalitoimessa myöhemmin, jos liittyy KANTA:an)

#### *Esimerkki sosiaalialan tarpeisiin luodusta luokituksesta*

Kuten esimerkki edellä osoittaa, voidaan jo nyt käyttää osaa näistä pääasiallisesti terveysalan käyttöön sovitusta luokituksista sosiaalialalla kirjaamiseen ilman muutostarvetta. Osa näistä on sellaisia, joita ei ole mahdollistakaan muuttaa (esim. standardit). Osassa ei ole lähtökohtaisesti muutostarvetta (esim. kuntakoodisto), osassa on tehty jo luokituksen kehitysvaiheessa yhteensovitusta sosiaalialan tarpeita silmällä pitäen (esim. tietyt Avoimet rajapinnat -koodistot). Näiden aidosti yhteiskäyttöisten koodistojen osalta kehittäminen tapahtuu siten, että sosiaalipalvelujen kirjaamisen sisällöllistä määrittelytyötä tehtäessä päädytään sosiaalialan tarpeista lähtien suoraan samoihin koodistoihin tai koodistoja kehitettäessä niitä lähdetään päivittämään siten, että tarpeet tulevat huomioiduksi. Lopputulemana syntyy koodistoja, joita käytetään sosiaalitoimen omassa rakenteisessa kirjaamisessa, mutta tietoisesti tehtynä ”sivutuotteena” saadaan yhteistoiminnallisuus terveydenhuollon tietorakenteiden kanssa. Mahdollisuudet yhteisiin koodistoihin rajoittuvat niihin toimintoihin, joissa sisältö on aidosti yhteinen.

Toinen osa tässä selvityksessä esiin nousseesta tietotarpeesta liittyy sellaisiin tietorakenteisiin, joiden avulla kirjattu informaatio on sosiaalialan toiminnassa tarpeellista, mutta jotka ovat substanssiltaan terveydenhuollon tietoa. Sosiaalihuollon tulee palveluja järjestäessään saada siis tietää koodiston avulla kirjattu asia. Tällaisia tietoja tuli ammattihenkilöille tehdyissä haastatteluisissa esiin runsaasti. Tyypiesimerkkejä ovat lääkitys ja diagnoosi. Osa näistä tiedoista on sellaisia, joissa sosiaalipalveluja antavan tahon tulee saada tietää tieto samalla tarkkuusasteella kuin se on kirjattu terveydenhuollossa. Tyypiesimerkkejä ovat tieto ruoka-aineallergiasta päivähoidossa tai kotihoidon asiakkaan lääkitys. Osa tiedoista on kuitenkin sellaisia, joissa sosiaalipalveluissa riittää asiassa selvästi karkeamman asteen tieto kuin terveydenhuollossa. Kun tietosuojalainsäädännön periaatteiden mukaan vain tarpeellinen tieto luovutetaan, joudutaan näiden tilanteiden sähköisen tiedonvaihdon tietorakenteita suunnittelemaan huolellisesti.

Jatkossa tarvitaan voimallista sosiaalialan ammattilaisten osallistumista, jotta sosiaalialan tarpeet tulevat oleellisin osin huomioonotetuiksi luokitusten jatkokehittämisessä. Tämä työ on jo käynnistynyt vuonna 2006 TIKESOS-hankkeessa, joka on käynnissä vuoteen 2011 asti (STM 2007c). Tiedonkäytön yhteistoiminnallisuuden varmistamiseksi sekä sosiaalipalvelujen kesken että sosiaali- ja terveydenhuollon välillä tarvitaan sosiaalihuollon strukturoitu tietorakenne sosiaalihuollon dokumenttien sähköisen arkistointitavan valinnasta riippumatta. Hyvä käytännön toimintaa tukeva tietorakennetyö edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluprosesseista lähtevää tiedon tarpeen ja käyttötarkoituksen määrittelyä ja analysointia jatkossa vielä paljon systemaattisemmalla tavalla kuin tässä selvityksessä oli mahdollista tehdä.

## 6 POHDINTAA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän pienimuotoisen tutkimuksen tehtävänä oli kartoittaa niitä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä asiakastietoja, joita sosiaalitoimen palveluissa tarvitaan yhteisten asiakkaiden palvelemiseksi, tietojen käyttötarkoitusta ja välityskanavia. Toisena tehtävänä oli kehittää menetelmää yhteisten asiakastietojen tunnistamiseksi. Tehtävä osoittautui paljon mittavammaksi kuin hankkeen resurssit antoivat myöden. Työn kuluessa jouduttiin pohtimaan monia rajauksia. Ensimmäinen koski empiirisen tiedonkeruun rajausta koskemaan vain lasten päivähoitoa ja ikäihmisten kotihoitoa. Näissäkin palvelukokonaisuuksissa osoittautui olevan niin paljon erilaisia asiakkuuksia, palveluprosessin eri vaiheissa käynnistyviä alaprosesseja, näihin liittyviä palvelutapahtumia sekä potentiaalisia terveystoimen yhteistyökumppaneita, että yksiselitteistä vastausta tutkimuksen kysymyksiin ei näidenkään asiakasryhmien erilaisissa palvelutapahtumissa tarvittavista tietosisällöistä tässä hankkeessa saatu. Tutkimuksessa saatiin koottua alustava luonnos niistä tietokokonaisuuksista, joita voidaan eri vaiheissa näiden asiakkaiden palveluprosessia tarvita päivä- tai kotihoidon asiakkaan peruspalvelussa, palveluketjussa ja palvelukokonaisuudessa. Täsmällinen tietomääritys olisi edellyttänyt, että kuvataan tiedon tarkkuustaso kustakin tietokokonaisuudesta. Tiedon tasoja ei tässä ollut mahdollista täsmentää.

Eri lähteistä koottu tieto osoitti lisäksi, että käytännöt vaihtelevat eri kunnissa, eikä yhtenäistä näkemystä palvelukokonaisuuksista, niihin liittyvistä prosesseista, tapahtumista, yhteistyökumppaneista ja näiden vaihtamasta tiedosta ole olemassa.

