

Juha Koivisto & Hanna Tiirinki (toim.)

Monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen sosiaali-, terveys- ja työvoimapalveluissa

Valtioneuvoston
selvitys- ja tutkimus-
toiminnan julkaisusarja

2020:38

ISSN 2342-6799

ISBN PDF 978-952-287-908-0

Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2020:38

Juha Koivisto & Hanna Tiirinki (toim.)

Monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen sosiaali-, terveys- ja työvoimapalveluissa

Valtioneuvoston kanslia

ISBN PDF: 978-952-287-908-0

Taitto: Valtioneuvoston hallintoyksikkö, Julkaisutuotanto

Helsinki 2020

Kuvailulehti

Julkaisija	Valtioneuvoston kanslia	25.8.2020
Tekijät	Juha Koivisto & Hanna Tiirinki (toim.)	
Julkaisun nimi	Monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen sosiaali-, terveys- ja työvoimapalveluissa	
Julkaisusarjan nimi ja numero	Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2020:38	
ISBN PDF	978-952-287-908-0	ISSN PDF 2342-6799
URN-osoite	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-908-0	
Sivumäärä	105	Kieli suomi
Asiasanat	Palvelutarpeet, tunnistaminen, ennakointi, työ- ja toimintakyky, työttömät, terveystarkastukset, tutkimus, tutkimustoiminta	
Tiivistelmä	<p>Hankkeen päätehtävänä oli tutkia ja selvittää, millaisilla toimintamalleilla ja työkaluilla voidaan tunnistaa monialaisesta palvelujen yhteensovittamisesta mahdollisesti hyötyvät henkilöt, millaisten edellytysten ja ehtojen vallitessa ne voivat toimia sekä miten niitä voidaan soveltaa eri asiakasryhmien kohdalla. Päätehtävä jakaantui viideksi alatehtäväksi, joiden keskeiset tutkimuskysymykset olivat seuraavat:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Minkälaisia monialaisen palvelutarpeen tunnistamisen ja ennakoinnin toimintamalleja ja työkaluja on käytössä tai kehitteillä muissa maissa? Mitä tiedetään niiden toimivuudesta ja mikä niiden sovellettavuus voisi olla Suomessa?2. Millaista on rekisteriaineistojen perusteella Suomen väestön sosiaali- ja terveystarpeiden käyttö ja käytöstä aiheutuneet kustannukset?3. Minkälaisia monialaisia palveluja tarvitsevien asiakkaiden ja asiakasryhmien tunnistamisen toimintamalleja ja työkaluja Suomessa on kehitetty ja käytössä? Mitä tiedetään niiden käytöstä ja toimivuudesta?4. Millaisia työ- ja toimintakyvyn tukitarpeiden tunnistamisen toimintamalleja ja työkaluja on käytössä eri toimialoilla ja mitä tiedetään niiden toimivuudesta?5. Kuinka kattavasti työttömien terveystarkastuksia on tehty, miten ne ovat toimineet ja onko tarkastuksia hyödynnetty asiakkaan jatko-ohjauksessa? <p>Hankkeen tulokset antavat alueille ja organisaatioille välineitä kehittää ja linjata monialaisen palvelutarpeen tunnistamisen ja ennakoinnin toimintamalleja sekä tunnistamisen jälkeistä yhteisasiakkaan asiakasprosessia, työ- ja toimintakyvyn tukitarpeiden tunnistamisen toimintamalleja sekä työttömien terveystarkastusten toteuttamista, hyödyntämistä ja tilastointia.</p>	
	Tämä julkaisu on toteutettu osana valtioneuvoston selvitys- ja tutkimussuunnitelman toimeenpanoa. (tietokayttoon.fi) Julkaisun sisällöstä vastaavat tiedon tuottajat, eikä tekstisisältö välttämättä edusta valtioneuvoston näkemystä.	
Kustantaja	Valtioneuvoston kanslia	
Julkaisun myynti/ jakaja	Sähköinen versio: julkaisut.valtioneuvosto.fi Julkaisumyynti: vnjulkaisumyynti	

Presentationsblad

Utgivare	Statsrådets kansli	25.8.2020
Författare	Juha Koivisto & Hanna Tiirinki (red.)	
Publikationens titel	Identifiering av multiprofessionellt servicebehov inom social- och hälsovården samt arbetskraftsservicen	
Publikationsseriens namn och nummer	Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 2020:38	
ISBN PDF	978-952-287-908-0	ISSN PDF 2342-6799
URN-adress	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-908-0	
Sidantal	105	Språk finska
Nyckelord	Servicebehov, identifiering, framförhållning, arbets- och funktionsförmåga, arbetslösa, hälsoundersökningar, forskning, forskningsverksamhet	
Referat <p>Projektets huvudsakliga syfte var att undersöka och utreda med vilken form av verksamhetsmodeller och verktyg man kan identifiera personer som eventuellt har nytta av multiprofessionell samordning av servicen, under vilka förutsättningar och villkor de kan fungera och på vilket sätt de kan tillämpas på olika klientgrupper. Det huvudsakliga syftet delades in i fem undersyften med följande fem frågeställningar:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Hurdana verksamhetsmodeller och verktyg för identifiering av multiprofessionellt servicebehov används i andra länder? Vad vet man beträffande deras funktion och kunde de vara tillämpbara i Finland?2. Utifrån registeruppgifterna, hurdan är finländarnas anlitande av hälso- och sjukvårdstjänsterna och vilka kostnader ger användningen upphov till?3. Hurdana verksamhetsmodeller och verktyg för identifiering av klienter och klientgrupper som behöver multiprofessionell service har utvecklats och används i Finland? Vad vet man om användningen av dem och deras funktion?4. Hurdana verksamhetsmodeller och verktyg för identifiering av stödbehov gällande arbets- och funktionsförmågan används i olika branscher och vad vet man om deras funktion? Hur omfattande hälsoundersökningar har gjorts av arbetslösa, hur har de fungerat och har undersökningarna utnyttjats i den fortsatta handledningen av klienterna? <p>Resultaten från projektet ger regioner och organisationer redskap för att utveckla och dra upp riktlinjer för verksamhetsmodeller för identifieringen och förebyggandet av multiprofessionellt servicebehov, för klientprocessen för de gemensamma klienterna efter identifieringen, för verksamhetsmodeller för identifiering av stödbehov gällande arbets- och funktionsförmågan samt för genomförandet, utnyttjandet och statistikföringen av hälsoundersökningar för arbetslösa.</p>		
Den här publikation är en del i genomförandet av statsrådets utrednings- och forskningsplan. (tietokayttoon.fi) De som producerar informationen ansvarar för innehållet i publikationen. Textinnehållet återspeglar inte nödvändigtvis statsrådets ståndpunkt		
Förläggare	Statsrådets kansli	
Beställningar/distribution	Elektronisk version: julkaisut.valtioneuvosto.fi Beställningar: vnjulkaisumyynti	

Description sheet

Published by	Prime Minister's Office	25 August 2020	
Authors	Juha Koivisto & Hanna Tiirinki (eds.)		
Title of publication	Identifying the individuals with integrated care needs in health, social and employment services		
Series and publication number	Publications of the Government's analysis, assessment and research activities 2020:38		
ISBN PDF	978-952-287-908-0	ISSN (PDF)	2342-6799
Website address (URN)	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-908-0		
Pages	105	Language	Finnish
Keywords	Service needs, identification, prediction, working capacity, unemployed, health examination, research, research activities		
<p>Abstract</p> <p>The principal task of the project was to study by which kinds of models and tools the individuals with integrated care needs could be identified, under which preconditions they might work, and how might they be applied with relation to different client groups. The main task was divided into five subtasks the study questions of which were as follows:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. What kinds of models and tools for identifying the individuals with integrated care needs are there in use or under development in the other countries? What is known about their workability and how might they be applied in Finland? 2. Based on the register datasets, what kinds of health and social care services do the Finns use, and what are the costs produced by the use? 3. What kinds of models and tools for identifying the individuals with integrated care needs are in use or under development in Finland? What is known about their use and workability? 4. What kinds of models and tools for identifying the individuals with support needs of working capacity are in use within the different fields of activity and what is known about their workability? 5. How extensively have the health examinations been made in Finland, how have they worked, and have they been utilized when guiding the clients further? <p>The results of the project give means for the regions and organizations to develop the models for identifying the individuals with integrated care needs and the service chains of them, the models for identifying the individuals with support needs of working capacity, and the realization, utilization and compilation of statistics of the health examinations of the unemployed.</p>			
<p>This publication is part of the implementation of the Government Plan for Analysis, Assessment and Research. (tietokayttoon.fi) The content is the responsibility of the producers of the information and does not necessarily represent the view of the Government.</p>			
Publisher	Prime Minister's Office		
Distributed by/ Publication sales	Online version: julkaisut.valtioneuvosto.fi Publication sales: vnjulkaisumyynti		

Sisältö

LUKIJALLE	9
1 Johdanto	10
1.1 Lähtökohdat.....	10
1.2 Käsitteet.....	11
1.3 Tunnistamisen tilanteet.....	13
1.4 Hankkeen tehtävät	14
1.5 Raportin rakenne.....	14
2 Kansainväliset mallit ja niiden soveltuvuus Suomessa	16
2.1 Katsauksen tavoitteet ja toteutus.....	17
2.2 Mitä mallit pyrkivät tunnistamaan tai ennakoimaan?.....	18
2.3 Tunnistamisen ja ennakoinnin mallit.....	20
2.3.1 Asiakas- ja potilastietojen käyttö tunnistamisessa	20
2.3.2 Ennakointi eri tietolähteitä ja toimenpiteitä yhdistelemällä	22
2.3.3 Itsearviointit.....	25
2.3.4 Kustannusperustainen ennakointi.....	25
2.4 Kansainvälisten mallien etuja ja haasteita.....	27
3 Monialainen tai kallis palvelujen käyttö Suomessa	30
3.1 Resurssit kohdentunevat pienelle väestön osalle.....	30
3.2 Aineisto ja menetelmät.....	32
3.3 Suurin osa käyttää perusterveydenhuollon avohoidon palveluja.....	33
3.4 Korkeimmassa kustannusdesiilissä kaikenikäisiä palvelujen käyttäjiä.....	36
3.5 Johtopäätökset ja pohdinta.....	39
4 Monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen sosiaali- ja terveyspalveluissa Suomessa	41
4.1 Tutkimuksen toteutus ja aineistot.....	41
4.1.1 Kyselyn tuloksia.....	42
4.1.2 Haastattelujen toteutus	43
4.2 Asiakassegmentoinnin apuvälineet.....	43
4.2.1 Suuntima	43
4.2.2 Terveysyötyarvio	45
4.3 Palveluohjaus toimintamallina.....	48
4.3.1 Päijät-Hämeen case manager -malli	48
4.3.2 Siun soten yhteisasiakkuus -malli	50

4.4	Paljon palveluja tarvitsevien tuen ydinprosessi Helsingissä.....	52
4.5	Monialaisen palvelutarpeen tunnistamisen kehittäminen	54
4.5.1	Tietojärjestelmiin liittyvät haasteet.....	55
4.5.2	Eri palvelujen välisten kuilujen kaventaminen yhteiseksi tavoitteeksi.....	57
4.5.3	Tunnistamisen kehittäminen asiakkaan tarpeista lähtien.....	57
4.6	Lopuksi.....	58
5	Työ- ja toimintakyvyn edistäminen	60
5.1	Työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeiden tunnistaminen	62
5.1.1	Tuen tarpeiden tunnistamisen tavat.....	62
5.1.2	Tunnistamisen toimintamallit ja mittarit.....	64
5.1.3	Toimintamallien puutteet ja kehittämiskohteet	67
5.2	Työttömien terveystarkastukset	69
5.2.1	Työttömien ohjautuminen terveystarkastuksiin	71
5.2.2	Työttömien terveystarkastusten toteutus	73
5.2.3	Jatkotoimenpiteet terveystarkastuksen jälkeen	76
5.2.4	Työttömien terveystarkastuksen prosessin kehittäminen	78
5.2.5	Työttömien terveystarkastusten tilastointi.....	82
5.3	Työ- ja toimintakyvyn tukeminen palvelujärjestelmässä.....	83
6	Yhteenveto	86
6.1	Pieni asiakasryhmä hyötyy monialaisesta palvelusta	86
6.2	Monialaisen palvelutarpeen tunnistamisesta puuttuu systemaattisuus.....	87
6.2.1	Tutkimuskirjallisuus painottuu palvelujen runsaan ja toistuvan käytön tunnistamiseen ja ennakointiin	87
6.2.2	Suomessa tunnistaminen tapahtuu konkreettisesti asiakastyössä	89
6.2.3	Tunnistaminen ja asiakasprosessi	90
6.3	Työ- ja toimintakyvyn tukitarpeiden tunnistaminen organisaatiokeskeistä.....	92
6.4	Työttömien terveystarkastuksissa ja niiden tilastoinnissa paljon kehitettävää	94
7	Johtopäätökset ja suositukset	97
	Lähteet	103

LUKIJALLE

Tämä on monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisen ja ennakkoinnin toimintamalleja ja työkaluja kartoittaneen PAPATA-hankkeen loppuportti. Hanke oli Valtioneuvoston kanslian selvitys- ja tutkimustoiminnan rahoittama, ja se toteutettiin 1.2.2019–30.6.2020. Hankkeen toteutti Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Järjestelmät-osaston neljä yksikköä.

Hankkeen päätehtävänä oli tutkia ja selvittää, millaisilla toimintamalleilla ja menetelmillä monialaisesta palvelujen yhteensovittamisesta mahdollisesti hyötyvät henkilöt voidaan tunnistaa, millaisia ovat niiden toimivuuden edellytykset ja ehdot, sekä miten niitä voidaan soveltaa eri asiakasryhmien kohdalla. Hankkeessa kartoitettiin sekä muissa maissa että kotimaassa kehitettyjä tai kehitteillä olevia tunnistamisen toimintamalleja ja työkaluja. Lisäksi selvitettiin Suomen väestön sosiaali- ja terveystarpeiden monialaista sekä kalista käyttöä, työ- ja toimintakyvyn tukitarpeiden tunnistamisen toimintamalleja ja työkaluja, sekä työttömien terveystarkastusten toteuttamista ja hyödyntämistä.

Hankkeen tulokset antavat alueille ja organisaatioille välineitä linjata ja kehittää monialaisen palvelutarpeen tunnistamisen ja ennakkoinnin toimintamalleja sekä tunnistamisen jälkeistä yhteisasiakkaan asiakasprosessia, työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeiden tunnistamisen toimintamalleja sekä työttömien terveystarkastusten toteuttamista, hyödyntämistä ja tilastointia.

PAPATA-projektiryhmä
Kesäkuu 2020

1 Johdanto

Juha Koivisto & Hanna Tiirinki

Tämän tutkimus- ja selvityshankkeen päätehtävänä oli tutkia ja selvittää, millaisilla toimintamalleilla ja työkaluilla voidaan tunnistaa monialaisesta palvelujen yhteensovittamisesta mahdollisesti hyötyvät henkilöt, millaisten edellytysten ja ehtojen vallitessa ne toimivat sekä miten niitä voidaan soveltaa eri asiakasryhmien kohdalla. Hankkeessa kartoitettiin sekä muissa maissa että kotimaassa kehitettyjä ja kehitteillä olevia monialaisen palvelutarpeen tunnistamisen toimintamalleja ja työkaluja. Lisäksi selvitettiin Suomen väestön sosiaali- ja terveyspalvelujen monialaista sekä kallista palvelujen käyttöä, työ- ja toimintakyvyn tukitarpeiden tunnistamisen toimintamalleja ja työkaluja sekä työttömien terveys-tarkastusten toteuttamista ja hyödyntämistä.

1.1 Lähtökohdat

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttöä on Suomessa selvitetty paikallisesti ja kiinnitettynä ensijaisesti käytön määrään ja kalleuteen. Selvitysten mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaista noin 10 prosenttia tuottaa noin 80 prosenttia työvoima-, sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista. Kapiaisen ym. (2010) selvityksen mukaan psyykinen sairaus oli selvästi merkittävin pääkaupunkiseudun erittäin kallista (yli 75 000 euroa vuodessa) palvelukäyttöä selittävä tekijä vuonna 2006. Tämän asiakasryhmän suurimman kustannuserän (40 %) muodosti psykiatrinen vuodeosastohoito, mutta he käyttivät myös somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitoa. Leskelän ym. (2013) selvityksen mukaan Oulussa kalleimpien asukkaiden kustannuksista 38 % syntyy pelkästään terveyspalveluja käyttäviltä ja 62 % asiakkailta, jotka käyttävät myös sosiaalipalveluja. He kuluttavat valtaosan kaupunginsairaalan, psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja sairaanhoitopiiriltä ostetun somaattisen erikoissairaanhoidon palveluista. Loput 90 % oululaisista käyttää enimmäkseen avoterveydenhuollon, kaupungin omien erikoislääkärien, kuntoutuksen, yhteispäivystyksen ja hammashoidon palveluja. Kallein kymmenesosa tarvitsee vuodessa keskimäärin neljää, muu väestö vain yhtä kunnan palvelukokonaisuutta.

