

Monialaisesti palveluja tarvitsevien tunnistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa

Eeva Liukko, erityisasiantuntija, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Kun monialaisesti palveluja tarvitsevat asiakkaat tunnistetaan, heille voidaan tarjota tukea ja varmistaa, että palvelut toimivat hyvin yhteen.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos selvitti paljon tai monialaisesti sosiaali- ja terveystalvuuja tarvitsevien henkilöiden tunnistamisen toimintamalleja ja työkaluja sekä kallista palvelujen käyttöä. Samalla arvioitiin, miten tunnistaminen Suomessa onnistuu ja miten sitä olisi hyvä kehittää.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaista noin 10 prosentille kertyy 80 prosenttia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käytön kustannuksista. Palvelujärjestelmän monimutkaisuuden, tiedonkulun ongelmien ja toimintamallien puutteiden vuoksi runsasta tai monialaista palvelujen käyttöä ja tarvetta ei tällä hetkellä tunnisteta riittävän hyvin. Palvelujen käyttöä ei välttämättä koordinoi tai ohjaa kukaan.

Mikäli paljon tai monialaisesti palveluja käyttävien henkilöiden ennakoivaa tunnistamista voitaisiin tehostaa, heille olisi mahdollista suunnitella ja toteuttaa ennaltaehkäiseviä ja yhteensovitettuja palveluja ja hoitokäytäntöjä nykyistä paremmin.

Pieni osa asiakkaista käyttää paljon tai monialaisesti palveluja.

Tässä selvityksessä paljon palveluja käyttävällä asiakkaalla tarkoitetaan henkilöä, joka käyttää paljon palveluja mutta ei välttämättä monialaisia palveluja. Monialaisia palveluja käyttävällä asiakkaalla tarkoitetaan henkilöä, joka käyttää useamman kuin yhden toimialan tai palveluryhmän palveluja, esimerkiksi perusterveydenhuollon palveluja ja sosiaalihuollon avopalveluja.

TARVITAAN MONINÄKÖKULMAISTA TIETOA

Palvelujärjestelmän kehittämiseksi tarvitaan moninäkökulmaista tietoa paljon tai monialaisesti palveluja käyttävien henkilöiden tunnistamisesta ja tunnistamiseen liittyvistä ongelmista. THL selvitti tilannetta seuraavien kysymysten tuella:

- Minkälaisia monialaisen palvelutarpeen tunnistamisen toimintamalleja ja työkaluja on käytössä tai kehitteillä muissa maissa?
- Minkälaista on rekisteriaineistojen perusteella Suomen väestön sosiaali- ja terveyspalvelujen monialainen käyttö ja käytöstä aiheutuneet kustannukset?
- Minkälaisia monialaisia palveluja tarvitsevien asiakkaiden ja asiakasryhmien tunnistamisen toimintamalleja ja työkaluja Suomessa on kehitetty ja käytössä?
- Minkälaisia työ- ja toimintakyvyn tukitarpeiden tunnistamisen toimintamalleja ja työkaluja on kehitetty ja käytössä? Miten työttömien terveystarkastukset toteutuvat?

KANSAINVÄLISET TUNNISTAMISEN MALLIT

Selvityksessä kartoitettiin paljon tai monialaisesti palveluja käyttävien tunnistamisen toimintamalleja ja työkaluja, joita käytetään tai kehitetään Suomen ulkopuolella. Aineistona hyödynnettiin keväällä ja kesällä 2019 tehtyä kyselyä ja kirjallisuuskatsausta.

Ennakoinnin ja tunnistamisen malleja

Lähes kaikkien toimintamallien lähtökohtana oli kalliiden kustannusten tunnistaminen ja ennakointi. Joskus arvioitiin, että tunnistaminen mahdollistaa ehkäisevien toimenpiteiden suunnittelun, kun tiedetään, millaiset palvelut, asiakasryhmät, ongelmat tai sairaudet ovat muita kalliimpia. Toimintamalleja voidaan tarkastella niiden toimintaperiaatteen mukaisesti viiteen ryhmään jaoteltuna.

1. Asiakas- ja potilasrekisterit

Asiakas- ja potilasrekisterien avulla väestöstä voidaan ennakoida ja tunnistaa sosiaalisia ongelmia, erilaisia riskejä, sairauksien ilmentymistä ja puuttumista sekä palvelujen käyttöä. Haastavat sosiaalisen tuen tilanteet liittyvät muun muassa yksin asumiseen, taloudellisiin vaikeuksiin sekä lasten terveydentilaan ja käyttäytymiseen. Malleissa pyrittiin tunnistamaan muun muassa

- kohonnutta päivystysriskiä
- vaativan hoidon tarpeessa olevia henkilöitä
- palvelujen suurkankäyttöä
- sosiaalisen tuen tarpeessa olevia henkilöitä ja
- perusterveydenhuollon tarpeessa olevia henkilöitä.

Esimerkiksi Clinical reasoning -mallissa tavoitteena on tunnistaa ne sairaalahoidossa olevat henkilöt, joilla on kohonnut riski tarvita vaativaa hoitoa¹.

2. Tietolähteiden ja toimenpiteiden yhdistelmä

Toimintamalleissa, joissa yhdisteltiin tietolähteitä ja toimenpiteitä, pyrittiin ennakoimaan

- ikääntyvien henkilöiden tuen tarvetta
- korkean riskin potilaita somaattisten sairauksien näkökulmasta
- paljon ensiapua käyttäviä henkilöitä ja siihen liittyvää hoidon koordinoitua sekä
- riskiasiakkaita ja tarvittavaa palveluohjausta.