Toinen rajaus, joka hankkeessa tehtiin, oli rajata sektorirajat ylittävät tietosisällöt koskemaan terveydenhuollon tietoja. Myös tietosisältöjen rajaus osoittautui vaikeaksi: osa tiedoista (mm. asiakkaan henkilötiedot) on sellaista, joka on määritelty terveydenhuollon ydintiedoiksi, ja on jo lähtökohtaisesti yhteistä tietoa, ei vain terveydenhuollon tietoa. Osa tiedosta on sellaisia (kuten toimintakykyä koskeva tieto), joka liittyy välillisesti terveydentilaan, ja on lähtökohtaisesti tietoa, jota tuotetaan sekä sosiaalitoimen että terveystoimen palveluissa.<sup>3</sup>

Kolmas seikka, joka vaikutti tuloksiin, oli tapa jäsentää kerättyä tietoa. Tässä lähdettiin Ruos-tilan mallista, ja kuution sisältöjä täsmennettiin palveluprosessin vaiheittain ja yhteistyötahoittain. Seminaarissa nousi esiin prosessin vaiheistukselle vaihtoehtoinen tapa jaotella tietoa lähtien tiedon luovuttajatahosta tai asiakirjasta/dokumentista, johon tietoa kirjataan. Prosessin vaiheistukseen liittyvällä tiedon jäsennyksellä pyrittiin kytkemään eri tahojen luovuttama/asiakirjojen sisältämä tieto mahdollisimman hyvin kiinni eri palvelutapahtumiin ja -tilanteisiin. Seminaarin perusteella taulukkoon lisättiin sarake ”asiakirja/kirjaaminen”, jotta myös eri tietosisältöjä sisältävät dokumentit/lomakkeet saataisiin vielä selkeämmin kytkettyä palvelutapahtumiin. Taulukoiden rivit muodostuivat yksityiskohtaisiksi, sillä vireille pantaessa, tarpeita kartoittaessa ja palvelua suunniteltaessa kootaan pitkälti samaa tietoa. Eri vaiheissa tietojen tarkkuustaso kuitenkin yleensä täsmentyy vireillepanosta palvelun suunnittelua kohti, tietoa voivat eri vaiheissa luovuttaa eri tahot, ja tietoja kirjataan eri vaiheissa eri asiakirjoihin.

Neljäs seikka, joka vaikutti tuloksiin, oli vaihtelu tietojen kuvaustasossa. Joiltain osin tieto on kuvattu yleisellä - dokumentti- tai asiakirjatasolla, kuten ”hoito- ja palvelusuunnitelmatiedot”, ”kotiutustiedot”, ”epikriisi”, joiltain osin hyvinkin tarkasti, esim. ”tarvittavat apuvälineet”, ”käytössä oleva lääkitys”. Yhtenäisen kuvaustason löytäminen ja päällekkäisyyksien poistaminen olisi edellyttänyt eri dokumenttien ja asiakirjojen tietosisältöjen analyysiä.

Rajauksista ja rajoituksista huolimatta tutkimus loi ensimmäistä kertaa yhtenäistä kuvaa sosiaali- ja terveystoimen kahdessa palvelukokonaisuudessa käytettävistä sektorirajat ylittävistä

<sup>3</sup> ”Ydintieto”-käsite on hankala, koska sosiaalihuollossa sillä viitataan paljon suppeampaan joukkoon tietoja kuin terveydenhuollossa. Sosiaalihuollon ydintietoja ovat ne asiakasta tai palvelun antajaa koskevat tiedot, joita käytetään sosiaalihuollossa yhteisesti, palvelusta riippumatta

tietokokonaisuuksista. Samalla tutkimus osoitti niitä käytäntöjä, joita tämän tiedon välittämisessä käytetään, ja tiedon vaihdon rajoituksista. Tutkimus vahvasti kirjallisuuskatsauksen kuvaa siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasta koskevaa tietoa voi olla tallennettuna lukuisissa eri rekistereissä sekä sosiaalihuollon sisällä että sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. Rekisterit eivät ole millään tavalla yhteydessä keskenään ja niiden tietoja ei juuri hyödynnetä ristiin yksittäisten asiakkaiden palvelukokonaisuutta suunniteltaessa, toteutettaessa ja arvioitaessa. Asiakkaan suostumus hyödyntää eri rekistereissä olevaa tietoa tarvitaan, mutta siitä voi syntyä katkoja tiedonkulkuun, ellei tiedonkäsittelyn prosessia ole ennakoitu huolellisesti. Usein ongelmat ovat kuitenkin lähtöisin rakenteiden hajanaisuudesta eivätkä asiakkaan tahdonilmaisuista.

Tutkimuksen mukaan päivähoidossa ja kotihoidossa tällä hetkellä tuotettava ja hyödynnettävä, terveydenhuollon kanssa yhteinen tieto, on paljolti strukturoimatonta ja tietosisällöt vaihtelevat. Esimerkiksi eri kuntien hakemuslomakkeilla on osin erilaisia ja eri tavalla strukturoituja ja strukturoimattomia tietosisältöjä. Olemassa olevia luokituksia ei vielä ole käytössä (esim. toimintakykyluokitus, toimenpideluokitukset, palveluluokitukset, organisaatioluokitukset) Esimerkin luokituksista osa on uusia ja selvitys osoittaa että niiden käytäntöön soveltamisen edistämiseksi, käytön kouluttamiselle ja käyttöönoton tuelle olisi tarvetta. Tiedon kirjaaminen on vaihtelevaa, joskus se kirjataan viiveellä, paljon tietoa jää myös systemaattisesti kirjaamatta. Käytössä olevat tietojärjestelmät eivät vielä mahdollista tiedon kirjaamista rakenteisena kuin osittain ja tilanne eri organisaatioissa vaihtelee. Yhtenäistä sopimusta ei ole siitä, missä tilanteissa kukakin voisi tarkastella mitäkään asiakastietoa. Kirjaamisjärjestelmät ja niiden ominaisuudet ovat myös vaihtelevat, ja tarjoavat eri kunnissa oleville työntekijöille hyvin erilaiset mahdollisuudet saada tietoja. Kansallisen arkkitehtuurin käyttöönotossa tulee lain edellyttämä käyttäjien hallinta olemaan haasteellinen osa hyvää palveluprosessia.

Sosiaalitoimen palveluja kuvaavat olemassa olevat prosessikuvaukset pitäisi koota yhteen, ja hyödyntää niitä paikantaen sellaiset palvelutilanne- ja asiakkaiden ongelmakombinaatiot, joissa yhteistyökumppanina on terveydenhuollon toimijoita. Sellaiset yhteistyötilanteet tulisi myös tunnistaa, joista prosessikuvaukset vielä puuttuvat. Prosessien eri vaiheisiin liittyvät yhteistä tietoa edellyttävät palvelutapahtumat, niihin liittyvät keskeiset asiakirjat/kirjattavat tietosisällöt pitäisi tunnistaa, paikantaa osaksi palveluprosesseja ja niiden tietosisällöt analysoida ja luokitella. Sosiaalihuollon eri palveluissa tarvittavien asiakastietotarpeiden, -sisältöjen ja -rakenteiden määrittelytyö on aloitettu STM:n hallinnoimassa Sosiaalialan tietoteknologiahankkeessa. Jatkossa on erityisesti varmistettava, että sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnalla liikkuva tieto tulee myös huomioitua.

Menetelmäksi yhteisten asiakastietojen tunnistamiseen tuotettiin tutkimuksessa tiedonkeruumatriisi, jossa tunnistetaan tiedon tarve, luovuttajatahot ja käyttötarkoitus palveluprosessin vaiheittain (palvelutapahtumittain). Matriisi hahmottaa siis palvelutilanne(tapahtuma)-ongelmakombinaatioihin liittyvien ”moduulien” tietorakennetta. Työ on vasta alussa. Mikäli työssä hahmotettu lähestymistapa saa kannatusta, vaikuttaisi järkevältä jatkaa työtä sopimalla ensin siitä, millaisia tiedonvaihtoa edellyttäviä palvelutapahtumia eri ”ongelmankäsittely”prosessiin liittyy (moduulien määrittely), ja sitten lähteä kokoamaan ”moduulien” tietosisältöjä, edeten takaisin konkreettisesta abstraktiin malliin. Tällä tavoin täsmennettyä tiedonkeruumatriisia voitaisiin jatkossa täyttää entistä enemmän hyödyntämällä tietojärjestelmien rakenteisia tietoja (kuten lomakkeita) sekä niiden yhteisiä tietosisältöjä, kun rakenteinen kirjaaminen yleistyy.