Tässä selvityksessä keskitytään erityisesti monialaisia palveluja käyttäviin asiakkaisiin ja sellaisten henkilöiden ja asiakkaiden tunnistamiseen, jotka voisivat hyötyä monialaisista palveluista eli palveluintegraatiosta. Monialaisuuden näkökulmasta palvelujen käyttöä tarkastelevissa selvityksissä on havaittu, että esimerkiksi työttömyys, työkyvyttömyyseläke, päihdeongelmat, asiakkaan itse raportoima heikentynyt terveydentila, krooniset sairaudet ja yleinen tyytymättömyys elämäntilanteeseen voivat olla syinä monialaiseen palvelujen käyttöön (Huhtakangas ym. 2019; Kaattari ym. 2015). Palvelukäytön profiloinneissa monialaisia palveluja käyttävien asiakkaiden on tunnistettu jakautuvan esimerkiksi kuormittuneisiin lapsiperheisiin, erityistä tukea tarvitseviin vanhempiin, moniongelmaisiiin asiakkaisiin ja päihdeasiakkaisiin. (Ylitalo-Katajisto ym. 2018a).

Monialaista palvelujen käyttöä tai ilmeistä monialaista palvelutarvetta ei usein tunnista palvelujärjestelmässä, mikä voi johtua esimerkiksi palvelujärjestelmän hajautuneisuudesta, tietojärjestelmien erillisyydestä sekä tunnistamisen mallien ja työkalujen puutteesta. Asiakkaalla voi olla palvelukäyntejä useissa sosiaali- ja terveyspalveluissa, ja palvelujen käyttö voi olla hallitsematonta. Asiakkailla voi olla päällekkäistä palvelujen käyttöä tai he käyttävät palveluja, jotka eivät vastaa heidän yksilölliseen palvelutarpeeseensa. Palvelukäyttöä ei välttämättä koordinoi ja ohjaa kukaan. He voivat olla henkilöitä, joilla voi olla hyvin erilaisia sairauksia ja/tai moninaisia sekä kompleksisia elämänhaasteita. Hujalan ym. (2019) tutkimuksen mukaan tällaisten sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisasiakkaiden tunnistaminen ei ole systemaattista, ja sote-ammattilaisten on vaikeaa tunnistaa yhteisasiakkaita käytännön asiakastilanteissa. Tunnistamiseen on Suomessa kehitetty toimintamalleja ja työkaluja esimerkiksi Kaste-hankkeessa, mutta niiden soveltamista, käyttöä tai toimivuutta ei ole tutkittu tai selvitetty.

1.2 Käsitteet

Asiakaalla tarkoitetaan tässä selvityksessä sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävää henkilöä. Joihinkin raportissa esitettäviin monialaisen palvelutarpeen tunnistamisen malleihin liittyen palvelujen käyttäjää kutsutaan potilaaksi, jonka vuoksi raportissa käytetään molempia, sekä asiakas että potilas -käsitteitä.

Paljon palveluja käyttävä asiakas tarkoittaa tässä selvityksessä henkilöä, joka käyttää määrällisesti paljon palveluja, mutta ei välttämättä monialaisia palveluja. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että henkilö käyttää paljon terveyskeskuspalveluja tai henkilö käyttää monia kertoja tiettyä erikoissairaanhoidon palvelua. Sille, mikä on paljon, ei kuitenkaan ole olemassa absoluuttista määritelmää. Terveyspalveluja paljon käyttävistä asiakkaista onkin esitetty useita erilaisia määritelmiä. Kotimaisissa määrityksissä paljon palveluja käytävällä asiakkaalla on useimmiten vähintään kuusi terveyskeskuslääkärikäyntiä vuodessa.

Kansainvälisissä tarkasteluissa paljon palveluja käyttäväksi asiakkaaksi voidaan määritellä asiakas, joka käy terveyskeskuslääkärillä 2–24 kertaa vuodessa. (Hauswaldt ym. 2013; Koskela ym. 2010; LaCalle & Rabin 2010; Kattari ym. 2015; Ylitalo-Katajisto ym. 2018b.)

Sosiaali- ja työvoimapalveluissa paljon palveluja ja etuuksia käyttävien asiakkaiden määritelmät ovat joko etuuskohtaisia tai epävirallisia. Sosiaalipalveluissa puhutaan usein pikemminkin palvelun tai etuuksien käytön kestosta ja pitkäaikaisasiakkuuksista. Esimerkiksi pitkäaikaistyöttömällä tarkoitetaan työtöntä työnhakijaa, joka on ollut yhtäjaksoisesti vähintään 12 kuukautta työttömänä työnhakijana, ja pitkäaikaisena toimentulotuen asiakkaana pidetään henkilöitä, jotka ovat saaneet yli neljä kuukautta (alle 25-vuotiaat) tai yli 12 kuukautta (25 vuotta täyttäneet) toimeentulotukea.

Monialaisia palveluja käyttävä asiakas tarkoittaa tässä selvityksessä henkilöä, joka käyttää useamman kuin yhden toimialan tai palveluryhmän palveluja, esimerkiksi perusterveydenhuollon palveluja ja sosiaalihuollon avopalveluja. Ei ole olemassa absoluuttista määritelmää, kuinka monen toimialan tai palveluryhmän palveluja henkilön tulee käyttää, jotta käyttö olisi monialaista palvelujen käyttöä. Lisäksi sekä paljon palveluja käyttävien että monialaisia palvelujen käyttävien osalta tulee huomioida, että määrän laskeminen perustuu palvelujen ja toimialojen luokituksiin tai ryhmittelyihin, jotka ovat muuntuvia. Ne voivat olla hyvinkin erilaisia eri maissa.

Niiden henkilöiden tai asiakkaiden **tunnistaminen**, jotka voisivat hyötyä monialaisesta palvelujen yhteensovittamisesta, tarkoittaa tässä selvityksessä toimintaa, jossa koetetaan löytää ja indentifioida henkilö, jolla on haastava elämäntilanne erilaisine ongelmineen ja/ tai sairauksineen eikä hän ole vielä integroitujen, monialaisten palvelujen piirissä. Monialainen palvelutarpeen tunnistaminen perustuu aina joihinkin valittuihin kriteereihin, arvoihin, periaatteisiin, lakeihin ja käytössä olevaan tietoon. Henkilön haastava elämäntilanne ja/ tai monisairastavuus eivät ole sama asia kuin **monialaiset palvelutarpeet**. Systemaattinen monialaisen palvelutarpeen arviointi tehdään yhdessä asiakkaan kanssa sen jälkeen, kun henkilö on ensin löydetty ja identifioitu.

Monialaisen palvelukäytön ja -tarpeen **ennakointi** tarkoittaa tässä selvityksessä toimintaa, jossa tietyllä mallilla ennustetaan henkilön tai henkilöiden haasteiden ja/ tai sairauksien kasaantumista ja riskiä monialaiseen palvelujen käyttöön. Ennakointi voi tapahtua ennen kuin henkilö on ylipäättään palvelujen käyttäjä, kun hänen asiakkuutensa palveluissa on juuri alkanut tai kun hän jo käyttää palveluja.

1.3 Tunnistamisen tilanteet

Tässä selvityksessä kartoitettiin ja tarkasteltiin monialaisen palvelutarpeen tunnistamisen ja ennakkoinnin toimintamalleja ja työkaluja. Tarkastelu ei kohdistunut niinkään siihen, miten tunnistamisen tai ennakkoinnin tulisi tapahtua, vaan tarkastelun keskiössä oli esimerkiksi, miten mallien ja työkalujen tarkoitus on määritelty sekä millaisista toimijoista, vaiheista, tehtävistä, kriteereistä ja periaatteista mallit ja työkalut koostuvat.

Tunnistamisen ja ennakkoinnin paikkoja ja tilanteita voidaan tarkastella seuraavan kolmi- jaon pohjalta:

Palvelujen ulkopuolella olevat henkilöt: Osa monialaisista palveluista mahdollisesti hyötyvistä henkilöistä ei ole lainkaan palvelujen piirissä. Tieto heistä voidaan saada esimerkiksi henkilön itsensä tai hänen läheisensä yhteydenoton perusteella. Tällaisten henkilöiden löytämisessä voidaan hyödyntää esimerkiksi etsivää lähityötä, jalkautuvaa sosiaalityötä ja matalan kynnyksen palveluja, kuten asuinalueen yhteisiä olohuoneita tai kohtaamispaikkoja.

Palveluihin tulevat uudet asiakkaat: Asiakkaan tilanne arvioidaan, kun hän hakee palveluja tai etuuksia esimerkiksi sosiaalihuollosta, terveydenhuollosta, työllisyyspalveluista, Kelasta tai Ohjaamoista. Tunnistaminen voi tapahtua esimerkiksi neuvonnan ja ohjauksen yhteydessä sekä hoidon/palvelutarpeen arvioinnissa.

Palveluja jo käyttävät asiakkaat: Ammattilaiselle voi syntyä huoli asiakkaan tilanteesta esimerkiksi käyttämättä jääneiden aikojen tai toistuvien päivystyskäyntien perusteella. Asiakkaalla voi myös olla vaikeuksia saada palvelutarvettaan vastaavia palveluja. Tunnistaminen voi tapahtua esimerkiksi potilas/asiakassuunnitelman toteutumista seurattaessa ja arvioitaessa, palveluohjauksessa sekä työttömien ja erityisryhmien terveystarkastuksissa. Tunnistamisessa voidaan hyödyntää asiakas- ja potilastietojärjestelmien seurantatietoja.

Niiden henkilöiden tunnistaminen, jotka voisivat hyötyä monialaisesta palvelujen yhteensovittamisesta, on keskeinen toiminto prosessissa, jossa asiakkaita ohjataan heidän tarpeitaan vastaaviin palveluihin. Tunnistaminen on palveluprosessin onnistumisen keskeinen vaihe, mutta se ei vielä takaa sitä, että asiakkaan elämäntilanteen haasteet tai ongelmat tulisivat ratkaistuiksi. Erityisesti on kiinnitettävä huomiota siihen, miten tunnistamisen jälkeisen palveluprosessin jatkuminen varmistetaan. Tätä varten tulee olla määriteltynä yhteisasiakkaan palvelupolku, joka mahdollistaa yksilöllisten tarpeiden, elämäntilanteen sekä palveluun sitoutumiseen liittyvien voimavarojen huomioimisen. Vielä tärkeämpää olisi osata ennakoida henkilön mahdollista monialaista palvelutarvetta ja -käyttöä, jolloin voitaisiin tarjota varhaista tukea ja ehkäistä monialaisen palvelutarvepeen syntymistä.

Tunnistamiseen ja ennakointiin on kehitetty sekä Suomessa että muissa maissa useita erilaisia toimintamalleja ja työkaluja, mutta tietoa niiden käytöstä, toimivuudesta ja hyödyistä asiakkaiden saamaan apuun ja tukeen on saatavilla hajanaisesti. Tietoa tarvitaan erityisesti tunnistamisen toimintamallien ja menetelmien toimivuuden ehdoista ja edellytyksistä, jotta niiden soveltuvuutta vaikuttavuutta voidaan arvioida eri asiakasryhmien kohdalla.

1.4 Hankkeen tehtävät

Tämän hankkeen päätehtävänä oli tutkia ja selvittää, millaisilla toimintamalleilla ja työkaluilla voidaan tunnistaa monialaisesta palvelujen yhteensovittamisesta mahdollisesti hyötyvät henkilöt, millaisten edellytysten ja ehtojen vallitessa ne voivat toimia sekä miten niitä voidaan soveltaa eri asiakasryhmien kohdalla. Päätehtävä jakaantui viideksi alatehtäväksi, joiden keskeiset tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Minkälaisia monialaisen palvelutarpeen tunnistamisen ja ennakkoinnin toimintamalleja ja työkaluja on käytössä tai kehitteillä muissa maissa? Mitä tiedetään niiden toimivuudesta ja mikä niiden sovellettavuus voisi olla Suomessa?
2. Millaista on rekisteriaineistojen perusteella Suomen väestön sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ja käytöstä aiheutuneet kustannukset?
3. Minkälaisia monialaisia palveluja tarvitsevien asiakkaiden ja asiakasryhmien tunnistamisen toimintamalleja ja työkaluja Suomessa on kehitetty ja käytössä? Mitä tiedetään niiden käytöstä ja toimivuudesta?
4. Millaisia työ- ja toimintakyvyn tukitarpeiden tunnistamisen toimintamalleja ja työkaluja on käytössä eri toimialoilla ja mitä tiedetään niiden toimivuudesta?
5. Kuinka kattavasti työttömien terveystarkastuksia on tehty, miten ne ovat toimineet ja onko tarkastuksia hyödynnetty asiakkaan jatko-ohjauksessa?

1.5 Raportin rakenne

Tämän raportin rakenne jäsentyy hankkeen tehtävien mukaisesti artikkeleiksi. Lukujen 2–5 artikkeleissa kerrotaan tarkemmin, millaisiin kysymyksiin niissä haettiin vastausta, millaisin menetelmin ja aineistoin sekä miten selvitys toteutettiin. Luvun 2 artikkelissa luodaan katsaus muissa maissa kehitettyihin ja kehitteillä oleviin monialaisen palvelutarpeen tunnistamisen ja ennakkoinnin malleihin ja työkaluihin. Luvun 3 artikkelissa tarkastellaan Suomen väestön monialaista ja kallista palvelukäyttöä. Luvun 4 artikkelissa tarkastellaan

monialaisen palvelutarpeen tunnistamista kotimaassa ja tarkemmin eräitä Suomessa käytössä olevia monialaisen palvelutarpeen tunnistamisen toimintamalleja ja työkaluja. Luvun 5 artikkelissa tarkastellaan työ- ja toimintakyvyn tukitarpeiden tunnistamista sekä työttömien terveystarkastusten toteuttamista ja hyödyntämistä. Luvussa 6 luodaan synteesi koko hankkeen tutkimustuloksista. Luvussa 7 tehdään hankkeen johtopäätökset ja toimenpidesuositukset.

Hankkeen väliraportissa (Koivisto & Tiirinki (toim.) 2020) sekä erillisissä osajulkaisuissa (Kivipelto ym. 2019; Hietapakka ym. 2019) on julkaistu pääosa hankkeen tuottamista tutkimustuloksista. Tämän loppuraportin lukujen 2–5 artikkeleissa näitä tuloksia tuodaan tiivistetysti esiin kussakin omalla tarkkuudellaan.

Tällä hankkeen oli Työterveyslaitoksen toteuttama sisarhanke ”Työikäisten monialaisten palveluiden yhteensovittaminen ja vaikuttavuuden arviointi”, jota Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta myös rahoitti. Sisarhankkeessa tuotettiin kuvaa hallinnonalat ja palvelujärjestelmät ylittävästä työikäisten työkyvyn ja työllistymisen tuen palvelujen kokonaisuudesta sekä lisättiin tietoa siitä, miten yhteen sovitettavien palvelujen tuloksellisuutta ja vaikuttavuutta voidaan arvioida. Hankkeessa tuotettiin vaihtoehtoisia kehityskulkuja tulevaisuuden palvelujen järjestämiseen ja muodostettiin arviointityökalu monialaisten palvelujen vaikutusten ja vaikuttavuuden määrittämiseen.