Toimintamalleissa tiedot yleensä kootaan asiakas- tai potilasrekistereistä, minkä jälkeen niitä käsitellään monialaisessa asiantuntijatiimissä. Esimerkiksi GeroS-mallissa kootaan tietoja palveluntuottajilta, vakuutusyhtiöiltä, potilasrekistereistä ja vanhustenhoidosta. Tietolähteistä pyritään tunnistamaan tekijöitä, jotka liittyvät ikääntyneiden haasteellisiin tilanteisiin.²

3. Kyselytutkimukset

Kyselytutkimuksia hyödyntävissä malleissa kyse oli ennen kaikkea mielenterveyspainotteisista mittareista ja lapsia koskevista kyselyistä. Paljon perusterveydenhuollon palveluja käyttävien aikuisten tilanteen kartoittamiseksi on olemassa useita kyselypohjaisia mittareita. Lasten tilannetta kartoittavat kyselyt tehdään heidän vanhemmilleen tai huoltajilleen. Esimerkiksi Questionnaire for Identifying Children with Chronic Conditions, QuICCC -kysely sisältää 16 kysymystä, jotka liittyvät lasten toiminnallisiin rajoitteisiin ja runsaaseen palvelujen käyttöön³.

4. Itsearviointi

Itsearviointiin perustuvina tunnistamisen malleina aineistossa nousivat esille

- telemonitorointimenetelmään perustuva biometrinen riskin arviointi somaattisia sairauksia sairastaville sekä
- köyhien ja kodittomien sairaalakäyntien ennakointi haavoittuvuusindeksin avulla.

Telemonitorointiin perustuva Valchronic-ohjelma tuottaa tietoa kroonisesti sairaiden ikääntyneiden terveydentilasta. Potilaiden tilannetta seurataan tietojen avulla, joita he lähettävät terveysasemalle älypuhelimella tai tietokoneella.⁴ Vulnerability Index, VI -mallissa hyödynnetään haavoittuvuusindeksiä, joka perustuu ihmisten itse raportoimiin tietoihin sairaalapalvelujen käytöstä ja kroonisista sairauksista⁵.

5. Kustannusperustainen ennakointi

Kustannusperustaisia ennakkoinnin malleja ilmeni aineistossa seuraavasti:

- terveystaloustieteellisen arvioinnin malli
- kalliiden potilaiden tunnistaminen ja
- diagnosoipohjainen kalliiden potilaiden ennakointi asiakastietojen perusteella.

Esimerkiksi sairaussidonnaisten kustannusten ja kustannusvaikuttavuuden tunnistamisen malli (Disease Management Program, DMP) soveltuu pitkän aikavälin kustannusten seurantaan ja arviointiin. Mallia on sovellettu verenpainetaudin hoidon kustannusten ennakkoinnissa.⁶

Muiden maiden oppeja sovellettuna suomalaiseen kontekstiin

Suomalaisesta näkökulmasta kansainvälisten toimintamallien puutteita ovat ennen kaikkea standardimaisuus sekä yksilöllisiin tilanteisiin ja tarpeisiin liittyvän pohdinnan vähäisyys. Kun

toimintamalleista haetaan oppeja Suomeen, voidaan näitä ongelmia samalla pyrkiä ratkaistaan. Oppeja on hyvin tiivistetysti nostettavissa esille seuraavasti:

- Monialaisten tarpeiden tunnistamista tulee tehdä osana päivittäistä toimintaa niin asiakas- ja potilastyössä kuin matalan kynnyksen palveluissa ja hallinnollisissa tehtävissä.
- Tunnistamisen tarpeen tulee olla perusteltua, eettisesti hyväksyttävää ja asiakkaiden hyvinvoinnin kannalta harkittua.
- Tunnistamisessa voidaan hyödyntää monipuolisesti eri tietolähteitä ja toimenpiteitä sekä niiden yhdistelmiä (muun muassa asiakas- ja potilastiedot, kyselyt, itsearviointit ja kustannusperustainen ennakointi).
- Tiedot on hyvä analysoida ja käsitellä monialaisessa asiantuntijaryhmässä. Asiakkaiden ja potilaiden edustus tai mukanaolo on suotavaa.
- Tunnistamisen jälkeen asiakkaiden ja potilaiden tavoittaminen on tärkeää, jotta tarpeiden arviointi voidaan tehdä ja tarvittavista palveluista tai seurannasta sopia.
- Koottuja tietoja tulee hyödyntää ja viedä hyödynnettäväksi päätöksentekoon ja toimintojen kehittämiseen.

MONIALAINEN PALVELUJEN KÄYTTÖ JA KUSTANNUKSET

Sosiaali- ja terveystalvvelujen kallista ja monialaista käyttöä ja palvelujen käytön laskennallisten kustannusten jakautumista väestössä vuoden 2017 aikana selvitettiin rekisteriaineistoista⁷. Palvelujen käyttöä ja kustannuksia analysoitiin paitsi koko väestön tasolla myös käyttökustannusten mukaisissa väestökymmenyksissä ja ikäryhmittäin. Tarkastelua varten muodostettiin seitsemän palveluryhmää:

1. Perusterveydenhuollon avohoidon vastaanottopalvelut
2. Somaattinen erikoissairaanhoido
3. Mielenterveys- ja päihdepalvelut
4. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen asumispaalvelut
5. Sosiaalihuollon avopalvelut
6. Sosiaalihuollon laitospalvelut
7. Ikääntyneiden palvelut.