Tutkimuksen sivutuotteena haastatteluissa kertyi käytännön työtä kuvaavaa arvokasta aineistoa, josta nousee esiin myös muita sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisen infrastruktuurin kehittämisen kannalta oleellisia kysymyksiä, jotka eivät olleet tämän tutkimuksen varsinainen kohde. Näistä muutamat ovat niin keskeisiä, että ne on syytä siitä huolimatta tässä raportissa mainita. Haastattelussa tuotiin esiin useita tilanteita, joissa sosiaali- ja terveydenhuollon väliset tietokatkokset lääkitystiedoissa ovat aiheuttaneet tai olleet vaarassa aiheuttaa selviä potilastur-

vallisuustapahtumiksi luokiteltavia, jopa vakavia, haittoja potilaalle. Toinen vastaava haastattelujen kertomista esimerkeistä nouseva tarina ovat useat tilanteet, joissa palvelujen järjestämisen logistiikkaketju katkeaa tiedonkulun vaikeuksien vuoksi siten, että palvelujen järjestäjille ja/tai asiakkaalle tulee ylimääräistä kuluja, henkilöstöressurssien huonoa käyttöä tai aikaviiveitä. Tästä kohdasta saattaisi löytyä sitä palvelujen tehokkuuden ja laadun parantamista, jota tietoteknologian käyttöönotolta odotetaan. Haastatteluaineisto olisikin ehkä hyödyllistä analysoida vielä muistakin kuin tietorakenteiden näkökulmasta käsin.



## Lähteet

- Aaltonen, K. (2003) Internet ja mielenterveystyö. Pohdintaa eettisistä periaatteista. [http://www.mielenterveysseura.fi/tiedostot/internet\\_ja\\_mielenterveystyo.pdf](http://www.mielenterveysseura.fi/tiedostot/internet_ja_mielenterveystyo.pdf)
- Aaltonen, E. (2004) Sairaanhoidopiirit alueellisen kehityksen koordinoijiksi. Teoksessa (toim.) Sinervo, L. Saumattomien toimintojen juurruttaminen. JUURIA-hankkeen loppuraportti. Stakes, Aiheita 26/2004. Stakesin monistamo, Helsinki.
- Ala-Nikkola, M. (2000) Vanhusasiakkaiden palveluketjut. Teoksessa (toim.) Nouko-Juvonen S., Ruotsalainen P. & Kiikkala I. Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tammi, Helsinki.
- Ala-Nikkola, M. (2003) Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa? Etnografinen tutkimus vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuudesta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, Terveystieteen laitos. Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print, Tampere.
- Anttila, M. & Rousu, S. (toim.) (2004) Haravalla kootut. Savion kirjapaino Oy. Kerava.
- Asikainen, P., Itälä, T., Jaatinen, P., Luojukoski, T. & Mikkola, T. (2005) Satakunnan itsearviointiraportti. Sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilulain (22.9.2000/811) ja jatkoaikalain (1225/2003) käyttöönnotosta kokeilualueilla.
- Bothas, H. & Konttinen, R. (2003) Päihdelinkin ekonsultaatio. Karttoitus sosiaalialan ammattilaisten verkkokonsultaation tarpeista Päijät-Hämeessä. A-klinikkasäätiön monistesarja nro 35.
- Bothas, H. (2005) Päihdelinkin ekonsultaatio verkkokonsultaatio ammattilaiselta toiselle. A-klinikkasäätiön monistesarja nro 46 [http://www.a-klinikka.fi/julkaisut/verkkojulkaisut/ekons\\_loppurap.pdf](http://www.a-klinikka.fi/julkaisut/verkkojulkaisut/ekons_loppurap.pdf)
- Dunderfelt, T. (1998) Elämänsäpsykologia. Lapsen kasvusta yksilön henkiseen kehitykseen. WSOY, Porvoo.
- Eenroos, R. Lastensuojelun sosiaalityöntekijän asiantuntijuus lastenpsykiatrian kanssa tehtävän yhteistyön rajapinnoilla. Pro gradu. Tampereen Yliopisto 74.
- Engeström, Y., Kehittävän työntutkimuksen peruskäsitteitä. Aikuiskasvatus, 1985. 5(4): 156–164.
- Finsoc (2007) Hyvät käytännöt. Väylä-malli.
- Finsoc (2006) Hyvät käytännöt. Hyvän käytännön kuvaus. Työikäisten palveluohjauksen hyvä käytäntö.
- Hakulinen-Viitanen, T. Pelkonen, M. & Haapakorva, A. (2005) Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:22. Helsinki.
- Hallikainen, J. (2007) Varhaiskasvatuksen sähköinen asiointi ja viestintä. Kuopio. <http://www.sosiaaliportti.fi/File/09ccd425-92aa-48d1-b6cc-d477f6bc9465/raportti.pdf>
- Harri-Lehtonen, O. (2006) Ikäihmisten kuntoutusneuvola -toimintamalli kuntien ehkäisevään toimintaan. Projektin loppuraportti. Kuntoutuksen edistämisyhdistys ry. Gummerus, Helsinki.
- Harjajärvi, M., Pirkola, S. & Wahlbeck, K. (2006) Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Suomen kuntaliitto. Helsinki.
- Heikkinen, A. (2007) Nuoret lasten suojelun avoimuudessa – palvelujen ja menetelmien tarkastelua. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Selvityksiä 2007:1.
- Heikkinen, M. (2007a) (toim.) Sosiaalihuollon tietoteknologian kehittäminen Kainuussa -hanke. Loppuraportti. Kajaani.
- Heikkinen, M. (2007b) (toim.) Prosessien mallinnus Kainuun sosiaalihuollossa 2005–2006. Sosiaalihuollon teknologian kehittäminen Kainuussa -hanke. Kainuun maakunta kuntayhtymä. Kajaani.
- Heimo, E. & Oksanen, P. (2004) Matkalla moniammatillisuudesta moniasiantuntijuuteen. Teoksessa Anttila, M. J. & Rousu, S. (toim.) Haravalla kootut. Savion kirjapaino Oy. Kerava.
- Heino, T. (2007) Keitä ovat uudet lastensuojelun asiakkaat? Tutkimus lapsista ja perheistä tilastotulokujen takana. Stakes, Työpapereita 30/2007. Helsinki: Stakes.
- Heikkinen, M., Kaakinen, J. & Korpelainen, N. (2003) Kansallinen sosiaalinen kehittämisprojekti. Selvityshenkilöiden loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:11. STM, Helsinki.
- Hyppönen, H., Hämäläinen, P., Pajukoski, M. & Tenhunen, E. (2005) Selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilulain (22.9.2000/811) toimeenpanosta kokeilualueilla. Stakes, Raportteja 6/2005. Helsinki: Stakes.
- Hyppönen, H. (2004) Tekniikka kehittyvä, kehittyvätkö palvelut? Tapaustutkimus kotipalvelujen kehittämisestä teknologiahankkeessa. Stakes, Tutkimuksia 134. Helsinki: Stakes.
- Hyttinen, L. (2003) Palveluohjauksen vaikuttavuutta määrittämässä. Teoksessa Satka, M., Pohjola, A. & Rajavaara, A. Sosiaalityö ja vaikuttaminen. Sophi. Jyväskylä.
- Jääskeläinen, I. (2005) Aikuissosiaalityö suurkaupungeissa marginaalialueella elävien parissa. Hyvinvoinnin rakentajat -hanke. Diakonia- ammattikorkeakoulu. Multiprint Oy, Helsinki.
- Kestilä, T. (2007) Varhaiskasvatuksen ja päivähoiton prosessien ja teknologian kehittäminen Varsinais-Suomessa. Teoksessa Häyrinen, Kristiina (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikan ja tiedonhallinnan tutkimuspäivät. Helsinki: Stakes.
- Koivula, L. & Heimo, E. (2005) Asiakas ja palvelu prosessi kuvaukset. Teoksessa Heimo, E. (toim.) Asiakastyöstä asiakasprosesseiksi. Lapsi kehittämistyön lähtökohdista. Suomen kuntaliitto.
- Kontio, T. (2007) Kaakkois-Suomen sosiaalitoimen tietoteknologian kehittämishanke KAASO I-loppuraportti.
- Korpela, M. (1999) Tietojärjestelmien kehittäminen osana työn ja palvelujen kehittämistä. Teoksessa Saranto, K. & Korpela, M. (toim.) Tietotekniikka