2 Kansainväliset mallit ja niiden soveltuvuus Suomessa

Minna Kivipelto & Marjo Suhonen

Kansainvälisessä katsauksessa tarkasteltiin malleja, joiden avulla voidaan tunnistaa ja ennakoida haasteellisissa tilanteissa olevien ihmisten monialaisten palvelujen tarvetta. Monialaista palvelutarvetta indikoivat esimerkiksi taloudelliset ja sosiaaliset syyt sekä palveluissa asiointiin liittyvät liikkumisen vaikeudet ja kielimuuri. Kansainvälisissä julkaisuissa tarkasteltiin muiden muassa päihde- ja mielenterveysongelmien, kansantautien kuten verenpainetaudin ja diabeteksen sekä kroonisten sairauksien merkitystä lisääntyvän sosiaalisen tuen tarpeen ennakkoinnissa. Tutkimusten ja selvitysten mukaan eniten palvelutarvetta ja kustannuksia aiheuttivat erilaiset kansantaudit (sydän- ja verisuonitaudit, diabetes), useiden kroonisten sairauksien sairastaminen sekä päihde- ja mielenterveysongelmat. Henkilöt, joilla oli mielenterveysongelmia, positiivinen HIV/AIDS ja henkilöt, jotka olivat joutuneet rikoksen uhriksi, tarvitsevat usein sairaalahoitoa. USA:ssa vakuuttamattomilla henkilöillä on suurempi todennäköisyys joutua ensiapuun kuin niillä henkilöillä, joilla on vakuutus.

Kalliita palveluja käyttäneet potilaat raportoivat erityisesti selkäsäryistä, kroonisista särystä, masennuksesta, diabeteksestä, sydänvaivoista, korkeasta kolesterolista ja korkeasta verenpaineesta. Ahdistus, paniikkihäiriö ja negatiiviset elämäntapahtumat menneen vuoden aikana, sekä negatiivinen terveyskäyttäytyminen ja puutteellinen elämähallinnan tunne liittyivät henkilöiden runsaaseen perusterveydenhuollon käyttöön. Eniten perusterveydenhuollon palveluja käyttivät henkilöt, joilla oli ongelmia tai haasteita useammalla kuin yhdellä elämänalueella. Tällaisia ongelmia olivat esimerkiksi heikoksi koettu terveys, ongelmat sosiaalisissa suhteissa, sekä aiemmat negatiiviset kokemukset asiointista terveyspalveluissa. Tämän osion tulokset on julkaistu aiemmin erillisenä julkaisuna (Kivipelto ym. 2019).

2.1 Katsauksen tavoitteet ja toteutus

Euroopan väestö ikääntyy ja elää entistä pitempään, minkä myötä pitkäaikaissairaudet ja monisairastavuus yleistyvät. Moniongelmaisuus ja terveydellinen epätasa-arvo myös nuoremman väestön keskuudessa ovat kasvaneet. Samanaikaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvua tulisi hillitä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän on vastattava näihin uusiin haasteisiin kestävällä, tehokkaalla ja vaikuttavalla tavalla. (Koivisto & Liukko 2017.) Kansainvälisen katsauksen taustalla oli myös tieto siitä, että suhteellisen pieni joukko asiakkaista kuluttaa valtaosan sosiaali- ja terveydenhuollon resursseista (Kapiainen ym. 2010; Leskelä 2013). Psykiatrinen vuodeosastohoito, somaattinen erikoissairaanhoido ja vanhuspalvelut kerryttävät selvitysten mukaan kalleimpiin asiakkaisiin liittyviä kustannuksia. Euroopan eri maissa on viimeisen kymmenen vuoden aikana panostettu erityisesti palvelujen integraation kehittämiseen ja palvelujen asiakaslähtöiseen yhteensovittamiseen. Taustalla on oletus, että palvelujen parempi yhteensovittaminen säästää resursseja ja että sen avulla pystytään tehokkaammin vastaamaan monisairaiden ja moniongelmaisten asiakkaiden palvelutarpeisiin (Goodwin ym. 2017; Nolte 2017).

Myös muualla kuin Suomessa on pyritty tunnistamaan runsaasta ja kallista palvelujen käyttöä. Kannustimet tunnistamiselle kuitenkin vaihtelevat. Esillä olivat eettiset ja humaanit näkökohdat, mutta myös pelkkiä kustannuspohjaisia kannustimia voitiin tunnistaa. Usein erilaiset tarkoituserät olivat mukana tunnistamisen malleissa.

Kansainvälisessä katsauksessa kartoitettiin Suomen ulkopuolella kehitettyjä tunnistamisen ja ennakkoinnin toimintamalleja, käytäntöjä ja työkaluja. Katsauksessa kiinnitettiin huomiota siihen, miten mallien käyttötarkoitus määriteltiin, millaisiin kohderyhmiin niitä sovellettiin ja millaisiin sovellusympäristöihin niitä oli kehitetty. Tässä koonnissa keskityimme katsauksen tulosten yhteenvetoon ja pohdimme tulosten hyödynnettävyyttä Suomessa. Tunnistamisen mallit on kuvattu tarkemmin aiemmin julkaistussa THL:n työpaperissa (Kivipelto ym. 2019).

Katsaus toteutettiin tietokantahakuna. Tiedonhaku toteutettiin kirjallisuuskatsauksena THL:n käytössä oleviin tietokantoihin. Analyysissa oli mukana yhteensä 64 julkaisua. Analyysin toteuttamista kuvataan tarkemmin aiemmassa julkaisussa. (Kivipelto ym. 2019.)

Kartoittavan katsauksen tavoitteena oli luoda yleiskuva siitä, minkälaisia tunnistamisen tai ennakkoinnin toimintamalleja, käytäntöjä tai työkaluja ulkomailla on kehitetty tai kehitteillä sellaisten potentiaalisten henkilöiden tunnistamiseksi, jotka voisivat hyötyä monialaisesta palvelujen yhteensovittamisesta (Kivipelto ym. 2019). Katsauksen tutkimuskysymykset määriteltiin asetetun tavoitteen perusteella seuraavasti:

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

2.2 Mitä mallit pyrkivät tunnistamaan tai ennakoimaan?

Aineistossa oli tunnistettavissa (1) riskiryhmien ennakoiteja, (2) palvelujen suuren käytön ennakoiteja, (3) ensiapu- ja päivystyskäyntien ennakoiteja, (4) sairaalakäyntien ennakoiteja ja (5) kalliiden potilaiden tai asiakkaiden tunnistamisen välineitä. Lähes kaikkien mallien perusteena olivat kustannukset: kalliiden kustannusten tunnistaminen ja ennakkointi. Joissain tapauksissa tuotiin esiin myös se, että tunnistaminen mahdollistaa ehkäisevien toimenpiteiden suunnittelun, kun tiedetään, millaiset palvelut, asiakasryhmät, ongelmat tai sairaudet ovat muita kalliimpia.

(1) Riskiryhmien ennakkoinneilla tarkoitetaan tässä haasteellisissa tilanteissa olevien henkilöiden tunnistamista erilaisten mallien avulla, henkilöiden monialaisten palvelutarpeiden tunnistamista tai yksin kotona asuvien ja usein sairaalahoitoon joutuvien ikääntyneiden henkilöiden palvelutarpeiden arviointeja. Vaikeassa tilanteessa olevien ihmisten palvelutarpeiden ja monialaisten palvelutarpeiden ennakkointia pidettiin tärkeänä erityisesti sen vuoksi, että hoitamattomat ongelmat tai liian myöhään tapahtunut hoitoon pääsy aiheuttaa inhimillistä kärsimystä ja lisää taloudellisia kustannuksia. Palvelutarpeiden tunnistamiseksi seuloitiin erilaisia terveyteen ja sosiaalisiin tekijöihin liittyviä tekijöitä, joiden oletettiin olevan yhteydessä lisääntyneeseen palvelutarpeeseen. Tällaisia tekijöitä olivat esimerkiksi krooniset sairaudet, päihteiden käyttö, mielenterveysongelmat (esim. masennus), somaattiset terveysongelmat (esim. diabetes ja korkea verenpaine), aiemmat sairaalahoitojaksot, yksin asuminen, palvelujen käyttö, julkisten tukien tai etuuksien käyttö, työllisyys ja ansiot, taloudelliset vaikeudet, rikollisuus, lasten terveydentila ja käyttäytyminen. Usein myös ikä, sukupuoli ja henkilön etninen tausta otettiin huomioon. Riskiryhmien ennakkoinneissa käytettiin usein valmiita potilas- ja asiakastietoja, rekistereitä ja tilastoja.

(2) **Palvelujen suurkankäytön ennakoimista** pidettiin tärkeänä, koska paljon palveluja käyttävillä henkilöillä on usein monia sairauksia. Ennakointien painopiste oli aikuisväestössä, mutta mukana oli paljon myös ikääntyneiden palvelujen suurkankäyttöön liittyviä ennakoimisen menetelmiä. Palvelujen suurkankäyttöä pyrittiin tunnistamaan diagnosoitujen sairauksien ja riippuvuuksien (esimerkiksi mielenterveysongelmien tai päihteiden käytön) avulla. Aineistona käytettiin asiakas- ja potilasrekistereistä saatavia tietoja palvelujen käytöstä. Myös erilaisten kompleksisten palvelutarpeiden tunnistaminen kuului tähän ryhmään.

(3) **Ensiapu- tai päivystyskäyntien ennakoimista** tarkoittaa jatkuvien tai toistuvien ensiapu- ja päivystyskäyntien kartoittamista. Paljon ensiavussa ja päivystyksessä käyvät tunnistettiin käyntimäärien ja laaja-alaisesti väestöön kohdentuvien mallien perusteella. Päivystyspalveluita paljon käyttävillä oli yleisesti erilaisia somaattisia oireita. Myös sosiaaliset tekijät, kuten huono-osaisuus, näkyivät muuta väestöä runsaammassa ensiavun ja päivystyksen käytössä.

(4) **Sairaalakäyntien ennakoimista** korostuivat monisairaiden ja vanhusväestön riskien tunnistaminen. Myös uudelleen tai toistuvasti sairaalahoitoa tarvitsevien henkilöiden tunnistamisen mallit sijoitettiin tähän ryhmään. Haasteellisessa tilanteessa olevia ihmisryhmiä ovat esimerkiksi sydän- ja hengityselinten sairauksia sairastavat henkilöt, sekä mielenterveysongelmista ja köyhyydestä kärsivät henkilöt. Amerikkalaisesta vakuutusperusteisesta mallista on opittavissa se, että henkilöt, joilla on terveystakuutus, hakeutuvat muita todennäköisemmin sairaalahoitoon. Ilman vakuutusta olevia on hankala tunnistaa ja tavoittaa. Esimerkiksi vaikeasti päihde- ja mielenterveysongelmaisilla ei yleensä ole kattavia vakuutuksia, ja he pääsevät hoitoon vasta, kun tilanne on todella vaikea. Aineistona käytettiin enimmäkseen asiakas- ja potilasrekistereistä saatavia tietoja palvelujen käytöstä.

(5) **Kalliiden potilaiden tunnistaminen**. Kalliilla potilailla tarkoitettiin henkilöitä, jotka käyttävät paljon terveyspalveluja, ja myös kalliita palveluja. Tällaisia ihmisiä ovat esimerkiksi useita kroonisia sairauksia sairastavat henkilöt. Kalliiden potilaiden tunnistamisessa käytettyjä indikaattoreita olivat esimerkiksi kroonisten sairauksien lukumäärä, krooninen kipu, somaattiset sairaudet (esimerkiksi diabetes, masennus, sydän- ja verisuonitaudit), mielenterveysongelmat, liikunnan määrä viikossa, tupakointi, kehon rasvaprosentti, palvelujen käyttö, työtilanne, toteutuneet hoitotapojen käyttö, terveydenhuollon menot (vakuutusten korvaustiedot), ikä, sukupuoli ja etninen tausta. Lapsilla esimerkiksi käyttäytymiseen liittyvät haasteet, astma, palvelujen käyttö ja vanhempien terveydentila ennakoivat kalliiden palvelujen käyttöä. Kalliiden potilaiden tunnistaminen on tärkeää, koska jopa yksittäisen kalliin potilaan tuottamat kustannukset voivat olla mittavat. Aineistona käytettiin yleisimmin asiakas- ja potilasrekistereistä saatavia tietoja palvelujen käytöstä.

2.3 Tunnistamisen ja ennakoinnin mallit

Seuraavaksi esitellään lyhyesti kansainvälisessä katsauksessa löydettyjä tunnistamisen ja ennakoinnin malleja. Aineistossa oli runsaasti erilaisia asiakas- ja potilastietojen käytön malleja. Paljon oli myös sellaisia malleja, joissa asiakas- ja potilastietoja käsiteltiin asian- tuntijoiden ja usein myös asiakkaiden tai potilaiden kanssa. Viimeksi mainittujen mallien käytöstä raportoitiin eniten tyytyväisyyttä ja toimivuutta. Lisäksi aineistossa oli kyselytutkimuksiin pohjautuvia malleja, eri tietolähteitä hyödyntäviä malleja, asiakkaiden tai potilaiden itsearviointiin liittyviä malleja sekä kustannusperustaisia ennakoinnin malleja.

2.3.1 Asiakas- ja potilastietojen käyttö tunnistamisessa

Potilasrekisterien avulla voidaan tunnistaa vaativan hoidon tarpeessa olevia henkilöitä. Rekisterien avulla voidaan tunnistaa laajasti väestön keskuudesta erilaisten sairauksien ilmentymistä ja sairauksien puuttumista. Tunnistamisessa voidaan keskittyä etsimään erilaisia riskejä, sairauksia tai palvelujen käyttöä. Haasteelliset sosiaaliset tekijät liittyivät esimerkiksi yksin asumiseen, naapuruusolosuhteisiin, palvelujen käyttöön, julkisten tukien tai etuuksien käyttöön, työllisyyteen, taloudellisiin vaikeuksiin, rikollisuuteen tai lasten terveydentilaan ja käyttäytymiseen. Näitä tekijöitä tarkasteltaessa otettiin usein huomioon myös henkilön ikä, sukupuoli ja etninen tausta. Seuraavaksi esitellään muutamia esimerkkejä ennakoinneista ja tunnistamisen malleista, joissa on hyödynnetty asiakas- ja potilastietoja.

Kohonneen päivystykseen joutumisen riskin tunnistaminen. Mallissa pyritään tunnistamaan kroonisesti sairaiden henkilöiden joukosta ihmisiä, joilla on kohonnut riski joutua päivystykseen 12 kuukauden sisällä siitä, kun hänellä on diagnosoitu krooninen sairaus. Tällaisia kroonisia sairauksia ovat esimerkiksi keuhkohtaumatauti, astma tai diabetes. Taustamuutujista selvitetään käyntien syitä (pitkäaikaissairaudet, mielenterveysongelmat, sosiaaliset ongelmat), tehdään käyttäjäprofileita (esimerkiksi potilaan etninen tausta, sukupuoli, ikä, siviilisääty, aiemmat terveystiedot, mahdolliset muut hoitopaikat, vuosittaisten käyntien kokonaismäärä), tarkastellaan käyntien kiireellisyysluokituksia (potilaan kiireellisyysluokka) ja selvitetään käyntien ajoittumista ajankohdittain (päivystykseen saapumisaika/vuorokaudenaika, päivämäärä). Mahdollisuus joutua päivystykseen voidaan ennakoida laske- malla riskipisteet asteikolla 0–100 / henkilö. Pisteet ennakoivat todennäköisyyttä sille, että henkilö hakeutuu päivystykseen seuraavan vuoden aikana. Malli auttaa jakamaan ihmiset riskiryhmiin ja helpottaa palveluohjauksen kohdentamista tunnistetuille korkean riskin ryhmille. (Spoke 2013; Milbrett & Halm 2009; Moore ym. 2009.)

Vaativan hoidon tarpeessa olevien henkilöiden tunnistaminen. Clinical Reasoning (CR) -mallissa keskitytään sairaalahoidossa olevien potilaiden tietoihin. Tavoitteena on tunnistaa jo hoidossa olevien henkilöiden keskuudesta vaativan hoidon tarpeessa olevia. Tunnistamisen mallissa on viisi tekijää, joiden tulee täytyä: kyky kiinnittää huomio oikeisiin ”vihjeisiin” ja

ryhtyä oikeisiin toimenpiteisiin oikean asiakkaan kohdalla oikeaan aikaan ja oikeista syistä. Vihjeitä mahdollisesta vaativan hoidon tarpeesta haetaan asiakkaiden loppulausunnoista, potilashistoriasta, hoitoyhteenvedoista ja hoitotilastoista, aiemmin tehtyjen tutkimusten tuloksista ja hoitotyön tai lääketieteellisten toimenpiteiden arvioinneista. Vihjeet vaativan hoidon tarpeesta saattavat tulla esiin lääketieteellisen hoidon aikana tai hoidon jälkeen. Varhaiset ja myöhemmin ilmentyvät varoitusmerkit esitetään viitearvoina, joihin on kiinnitettävä huomiota esimerkiksi virtsaamisen, tajunnan tason, hengitysteiden tilan ja verenpaineen osalta. (Levett-Jones ym. 2010.) Tässä mallissa on kyse enemmänkin hoitoalan ammattilaisten perustyöstä, joskin se auttaa myös kiinnittämään tehokkaammin huomiota esimerkiksi kotiusvaiheessa olevien potilaiden mahdolliseen tulevaan sairaalahoidon tarpeeseen.