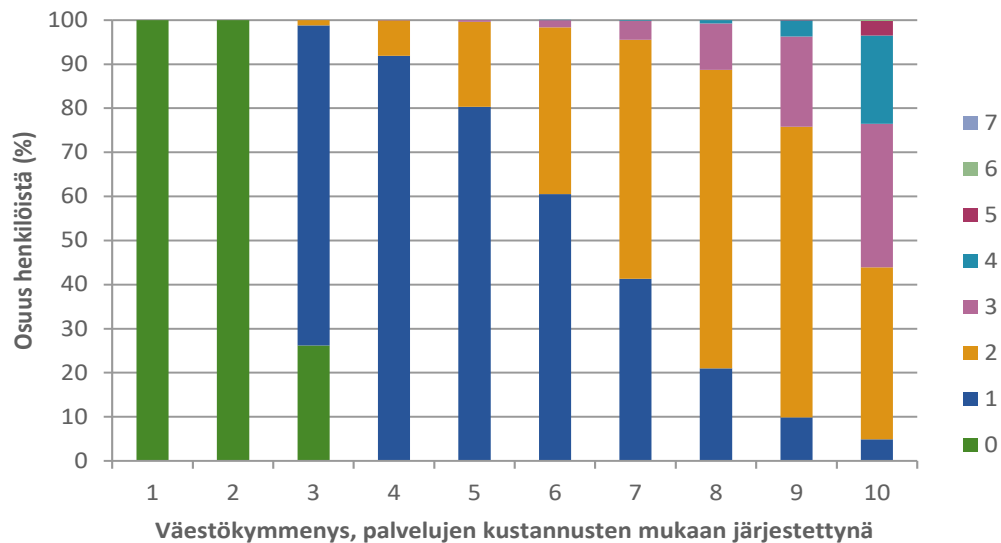
Reilu viidennes alueiden väestöstä ei käyttänyt lainkaan tässä tarkasteltuja palveluja ja 66 prosenttia käytti vain terveydenhuollon palveluja. Perusterveydenhuollon avohoidon palveluja oli käyttänyt noin 71 prosenttia, somaattisen erikoissairaanhoidon palveluja 39 prosenttia, mielenterveys- ja päihdepalveluja 6 prosenttia, sosiaalihuollon avopalveluja 9 prosenttia, ikääntyneiden palveluja 4 prosenttia ja sosiaalihuollon muita kuin ikääntyneiden asumis- ja laitospalveluja noin prosentti tarkastellusta väestöstä.

Palvelujen monialainen käyttö

Ainoastaan yhteen palveluryhmään sisältyviä palveluja oli käyttänyt noin 38 prosenttia, kahteen 29 prosenttia, kolmeen 7 prosenttia ja neljän eri ryhmän palveluja 2,5 prosenttia tarkas-

teltavasta väestöstä. Noin 3 800 henkilöä oli käyttänyt palveluja useammasta kuin neljästä palveluryhmästä. Yleisimmin oli käytetty ainoastaan perusterveydenhuollon avohoidon palveluja tai avohoidon ja somaattisen erikoissairaanhoidon palveluja.

Palvelujen käytön laskennallisten kustannusten mukaan jaetuissa väestökymmenyksissä kolmesta tai useammasta palveluryhmästä palveluja käyttäneiden osuus kasvoi kuudennesta väestökymmenyksestä lähtien (Kuvio 1). Korkeimpien kustannusten väestökymmenyksessä yleisintä oli perusterveydenhuollon avohoidon ja somaattisen erikoissairaanhoidon palvelujen yhdistelmä (vajaalla kolmanneksella henkilöistä). Tämän yhdistelmän lisäksi noin 40 prosenttia asiakkaista oli käyttänyt palveluja yhdestä tai kahdesta seuraavista palveluryhmistä: sosiaalihuollon avohoito, ikääntyneiden palvelut ja mielenterveyspalvelut.



Kuvio 1. Henkilöiden käyttämien palveluryhmien lukumäärien osuudet palvelujen käytön kustannusten mukaan järjestetyissä väestökymmenyksissä (N = 1 048 180).

Palvelujen käytön kustannusten jakautuminen

Aineistossa palvelujen käytön kustannuksista noin 80 prosenttia kasautui korkeimpien kustannusten väestökymmenykseen. Tässä väestökymmenyksessä 44 prosenttia palvelujen käytön keskimääräisistä kustannuksista muodostui terveydenhuollosta, 26 prosenttia ikääntyneiden palveluista ja 30 prosenttia muista sosiaalihuollon palveluista. Muissa väestökymmenyksissä kustannukset muodostuivat pääasiassa terveydenhuollon palveluista ja avohoidon reseptilääkkeistä. Palvelujen käytön monialaisuus näkyi korkeampina keskimääräisinä kustannuksina.

Korkeiden kustannusten taustalla monia tekijöitä

Tarkastelu vahvistaa aiempien julkaisujen tuloksia palvelujen käytön kustannusten kasaantumisesta suhteellisen pienelle osalle väestöä. Korkeimpien kustannusten väestökymmenykseen sisältyi kaikenikäisiä henkilöitä, ja keskimääräiset kustannukset painoutuivat eri ikävaiheissa hieman eri palveluryhmiin. Monialaisen palvelujen käytön ja korkeiden kustannusten taustalla on niin terveyteen, toimintakykyyn kuin sosiaalisiin tekijöihin liittyviä tilanteita, ja palvelujärjestelmässä kokonaisvaltaisen kuvan hahmottaminen voi olla haasteellista. Alueet ja palveluntuottajat voivat hyötyä kansallisiin rekistereihin perustuvista tiedoista kehittäessään paljon tai monialaisesti palveluja käyttävien henkilöiden palveluja.

KOTIMAISET TUNNISTAMISEN MALLIT

Suomessa on käytössä erilaisia toimintamalleja ja työkaluja, joilla paljon tai monialaisesti palveluja tarvitsevia asiakkaita pyritään tunnistamaan. Niitä kartoitettiin keväällä ja kesällä 2019 tehdyllä kyselyllä sekä keväällä 2020 toteutetulla viidellä teemahaastattelulla.