- ja tiedonhallinta, sosiaali- ja terveydenhuollossa. WSOY. Porvoo 76.
- Kuussaari, K. (2006) Näkemysten kirjo, sirpaloitunut tieto. Terveydenhuollon, sosiaalitoimen ja nuorisotoimen työntekijöiden käsityksiä huumeiden käyttäjien hoitopalvelujärjestelmästä. Stakes, Tutkimuksia 155. Helsinki: Stakes.
- Korteniemi, P. (2003) Mikä palveluohjauksessa toimii, kenen kohdalla ja missä olosuhteissa? Keskisen sosiaalikeskuksen palveluohjaus-projektin lopuarviointiraportti.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun ja sosiaaliturvakortin kokeilusta 811/2000.
- Lapveteläinen, P., Grönroos, E., Turunen, H. & Perälä, M.-L. (2006) Tieto- ja viestintätekniiset valmiudet kotihoidossa saumattomien hoito- ja palveluketjujen mahdollistajana. Stakes, Raportteja 3/2006. Helsinki: Stakes.
- Lausvaara, A., Soidinmäki, P. & Tuuri, T. (2004) Saumattomat palveluketjut PIRKE-hankkeessa. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. [http://www.yttieto.fi/Pirke-hanke/dokumentit/ATJ\\_kasikirja\\_06\\_2004.pdf](http://www.yttieto.fi/Pirke-hanke/dokumentit/ATJ_kasikirja_06_2004.pdf)
- Lehmuskoski, A. & Kuusisto-Niemi, S. (2007) Sosiaalialan tietoteknologia hanke. Sosiaalialan sanasto asiakastietojärjestelmää varten. Terveystieteiden ja -taloudenlaitos. Kuopion Yliopisto, Kuopio.
- Liikanen, H. (2002) Tietotekniikka kehittää sosiaali- ja terveysalaa. Makropilottin arviointia. City-offset Oy. Tampere.
- Linnakangas, R. & Suikkanen, A. (2004) Varhainen puuttuminen, mahdollisuus nuorten syrjäytymisen ehkäisyssä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:7. STM. Helsinki.
- Lukka, H., Mäenpää, T. & Pekkola, K. (2006) Kotihoidon etäyhteys pilotti. Salpahanke aluetietojärjestelmän laajentaminen vuosina 2005–2007. 77.
- Lukkaroinen, R. (2002) Vastuunjaon malli vanhusten kotona asumisen mahdollistamiseksi. Yli 75-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden asumismuodot sekä palvelurakennemallien kustannukset ja toiminnalliset sisällöt. Oulun yliopisto, Oulu.
- Luodes, E. (2007) Asiakaslähtöisyys lastensuojelun avohuollon moniammatillisessa yhteistyössä. Kertojina päivähoitoon lastensuojelun tukitoimena sijoitettujen lasten vanhemmat. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos.
- Lähdesmäki, L., Orrellana, P., Prepula, S. & Sinislo, J. (2007) Palveluohjausmenetelmän kehittämisshanke alaikäisten päihdetyöhön Keski-Suomen alueella 2003–2007. Jopo-projekti. Nuorten ystävät Ry. Multiprint Oy.
- Mielenterveyslaki (1116/1990).
- Moilanen, J. (2000) Lasten ja nuorten hoito- ja palveluketjut kuntoon! Sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ”Lasten ja nuorten hoito- ja palveluketjut” -projekti Askolassa, Hyvinkäällä, Mäntsälässä ja Nurmijärvellä vuonna 1999. Etelä-Suomen lääninhallitus julkaisuja 28/2000. Helsinki.
- Mäkelä, R., Hannula, M., Kajantola, A., Kurki, T., Levo, H., Mäkelä, H. & Rukonen, E. (2006) Perhe-keskeinen työ A-klinikkasäätiöllä. Kehittämisprosessi 2005–2006. Monistesarja nro 54. <http://www.a-klinikka.fi/julkaisut/verkkojulkaisut/perhekeskeinen.pdf>
- Nylander, O., Nenonen, M., Suominen, T. & Rintanen, H. (2002) Datasta tietoon. Makropilotti ja sosiaali- ja terveydenhuollon informaatiojärjestelmä Osa I. Stakes, Aiheita 14/2002. Helsinki: Stakes.
- Olsbo-Rusanen, L. & Väänänen-Sainio, R. (2003) Ikäihmisten asuminen ja palvelut paremmaksi. Selvitys ikääntyvien kotona asumisen kehittämiseen liittyvistä toimenpiteistä. Ympäristöministeriö. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Perälä, M.-L. & Hammar, T. (2003) PALKOmalli – Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatiot ylittävänä yhteistyönä. Stakes, Aiheita 29/2003, 78.
- Perälä, M.-L., Rissanen, P., Grönroos, E., Hammar, T., Pöyry, P., Noro, A., Saalasti-Koskinen, U. & Teperi, J. (2004) Asiakkaan ohjausmallin arviointi. Stakes, Aiheita 17/2004. Helsinki: Stakes.
- Pietiläinen, E. (toim.) (2003) Lapsi, perhe ja palveluohjaus. Pitkäaikaissairaiden ja vammaisten lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä palveluohjauskokeilu. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:11. Helsinki-
- PIRKE (2006) Pirkanmaan saumattomien hyvinvointipalvelujen kehittämishanke. PIRKE II -hanke-raportti. [http://www.yttieto.fi/Pirke-hanke/dokumentit/PIRKE%20II\\_raportti.pdf](http://www.yttieto.fi/Pirke-hanke/dokumentit/PIRKE%20II_raportti.pdf)
- Pönkkö, M.-J. (2005) Erityisoppilaan psykiatrinen hoitoketju: Hoitoketjun tarpeen ja toiminnan monitahoarviointi. University press, Oulu.
- Pöyry, P. & Perälä, M.-L. (2003) Tieto- ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palveluiden sauma-kohdissa. Stakes, Aiheita 18/2003. Helsinki: Stakes.
- Rimpelä, M., Wiss, K., Saaristo, V., Happonen, H., Kosunen, E. & Rimpelä, A. (2007) Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen toimeenpanto 2004–2007. Stakes, Työpapereita 32/2007. Helsinki: Stakes.
- Roine, M. (2007) Asiantuntijuuden muodot professio- ja verkostokeskeisessä koordinoinnissa. Tutkimus lasten kuntoutuspalveluista julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Pro Gradu -tutkielma. Kuopion Yliopisto. Terveystieteiden tiede.
- Ronkainen, R., Ahonen, S., Backman, K. & Paasivaara, L. (2002) Hoito ja palvelu kotona. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes, Oppaita 49. Helsinki: Stakes.
- Ruostila, R. (2003) Yksilöllisesti toteutuva hyvinvointipalvelujen kokonaisuus. Teoksessa, Saranto, K. & Häyrinen, K. (toim.) SoTeTiTe, Sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikan ja tiedonhallinnan tutkimuspäivät. Osaavien keskusten verkoston julkaisuja 1/2003.
- Ruotsalainen, P. (2000) Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. Teoksessa Nouko-Juvonen S., Ruotsalainen P. & Kiikkala I. (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tammi, Helsinki. 79.
- Salpanet-aluetietojärjestelmän käyttö sosiaalitoimessa. Salpa-hanke 2006. <http://www.salpanet>