Palvelujen suurenkäyttäjien tunnistaminen. Palvelujen suurenkäyttöä voidaan ennakoida palveluja käyttävien asiakkaiden joukosta asiakas- ja potilastietoja hyödyntäen. Luokittelu tehdään muodostamalla erilaisia asiakasryhmiä:

Esimerkki asiakasryhmäluokittelusta: Ryhmä I: palveluita usein käyttävät henkilöt: käyttänyt palveluita yli neljä kertaa vuoden aikana; ryhmä II: palvelujen suurenkäyttäjät: yli 50 hoitovuorokautta vuoden aikana ja ryhmä III: palveluita usein käyttävät + palvelujen suurenkäyttäjät. (Beck 2016.)

Esimerkki asiakasryhmäluokittelusta: (1) henkilöt, joilla on alkoholiongelma ja kodittomuutta, (2) henkilöt, joilla on mielenterveysongelmia, päihteiden väärinkäyttöä ja kodittomuutta, (3) henkilöt, joilla on somaattisia sairauksia, (4) henkilöt, joilla on vakavia mielenterveysongelmia, huumeriippuvuutta ja kodittomuutta ja (5) henkilöt, joilla on somaattisia sairauksia, päihteiden käyttöä ja mielenterveysongelmia. (Rinehart ym. 2018).

Sosiaalisen tuen tarpeessa olevien henkilöiden tunnistaminen. Terveystuon potilaiden joukosta voidaan pyrkiä tunnistamaan henkilöitä, joiden kohdalla terveysongelmiin liittyy myös sosiaalisia riskitekijöitä. Ensimmäisessä vaiheessa asiakas- tai potilastiedoista käydään läpi binääristen muuttujien avulla: ”kyllä” (=on sosiaalisia riskejä) tai ”ei” (=ei havaittavia sosiaalisia riskejä). Tämän jälkeen ”kyllä”-ryhmän kohdalla tarkempia tietoja haetaan asiakkaiden laskutus- ja ajanvaraustiedoista. Seuraavaksi löydettyjä riskiryhmiä tai -tapauksia tarkastellaan lähemmin. Syitä sille, että henkilön asia voidaan ottaa monialaisen ryhmän käsittelyyn, ovat esimerkiksi epätarkoituksenmukainen palvelujen käyttö, käyttämättä jääneet ajat, sairaalajakso tai ensiavussa asiointi, päihteiden käyttö, mielenterveysongelmat tai krooniset sairaudet. Asiakas kutsutaan mukaan tapaamiseen. Asiakkaan ohella tapaamiseen osallistuu tarpeen mukaan eri alojen asiantuntijoita (lääkäreitä, terveydenhoitajia, sosiaalityöntekijöitä, ravitsemusasiantuntijoita, vanhustyön asiantuntijoita). Tämän jälkeen on tärkeää, että muodostetaan yhteinen ymmärrys sosiaalisen tuen tarpeesta ja tehdään suunnitelma tarpeisiin vastaamiseksi. Esimerkiksi päätetään hoitoon pääsyn tai läheteiden tekemisen helpottamisesta näiden asiakkaiden kohdalla. (Vest ym. 2017.)

Perusterveydenhuollon tarpeessa olevien henkilöiden tunnistaminen. Tarpeita voidaan tunnistaa (1) palvelua käyttäneiden tai (2) niitä vähän tai ei lainkaan käyttäneiden (palvelujen ulkopuolella olevat) keskuudesta.

1. *Palvelua käyttäneet:* Asiakas- ja potilastietoja kootaan henkilöistä, jotka ovat olleet yhteydessä perusterveydenhuoltoon tietyn ajanjakson kuluessa (esimerkiksi edellisen vuoden aikana). Mallin avulla voidaan tunnistaa asiakasryhmiä, jotka ovat käyttäneet runsaasti terveydenhuollon palveluja (naiset, raskaana olevat, lapset ja yli 60-vuotiaat).
2. *Palvelujen ulkopuolella olevat:* Tiedoista voidaan paikantaa myös heitä, jotka eivät ole käyneet perusterveydenhuollossa esimerkiksi kuluneen vuoden aikana tai jotka eivät ole tulleet kutsuttuina perusterveydenhuollon terveystarkastuksiin. Näin voidaan pyrkiä selvittämään palvelujen alikäyttöä ja löytämään ihmisiä, joilla on diagnosoimattomia sairauksia. (Lyng Pedersen ym. 2012.)

2.3.2 Ennakointi eri tietolähteitä ja toimenpiteitä yhdistelemällä

Katsauksessa tuli esiin paljon myös eri tietolähteiden ja toimenpiteiden yhdistämistä ennakointien välineenä. Yleensä tiedot kootaan ensin asiakas- tai potilasrekistereistä, ja tämän jälkeen tietoja käsitellään monialaisessa asiantuntijatiimissä.

Ikääntyvien henkilöiden tuen tarpeen ennakointi. GeroS -mallissa tietoja kootaan erilaisilta palveluntuottajilta, vakuutusyhtiöiltä, potilasrekistereistä ja vanhustenhoidosta. Tietolähteistä pyritään tunnistamaan tekijöitä, jotka liittyvät ikääntyneiden henkilöiden haasteellisiin tilanteisiin. Tunnistamisessa käytetään useita muuttujia, kuten ikä, sukupuoli, työpaikka ennen eläköitymistä, henkilön liikkumiseen liittyvät asiat, elämänhallinta ja toimintakyky, terveystyötyminen (tupakka, alkoholi), kolesteroli, verensokeriarvot ja käytössä olevat reseptilääkkeet. Mallin kehittäjät suosittelevat, että kun henkilö täyttää 65 vuotta, hänestä kootaan tiedot GeroS -systeemiin, josta ammattilaiset näkevät kaikki yksittäisen henkilön tiedot. Tietojen yhteen kokoaminen helpottaa ikääntyneiden palvelujen käytön tarpeen ennakointia. Oleellista on, että koottuja tietoja käydään läpi ja tarkastellaan yhdessä eri ammattilaisen kanssa. Malliin kuuluu myös se, että tietoja käydään läpi niin sanotuissa gerontologisissa työpajoissa, joihin osallistuu ammattilaisia ja asiantuntijoita. Malli pyrkii samalla siis sitouttamaan toimijoita yhteisiin tavoitteisiin. GeroS -systeemi auttaa keräämään hyvin tietoa kaikista ikääntyneistä, eikä se kerro vain esimerkiksi kotihoidon piirissä olevista henkilöistä. Mallin käyttöönotto vaatii aikaa ja resursseja, jos maan jokaisen rekisterin, palveluntuottajan ja vakuutusyhtiön ylläpitämä tieto asiakkaista kerätään yhteen paikkaan. (GeroS 2018.)

Korkean riskin potilaiden tunnistaminen somaattisten sairauksien näkökulmasta. Comprehensive Care Centers and Homecare Program soveltuu käytettäväksi perusterveydenhuollossa, jossa pyritään tunnistamaan erityisesti paljon palveluja käyttäviä henkilöitä sekä niin sanottuja kalliita potilaita. Potilastietojen avulla seulotaan sairaalasta vastikään kotiutuneita henkilöitä. Seulonnan kohteena voivat olla henkilöt, joilla on tiettyjä vakavia sairauksia, kuten vakavia keuhko- tai sydänsairauksia. Vaiheessa 1 potilastiedoista haetaan sairaalasta kotiutettujen henkilöiden tiedot. Vaiheessa 2 pyritään tunnistamaan asiakkaat, joilla on esimerkiksi vakava keuhko- tai sydänsairaus. Vaiheessa 3 tunnistetuille henkilöille järjestetään lääkärin tai sosiaalityöntekijän tapaaminen. Tapaamiset kestävät 45–60 minuuttia ja ne voidaan järjestää terveysasemalla tai asiakkaan kotona. Sosiaalityöntekijät avustavat potilaiden taloudellisten tai asumiseen liittyvien vaikeuksien ratkaisemisessa tai järjestämällä potilaiden liikkumista edistäviä palveluja. Asiakkaan tilannetta seurataan myös puhelimitse. Seurattavia asioita ovat henkilön terveydentila, lääkitys, talous, asuminen ja liikkuminen. Terveysaseman aikatauluihin tulee sisällyttää riittävästi joustavuutta, jotta esimerkiksi potilas, jonka on palattava seuraavana päivänä asioimaan lääkitysmuutosten seuraamiseksi, voi helposti saada tapaamisajan. Mallin avulla on tarkoituksena lisätä ja tehostaa lääkäreiden tietoa ja tiedon käyttöä potilaan tilanteesta. Kokemukset mallista olivat myönteisiä: paljon palveluja käyttävien henkilöiden sairaalassa olo väheni 20 prosenttia kaksivuotisen intervention aikana. (Feder 2011.)

Paljon ensiapua käyttävien tunnistaminen ja hoidon koordinointi. Sähköisen ensihoidon koordinaatiomallin (ED-Based Care Coordination) avulla pyritään ensin (a) tunnistamaan ensiavussa paljon asioivia henkilöitä. Tämän jälkeen (b) kartoitetaan asiakkaiden monialaisia palvelutarpeita ja (c) laaditaan heille monialainen sähköinen ensihoito- tai palvelusuunnitelma, jota käytetään aina, kun asiakas asioi ensiavussa. Paljon palveluja käyttävät asiakkaat määrittellään siten, että heillä on eniten käyntejä viimeisen 30 päivän ja viimeisen vuoden aikana. Tutkimuksellisesti asiakkaat voidaan satunnaistaa interventoryhmään ja verrokkiryhmään. Lääkärit ja avustajat tekevät yksityiskohtaisen katsauksen kaikista interventoryhmän potilaista lääketieteellisten ja sosiaalisten kysymysten tunnistamiseksi. Tämän jälkeen tehdään hoitosuunnitelma ensihoidon laadun, tehokkuuden ja koordinoinnin parantamiseksi kunkin tunnistetun paljon asioivan potilaan kohdalla. Suunnitelma laaditaan yhdessä potilaan verkostojen ja muiden palvelujen tarjoajien kanssa (esim. perusterveydenhuollon tarjoajat, lääketieteen asiantuntijat, sosiaalityöntekijät). Suunnitelma viedään sähköiseen potilas- tai terveystietokantaan. Suunnitelma tulee olla nähtävillä, kun henkilö asioi ensiavussa. Interventioon kuuluu myös kokemusasiantuntijan palvelut. Kokemusasiantuntija auttaa paljon palvelua käyttävien potilaiden hoidon koordinoinnissa ja käsittelee tyydyttämättömään palvelutarpeeseen vaikuttavia sosiaalisia kysymyksiä potilaan tarpeet huomioiden. Mallissa kokemusasiantuntijat ovat terveydenhuollon asiantuntijoiksi koulutettuja henkilöitä, joilla on myös omaa kokemusta palvelujen käytöstä. Heillä on muuta henkilökuntaa enemmän aikaa asiakkaalle, ja myös kulttuurisia taitoja kohdata erilaisia asiakasryhmiä. Mallin vaikuttavuus on osoittautunut hyväksi. Tutkimustulosten

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

Riskiasiakkaiden tunnistamisen malli ja palveluohjaus. Casaplus-ohjelma ohjaa tunnistamaan ennaltaehkäisevästi yli 55-vuotiaita henkilöitä, joilla on suuri riski joutua sairaalaan seuraavan kahdentoista kuukauden aikana. Malli toimii siten, että henkilöt haetaan potilasrekistereissä olevien tietojen avulla. Tämän jälkeen heidän tilanteensa arvioidaan puhelimitse, jonka perusteella henkilö sijoitetaan joihinkin seuraavista riskiryhmistä: sydän- ja verisuonisairaudet, maha-suoli-kanavan sairaudet, kroonisia kiputiloja sairastavat, aliravitsemus, kaatumisriski ja sosiaaliset riskit. Toimenpiteet kohdistetaan riskiryhmien tarpeiden perusteella (esimerkiksi henkilöt, joilla on sydän- ja verisuonisairaus, maha-suoli-kanavan sairaus tai joilla oli kroonisia kiputiloja). Jos riskiryhmä on sellainen, että heillä on somaattisten sairauksien lisäksi myös muita ongelmia, tarjotaan heille myös palveluohjausta (case management), henkilökohtaista tukea ja opastusta, voimavarojen vahvistamista ja elämänhallinnan tukemista. Ison riskin ryhmille tehdään sairaanhoitajan kotikäyntejä ja tarjotaan puhelinpäivystysaikoja ympäri vuorokauden. Kaikille ryhmille tehdään myös säännöllistä puhelinseurantaa ja tarjotaan tarpeen mukaan asiantuntija-apua. Kaikille ryhmille oli tarjolla myös päivystysaikoja. Casaplus-ohjelmasta tehtyjen arviointien perusteella asiakkaat ovat olleet erittäin tyytyväisiä. Huolimatta asiantuntijapanostusten lisäämisestä, ohjelman on laskettu tuovan myös säästöjä. (Struckmann 2016.)

Kyselytutkimusten käyttö tunnistamisessa

Mielenterveyspainotteiset mittarit. Paljon perusterveydenhuollon palveluja käyttäviä aikuisia voidaan kartoittaa useiden erilaisten kyselypohjaisten mittarien käytöllä, esimerkiksi (1) The Illness Attitude Scales, IAS mittaa terveyshuoliin ja terveystyöskentelyyn liittyviä pelkoja, asenteita ja uskomuksia, (2) Paerlin-Schooler Mastery mittaa sitä, miten henkilö kokee voivansa hallita elämässään tapahtuvia muutoksia, (3) Life Event Questionnaire, LEQ mittaa henkilön negatiivisia elämäntapahtumia kuluneiden 3-12 kk aikana ja (4) Patient Health Questionnaire, PHQ mittaa masennusta ja ahdistuneisuutta. (Smits ym. 2014.)

Lapsille suunnatut kyselyt. Lasten kohdalla voidaan pyrkiä tunnistamaan erilaisia toiminnallisia rajoitteita, runsasta palvelujen käyttöä tai tiettyjä riskiryhmiä. Lapsia koskevat 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 käyttöön. Kysely voidaan toteuttaa puhelimitse, ja se kestää keskimäärin kaksi minuuttia. Kyselyä on helppo käyttää. Kyselyä on tekijöiden mukaan sovellettu paljon myös maailmanlaajuisesti. (Duarte ym. 2018.)

2.3.3 Itsearviointit

Telemonitorointimenetelmään perustuva biometrinen riskin arviointi somaattisia sairauksia sairastaville. Valcronic-ohjelman avulla voidaan ennakoida ikääntyneiden pitkäaikais-sairaiden korkeaa riskiä joutua sairaalahoitoon. Valcronic on telemonitorointiin perustuva ohjelma, jolla tuotetaan tietoa biologisista muuttujista (esimerkiksi verenpaine, sydämen syke, verensokeri ja paino), jotka liittyvät kroonisesti sairaiden ikääntyneiden terveydentilaan. Tiedot kootaan siten, että potilaat lähettävät itse terveystietojensa esimerkiksi älypuhelimien tai tietokoneiden avulla. Terveystietojensa henkilökohtaisesti tarkastelee tietoja ja pyrkii niiden avulla hallitsemaan kroonisesti sairaiden ikääntyneiden tilannetta. Ohjelmaan osallistuneiden potilaiden mukaan laitteita oli helppo käyttää ja ne toimivat hyvin. Laitteiden käyttö koettiin turvalliseksi ja mukavaksi. Käyttö edellyttää kuitenkin tukea, jotta tietojen kokoaminen ja lähettäminen onnistuvat. Kokemukset ennakoitimenetelmästä olivat potilaiden näkökulmasta erittäin myönteiset. Terveyspalveluiden käyttö väheni ohjelman myötä. 51 prosenttia osallistuneista kertoi terveyskeskuskäyntien vähentyneen merkittävästi Valcronic-ohjelman aikana. 40 prosenttia osallistuneista kertoi, että kommunikointi hoitohenkilökunnan kanssa oli parantunut. Kaikki ohjelmaan osallistuneet ikääntyneet kroonisesti sairaita kokivat elämänlaatunsa parantuneen. Yli 50 prosenttia osallistuneista kertoi terveystietoisuutensa lisääntyneen ohjelman myötä: heillä oli aiempaa parempaa tietoa terveydestään ja oireistaan, ja he kokivat pystyvänsä hallitsemaan oireitaan aiempaa paremmin. Yli 50 prosenttia oli muuttanut elintapojaan terveellisemmiksi ohjelman myötä. Yhteenvedon Valcronic-ohjelma vähensi terveyspalvelujen käyttöä ja lisäsi koettua elämänlaatua. (Doñate-Martínez ym. 2016.)