Neljä lähestymistapaa tunnistamiseen

Kyselyn perusteella ainoastaan kolmasosalla organisaatioista on käytössään jokin sovitettu toimintamalli tai työkalu monialaisesti palveluja tarvitsevien henkilöiden tunnistamiseksi. Tunnistamisen toimintamallit voidaan yleisellä tasolla jakaa neljään ryhmään.

1. Alkuhaastattelu tai palvelutarpeen tai hoidon tarpeen arviointi

Yleisimmin tunnistaminen tapahtuu sosiaali- ja perusterveydenhuollossa osana alkuhaastattelua tai palvelutarpeen tai hoidon tarpeen arviointia. Mittareita tai muita indikaattoreita (esimerkiksi AUDIT, Beckin mielialakysely BDI) voidaan hyödyntää lisätiedon saamiseksi. Pirkanmaalla ammattilainen ja asiakas arvioivat yhdessä Suuntima-työkalun avulla muun muassa asiakkaan voimavaroja sekä terveys- ja hyvinvointiriskejä. Tieto kirjataan asiakastietojärjestelmään. Kertyvää tietoa voidaan hyödyntää asiakkuuksien ja palvelujen segmentoinnissa yksittäisiä asiakkuuksia laajemmin.

2. Tietojärjestelmät

Joissakin organisaatioissa monialaisia palveluja tarvitsevia pyritään tunnistamaan tietojärjestelmien tuella. Tietojärjestelmistä kerätään tietoa esimerkiksi käyntimääristä tai terveysriskeistä. Sovittujen kriteerien ylittyttyä asiakkaiden palvelutarpeet otetaan tarkempaan tarkasteluun. Esimerkiksi Helsingissä on käytössä Terveystyötyöarvio-työkalu (THA), joka poimii automaattisesti Pegasos-potilastietojärjestelmään kirjatut riskitekijät ja tekee analyysin siitä, kuuluuko asiakas tai potilas paljon palveluja tarvitsevien riskiryhmään.

3. Moniammatilliset tiimit ja työparitoiminta

Useissa organisaatioissa hyödynnetään moniammatillisia tiimejä tai työparitoimintaa monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisessa ja ohjaamisessa. Tiimien kokoonpano, kokoon-tumistiheys ja toimintaperiaatteet vaihtelevat. Tiimin koolle kutsumisen perusteina ovat ammattilaisella herännyt huoli asiakkaasta, lisääntyneet käyntimäärät tai yhteydenotot ja tilanteet, joita ei ole mahdollista ratkaista yhdellä tapaamiskerralla tai yksittäisen ammattilaisen osaamisella. Vaihtoehtoisesti voidaan tarvittaessa konsultoida sovittua yhteyshenkilöä tai tahoa.

4. Monialaisesta yhteistyöstä vastaava ammattilainen

Useissa organisaatioissa on käytössä toimintamalli, jossa tietyt ammattilaiset (kuten palveluohjaajat) vastaavat monialaisesti palveluja tarvitsevien asiakkaiden ohjauksesta, palvelujen yhteensovittamisesta ja ammattilaisten välisestä yhteistyöstä sen jälkeen, kun asiakas on muualla palvelujärjestelmässä tunnistettu. He selvittävät asiakkaiden tilanteita ja palvelujen tarpeita, kutsuvat tarvittaessa koolle muita ammattihenkilöitä sekä huolehtivat siitä, että palvelut toteutuvat sovitulla tavalla. Esimerkiksi Pohjois-Karjalan yhteisasiakkuus-mallissa tunnistetaan tiettyjen kriteerien perusteella yhteisasiakkaat, jotka tarvitsevat useita palveluja samanaikaisesti. Samalla varmistetaan, että he saavat tarvitsemansa tuen ja palvelut.

Taulukko 1. Esimerkkejä tunnistamisen toimintamalleista.

Toimintamalli	Kuvaus
Suuntima (Pirkanmaa)	Asiakkaan ja ammattilaisen yhdessä toteuttama asiakkuus-segmentoinnin työväline
Terveysyhötyarvio (Helsinki)	Tietojärjestelmiä hyödyntävä työväline, joka tuottaa muun muassa riskiarvioita ja räätälöityjä toimintaohjeita
Case manager -toimintamalli (Päijät-Häme)	Toimintamalli paljon palveluja tarvitsevan tunnistamista, palvelujen suunnittelua ja toteutusta varten
Yhteisasiakkuus-toimintamalli (Siun sote)	Toimintamalli yhteisasiakkaiden tunnistamiseksi ja palvelujen toteutumisen varmistamiseksi
PPT-asiakkaiden tuen ydinprosessimalli (Helsinki)	Toimintamalli paljon palveluja tarvitsevan asiakkaan tunnistamiseksi ja työskentelyn toteuttamiseksi

Tunnistamista vaikeuttavat tekijät

Monialaisesti palveluja tarvitsevien asiakkaiden tunnistamista vaikeuttavat eniten tietojärjestelmien kehittymättömyys, eriytyneet toimintakulttuurit, epätietoisuus toisten työstä tai osaaamisesta sekä toimintamallien ja menetelmien puute tai toimimattomuus. Toimijoiden asenteetkaan eivät aina edistä tunnistamista. Useimmat tunnistamisen välineet on kehitetty vain joko terveys- tai sosiaalipalveluiden käyttöön, eivätkä ne tue monia palveluja käyttävien tunnistamista. Vain harvoin välineet yhdistävät perus- ja erikoissairaanhoidon tietoja.