- fi/Public/default.aspx?nodeid=8401&culture=fi-FI&contentlan=1. Luettu 6.10.2008.
- Sundström, R. & Kilkku, N. (2004) Palveluohjaus perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja mielen-terveyspalvelujen yhteistyömenetelmänä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 9/2004. Tampereen Yliopistopaino oy. Tampere.
- Stakes (2007) Ehkäisy ja hoito. Laadukkaan päihdetyön kokonaisuus. Paintek Oy Helsinki.
- STM (2003) Hoitotakuu nuorisopsykiatriassa: NUOTTA-projektin loppuraportti 2003. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:13, Helsinki .
- STM (2004) Kotipalvelu ja kotihoito osana kuntien palvelujärjestelmää -kehittämishanke (2004–2007)
- Sosiaalihanke: aineistoja. <http://www.terveyshanke.fi/fi/index.asp>
- STM (2004a) Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja työministeriön oppaita 2004:14. STM. Helsinki.
- STM (2005) PERHE-hanke. Perhepalvelujen kumppanuusohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2005:4. Helsinki.
- STM (2007) Lasten päivähoiton asiakastiedot sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmässä. Tietokuvaukset ja suositukset. Versio 1.0 20.9.2007. Sosiaalialan kehittämishanke.
- STM (2007b) Ydintietojen, otsikoiden ja näkymien toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. [http://www.kunnat.net/k\\_perussivu.asp?path=1;29;353;11068;123716;29216;66756](http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;353;11068;123716;29216;66756)
- STM (2007c) KanTa-jatkomäärittely; ydindokumentti lausuntojen perusteella muokattuna. <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tietoh/jatkomaar.htx.i479.pdf>. Liite 6. KanTa-palvelun toteutuksen ensimmäisessä vaiheessa tarvittavat koodistot. <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tietoh/jatkomaar.htx.i494.pdf>. Luettu 6.10.2008.
- Suominen, H. (1998) Lasten ja nuorten hyvinvointi: uudet haasteet – vanhat palvelut. Stakes, Aiheita 14/1998. Helsinki.
- Taajamo, T., Soine-Rajanummi, S. & Järvinen, R. (2005) Kehittykö moniammatillisuus? Raportti: Päijät-Hämeen hyvinvointineuvola -hankkeen kehittämistyöstä. Päijät-Hämeen ja Itä-Uudenmaan sosiaalialan osaamiskeskus. Verso, Lahti.
- Tanttu, K (2007) Palveluketjun hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta.
- Tarvainen, T., Pietiläinen, V. & Kuure, T. (toim.) Nuoret eivät odota. Palvelurakenteen muutos nyt. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:61. STM. Helsinki.
- Terveyshanke (2004) Lasten – ja nuorten psykososiaalisten erityispalvelujen seudullinen kehittäminen sosiaali- ja terveyshankkeiden puitteissa 2005–2007. Terveyshanke: aineistoja. <http://www.terveyshanke.fi/fi/index.asp>
- Terveyshanke (2004b) Mielenterveys- ja päihdetyön seudullinen kehittäminen kansallisten terveys- ja sosiaalialan hankkeiden puitteissa 2005–2007. <http://www.terveyshanke.fi/fi/file.asp?obj=2585>
- Tietosuojavaltuutetun toimisto (2008) Henkilötietolaki ja asiakastietojen käsittely kunnallisessa sosiaalihuollossa. Asiaa tietosuojasta 2/2008. 5.2.2008. <http://www.tietosuoja.fi/uploads/xbiz676.pdf>
- Tikkanen, E. & Katajamäki, J. (2004) Korkoa osaamiselle arjessa. Koulutuksellinen ryhmä konsultaatio lasten ja nuorten palveluissa. Savion Kirjapaino Oy. Kerava.
- Tikesos (2007) HL-7 standardien soveltuvuus sosiaalihuoltoon. Sosiaalialan tietoteknologiahanke.
- VARPE-hanke 2006 – Varhaiskasvatuksen ja päivähoiton prosessien ja teknologian kehittäminen Varsinais-Suomessa. <http://www.tukkk.fi/tjt/varpe/>
- Toivanen, M., Häkkinen, H., Laitinen, P., Minkkinen, I., Röppänen, P. & Tuomainen, T. (2004) Koti-hoidon tiedon tarpeet. PlugIT-hankkeen selvityksiä ja raportteja 12. Kuopion yliopisto ja Savonia AMK. Kuopio.
- Tuuri, T. (2003) Aluetietojärjestelmän avulla toteutettu järjestelmä integraatio sosiaali- ja terveydenhuollossa. Diplomityö. Tampereen teknillinen yliopisto, sähkötekniikan osasto. [http://www.yttieto.fi/Pirke-hanke/dokumentit/Diplomityö1.0\\_tuuri.pdf](http://www.yttieto.fi/Pirke-hanke/dokumentit/Diplomityö1.0_tuuri.pdf) 81
- Valta, M. (2003) Tiedontarpeen määrittelystä alueellisten palveluiden kehittämiseen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluverkostossa. Pro gradu. Kuopion yliopisto terveyshallinnon ja -talouden laitos. Kuopio.
- Varjoranta, P., Pirskanen, M., Hakulinen, M. & Haapakorva, A. (2004) Äitiys- ja lastenneuvolatyö Itä-Suomen läänissä 2003. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:4. STM neuvolatyön kehittämisen ja tutkimuskeskus. Edita Prima OY, Helsinki.
- Veijola, A. (2004) Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön – lasten kuntoutuksen kehittäminen toimintatutkimuksen avulla. Oulu University Press. Oulu.
- Vesterinen, E.-L. (2004) Saumattomat asiakaslähtöiset palveluketjut: haaste sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiskäytölle. Teoksessa Sinervo, L. (toim.) Saumattomien toimintojen juurruttaminen. JUURIA-hankkeen loppuraportti. Stakes, Aiheita 26/2004. Helsinki: Stakes.
- Ylitalo, V., Metsä-Simola, S. & Lappi, K. (2007) Lasten- ja nuorisopsykiatrian selvityshanke. HYKS-lautakunnan kokous 12.6.2007. <http://asiakirjat.hus.fi/djulkaisu/kokous/KOKOUS-340-6-Liite-4.PDF>