Köyhien ja kodittomien sairaalakäyntien ennakoitimenetelmä haavoittuvuusindeksin (Vulnerability Index, VI) avulla. Amerikkalaismallissa seulotaan kodittomien ja varattomien henkilöiden joukosta heitä, joilla on suuri riski joutua sairaalahoitoon. Seulonnan välineenä käytetään haavoittuvuusindeksiä, joka perustuu ihmisten itse raportoimiin tietoihin sairaalapalvelujen käytöstä ja kroonisista sairauksistaan. Haavoittuvuusindeksin avulla voidaan tarkastella kodittomien tai varattomien henkilöiden kroonisia sairauksia, päihteiden käyttöä ja mielenterveysongelmia. Lisäksi seulontamenetelmässä otetaan huomioon henkilön ikä, etninen tausta ja aiemmat sairaalajakso. Kokemukset haavoittuvuusindeksin käytöstä ovat olleet lupaavia: korkea haavoittuvuusindeksin pistemäärä korreloi kodittomien tai köyhien henkilöiden itse kertoman sairaalahoitoon joutumisen kanssa. (Cronley ym. 2013.)

2.3.4 Kustannusperustainen ennakoitimenetelmä

Terveystaloustieteelliseen arviointiin perustuva malli. Sairaussidonnaisten kustannusten ja kustannusvaikuttavuuden tunnistamisen malli (Disease Management Program, DMP) soveltuu pitkän aikavälin kustannusten seurantaan ja arviointiin. Malli perustuu terveystaloustieteelliseen arviointiin, joissa mukana ovat esimerkiksi sairauden esiintyvyys populaatiossa, lääkärillä käyntien määrä ja aika, sekä toteutunut hoito. Mallia on sovellettu

verenpainetaudin hoidon kustannusten ennakkoinnissa. Mallin avulla kartoitettiin laajasti verenpainetaudin hoitoon liittyvät kokonaiskustannukset mukaan lukien lääkehoidot, sairaalahoidot ja esimerkiksi lääkkeiden käyttöön liittyvät ohjaus- ja opastustilanteet. Mukana olivat myös kustannukset, jotka aiheutuvat alihoidosta tai hoidon puuttumisesta (esimerkiksi kustannukset, jotka aiheutuvat halvauksen tai aivoinfarktin hoidosta). Taulukoidut kustannukset olivat silmiinpistäviä: esimerkiksi ryhmässä tapahtuva lääkehoidon opastus maksoi 13 euroa henkilöltä, kun halvauksen hoidon kustannukset sairastumisen jälkeisenä ensimmäisenä vuonna olivat 23 000-24 000 euroa henkilöltä. Mallin avulla voidaan laskea alhaisen ja korkean riskin henkilöiden kustannuksia. Tulosten perusteella alhaisen riskin henkilöillä oli seuraavat tunnusmerkit: systolinen verenpaine alle 140 mmHg; kokonaiskolesteroli 168 mg/dl (naisilla) ja 166 mg/dl (miehillä), HDL -kolesteroli 69 mg/dl naisilla ja 56 mg/dl miehillä, ei sydän- ja verisuonisairauksia, ei diabetesta, ei tupakointia. Korkean riskin henkilöillä oli puolestaan systolinen verenpaine yli 163 mmHg, kokonaiskolesteroli 318 mg/dl naisilla ja 313 mg/dl miehillä, HDL -kolesteroli 26 mg/dl naisilla ja 22 mg/dl miehillä, diabetes ja sydämen vasemman kammion suurentumaa sekä tupakointia. (Gandjour 2010.)

Kalliiden potilaiden tunnistamisessa kiinnitetään huomiota kroonisten sairauksien lukumäärään, krooniseen kipuun, somaattisiin sairauksiin (esimerkiksi diabetes, masennus, sydän- ja verisuonitaudit), mielenterveysongelmiin, liikunnan määrään viikossa, tupakointiin, kehon rasvaprosenttiin, palvelujen käyttöön, työtilanteeseen, sairaalahoitojaksoihin, päivystyskäynteihin, terveydenhuollon menoihin (vakuutusten korvaustiedot), ikään, sukupuoleen ja etniseen taustaan. Lapsilla esimerkiksi käyttäytymiseen liittyvät haasteet, astma, palvelujen käyttö ja vanhempien terveydentila voivat ennakoida kalliiden palveluiden käyttöä. Tarkoituksena on tunnistaa asiakkaita, joiden hoitokustannusten ennakoidaan olevan korkeita. Kustannukset ja monisairastavuus kuluvana vuonna ovat ennustaneet sitä, että henkilö tulisi olemaan kallis asiakas myös seuraavana vuonna. Tunnistaminen voidaan tehdä etsimällä tietoa henkilön kroonisista sairauksista, koetusta fyysisestä ja psyykkisestä terveydentilasta, sairauksista, liikunnan määrästä, tupakoinnista, painoindexistä, sairaalajaksoista, sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä, päivystyskäynneistä, terveydenhuollon kustannuksista, iästä, sukupuolesta ja etnisestä taustasta. (Cunningham 2017.)

Diagnoosipohjainen kalliiden potilaiden ennakointi asiakastietojen perusteella. Malli auttaa tunnistamaan henkilöitä, joilla on riski tulla paljon kustannuksia tuottaviksi mielenterveyspalvelujen asiakkaiksi. Tiedot kootaan sairausvakuutusjärjestelmästä ja se noudattelee amerikkalaista vakuutusperusteista järjestelmää. Oletuksena on, että kalliita asiakkaita olivat ne henkilöt, jotka kuuluivat suurimpaan palvelujen käyttäjäryhmään edellisenä vuonna. Otokseen otetaan henkilöt, joilla on diagnosoitu mielenterveysongelma tai joille on edellisenä vuonna kertynyt terveydenhuollon palvelumaksuja. Kaikki muut kuin terveydenhuollon palvelut ja menot jätetään analyysin ulkopuolelle. Asiakastiedoista poimitaan esimerkiksi demografiset tiedot (ikä, sukupuoli, etninen tausta ja maksetut hoitojaksot). Malliin

pohjautuvan tutkimuksen perusteella nuorempien henkilöiden (alle 55-vuotiaat) aiheuttamat kustannukset havaittiin suuremmiksi kuin vanhempien ikäryhmien (55–64-vuotiaat) aiheuttamat kustannukset. Miehillä oli korkeammat kustannukset kuin naisilla. Myös etninen tausta vaikutti kustannuksiin: esimerkiksi latinalaisamerikkalaisilla oli korkeammat kustannukset kuin valkoiseen väestönosaan kuuluvalla henkilöllä. Kalliimpiin ryhmiin kuuluivat myös henkilöt, joilla oli diagnosoitu skitsofrenia tai mieliala- tai persoonallisuushäiriö. Kaikkiaan 4,4 prosenttia otoksesta kuului niin sanottuun korkean kustannusten ryhmään. (Robst 2012.)

2.4 Kansainvälisten mallien etuja ja haasteita

Koronaepidemian aikana on tullut esiin, että tiettyjen haavoittuvien ryhmien tunnistaminen on ehdottoman tärkeää jo ennen kuin palvelutarve ilmenee. Tässä kootut palvelujen suurkäytön ennakkoinnin mallit keskittyivät pääosin työikäisiin ja ikääntyneisiin henkilöihin. Myös mielenterveyteen ja päihteisiin liittyvien ongelmien tunnistaminen sisältyi useisiin malleihin. Esiin nousi myös ikäihmisten palvelutarpeiden tunnistaminen. Sairauksista painottuivat somaattiset pitkäaikaissairaudet (esimerkiksi sydän- ja hengityselimistön sairaudet). Mallit auttavat tunnistamaan jonkin verran myös palvelujen alikäyttöä ja auttavat hahmottamaan palvelujen ulkopuolelle jäävää ihmisryhmää.

Käytettävissä oli vain vähän eurooppalaisia malleja, ja painopiste oli amerikkalaisissa julkaisuissa. Amerikkalaisen vakuutuksiin perustuvan terveydenhuollon painottumisen myötä mallien siirrettävyyttä Suomeen on harkittava tapauskohtaisesti. Mallit ovat sovellettavissa suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa kohtalaisen hyvin, joskin amerikkalainen terveysvakuutusperustainen järjestelmä asettaa rajoitteita mallien siirrettävyyteen. Vakuutusperustaisuus ohjaa vähentämään runsaasta terveydenhuollon käytöstä aiheutuneita kustannuksia, mutta ei välttämättä auta kohdistamaan interventioita esimerkiksi sairauksien tunnistamiseen ja ennaltaehkäisyyn. Toisaalta USA:n vakuutusperustaisen järjestelmän haittapuolista tulee ottaa oppia: jos järjestelmä kulkee Suomessakin kohti polarisoituvaa terveydenhuoltoa, jäävät heikoimmat ja haavoittuvimmat ryhmät auttamatta tunnistamisen ulkopuolelle. Samalla heidän aiheuttamansa kustannukset kasvavat, kun hoitoon hakeudutaan vasta, kun ongelmat ovat kasaantuneet todella suuriksi.

Valmiiden tietovarantojen, kuten asiakas- ja potilasrekisterien käyttö näyttäisi olevan trendikkäin ja varmasti myös tehokkain tunnistamisen tapa, johon usein liitettiin vielä jonkinlainen tekoälyulottuvuus (algoritmi). Tie on kuitenkin vaativa ja pitkä, jos ennakkointia aiotaan tehdä sähköisten asiakas- ja potilastietojen avulla. Tarvitaan toimivat asiakas- ja potilastietojärjestelmät ja -rekisterit, joista tietoja voidaan poimia. Suomessa haasteena on, että erilaisia asiakas- ja potilastietoja tallennetaan useisiin eri järjestelmiin ja rekistereihin.

Järjestelmät ovat toisistaan erillisiä ja eri palveluntarjoajien tuottamia, jolloin ne eivät voi olla vuorovaikutuksessa keskenään. Tämä aiheuttaa tarpeita tietojärjestelmäarkkitehtuuriin panostamiselle. Algoritmien, louhinnan ja tekoälyn hyödyntäminen edellyttää usein myös tietojärjestelmien uudelleen suunnittelua. Suunnittelussa on huolehdittava siitä, että oleelliset muuttujat sisältyvät tietojärjestelmiin kirjattaviin tietoihin.

Haasteena algoritmipohjaisten mallien käytössä tunnistamisessa on myös niiden henkilöiden tarpeiden huomioon ottaminen, jotka jäävät tunnistamisen ulkopuolelle. Useimmat mallit kohdistuivat henkilöihin, jotka jo käyttivät palveluja. Ongelmaksi tulee helposti niiden henkilöiden tavoittaminen, jotka ovat pudonneet pois palveluista, eikä heitä tavoiteta ennen kuin tilanne on todella huono.

Tunnistamiseen liittyy myös paljon eettisiä kysymyksiä. Miten palvelut tosiasiasa kohdennetaan, jos palvelutarve havaitaan esimerkiksi koko populaation kattavista rekistereistä? Voidaanko ihmisille lähettää esimerkiksi kirje, että hänet on tunnistettu riskiasiakkaaksi?

Esille tuli myös tarve uudenlaisiin digitaalisiin toimintamalleihin, kuten sähköiseen palvelusuunnitelmaan. Tämänkaltainen kokeilu käynnistyy vuonna 2020 osana tulevaisuuden sote-keskusohjelmaa, kun osa alueista lähtee testaamaan THL:n johdolla kehitettyä, uutta monialaista asiakassuunnitelmaa ja arviointia.

Tunnistamisen malleista ongelmallisimpana näyttäytyivät kuitenkin niin sanotut perinteiset kyselytutkimukset, koska ne rajoittavat tunnistamisen kohteena olevia henkilöitä jo etukäteen voimakkaasti. Kyselyt ja erilaiset kirjalliset testit soveltuvat vain sellaisille henkilöille, jotka kykenevät tai ovat halukkaita vastaamaan kirjallisiin kyselyihin. Usein juuri heikoimmassa asemassa olevat henkilöt voivat jäädä kyselyjen ja kirjallisten lomakkeiden tavoittamattomiin. Itsearviointit puolestaan mahdollistavat syvällisenkin tiedon, mutta ovat varsin kustannustehottomia, jos tunnistaminen ja seulonta halutaan saada koko väestöä kattavaksi.

Kiinnostavinta oli tarpeiden tunnistaminen ja ennakointi, joihin oli kytketty vahva monialainen asiantuntijatoiminta, palveluohjaus ja asiakkaan osallistuminen. Tämänkaltaisia malleja ei aineistossa ollut paljon. Näissä harvoissa malleissa korostettiin sitä, että on tärkeää, että tunnistaminen johtaa myös kohdennettuihin toimenpiteisiin. Näyttöä saatiin siitä, että varhainen tunnistaminen voi auttaa myös säästämään kustannuksia, jos tunnistaminen johtaa oikeisiin interventioihin. Suomeen soveltamisessa täytyy selvittää, miten peruspalveluissa voimavarat voidaan suunnata sairauksien ennalta ehkäisemiseen tai diagnosointiin varhaisessa vaiheessa.

Kansainvälisten julkaisujen tarkastelu vahvisti näkemystä, että sosiaali- ja terveydenhuollossa tarvitaan palvelujen käytön ennakointiä ja erityisesti paljon palveluja tarvitsevien

henkilöiden ja monialaisesta palvelujen yhteensovittamisesta hyötyvien henkilöiden tunnistamisen työkaluja. Parhaimmillaan paljon palveluja tai monialaisia palveluita tarvitsevien henkilöiden tunnistamisen mallien käyttö voi vaikuttaa palvelujen käyntimäärien vähentymiseen ja alentaa merkittävästi tarvetta kalliisiin ja raskaisiin palveluihin. Tärkeää näyttää olevan se, että palvelutarpeisiin vastataan mahdollisimman matalalla kynnyksellä eikä palveluista tingitä.

Joissain julkaisuissa oli usein tuotu esiin, että tunnistamiseen ja ennakointiin tulisi liittää mukaan ammatillinen harkinta ja moniammatillinen tiimityö, mutta usein se myös puuttui. Lisäksi kansainvälisissä malleissa asiakkaita tai potilaita ei aina otettu mukaan oman hoidon tai tuen tarpeen suunnitteluun. Suomessa asiakkaiden äänen kuuleminen ja demokraattinen päätöksenteko palveluissa on laajalle levinnyt periaate, jota haluamme myös tässä geneerisessä mallissa korostaa. Mikään malli tai työkalu ei saa heikentää asiakkaan mahdollisuutta tulla kuulluksi ja osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, vaan parantaa ja edistää osallisuutta, joka on vaikuttavan hoidon ja tuen edellytys.

3 Monialainen tai kallis palvelujen käyttö Suomessa

Taru Haula & Mikko Peltola

Paljon palveluja käytävälle asiakasryhmälle ei ole yksiselitteistä määritelmää, eikä näiden asiakkaiden määrää tai heidän käyttämiensä palvelujen kustannuksia ole selvitetty järjestelmällisesti koko maassa (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2017). Kyseessä on valtiontalouden näkökulmasta keskeinen asiakasryhmä, jonka palvelujen organisoinnilla voi olla merkittävä vaikutus sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin ja niiden kehitykseen.

Tässä artikkelissa kuvataan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käytön monialaisuuden ja palvelujen käytön arvioitujen kustannusten jakautumista väestössä rekisteritutkimuksen keinoin. Tutkimusaineisto sisältää laajasti kansallisista rekistereistä kerättyjä tietoja väestön sosiaali- ja terveystalouden sekä avohoidon reseptilääkkeiden käytöstä ja kustannuksista vuoden 2017 ajalta.

3.1 Resurssit kohdentunevat pienelle väestön osalle

Suuren osan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käytöstä muodostuvista kustannuksista on niin Suomessa kuin ulkomaillaakin todettu keskittyneen suhteellisen pienelle osalle väestöstä. Näissä useimmiten retrospektiivisissä poikkileikkaustutkimuksissa on selvitetty myös paljon palveluja käyttävien ja korkean kustannustason asiakkaiden/potilaiden erityispiirteitä määrittelemällä erilaisia asiakasryhmiä ja palvelukokonaisuuksia/-luokkia. Tulokset riippuvat osittain tarkasteltujen palvelujen laajuudesta ja käytetyistä luokitteluista.