Tietojärjestelmät eivät yleensä automaattisesti tuota kokoavaa tietoa asiakkaista, jotka voisivat tarvita monialaisia palveluja. Työntekijät eivät välttämättä saa tietoa siitä, että heidän asiakkaansa käyttää useita palveluita tai käy esimerkiksi usein päivystyksessä. Salassapitosäädökset mainittiin olennaisena esteenä ammattilaisten väliselle tiedonsiirrolle sekä tietojen yhdistelemiselle eri järjestelmistä. Asiakkaat eivät toisaalta välttämättä halua antaa lupaa luovuttaa tietojaan eteenpäin. Tietoa siitä, miten kalliita tai monia palveluja tarvitsevien asiakkaiden tuen tarpeisiin vastataan, kootaan ja hyödynnetään vajavaisesti

Tunnistamista on kehitetty paikallisesti, mutta usein tunnistaminen on yksittäisten ammattihenkilöiden vastuulla, ilman järjestelmän tarjoamaa tukea. Ammattilaisten suhtautuminen tunnistamisen työkaluihin on paikoitellen ongelmallinen, eikä tunnistamisen toimintakäytäntöjä ja malleja hyödynnetä systemaattisesti. Työntekijät eivät aina esimerkiksi tiedä työkalun olemassaolosta tai sitä, mihin ja miten sitä käytetään. Kyselyn mukaan kokemukset käytetyistä tunnistamisen malleista ovat kuitenkin olleet melko myönteisiä.

TYÖ- JA TOIMINTAKYVYN TUEN TARPEEN TUNNISTAMINEN

Työkäisillä asiakkailla työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeen tunnistaminen on edellytys sille, että soveltuvia palveluja ja kuntoutusta voidaan järjestää. Selvityksessä kartoitettiin tunnistamisen toimintamalleja ja työkaluja hyödyntämällä keväällä ja kesällä 2019 tehtyä kyselyä.

Tunnistamisen toimintamalleja ja työkaluja

Kyselyyn vastanneista 29 prosenttia kertoi, että heidän organisaatiossaan on käytössä jokin sovittu käytäntö tai työkalu, jonka avulla voidaan ennakoita tai tunnistaa työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeessa olevat henkilöt. On myös organisaatioita, joissa mistään tietystä tunnistamisen toimintamallista tai vastuunjaosta ei ole sovittu. Tällöin tunnistaminen tapahtuu usein sattumanvaraisesti asiointitilanteissa, kun asiakkaan elämäntilanteesta havaitaan elämänhallintaan tai terveydentilaan liittyviä ongelmia.

Organisaatiossa työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeen tunnistaminen on voitu määrittellä tietyn ammattilaisen tai toimintayksikön tehtäväksi esimerkiksi siten, että tunnistaminen tapahtuu esimerkiksi palvelutarpeen tai hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä tai työllistymistä edistävissä monialaisessa yhteispalvelussa (TYP). Tunnistamisessa ja jatkotyöskentelyssä voidaan hyödyntää myös palveluohjaajia, työpareja ja monialaisia tiimejä sekä erilaisia työkaluja, kuten tietojärjestelmiä ja mittareita sekä terveys- ja hyvinvointi-indikaattoreita (esimerkiksi verenpaine, asunnottomuus, työttömyys).

Taulukko 2. Työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeen tunnistamisen työkaluja.

Työväline	Kuvaus
Työelämämatka	Asiakkaan työelämäsuhteen kahdeksan ulottuvuutta
Kompassi	Seitsemän elämänalueen arviointi
Kykyviisari	Työ- ja toimintakyvyn arviointimenetelmä
IMBA ja Melba	Melba: työn edellyttämien psykososiaalisten vaatavuustekijöiden arviointi. IMBA: työn edellyttämien fyysisten vaatavuustekijöiden, ympäristön olosuhteiden ja työturvallisuustekijöiden arviointi
15D	Kyselylomake, jolla asiakas voi itse arvioida elämänlaatuaan 15 eri ulottuvuudella
Sovari	Itsearviointiin pohjautuva anonyymi nettikysely, joka koostuu sosiaalisen vahvistumisen viidestä osa-alueesta
3X10D elämäntilannenmittari	Itsearviointiin perustuva elämäntilanteen kokonaisarviointi, joka sisältää 10 kysymystä
OnnenApila	Nuori arvioi värittämällä kahdeksaa apilanlehden muotoon koottua elämänosa-aluetta

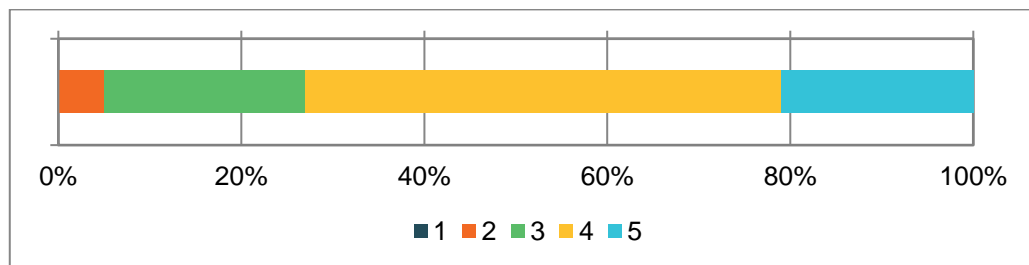
Vastaajat toivat laaja-alaisesti esille tunnistamisen toimintamalleja ja välineitä, jotka perustuvat sähköiseen asiointiin tai vuorovaikutteiseen työskentelyyn. Lakisääteisiä vuorovaikutteisia toimintamalleja ovat esimerkiksi aktivointisuunnitelmien ja monialaisten työllistymissuunnitelmien laatiminen. Muita vuorovaikutteisia malleja ovat muun muassa torniolainen Keroputaan malli, joka perustuu asiakkaan tai potilaan kanssa käytyyn avoimeen dialogiin, sekä Elämäntilanteen selvittämisen ympyrä -menetelmä (ESY), jossa asiakkaan kanssa työskennellään elämän kymmenen osa-alueen pohjalta.