## Liite 1. Haastatteluteemat

### 1 Vastaajaa ja hänen työyksikköään koskevat tiedot

- a) Kunta – toimintayksikön nimi
- b) Vastaajan ammattinimike
- c) Vastaajan koulutus
- d) Kotihoidon organisointitapa 1=yhdistetty, 2=erillinen (yhdistymisvuosi)
- e) Kotihoidossa käytössä olevat tietojärjestelmät
- f) Järjestelmiin tietoa kirjaavat ammattiryhmät.  
1 = Lääkäri, 2 = Sairaanhoidajat, 3 = lähihoitajat, 4 = kodinhoitajat, 5 = muut sosiaalialan työntekijät
- g) Muut järjestelmät, joihin kotihoidon henkilöstöllä on käyttöoikeuksia (kenellä, mitä)

### 2 Kotihoidon asiakkaat, joiden palvelemiseksi kotihoidossa on tarvittu sektorirajat ylittävää tietoa (vrt. sosiaalityön kohdeluokitus K1–K12, esim.)

1. hoitoa ja huolenpitoa tarvitseva asiakas
2. toimeentulotukiasiakas (K4),
3. vammaispalveluasiakas (K8),
4. Asiakas, jolla edunvalvoja (K12?),
5. Mielenterveysongelmia omaava asiakas (k8),
6. Päihdeongelmia omaava asiakas (K9),
7. Esiapuun joutuva asiakas (K8),
8. terveyskeskuksen vuodeosastolle joutuva asiakas (K8),
9. erikoissairaanhoidon joutuva asiakas (k8),
10. Sairaalasta kotiutuva asiakas (K8),
11. Palveluseteliasiakas
12. Omaishoidon tukiasiakas
13. Monipalveluasiakas
14. Muu

### 3 Palveluprosessin a) vaihe, jossa edellä kuvattujen asiakkaiden sektorirajat ylittävää tietoa edellyttävä palvelutarve ilmeni, b) pyydetty tietosisältö ja luovuttaja c) tiedon käyttötarkoitus d) tiedonvälityskanava e) saadun tiedon kirjaus

**Vaiheet:** 1 = vireillepano; 2 = tarpeen selvittely, 3 = päätös palvelun piiriin ottamisesta; 4 = palvelun suunnittelu, voimavarojen varaus; 5 = palvelun toteuttaminen; 6 = Toteutumisen arviointi; 7 = Palvelun päättäminen

**Tiedon luovuttajat:** 1 = Äitiysneuvola, 2 = Lastenneuvola, 3 = Perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvola, 4 = Muut neuvolapalvelut (vanhus- ym), 5 = Kouluterveydenhuolto, 6 = Opiskeluterveydenhuolto, 7 = Seulonnat ja muut, 8 = joukkotarkastukset, 8 = Lakisääteinen työterveyshuolto, 9 = Ei-lakisääteinen työterveyshuolto, 10 = Merimiesterveidenhuolto, 11 = Kotihoito, 11 = Kotisairaanhoido, 12 = Kotipalvelu, 13 = Fysioterapia, 14 = Apuvälinepalvelu, 15 = Puheterapia, 16 = Toimintaterapia, 17 = Jalkaterapia, 18 = Ravitsemusterapia, 19 = Muu kuntoutus ja erityisterapia, 20 = Suun terveydenhuolto, 21 = Mielenterveystyö, 22 = Päihdetyö, 23 = Erikoissairaanhoido, 24 = Sosiaalityö; 25 = Asiakas itse, 26 = Edunvalvoja, 27 = moniammatillinen tiimi

**Tiedonvälityskanavat:** 1 = kasvokkain saatava tieto, 2 = puhelimitse saatava tieto, 3 = sähköpostilla saatava tieto, 4 = tietojärjestelmästä saatava tieto, 5 = Kirjeitse saatava tieto (esim. sairaalan lähettämä epikriisi), 6 = lääkärin konsultaatio, lausunto, 7 = SAS-tms yhteistyötiimissä välitettävä tieto, 8 = muu tapa saada tieto

- 4 **Asiakastilanteet, joissa sosiaalityöntekijät, erikoissairaanhoidon tai muu terveydenhuollon tai sosiaalisektorin toimija olisi pyytännyt kotihoitoa LUOVUTTAMAAN kotihoidon asiakastietoja?**
- 5 **Keskeiset tiedonvaihdon mahdollisuudet ja haasteet**

## Liite 2. Sosiaalialan ammattilaisen tiedontarpeet terveydenhuollosta palvelukohtaisten tietomäärittysten perusteella / JK 7.3.2007

Kansallisessa Sosiaalialan tietoteknologiahankkeessa (STM) on selvitetty sosiaalihuollon palveluiden asiakastietotarpeita osana alan asiakastietojärjestelmien yhtenäistämistä vuodesta 2005 alkaen.

Vuoden 2008 maaliskuuhun mennessä hankkeessa on valmistunut ydintietomäärittymiset asiakkaan perustiedoista ja palvelun antajan perustiedoista. Näiden kaikille sosiaalipalveluille yhteisten tietomäärittysten lisäksi on valmistunut seitsemän palvelukohtaista asiakastietomäärittysraporttia seuraavilta sosiaalipalvelu ja -tehtäväalueelta:

- isyyden selvittäminen, elatusturva ja lapsen huolto-, tapaamis- ja asumisoikeusasiat
- toimeentulotuki
- sosiaalinen luototus
- lapsen päivähoito
- adoptio
- sosiaalipäivystys
- lastensuojelun avoimuuden perhetyö.

Kaikki palvelukohtaiset asiakastiedot on kerätty ja kuvattu ao. palveluita varten perustetuissa asiantuntijatyöryhmissä. Määrittymiset ovat olleet laajalla asiantuntijalausuntokierroksella ja hyväksytty STM:n asettamassa Sosiaalialan tietoteknologiahankkeen johtoryhmässä. Näiden määrittymisten perusteella luodaan sosiaalihuollon asiakirjastandardit.