Oululaisia koskevaan palvelukäyttöä kuvailevaan tutkimukseen oli sisällytetty laajasti erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja (Leskelä ym. 2013). Keskimääräiset asiakaskohtaiset vuosikustannukset todettiin korkeimmiksi laitos- ja asumispalvelujen piirissä olevilla. Vanhus- ja vammaispalvelujen asiakasryhmissä noin kaksi kolmannesta

kustannuksista muodostui asumispalveluista ja kotona asumisen tukemisesta, lastensuojelun asiakkailta noin 90 prosenttia kustannuksista kohdentui lastensuojeluun. Kallein kymmenesosa oululaisista tarvitsi vuoden 2011 aikana keskimäärin neljää kunnan kustantamaa palvelukokonaisuutta ja suuri osa heistä käytti runsaasti erikoissairaanhoidon palveluita. Muu väestö tarvitsi keskimäärin yhden palvelukokonaisuuden palveluja ja käytti enimmäkseen muita kuin erikoissairaanhoidon palveluja, joskin reilu 40 prosenttia muun väestön vuosikustannuksista muodostui erikoissairaanhoidon palvelujen käytöstä. (Leskelä ym. 2013).

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

Tuoreen kansainvälisen kirjallisuuskatsauksen (Wammes ym. 2018) mukaan myös ulkomaisissa tutkimuksissa yleisesti havaittuja korkeisiin terveydenhuollon kustannuksiin yhteydessä olevia tekijöitä olivat useat yhtäaikaaisesti esiintyvät (krooniset) sairaudet, mielisairaudet ja matalat tulot (USA:ssa korkeat tulot). Merkittävän osan (yli puolet) korkeiden kustannusten ryhmiin kuuluneista potilaista on todettu koko väestöä koskevissa tutkimuksissa olevan alle 65-vuotiaita, joskin kustannusten kasvu on yhteydessä ikääntymiseen. Myös kuoleman läheisyyden on havaittu olevan yhteydessä korkeisiin kustannuksiin (Wammes ym. 2018).

Kanadassa suurimman osan korkean kustannustason potilaiden kustannuksista todettiin kertyvän laitoshoidosta, ja yleisimpiä sairaalahoidon syitä olivat krooniset sairaudet, infektiot, akuutit tapahtumat sekä palliatiivinen hoito (Wodchis ym. 2016). Korkean kustannustason kategorian potilaat olivat hyvin heterogeeninen ryhmä, joista suurimmalla osalla kyse oli suhteellisen harvinaisista ja vaikeasti ennustettavista terveysongelmista. Noin kolmasosa näistä potilaista pysyi kategoriassa myös kahtena seuraavana vuonna (Wodchis ym. 2016). On myös havaittu, että esimerkiksi sairaalahoidossa korkeat kustannukset eivät välttämättä edellytä korkeata käyntimäärää (Nguyen ym. 2013).

3.2 Aineisto ja menetelmät

Palvelujen käyttöä tarkasteltiin THL:n Terveys- ja sosiaalitalous -yksikön Korvauskriteerit ja maakuntien arviointi -hankkeeseen valtakunnallisista rekistereistä kootusta tutkimusaineistosta vuodelta 2017 (Häkkinen ym. 2020). Aineisto sisältää yksilötasolla perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalihuollon laitos- ja asumispalveluiden, kotiin tuotujen sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä sairausvakuutuksen korvaamien reseptilääkkeiden käyttötietoja (N = 5 512 999). Nyt käsillä olevan hankkeen väliraportissa palvelujen käytön tarkastelu kohdistui koko väestöön (Haula & Peltola 2020). Tähän hankkeen loppuraportin tarkasteluihin lisättiin Korvauskriteerit ja maakuntien arviointi -hankkeeseen muutamalta alueelta saadut sosiaalihuollon avopalvelujen käyttötiedot (Helsingin kaupunki, Oulun kaupunki, Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä pois lukien Lahti ja Heinola ja Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri), jolloin tämän artikkelin tutkimusaineisto rajautui näissä kunnissa vuoden 2017 lopussa asuneisiin henkilöihin (n = 1 048 180).

Aineistossa palvelujen käyttö on muunnettu kustannuksiksi pääsääntöisesti sosiaali- ja terveydenhuollon keskimääräisten kansallisten yksikkökustannusten avulla ja osin on hyödynnetty alueiden toimittamia kustannustietoja (Mäklin & Kokko 2020, Häkkinen ym. 2020). Avohoidon lääkekäytön osalta aineistossa on Kelan korvaus- ja kustannustiedot apteekeissa korvatuista reseptilääkeostoista.

Monialaisen palvelukäytön tarkastelua varten eri palvelut ryhmiteltiin seitsemään palveluryhmään (Taulukko 3.1) ja jokaisen henkilön käyttämät palvelut tarkastettiin koko vuoden 2017 ajalta. Palvelujen ryhmittelyn avulla voitiin palvelujen käyttötietoa tiivistää karkeampiin kokonaisuuksiin ja helpottaa monialaisen palvelukäytön tarkastelua. Aineiston avulla on mahdollista tehdä hyvin monenlaisia palvelujen luokitteluja, ja tässä esitelty ryhmittely on vain yksi esimerkinomainen mahdollisuus, jota käytettiin tässä työssä havainnollistamaan monialaista palvelukäyttöä.

Palvelujen käytöstä muodostuneita kustannuksia analysoitiin sekä väestössä kokonaisuutena että käyttökustannusten mukaisissa väestökymmenyksissä. Tarkastelua tehtiin myös ikäryhmittäin. Aiemmissä kotimaisissa analyyseissä ei varsinaisesti ole huomioitu ikää, joskin pääkaupunkiseudun tarkastelussa todettiin alle 18-vuotiailla (yli 75 000€ rajalla vuodessa) ja 64 vuotta täyttäneillä (yli 50 000€ ja yli 75 000€ vuodessa) työikäisiä suurempi riski kuulua näiden ns. kalliiden potilaiden joukkoon. Kalliiden potilaiden kuvailu on vaikeaa potilaiden moninaisuuden vuoksi. Korvauskriteerit ja maakuntien arviointi -hankkeessa on tuotettu sote-rahoituksen tarvevakiointia varten useista henkilön tarvetekijöistä muodostuvat tarvekertoimet (Häkkinen ym. 2020), joita yhdistettiin tässä työssä tunnustelvasti monialaisen palvelukäytön ja kustannusten tarkasteluihin.

Taulukko 3.1. Tutkimusaineistossa olevien palvelujen¹ ryhmittely.

PALVELURYHMÄ	PALVELURYHMÄN SISÄLTÖ
PTHAVO: Perusterveydenhuollon avohoidon vastaanottopalvelut (pois lukien mielenterveys- ja päihdepalvelut)	Perusterveydenhuollon vastaanotto toiminta, neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, suun terveydenhuolto, muu avovastaanotto toiminta
ESHOM: Somaattinen erikoissairaanhoito	Somaattinen erikoissairaanhoito, päivystyspalvelut (sekä esh että pth), perusterveydenhuollon vuodeosasto hoito, erikoissairaanhoidon hammashoito
MT: Mielenterveys- ja päihdepalvelut	Perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdepalvelujen vastaanotto toiminta, psykiatrinen erikoissairaanhoito
MTAP: Mielenterveys- ja päihdepalvelujen asumis palvelut	Mielenterveyskuntoutujien asumis palvelut, päihdekuntoutujien asumis- ja laitos palvelut
SOSAVO: Sosiaalihuollon avopalvelut	Perheoikeudellisia palveluja ja avopalveluja (lapsiperheet, lastensuojelu, vammaiset, mielenterveys- ja päihde, työikäiset, ikääntyneet)
SOSLAITOS: Sosiaalihuollon laitos palvelut	Vammaisten laitos- ja asumis palvelut, lastensuojelun laitos- ja perhehoito
IKA: Ikääntyneiden palvelut	lääkkäiden laitos palvelu, tehostettu palveluasuminen, palveluasuminen, perhehoito, kotihoito ja kotona asumisen tukeminen

¹ Aineistossa tietoja sosiaalihuollon avopalvelujen käytöstä Helsingin ja Oulun kaupungeista, Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymästä (pois lukien Lahti ja Heinola) ja Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiristä (ks. tarkemmin Häkkinen ym. 2020).

3.3 Suurin osa käyttää perusterveydenhuollon avohoidon palveluja

Tarkasteltavan aineiston perusteella reilu viidennes alueiden väestöstä ei käyttänyt vuonna 2017 lainkaan tässä tarkasteltuja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja ja 66 prosenttia käytti vain terveydenhuollon palveluja. Palveluryhmittäin 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 laitos palveluja noin prosentti tarkastellusta väestöstä. Kelan korvaamien alkuomavastuun ylittäneiden reseptilääkeostojen kustannuksia oli noin 49 prosentilla.

Yhteen palveluryhmään sisältyviä palveluja oli käyttänyt noin 38 prosenttia, kahteen 29 prosenttia, kolmeen 7 prosenttia ja neljän eri ryhmän palveluja oli käyttänyt 2,5 prosenttia tarkasteltavasta väestöstä. Noin 3 800 henkilöä oli käyttänyt palveluja useammasta kuin neljästä palveluryhmästä. Yleisimmin oli käytetty vain perusterveydenhuollon avohoidon palveluja tai avohoidon ja somaattisen erikoissairaanhoidon palveluja (Taulukko 3.2). Viitisen prosenttia väestöstä oli käyttänyt vain somaattisen erikoissairaanhoidon palveluja. Palvelujen käytön monialaisuus ja pysyvyys heijastuvat palvelujen käytön keskimääräisissä kustannuksissa ja tarvekertoimissa.

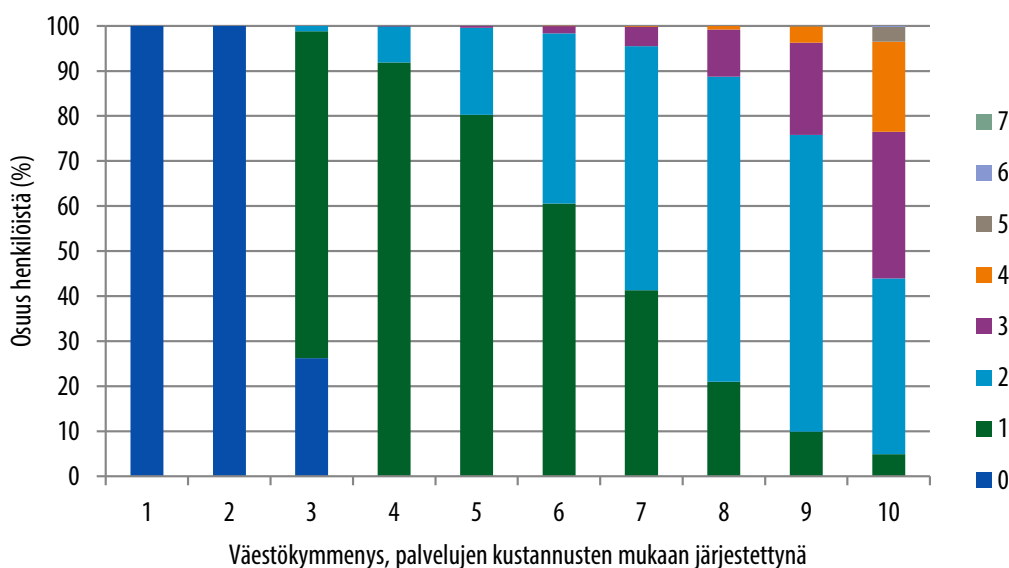
Taulukko 3.2. Henkilöiden lukumäärä (N=1 048 180), palvelukäytön kustannukset, ikä ja tarvekerroin¹ yleisimmin käytetyissä palveluryhmissä² ja niiden yhdistelmissä (sis. 96 % tarkastellusta väestöstä).

Palveluluokat	Henkilöitä (n)	% -osuus väestöstä	€, ka / mediaani	Ikä, ka / mediaani	Tarvekerroin, ka / mediaani
PTHAVO	339 899	32,4	287 / 206	35 / 31	0,45 / 0,31
PTHAVO + ESHSOM	260 608	24,9	2 419 / 1 168	42 / 42	0,85 / 0,51
Ei palvelukäyttöä	237 158	22,6	0 / 0	42 / 41	0,28 / 0,09
ESHSOM	50 575	4,8	1 632 / 614	46 / 47	0,47 / 0,20
PTHAVO + ESHSOM + SOSAVO	26 547	2,5	6 308 / 3 091	39 / 37	1,98 / 0,95
PTHAVO + SOSAVO	21 773	2,1	2 473 / 890	33 / 29	1,31 / 0,63
PTHAVO + ESHSOM + MT	19 898	1,9	6 031 / 3 144	38 / 34	1,6 / 0,9
PTHAVO + MT	14 548	1,4	2 827 / 1 189	34 / 30	1,29 / 0,62
PTHAVO + ESHSOM + IKA	14 393	1,4	15 520 / 6 978	79 / 79	3,54 / 2,57
PTHAVO + ESHSOM + IKA + SOSAVO	11 207	1,1	34 587 / 26 865	83 / 83	5,89 / 5,22
PTHAVO + ESHSOM + MT + SOSAVO	9 391	0,9	12 353 / 6 421	35 / 34	2,5 / 1,91

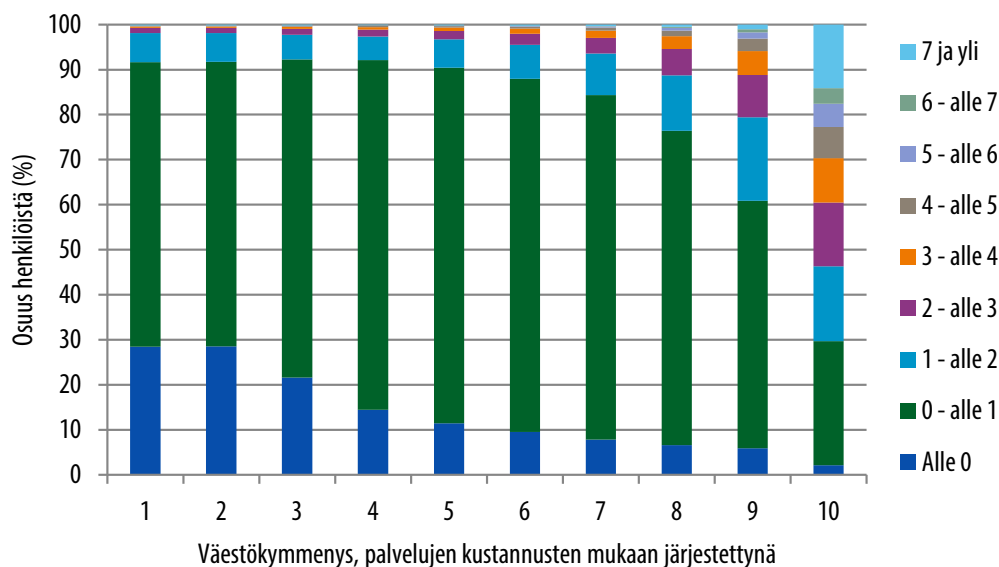
¹Tarvekertoimet kuvattu ja laskettu Korvauskriteerit ja maakuntien arviointi -hankkeessa (ks. Häkkinen ym. 2020)

²Palveluryhmät kuvattu taulukossa 1.

Palvelujen käytön kustannusten mukaan järjestetyissä väestökymmenyksissä korkeimmasakin desiilissä 44 prosenttia oli käyttänyt palveluja vain yhdestä tai kahdesta eri palveluryhmästä (Kuvio 3.1). Kolmesta tai useammasta ryhmästä palveluja käyttäneiden osuus kasvoi 6. kymmenyksestä lähtien ja 10. desiilissä noin viidenneksellä oli palvelujen käyttöä neljässä tai useammassa palveluryhmässä. Myös korkeampien tarvekertoimien osuus kasvoi kustannusten myötä, joskin kertoimissa on hajontaa joka desiilissä (Kuvio 3.2).