Tietojärjestelmiä hyödynnetään esimerkiksi TE-palvelujen sähköisessä palvelutarvearvioinnissa (PAULA) ja TYP-palvelujen Selfi-menetelmässä, jossa asiakkaan ja työntekijän arvio palvelutarpeesta yhdistetään. TE-palvelujen asiakasprofiloinnissa hyödynnetään URA-järjestelmää, joka ilmaisee liikennevaloilla asiakkaan pitkäaikaistyöttömyyden riskiä. KunnanSyyni puolestaan on sosiaali- ja terveydenhuollon sekä TE-palvelujen yhteistyöhön tarkoitettu tiedonvälitystyökalu.

Paikalliset käytännöt ja puutteellinen seuranta

Työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeen arvioinnin toimintamalleja on runsaasti, mutta ne ovat yleensä alueellisia tai organisaatiokeskeisiä. Tunnistamista vaikeuttavat eniten tietojärjestelmien kehittymättömyys, toimintamallien ja menetelmien puute tai niiden toimimattomuus, eriytyneet toimintakulttuurit, epä tietoisuus toisten työstä tai osaamisesta ja toimijoiden asenteet. Tietojärjestelmiä ja tietoteknisiä mahdollisuuksia, kuten huolirajahälytyksiä ja tekoälyä, hyödynnetään vielä melko vähän. Kansallisten mittareiden käyttöä ja asiakastietojen määrämuotoista kirjaamista edistämällä olisi mahdollista saada valtakunnallisesti vertailtavaa ja yhteismitallista tietoa. Tietojärjestelmien hyödyntämistä vaikeuttavat kuitenkin muun muassa tietosuojaan liittyvät rajoitukset.

Esille nousseista kehittämistarpeista huolimatta vastaajista 73 prosenttia arvioi, että työ- ja toimintakyvyn tukemisen tarpeet tunnustetaan pääosin hyvin, ja vain viisi prosenttia arvioi tunnustamisen toteutuvan huonosti.



Kuvio 2. Miten hyvin tunnustetaan henkilöt, joilla on työ- ja toimintakyvyn tukemisen tarpeita (1 = erittäin huonosti, 5 = erittäin hyvin).

Vastaajat toivat esille erilaisia keinoja parantaa tunnustamisen edellytyksiä. Esimerkiksi tuen tarpeen ennakointiin ja varhaiseen tunnistamiseen halutaan luoda yhtenäisiä ja monialaisia käytäntöjä sekä toimijoiden väliset vastuut määritellä. Asiakkaan tulisi myös saada asiansa käsittelyyn jo ensimmäisellä yhteydenotolla riippumatta siitä, mihin palvelupisteeseen hän on yhteydessä. Konkreettisina parannusehdotuksina mainittiin muun muassa yhteisvastaanotot, yhteisesti sovitut tunnustamisen kriteerit ja palvelupolut sekä yhteiset suunnitelmat.

TYÖTTÖMIEN TERVEYSTARKASTUKSET

Työttömien terveystarkastukset ovat yksi keino tunnistaa työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeita. Työttömien terveystarkastusten toteutumista selvitettiin keväällä ja kesällä 2019 toteutetulla hankekyselyllä ja toukokuussa 2019 toteutetulla terveyskeskuskyselyllä.

Lakisääteinen velvoite järjestää

Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) kuntia velvoitetaan järjestämään terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia opiskelu- tai työterveyshuollon ulkopuolelle jääville nuorille ja työikäisille. Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut työttömien terveydenhuollon järjestämisestä ohjekirjeen vuonna 2013.

Erilaiset ohjausmallit ja -käytännöt

Hankekyselyn perusteella tavat ohjata työttömiä terveystarkastuksiin voidaan hyvin yleisellä tasolla luokitella kolmeen ryhmään.

1. Yleisimmän toimintamallin mukaan työttömiä ohjataan terveystarkastuksiin vapaasti eri palveluista ja toiminnoista. Noin 40 prosentissa hankekyselyn avovastauksista ohjauksen ainoana kriteerinä mainittiin työttömyys. Lähettävänä tahoina olivat yleisimmin TE-palvelut, kunnan työllisyyspalvelut ja TYP-palvelut. Myös sosiaalitoimi oli keskeinen ohjaava taho.
2. Toisena ryhmänä ovat toimintamallit, joissa ohjauksessa käytetään ainakin jonkin verran tarveharkintaa. Terveystarkastukseen ohjataan ennen kaikkea henkilöt, joiden työttömyys on pitkittynyt tai toistuvaa, joille ei ole tehty terveystarkastusta, joiden edellisestä terveystarkastuksesta on kulunut aikaa tai joilla on terveydellisiä ongelmia tai työkyvyn rajoitteita. Kriteerinä voi olla myös tarve arvioida työkykyä, kuntoutustarvetta tai eläkemahdollisuuksia.
3. Kolmantena ryhmänä ovat järjestelmälähtöiset toimintamallit, joissa ohjaus perustuu asiakkuuteen. Siinä työttömät systemaattisesti ohjataan tai heille tarjotaan mahdollisuutta terveystarkastukseen aina, kun asiakkuus esimerkiksi aikuissosiaalityössä, työllisyyspalveluissa tai TYP-palveluissa alkaa. Joskus mahdollisuutta terveystarkastukseen tarjotaan palveluissa säännöllisin väliajoin.