Seuraavissa taulukoissa (1–8) esitetään kaikki terveyteen liittyvät asiakastietotarpeet, jotka palvelukohtaisissa määrittelyraporteissa on ilmaistu. Jokaisen asiakastietotarpeen yhteyteen on merkitty myös perustelu tiedontarpeelle ja mahdollinen tietolähde.

TAULUKKO 1. Isyyden selvittämisen tehtävään liittyvät asiakastietotarpeet, joita sosiaalihuollossa voidaan tarvita koskien asiakkaan terveyttä

Tiedon tarve	Keneltä	Mitä varten
Lääketieteellinen lausunto lapsen siirtämisajankohdasta		Isyyden selvittämispöytäkirjaan isyyden vahvistamista varten
Oikeusgeneettisestä isyydetutkimuksesta annettava lausunto	Lausunnon antaa KTL tai HY:n oikeuslääketieteen laitos; näytteen voi ottaa myös terveyskeskus	Isyyden selvittämispöytäkirjaan isyyden vahvistamista varten

TAULUKKO 2. Elatusturvan tehtävään liittyvät asiakastietotarpeet, joita sosiaalihuollossa voidaan tarvita koskien asiakkaan terveyttä

Tiedon tarve	Keneltä	Mitä varten
Lapsen erityiskulut liittyen mm. terveydenhoitoon		Lapsen elatusavun suuruuden arvioimista varten
Vanhemman erityiset terveydenhoitokulut elatuskykyä arvioitaessa		Lapsen elatusavun suuruuden arvioimista varten



TAULUKKO 3. Toimeentulotuen tehtävään liittyvät asiakastietotarpeet, joita sosiaalihuollossa voidaan tarvita koskien asiakkaan terveyttä

Tiedon tarve	Keneltä	Mitä varten
Henkilön terveydenhoitoon liittyvät kulut ja niiden tositteet, kuten sairaalalasku, lääkkeen ostokuitit tai lääkemääräyksen kopio		Toimeentulotukihakemusta ja laskelmaa varten
Tieto henkilön sairausloman kestosta, kuten lääkärin sairauslomatodistus A tai B		Toimeentulotukihakemusta varten

TAULUKKO 4. Sosiaalisen luoton tuksen tehtävään liittyvät asiakastietotarpeet, joita sosiaalihuollossa voidaan tarvita koskien asiakkaan terveyttä

Tiedon tarve	Keneltä	Mitä varten
Henkilön sairaus- ja lääkemenot		Sosiaalisen luoton hakemusta ja laskelmaa varten

TAULUKKO 5. Lapsen päivähoiton tehtävään liittyvät asiakastietotarpeet, joita sosiaalihuollossa voidaan tarvita koskien asiakkaan terveyttä

Tiedon tarve	Keneltä	Mitä varten
Lapsen terveydentila: – allergiat (eläin- tai ruoka-aine-allergia) – Lapsen päivähoitopaikan valinnassa huomioon otavat sairaudet (esim. tartuntataudit) – lapsen erityisen tuen tarve (lääkärin, psykologin, toiminta-/fysioterapeutin, terveydenhoitajan, puheterapeutin tai terapeutin todistus tai lausunto)		Lapsen päivähoitopaikan hakemusta varten
Tieto lapsen käyttämisestä tai tarvitsemista apuvälineistä		Erityistä hoitoa ja kasvatusta tarvitsevan lapsen oppimis- ja kuntoutussuunnitelmaa varten
Tiedot lapsen diagnoosista/lausunnoista/tutkimuksista		Erityistä hoitoa ja kasvatusta tarvitsevan lapsen oppimis- ja kuntoutussuunnitelmaa varten
[Lasta] tutkivan tahon tiedot, kuten sairaalan tai kasvatus- ja perheneuvolan yhteystiedot		Erityistä hoitoa ja kasvatusta tarvitsevan lapsen oppimis- ja kuntoutussuunnitelmaa varten
[Lapsen] lääkitys ohjeineen		Erityistä hoitoa ja kasvatusta tarvitsevan lapsen oppimis- ja kuntoutussuunnitelmaa varten



TAULUKKO 6. Adoptioitehtävään liittyvät asiakastietotarpeet, joita sosiaalihuollossa voidaan tarvita koskien asiakkaan terveyttä

Tiedon tarve	Keneltä	Mitä varten
Tietoja adoptiolasta hakevien henkilöiden terveydentilasta – krooniset/pitkäaikaiset sairaudet tai vammat tai invaliditeetti/vammaisuus – oletteko olleet sairaalahoitossa (ei/kyllä, milloin ja miksi) – oletteko saaneet hoitoa mielenterveydellisistä syistä? (ei/kyllä, milloin ja miksi) – päihteiden käyttö (annosten määrä kuukaudessa) – muiden kodissa asuvien terveydentila		Adoptiohakijoiden perustiedoiksi hakemista varten (myös perheen sisäisen adoption yhteydessä)
Tietoja lapsettomuudesta – onko lapsettomuutta tutkittu (ei/kyllä, milloin) – lapsettomuuden syy – suunnitelmat lapsettomuuden tutkimuksen ja hoidon jatkamiseksi – mahdolliset raskaudet ja synnytykset		Adoptiohakijoiden perustiedoiksi hakemista varten
Lääkärinlausunto: T-lomakkeen päällimmäinen kappale ja laboratoriotutkimukset.		Adoptiohakijoiden perustiedoiksi hakemista varten
Adoptiolapsen vanhempien – nykyinen terveydentila ja aikaisemmat sairaudet – alkoholin ja/tai muiden päihteiden käyttö		Tietoja adoptiolapsen taustoista
Adoptiolapsen sisarusten terveydentila		Tietoja adoptiolapsen taustoista
Adoptiolapsen isovanhempien terveydentila; mikäli kuollut, niin kuolinsyy ja -vuosi		Tietoja adoptiolapsen taustoista
Adoptiolapsen vanhempien sisarusten terveys (erityisesti perinnöllisten sairauksien osalta)		Tietoja adoptiolapsen taustoista

TAULUKKO 7. Sosiaalipäivystystehtävään liittyvät asiakastietotarpeet, joita sosiaalihuollossa voidaan tarvita koskien asiakkaan terveyttä

Tiedon tarve	Keneltä	Mitä varten
Ilmoitus sosiaalipäivystystarpeesta, kiireellisyysarvio ja ilmoittajan yhteystiedot	esimerkiksi terveyskeskukselta tai ensihoidosta	Päivystystarveilmoitusta varten
Kotikäynnin yhteydessä terveydenhuollolta tieto tarttuvista taudeista tms. työturvallisuuteen liittyvistä tekijöistä	esimerkiksi terveyskeskukselta	Päivystystyöntekijöiden työturvallisuussyistä

TAULUKKO 8. Lastensuojelun avohuollon perhetyön tehtävään liittyvät asiakastietotarpeet, joita sosiaalihuollossa voidaan tarvita koskien asiakkaan terveyttä

Tiedon tarve	Keneltä	Mitä varten
Perheen tuen tarve terveydenhuollon ammattihenkilöiden mielestä	esimerkiksi äitiysneuvolalta, terveyskeskuksesta	Perhetyön suunnitelmaa varten