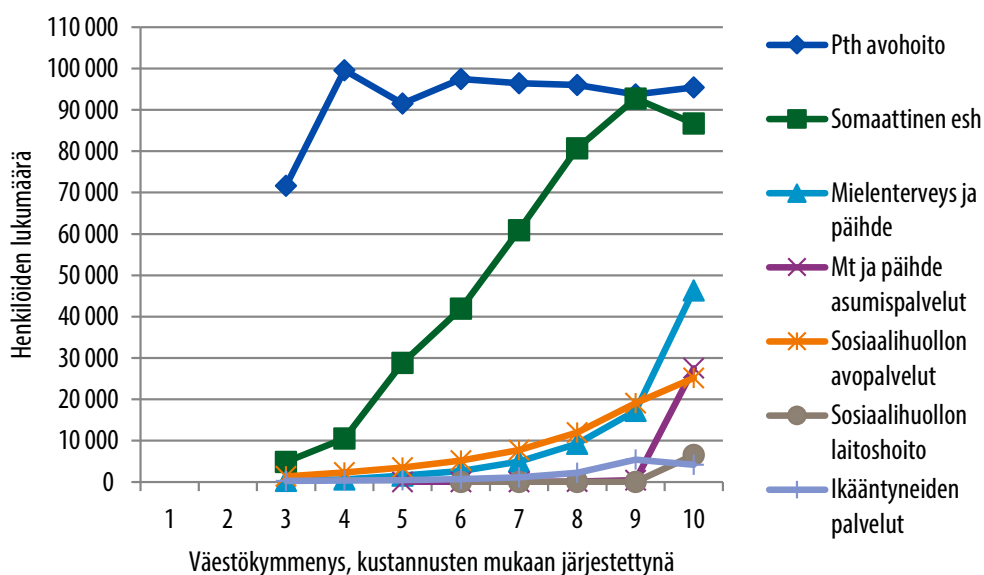


Kuvio 3.1. Henkilöiden käyttämien palveluryhmien lukumäärien osuudet palvelujen käytön kustannusten mukaan järjestetyissä väestökymmenyksissä (N=1 048 180).



Kuvio 3.2. Henkilöiden tarvekertoimien luokitellut osuudet palvelujen käytön kustannusten mukaan järjestetyissä väestökymmenyksissä (N=1 048 180).

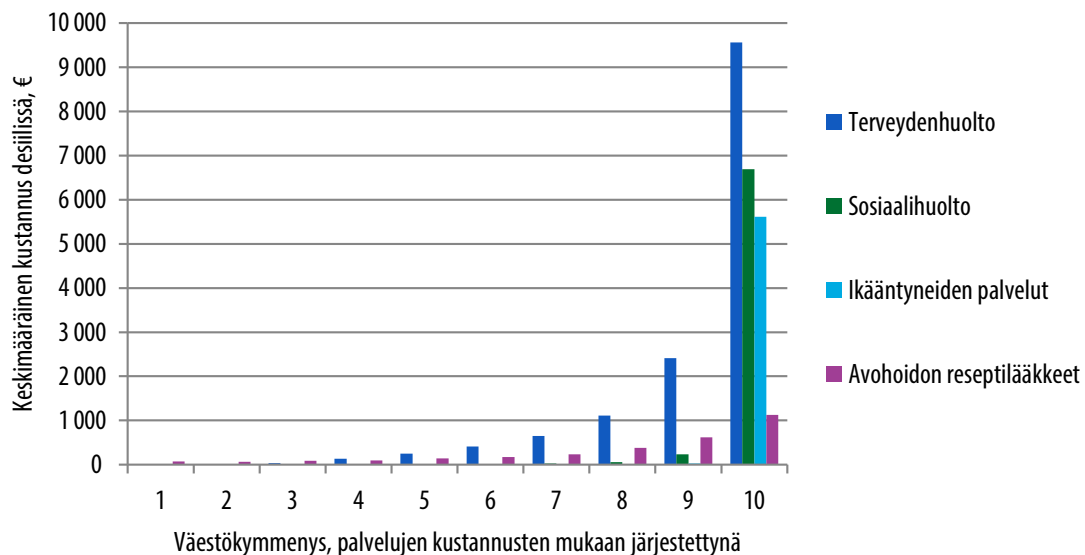
Palvelujen käytön kustannusten mukaisissa väestökymmenyksissä palveluja käyttäneiden henkilöiden määrä oli kymmenysten 4-10 välillä tasaisin perusterveydenhuollon avopalveluryhmässä (Kuvio 3.3). Somaattisen erikoissairaanhoidon, mielenterveys- ja päihdehoidon ja sosiaalihuollon palveluja käyttäneet painottuivat korkeimpiin kymmenyksiin.



Kuvio 3.3. Eri palveluryhmissä palveluja käyttäneiden henkilöiden lukumäärä kustannusten mukaan järjestetyissä väestökymmenyksissä (N=1 048 180, sama henkilö voi kymmenyksen sisällä olla useassa palveluryhmässä).

3.4 Korkeimmassa kustannusdesiilissä kaikenikäisiä palvelujen käyttäjiä

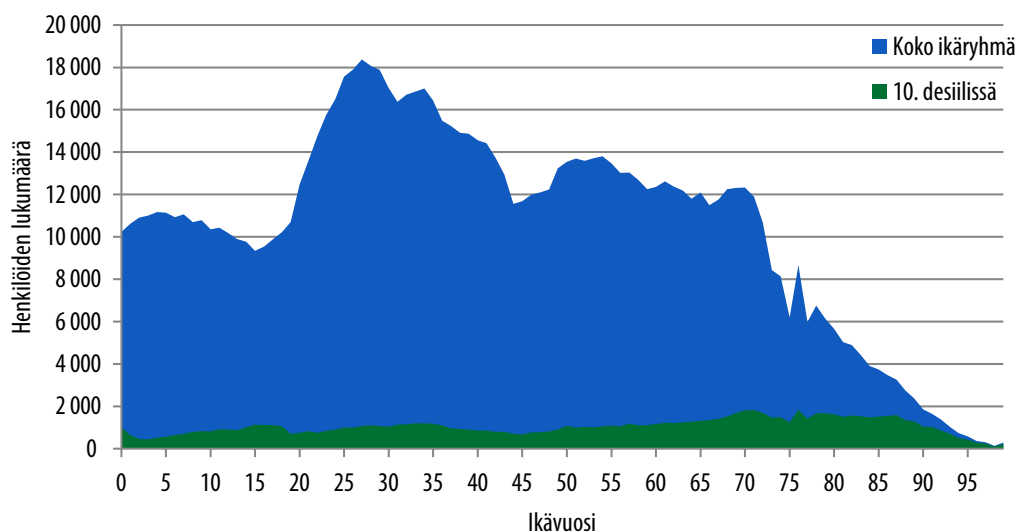
Aineistosta arvioidut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käytön kustannukset kasautuivat (80 % kustannuksista) kymmenenteen kustannusdesiiliin (Kuvio 3.4). Korkeimmassa kymmenyksessä 44 prosenttia palvelujen käytön keskimääräisistä kustannuksista muodostui terveydenhuollosta, 26 prosenttia ikääntyneiden palveluista ja 30 prosenttia muista sosiaalihuollon palveluista. Muissa kymmenyksissä kustannukset muodostuivat pääasiassa terveydenhuollon palveluista ja avohoidon reseptilääkkeistä.



Kuvio 3.4. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käytön ja avohoidon reseptilääkkeiden keskimääräiset kustannukset väestökymmenyksittäin.

Kuviossa 3.5 esitetään aineistossa olevien henkilöiden lukumäärä ja kustannuksiltaan korkeimpaan kymmenykseen tuona vuonna sisältyneiden henkilöiden osuus ikävuosittain. Kymmenykseen sisältyi kaikenikäisiä henkilöitä ja heidän osuus omasta ikäryhmästään oli lapsilla korkeimmillaan ensimmäisenä elinvuonna ja teini-ikästä täysi-ikäisyyteen, työikäisillä ikäryhmittäinen osuus alkoi kasvaa selvemmin noin 60 ikävuodesta eteenpäin ja iäkkäillä osuus kasvoi nopeasti ikäryhmien pienentyessä.

Korkeimman kustannusdesiilin ryhmässä yleisimpään (hieman vajaalla kolmanneksella henkilöistä) palveluryhmien yhdistelmään sisältyi perusterveydenhuollon avohoidon ja somaattisen erikoissairaanhoidon palveluja (Taulukko 3.3). Noin 40 prosentilla tähän kombinaatioon yhdistyi palveluja yhdestä tai kahdesta seuraavista palveluryhmistä: sosiaalihuollon avohoito, ikääntyneiden palvelut, mielenterveyspalvelut. Palvelujen käytön monialaisuus näkyi hieman korkeampina keskimääräisinä kustannuksina ja tarvekertoimina, sosiaalihuollon laitos- ja asumispalveluja sisältävät luokat heijastuivat niihin selvemmin.



Kuvio 3.5. Aineiston henkilöiden lukumäärä ja kustannuksiltaan korkeimpaan kymmenykseen sisältyneiden henkilöiden osuus ikävuosittain (N=1 048 180).

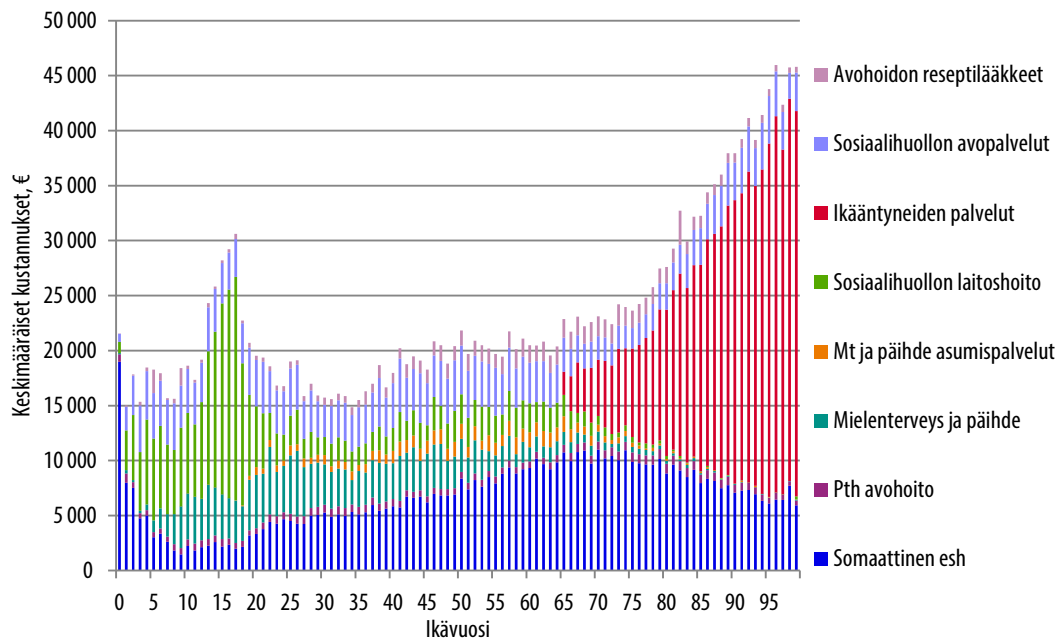
Taulukko 3.3. Korkeimman kustannusdesiilin henkilöiden lukumäärä (n=104 818), palvelukäytön kustannukset, ikä ja tarvekerroin¹ yleisimmässä palveluryhmien² yhdistelmissä (sis. 88 % desiilin henkilöistä).

Palveluluokat	Henkilöitä (n)	% -osuus 10. desiilistä	€, ka / mediaani	Ikä, ka / mediaani	Tarvekerroin, ka / mediaani
PTHAVO + ESHSOM	30 591	29,2	10 463 / 7 232	52 / 57	1,55 / 1,32
PTHAVO + ESHSOM + SOSAVO + IKA	10 135	9,7	37 938 / 31 149	83 / 84	6,14 / 5,43
PTHAVO + ESHSOM + SOSAVO	10 117	9,7	13 365 / 8 024	40 / 39	2,86 / 1,96
PTHAVO + ESHSOM + IKA	8 656	8,3	24 307 / 15 754	80 / 81	4,43 / 3,35
PTHAVO + ESHSOM + MT	7 096	6,8	12 996 / 8 067	37 / 34	2,17 / 1,74
PTHAVO + ESHSOM + MT + SOSAVO	5 974	5,7	17 953 / 10 497	34 / 33	2,95 / 2,41
PTHAVO + SOSAVO	3 319	3,2	10 048 / 6 423	28 / 18	2,69 / 0,79
ESHSOM	3 296	3,1	11 163 / 7 192	52 / 54	1 / 0,4
PTHAVO + MT + SOSAVO	2 347	2,2	14 927 / 8 430	28 / 24	2,69 / 2,27
PTHAVO + MT	2 085	2	11 880 / 6 990	28 / 25	2,13 / 1,8
PTHAVO + ESHSOM + SOSAVO + SOSLAITOS	1 902	1,8	61 730 / 62 036	31 / 26	8,35 / 10,29
PTHAVO + SOSAVO + IKA	1 900	1,8	43 893 / 43 718	83 / 84	7,57 / 6,54
PTHAVO + IKA	1 723	1,6	45 124 / 45 694	85 / 86	8,65 / 8,71
PTHAVO + SOSAVO + SOSLAITOS	1 656	1,6	61 519 / 60 313	31 / 27	8,28 / 10,75
PTHAVO + ESHSOM + MT + MTAP + SOSAVO	1 308	1,3	36 239 / 32 397	46 / 46	4,53 / 3,95

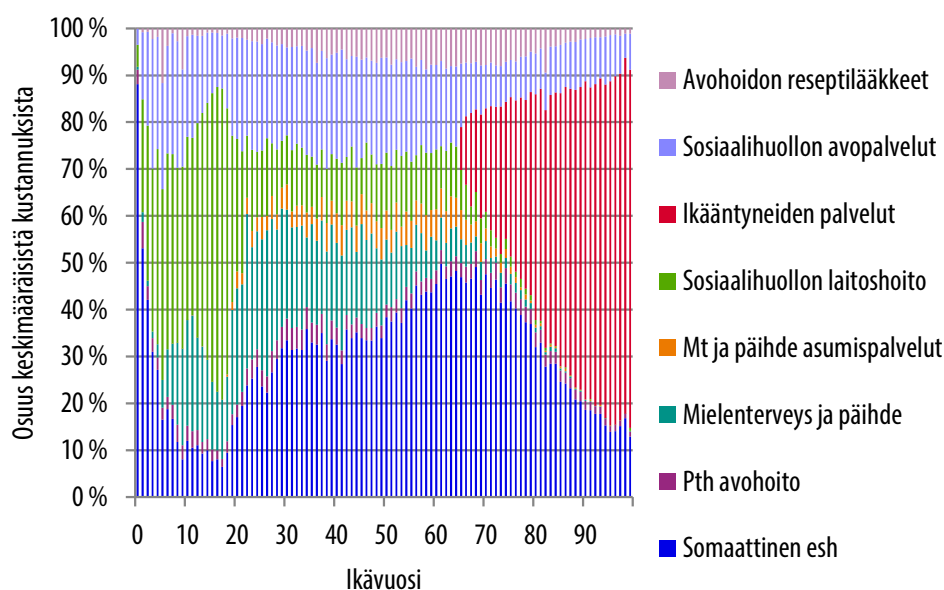
¹Tarvekertoimet laskettu Korvauskriteerit ja maakuntien arviointi -hankkeessa (ks. Häkkinen ym. 2020)

²Palveluryhmät kuvattu taulukossa 1.

Korkeimpaan kustannuskymmenykseen sisältyvien henkilöiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käytön sekä avohoidon reseptilääkkeiden keskimääräisiä kustannuksia ja niiden osuuksia kuvataan ikävuosittain kuvioissa 3.6 ja 3.7. Ensimmäisten ikävuosien keskimääräiset kustannukset painottuivat somaattiseen erikoissairaanhoidon, minkä jälkeen suurin osa lasten ja nuorten palvelujen käytön kustannuksista kohdentui sosiaalihuollon laitospalvelujen ja avopalvelujen ja mielenterveys- ja päihdepalvelujen palveluryhmiin. Täysi-ikäisillä sosiaalihuollon laitoshoidon keskimääräiset kustannukset pienentyivät, ja kustannukset painottuivat somaattisen erikoissairaanhoidon, mielenterveys- ja päihdepalvelujen ja sosiaalihuollon avopalvelujen palveluryhmiin. Myös avohoidon reseptilääkkeiden kustannukset kasvoivat. Ikääntyessä mielenterveys- ja päihdepalvelujen osuus pienentyi ja somaattisen erikoissairaanhoidon osuus kasvoi. Eläkeikäisillä ikääntyneiden palvelujen osuus kasvoi nopeasti ja muiden palveluryhmien osuudet pienentyivät. Kustannukset kuitenkin kasvoivat ensin hieman somaattisen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon avohoidon ryhmissä, kunnes noin 80 ikävuoden jälkeen vain ikääntyneiden palvelujen ja sosiaalihuollon avopalvelujen keskimääräiset kustannukset kasvoivat muiden kustannusten pienentyessä.