Kehittämistarpeet

Kyselyn perusteella terveystarkastus ymmärretään osana kokonaisvaltaista prosessia, joka alkaa siitä, että työtön tietää mahdollisuudestaan päästä terveystarkastukseen ja joka etenee ohjaamisen ja terveystarkastuksen kautta palautteen antoon, jatkotoimenpiteisiin ja seurantaan. Vastanneista 83 prosenttia arvioi, että työttömien terveystarkastuksissa on kehitettävää.

Tieto mahdollisuudesta päästä tarkastukseen ja ohjaaminen

Työttömillä ei ole riittävästi tietoa mahdollisuudestaan päästä terveystarkastukseen tai siitä, miten sinne voi hakeutua. Vuonna 2017 vain 45 prosentilla kuntia/terveyskeskuksia oli verkkosivuilla saatavilla tietoa työttömien terveystarkastuksista⁸. Toimintakäytännöt ja kriteerit työttömien ohjaamisessa terveystarkastuksiin vaihtelevat alueittain. Ohjaus tehdään joskus liian myöhään, jolloin tilanne on jo voinut vaikeutua.

Tuen tarve

Osa työttömistä tarvitsee nykyistä enemmän tukea terveystarkastusprosessin aikana. Työttömälle olisi hyvä nimetä tarkastusprosessista vastaava työntekijä, joka tukee työtöntä terveystarkastuksen aikana ja myös tarvittaviin palveluihin hakeutumisessa.

Tarkastuksen sisältö

Terveystarkastukset kuvaavat pikemminkin työttömän terveydentilaa kuin tukitoimien tarpeellisuutta. Tarkastuksia halutaan kehittää kohti työ- ja toimintakyvyn arviointia. Monialaista yhteistyötä ja tiedonkulkua pidetään tärkeänä vahvistaa.

Jatkotyöskentely

Työttömien terveystarkastuksia tulisi hyödyntää nykyistä paremmin jatkotyöskentelyssä. Palautteen antamisen, jatkosuunnitelmien laatimisen ja moniammatillisen työtavan periaatteista tulisi sopia kattavasti, jatkopolkuja työkyvyn arviointiin, kuntoutukseen ja muihin palveluihin tulisi selvittää, mallintaa ja ohjeistaa. Lisäksi jatkosuunnitelmien toteutumista tulisi seurata nykyistä paremmin.

Tilastoinnin ja kansallisen seurannan puutteet

Terveystarkastusten tilastointi on puutteellista. Työttömien terveystarkastuksissa tulisi ensinnäkin tilastoida niiden kuntien osuutta, jotka tarjoavat terveystarkastuksia työttömille ja toiseksi terveystarkastukseen osallistuneiden työttömien osuutta kaikista työttömistä. Kumpikin näkökulma kertoo palvelun yhdenvertaisesta saatavuudesta ja saavutettavuudesta.

Hankekyselyn vastaajista 75 prosenttia kertoi, että työttömien terveystarkastusten määrää tilastoidaan ja 25 prosenttia kertoi, että tilastointia ei tehdä. Kirjaukset tehdään yleisimmin terveydenhuollon tietojärjestelmiin. Toiseksi eniten kirjauksia tehdään ilmeisesti TE- ja TYP-palvelujen tietojärjestelmiin. Tilastointi on osin työntekijästä riippuvaista, ja sitä tehdään myös käsikirjanpidolla.

Noin kymmenesosa hankekyselyn vastaajista kertoi, että työttömien kokemuksia terveystarkastuksista arvioidaan ja noin kolmasosa kertoi, että arviointia ei tehdä. Usea vastaaja toi esille, että asiakaspalautetta kerätään joko yleisten palautejärjestelmien kautta tai vuosittaisissa palautekyselyissä, mutta arviointi ei tällöin välttämättä kohdennu juuri terveystarkastuksiin. Vastaajat toivoivat, että palautetta kerättäisiin nykyistä systemaattisemmalla tavalla.

LOPUKSI

Paljon tai monialaisesti palveluja tarvitsevien tunnistaminen toteutuu paikoin puutteellisesti. Tällä voi olla vaikutuksia palvelujen käytöstä kertyviin kustannuksiin mutta myös asiakkaiden ja potilaiden hyvinvointiin. Selkeiden toimintakäytäntöjen puuttuessa yksittäiselle ammattilaiselle jää suuri vastuu tunnistaa tuen tarpeet. Tarvitaan huolellisesti suunniteltuja ja toteutettuja ja tunnistamisen toimintamalleja, jotka tuottavat sekä yksilötasoisista että väestötasoisista tietoa.

Ennakoinnin ja tunnistamisen toimintamallien tulisi ottaa huomioon erityyppisiä tunnistamisen tilanteita. Niiden tulisi tunnistaa henkilöt, jotka ovat palvelujärjestelmän ulkopuolella, joiden asiakkuus on alkamassa ja jotka jo ovat palvelujen piirissä. Siksi tarvitaan tietojärjestelmien ja mittareiden tuottamaa tunnistetietoa yksilö- ja väestötasolla mutta lisäksi menetelmällistä työskentelyä, kuten etsivää työtä, matalan kynnyksen palveluja sekä vuorovaikutteista asiakas- ja potilastyötä. Ennakoinnin ja tunnistamisen tulisi olla kiinteä osa asiakastyön eri vaiheita.

Selvityksen perusteella voidaan tehdä joitakin yleisiä huomioita.