### Liite 3. Omaishoidon tukihakemus (esimerkkinä tietosisällöt kahden kunnan hakemuslomakkeilta)

Tiedon laji	Tietosisältö
Hoidettavan tunnistetiedot	Sukunimi ja etunimet, Henkilötunnus
Muut henkilötiedot	Asumista (ja sen esteettömyyttä) koskevat tiedot
Perhetiedot	Hakijan perheen koko alle 18 v lasten määrä, syntymävuodet <i>Lähiomainen: Puoliso, Tytär/Poika, Muu sukulainen, Ei ole sukulainen</i>
	<i>Omakotitalo, Paritalo, Rivitalo, Kerrostalon ____kerros Onko talossa on hissi? Kyllä, Ei Asunnossa on Vesijohto ja viemäri, Sisä-WC, Sauna / suihku Pesutiloissa amme, Suihkutilaan pääsee auttajan kanssa Sisärappuja, Levennetyt ovet, Ulkorappuja Luiska, Muita vammaisratkaisuja, mitä? Hoidettava asuu Yksin, Toisen henkilön kanssa, kenen</i>
Nykyisiä palveluja koskevat tiedot Kunnalliset avopalvelut kotihoito, ksh tukipalvelut lyhytaikaishoito koulu päiväkoti, muu <i>Yksityiset hoivapalvelut Omaisten antama tuki</i>	palvelunantajan tunniste palvelun useus, määrä
HOIDETTAVAN TOIMINTA- KYKY JA AVUNTARVE	Näkö (hyvä, heikko, sokea) Kuulo (hyvä, heikko, kuulolaite, kuuro) Puhe (puhuva, puhehäiriö, puhumaton) Liikkuminen (itsenäisesti, osin autettava, miten, vuodepotilas) Apuvälineet (rollaattori, pyörätuoli, keppi, muu, mikä) sisällä, ulkona Wc:ssä käynti (itsenäisesti, osin autettava, miten, täysin autettava, vaipat) Syöminen (itsenäisesti, osin autettava, miten, täysin autettava) Pukeutuminen (itsenäisesti, täysin autettava, osin autettava, miten) Pukeutuminen (itsenäisesti, osin autettava, miten, täysin autettava) Peseytyminen (itsenäisesti, osin autettava, miten täysin autettava) Lääkehoito (itsenäisesti, autettuna, kuka hoitaa) Muisti (hyvä, alentunut, muistamaton) Auton käyttö (hoidettava ajaa autoa, hoidettava ei aja autoa) <i>Sairaudet, vamman laatu, toimintakyky (luokittelematon) Terveystila (luokittelematon) Sairauden / vamman lisäksi muu syy, jonka vuoksi hän tarvitsee hoitoa tai apua?</i>
Nykyisiä Kelan etuuksia koskevat tiedot	hoitotuki € / kk korotettu hoitotuki € / kk erityishoitotuki € / kk Eriyishoitoraha € /kk Kotihoidontuki € /kk Muu, mikä € /kk
Hoidettavan päivittäinen hoidontarve	Hoitotoiminnot päiväaikaan (luokittelematon tieto) Hoitotoiminnot yöaikaan (luokittelematon tieto) <i>Avun tarpeen kuvaus Siivouksessa, Kauppa-, apteekki- ja pankkiasioinnissa, Sisällä liikkumisessa, Ulkona liikkumisessa, Ruoan laitossa, Syömisessä, Päivittäisessä peseytymisessä, Saunassa tai suihkussa, WC-käynneissä, Minkälaista apua hakija tarvitsee öisin? (luokittelemattomat toiminnot) Avun tarpeen määrä (Päivittäin, Muutaman kerran viikossa, Harvemmin) Avun tarve yöllä (Kolme kertaa, Kaksi kertaa, Yhden kerran, Ei lainkaan) Selviytyminen yksin päiväaikaan (n. tuntimäärä)</i>

## RAPORTTEJA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

### 2008

Pirjo-Liisa Kotiranta. Asumiseen laatua informaatio-ohjauksella. Arviointia Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuosituksen vaikutuksista kunnissa  
Raportteja 31/2008 Tilausnro R31/2008

Antero Lehmuskoski, Sirpa Kuusisto-Niemi. Sosiaalialan sanasto asiakatietojärjestelmää varten. Sosiaalialan tietoteknologiahanke  
Raportteja 30/2008 Tilausnro R30/2008

Matti Rimpelä, Tuija Metso, Vesa Saaristo, Kirsi Wiss. Vanhempainyhdistysten ja huoltajien osallisuus peruskoulun ja sen oppilashuollon kehittämisessä  
Raportteja 29/2008 Tilausnro R29/2008

Marja-Leena Perälä, Maisa Toljamo, Marjukka Vallimies-Patomäki, Marjaana Pelkonen. Tavoitteena näyttöön perustuva hoitotyö. Kansallisen hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman (2004–2007) arviointi  
Raportteja 28/2008 Tilausnro R28/2008

Päivi Hämäläinen, Persephone Doupi, Hannele Hyppönen. eHealth Policy and Deployment in the European Union. Review and Analysis of Progress  
Reports 26/2008 Tilausnro R26/2008

Jaana Lähtenmaa, Teija Strand. Pelin jälkeen: velkaa vai voittoja? Tutkimus velan ottamisesta rahapeleihin, erityistarkastelussa nettipokeri ja pikavippaaminen  
Raportteja 25/2008 Tilausnro R25/2008

Mikko Svartsjö, Jani Kinnunen, Eetu Paloheimo, Frans Mäyrä. Järjellä vai tunteella? Nettipokerin pelikokemus ja pelaamisen hallinta  
Raportteja 24/2008 Tilausnro R24/2008

Pauliina Luopa, Minna Pietikäinen, Jukka Jokela. Kouluterveyskysely 1998–2007: Nuorten hyvinvoinnin kehitys ja alueelliset erot  
Raportteja 23/2008 Tilausnro R23/2008

Eeva-Liisa Kronqvist, Jaana Jokimies. Vanhemmat varhaiskasvatuksen laadun arvioijina. Tuloksia Vaikuta vanhempi -selvityksestä  
Raportteja 22/2008 Tilausnro R22/2008

T. Hakulinen-Viitanen, M. Pelkonen, V. Saaristo, A. Hastrup, M. Rimpelä. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007. Tulokset ja seurannan kehittäminen  
Raportteja 21/2008 Tilausnro R21/2008

Vappu Karjalainen, Peppi Saikku, Auvo Pasuri, Anja Seppälä. Mitä on aktiivinen sosiaalipolitiikka kunnissa? Näköalapaikkana työvoiman palvelukeskukset  
Raportteja 20/2008 Tilausnro R20/2008

Seija Muurinen, Kerttu Perttilä, Timo Ståhl. Terveys 2015 -kansanterveysohjelman ohjaavuuden, toimeenpanon ja sisällön arviointi 2007. Haastattelut terveyden edistämisen asiantuntijoille sekä kuntien edustajille  
Raportteja 19/2008 Tilausnro R19/2008