1. Ennakoinnin ja tunnistamisen toimintamallit muissa maissa ovat osin samankaltaisia kuin Suomessa. Muiden maiden käytännöistä nousevat esille muun muassa tunnistamisen keinojen monipuolisuus ja moniammatillisuus. Suomalaisessa kontekstissa olennaista on painottaa myös asiakkaan osallisuutta.
2. Rekisteritietoihin perustuva väestötasoinen analyysi tuottaa hyödyllistä tietoa palvelujen käytön arvioiduista kustannuksista, kustannusten kohdentumisesta ja monialaisesta palvelujen käytöstä. Ajantasainen seuranta edellyttää määrämuotoisen kirjauksen kehittämistä sosiaali- ja terveystaloudessa.
3. Suomessa kokemukset tunnistamisen toimintamalleista ovat pääosin myönteisiä, mutta malleja toteutetaan sattumanvaraisesti ja alueiden käytännöt vaihtelevat. Tietoa kootaan ja hyödynnetään asiakastyössä ja palvelujärjestelmän kehittämisessä vajavaisesti.

4. Työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeiden tunnistaminen tapahtuu paikallisesti sovitulla tavalla ja usein sattumanvaraisesti. Tämä voi viivästyttää palvelujen piiriin pääsyä ja vaikeuttaa ehkäisevää työskentelyä.
5. Työttömien terveystarkastukset eivät kaikin osin toteudu yhdenvertaisella tavalla. Kansallinen ja alueellinen ohjaaminen ja kehittäminen on vaikeaa, koska tilastointi ja seuranta ovat puutteellisia.

Paljon tai monialaisesti palveluja käyttävien henkilöiden tunnistamisessa on perusteltua hyödyntää paikallisiin olosuhteisiin kehitettyjä toimintamalleja ja työkaluja. Joiltakin osin toimintamallien tulisi kuitenkin olla kansallisesti yhteneviä ja sovittuja, jotta saadaan koottua yhteismitallista väestö-, ongelma- ja sairauserusteista tietoa. Samalla voidaan luoda tietopohjaa seurantaan, ohjausta ja vertaiskehittämistä varten.

Lisälukemista

Hietapakka L, Karjalainen P, Liukko E. & Sinervo T (2019) Monialaista palvelujen yhteensovittamista tarvitsevien asiakkaiden sekä työ- ja toimintakyvyn tukitarpeiden tunnistaminen Suomessa. Tutkimuksesta tiiviisti 52, 2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Kivipelto M, Suhonen M, Koivisto J, Tiirinki H. & Miikki R (2019) Monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisen ja ennakkoinnin mallit kansainvälisesti – kartoittava katsaus. Työpäperi 43/2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Koivisto J & Tiirinki H (toim.) (2020) Monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen ja ennakkoinnin toimintamallit ja työkalut – väliraportti. Työpäperi 4/2020, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Koivisto J & Tiirinki H (toim.) (2020) Monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen ja ennakkointi sosiaali-, terveys- ja työvoimapalveluissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 38/2020, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-908-0>

Viitteet

¹ Levett-Jones T, Hoffman K, Dempsey J, Jeong SY, Noble D, Norton CA, Roche J & Hickey N (2010) The 'five rights' of clinical reasoning: An educational model to enhance nursing students' ability to identify and manage clinically 'at risk' patients. *Nurse Educ Today* 30(6): 515–520.

² GeroS/Cezih; Monitoring and Evaluation of Healthcare Needs and Functional Ability of Gerontologic Insurees and Geriatric Patients. Saatavissa: http://www.stampar.hr/sites/default/files/Gerontologija/geros_cezih_monitoring_and_evaluation_of_healthcare_needs_and_functional_ability_elderly_2018.docx

³ Duarte ED, Tavares TS, Nishimoto CLJ, Azevedo VMGDO., e Silva BCN. & da Silva JB (2018) Questionnaire for identifying children with chronic conditions (QuICCC-R): translation and adaptation. *Acta Paulista de Enfermagem* 31(2): 144–152.

⁴ Donate-Martinez A, Rodenas F & Garces J (2016) Impact of a primary-based telemonitoring programme in HRQOL, satisfaction and usefulness in a sample of older adults with chronic diseases in Valencia (Spain). *Arch Gerontol Geriatr* 2016(62):169–175.

⁵ Cronley C, Petrovich J, Spence-Almaguer E & Preble K (2013) Do official hospitalizations predict medical vulnerability among the homeless? A postdictive validity study of the vulnerability index. *J Health Care Poor Underserved* 24(2): 469–486.

⁶ Gandjour AA (2016) Model to Predict the Cost-Effectiveness of Disease Management Programs. *Health Econ* 19(6): 697–715.

⁷ Tutkimusaineistoon sisältyivät Helsingin ja Oulun kaupungeissa, Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä (pois lukien Lahti ja Heinola) ja Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin alueella vuoden 2017 lopussa asuneet henkilöt, N = 1 048 180.

⁸ TEAviisari (2020) Perusterveydenhuolto. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2018. Verkkosivu, luettu 3.5.2020. <https://teaviisari.fi/teaviisari/fi/tiedonkeruu/58>

Lisätietoja:

Tutkimuspäällikkö Juha Koivisto, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Selvityksen tutkimusjohtaja. juha.koivisto@thl.fi, puh. 029 524 7164.

Erityisasiantuntija Hanna Tiirinki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Selvityksen hankekoordinaattori. hanna.tiirinki@thl.fi, puh. 029 524 7052.

Monialaisia palvelutarpeita omaavien tunnistaminen -hanke on toteutettu osana valtioneuvoston vuoden 2019 selvitys- ja tutkimussuunnitelman toimeenpanoa.

Hankkeen ohjausryhmän puheenjohtaja:

Lääkintöneuvos Taina Mäntyranta
Sosiaali- ja terveysministeriö, taina.mantyranta@stm.fi



Terveyden ja
hyvinvoinnin laitos

VALTIONEUVOSTON
SELVITYS- JA TUTKIMUSTOIMINTA
www.tietokayttoon.fi