Kuvio 3.6. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen sekä avohoidon reseptilääkkeiden keskimääräiset kustannukset korkeimmassa kustannusdesiilissä ikävuosittain.



Kuvio 3.7. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen sekä avohoidon reseptilääkkeiden osuudet keskimääräisistä kokonaiskustannuksista korkeimmassa kustannusdesiilissä ikävuosittain.

3.5 Johtopäätökset ja pohdinta

Suomalainen rekisteriaineisto on hyödynnettävissä väestön palvelukäytön monialaisuuden tarkasteluun, joskin näin kattavan aineiston kokoaminen on jo itsessään ollut valtava työ THL:n Korvauskriteerit ja maakuntien arviointi -hankkeessa. Aineisto on monikäyttöistä ja mahdollistaa hyvin moninaiset tarkastelut palvelujen käytön suhteen (esim. tietyt palvelut tai palvelujen yhdistelmät, tiettyjä sairauksia sairastavat henkilöt, sukupuoli- ja ikäryhmittäiset tarkastelut). Aineisto sisältää tällä hetkellä tietoja kuitenkin vain lyhyeltä ajanjaksolta, mikä rajoittaa mahdollisuuksia. Myöhemmin aineistoa on tarkoitus kartuttaa sisältämään palvelukäyttötietoa useamman vuoden ajalta, ja tällöin tulee mahdolliseksi tarkastella esimerkiksi kalleimmassa desiilissä pysymistä ja siihen vaikuttavia tekijöitä.

Rekisteritiedoista koottuun aineistoon on yhdistetty myös muutamilta alueilta saatujen sosiaalihuollon avopalvelujen käyttötietoja. Näistä tiedoista on todettava, että ne eivät olleet alueittain yhtenäisiä emmekä tiedä niiden kattavuudesta. Myös näiden tietojen kirjaamisen ja näkyväksi saamisen, kuin myös koko sosiaali- ja terveydenhuollon kustannustiedon eteen ponnistellaan kansallisissa tietopohjan kehittämishankkeissa. Käytetyssä aineistossa on palvelujen kustannustietojen osalta käytetty useita laskennallisia menetelmiä kattavan kustannustiedon puuttuessa (ks. Häkkinen ym. 2020). Pääosin kustannukset on tuotettu aineistoon saatavilla olevaa yksikkökustannustietoa käyttäen. Joidenkin

sosiaalihuollon avopalveluiden osalta on käytetty alueiden kustannustietoja. Häkkisen ym. raportissa (2020) esitetään myös muut aineistoon liittyvät ongelmat, joista isoimpina työterveyshuollon tietojen puutteet, sekä terveydenhuollon avohoidon puutteelliset diagnoosi- ja kustannustiedot.

Tämä tarkastelu vahvistaa aiempien julkaisujen tuloksia palvelujen käytön kustannusten kasaantumisesta suhteellisen pienelle osalle väestöstä. Tarkastelu tuotti uutta ja tarkempaa tietoa palvelujen monialaisesta käytöstä ja kustannuksista esimerkiksi eri ikäisillä. Niin palvelujen käytön kustannusten perusteella muodostetut väestökymmenykset, monialaisen palvelujen käytön tarkastelua varten muodostetut palveluryhmät kuin tarvekertoimien luokittelu ovat kuitenkin karkeita kokonaisuuksia ja sisältävät varsin heterogeenisiä joukkoja. Lisäksi esimerkiksi tarvekertoimiin vaikuttaa sairastavuuden osalta kroonisten sairauksien aiempien vuosien palvelujen käyttö ja koska suuri osa palvelujen käytön kustannuksista aiheutuu akuuteista tapahtumista, jotka eivät ole vahvasti ennustettavissa henkilön aikaisemman sairaushistorian, iän ja sukupuolen tai sosioekonomisten tekijöiden perusteella, voi sairausluokkien sisällä olla suurtakin vaihtelua selittämättä jäävissä kustannuksissa (Häkkinen ym. 2020). Muun muassa tämä voi heijastua kustannusdesiileissä havaittuina kertoimien jakaumina. Tarvekertoimeen vaikuttaa sairastavuuden lisäksi kuitenkin myös monet muut tekijät. Tämän tutkimuksen ja aineiston pohjalta tehtyjä tarkasteluja on mahdollista lähteä edelleen syventämään.

Tuloksista on pääteltävissä, että korkeiden kustannusten taustalla on niin terveydentilaan, toimintakykyyn kuin sosiaalisiin seikkoihin liittyviä tilanteita, ja usein tarvitaan sekä terveyden- että sosiaalihuollon palveluja. Tämän hankkeen muissa osioissa tuodaan hyvin esiin sitä, että palvelutarpeen kokonaisvaltaisen kuvan muodostaminen voi olla haasteellista. Alueet ja tuottajat voivat hyötyä kansallisista rekistereistä kootusta aineistosta tuotetuista tiedoista kehittäessään paljon tai monialaisesti palveluja tarvitsevien ja käyttävien, ja kalliiden potilaiden palveluja.

4 Monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen sosiaali- ja terveyspalveluissa Suomessa

Laura Hietapakka, Hanna Tiirinki & Timo Sinervo

Monialaisia palveluja tarvitsevilla asiakkailla voi olla hyvin vaihtelevasti fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia palvelutarpeita, jotka hyvin usein myös kietoutuvat toisiinsa. Asiakkaiden heterogeenisyyden ja eri tavoin rakentuneiden sote-organisaatioiden vuoksi ei ole olemassa yksiselitteistä tapaa, jolla monialaisia palveluja tarvitsevat asiakkaat voitaisiin kaikkialla Suomessa tunnistaa. Tarve löytää toimivia ja laaja-alaisesti sovellettavia toimintamalleja tai työkaluja on kuitenkin suuri monestakin syystä. Asiakkaiden kannalta kyse on paremmasta ja yhdenvertaisesta pääsystä palveluihin ja tarvittavan avun saamisesta kulloisessa elämäntilanteessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden ja yksittäisten ammattilaisten työn kannalta kyse on toiminnan ja yhteistyön sujuvoittamisesta ja resurssien paremmasta kohdistamisesta niihin asiakkaisiin, jotka apua erityisesti tarvitsevat. Tässä artikkelissa kuvataan tarkemmin muutamia Suomessa käytössä olevia lupaavia monialaisia palveluja tarvitsevien asiakkaiden tunnistamisen keinoja, joita voitaisiin hyödyntää nykyistä laaja-alaisemmin.

4.1 Tutkimuksen toteutus ja aineistot

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, millaisia monialaisia palveluja tarvitsevien asiakkaiden tai asiakasryhmien tunnistamisen toimintamalleja, menetelmiä ja työvälineitä Suomessa on kehitetty ja käytössä. Toisena tavoitteena oli arvioida toimintamallien ja työvälineiden toimivuutta ja niiden mahdollista sovellettavuutta sote-palveluissa nykyistä laaja-alaisemmin. Tietoa kerättiin kaksivaiheisesti. Keväällä ja kesällä 2019 toteutettiin sähköinen kysely, johon toivottiin vastauksia mahdollisimman laaja-alaisesti sosiaali- ja

terveyspalvelujen toimijoilta. Kyselyyn vastanneet edustivat kohtuullisen hyvin eri sektoreita, yhteensä vastaajia oli 441.

Tiedonkeruun toinen vaihe toteutettiin keväällä 2020 teemahaastatteluilla, joissa syvennyttiin tarkemmin muutamaa erilaiseen kyselyssä kuvattuun paikalliseen toimintamalliin tai työkaluun. Tähän syvempään tarkasteluun valittuja erilaisia toimintamalleja ja työkaluja yhdistää niiden kehittämiseksi tehty systemaattinen ja laaja-alainen työ, jolla on tavoiteltu asiakaslähtöisyyttä ja palvelujen koordinoitumisen ja toteuttamisen selkeytymistä organisaatioissa.

4.1.1 Kyselyn tuloksia

Kyselyvastausten perusteella Suomessa monialaisia palveluja tarvitseva tunnistetaan tyypillisimmin asiakasohjauksessa, kun ammattilaisella herää huoli asiakkaan tilanteesta tai havaitaan että asiakkaan käyntimäärät palveluissa ovat koholla. Tunnistamisen keinot olivat karkeasti jaettavissa 1) yksittäisiin mittareihin tai indikaattoreihin, joita voidaan hyödyntää apuna asiakasohjauksessa tai esimerkiksi vastaanottotilanteessa selvitetessä asiakkaan tilannetta, 2) tietojärjestelmiä hyödyntäviin keinoihin segmentoida asiakkaita, ja 3) yhteistyön tai työnjaon toimintamalleihin, joissa asiakkaan tarpeisiin perehtyvät tarkemmin erilaiset tiimit tai erikseen nimetyt vastuuhenkilöt, kuten palveluohjaajat.

Monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamista organisaatioissa olivat vaikeuttaneet erityisesti tietojärjestelmien kehittymättömyys, eriytyneet toimintakulttuurit, epätietoisuus toisten työstä tai osaamisesta sekä toimintamallien ja menetelmien puute tai niiden toimimattomuus. Vastaajat kuvasivat esimerkiksi, että tietty työkalu tai toimintamalli ei ollut välttämättä sovellettavissa laajemmin erilaisiin asiakasryhmiin tai toimintaympäristöihin. Eriytyneet toimintakulttuurit aiheuttivat esteitä tunnistamiselle, sillä palvelut toimivat käytännössä usein silloissa ja käytössä on erillisiä tietojärjestelmiä, joihin pääsy on rajallista ja kirjaamistavat vaihtelevat.

Myös puutteet yhteistyössä ja toimijoiden asenteet olivat vaikeuttaneet monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamista. Todettiin, että ammattilaiset eivät joko aina tunne käytössä olevia tunnistamisen työkaluja tai toimintamalleja tai niiden käyttö voi tuntua työläältä. Ongelmana oli myös ettei muiden sektoreiden työtä ja siihen vaikuttavaa lainsäädäntöä tunneta. Puutteita saattoi olla myös monialaisen yhteistyön toteuttamisessa. Tähän saattoi toisinaan vaikuttaa myös asiakas itse, sillä yhteinen työ edellyttää asiakkaan suostumusta tiedonjakoon ja yhteydenpitoon.

Kyselyn tulokset kuvataan tarkemmin erillisessä julkaisussa (Hietapakka ym. 2019).

4.1.2 Haastattelujen toteutus

Haastatteluja tehtiin yhteensä viisi kappaletta. Näistä kaksi liittyi tietojärjestelmien hyödyntämiseen paljon palveluja tarvitsevien tai käyttävien tunnistamisessa, kaksi kuvasi palveluohjaus-toimintamallia ja yksi oli laaja-alainen, koko organisaation kattava toimintamalli monialaisia palveluja käyttävien tunnistamiseen ja kuvaus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluprosesseista eri asiakasryhmissä. Haastateltavat olivat kyseisten toimintamallien tai työkalujen vastuuhenkilöitä ja kehittäjiä organisaatioissaan. Haastatteluteemoina olivat toimintamallin tai työkalun toimintaperiaate ja tavoitteet, koetut hyödyt ja havaitut tai mahdolliset haasteet toimintamallin tai työkalun käytössä sekä arvio toimintamallin tai työkalun käytöstä ja sovellettavuudesta tulevaisuudessa. Seuraavassa esitellään ensin erikseen tarkemmin nämä toimintamallit tai työkalut ja punnitaan niiden vahvuuksia ja niihin liittyviä haasteita monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisessa. Artikkelin lopussa esitetään johtopäätökset ja kootaan yhteen haastattelujen perusteella korostuvat näkökulmat, joihin tulisi kiinnittää huomiota kehitettäessä monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamista ja ohjaamista sosiaali- ja terveystaloudissa Suomessa.

4.2 Asiakassegmentoinnin apuvälineet

Pirkanmaalla käytössä oleva Suuntima-palvelu ja Helsingissä käytössä oleva Terveystyöarvio ovat asiakassegmentoinnin apuvälineitä. Näitä ei ole kehitetty ensisijaisesti vain paljon palveluja tarvitsevien tunnistamiseen mutta ne toimivat hyvänä apuvälineenä kyseisen asiakasryhmän tunnistamisessa.

4.2.1 Suuntima

Suuntima on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikön ylläpitämä palvelu, jota voidaan hyödyntää asiakkuuksien segmentoinnissa myös Pirkanmaan ulkopuolella. Palvelu on kehitetty alun perin sydänpotilaiden hoitoon Kurkiaura-hankkeessa vuosina 2011-2015. Palvelun kehittämisen lähtökohtana oli monipuolistaa asiakkaiden hoidon ohjausta ja tukikeinoja ryhmitellen niitä siten, ettei erilaisista tilanteista ja voimavaroista huolimatta kaikille tarjottaisi samaa palvelupolkua. Asiakkaalla on palvelussa merkittävä rooli omien voimavarojensa asiantuntijana ja samalla hän tulee kuulluksi vuorovaikutustilanteessa. Suuntiman tavoitteena on yhtenäistää ammattilaisten toimintaa ja resurssien kohdistamista paremmin niille asiakkaille, joilla avuntarve on suurin.

Suuntima-palvelu perustuu sähköisessä muodossa oleviin kysymyksiin, joihin terveydenhuollon asiakas ja ammattilainen vastaavat yhdessä vastaanotolla tai sairaalassa. Kysymyksissä asiakasta pyydetään arvioimaan omia voimavarojaan ja ammattilainen puolestaan arvioi asiakkaan tilanteen haasteellisuutta hoidon, kuntoutuksen ja toimintakyvyn tai

terveys- ja hyvinvointiriskien näkökulmista. Vastausten perusteella palvelu ehdottaa asiakkaalle soveltuvan asiakkuuspolun neljästä vaihtoehdosta, jotka ovat omatoimi-, yhteisö-, yhteistyö- tai verkostoasiakkuus. Asiakkaan tarvitsemien palvelujen määrä tai palvelujen käyttö eivät automaattisesti määritä valittavaksi tulevaa asiakkuuspolkua, vaan keskeiset tekijät ovat asiakkaan voimavarat ja kokonaistilanteen selkeys tai moniulotteisuus. Omatoimiasiakkuuksissa asiakkaan voimavarat ovat hyvät ja hoidon toteutus selkeä, Yhteistyöasiakkuuksilla voimavarat ovat hyvät mutta hoito on monitahoista ja haasteellista, Yhteisöasiakkuuksilla voimavarat ovat heikot mutta hoidon toteutus selkeä ja Verkostoasiakkuuksilla voimavarat ovat heikot ja hoito monitahoista ja haasteellista. Suuntiman avulla asiakas ja ammattilainen määrittelevät asiakkuuden ja suunnittelevat yhdessä hoidon järjestelyt, kuten yhteydenpitokeinot ja omahoidon tuen.

Suuntima toteutetaan sähköisen palvelun kautta, josta tulos on tulostettavissa asiakkaalle ja tieto asiakkuudesta sekä mahdolliset asiakkaalle sovitut yhteyshenkilöt ja muut tiedot merkitään manuaalisesti asiakastietojärjestelmään. Asiakkuustieto ei tallennu Suuntima-palveluun eikä siihen voi ohjelman kautta enää myöhemmin palata. Suuntima kuvaa asiakkaan tilannetta kyseisellä hetkellä, joten se on suositeltavaa uusina systemaattisesti ja aina silloin, jos asiakas kokee voimavarojensa muuttuneen tai ammattilainen arvioi tilanteen muuttuneen.

Suuntimaa ei ole tarkoituksenmukaista tehdä jokaiselle terveydenhuollon asiakkaalle, vaan sen käytöstä kiinnostuneet organisaatiot voivat itse määritellä kriteerit tilanteista, joissa Suuntiman käyttö nähdään hyödyllisenä. Esimerkiksi Nokian terveyskeskus oli ottanut Suuntiman käyttöön varmistaakseen hoidon koordinaation tilanteessa, jossa terveysasemalla oli juuri siirrytty pois omalääkäri-järjestelmästä. Tampereen yliopistollisen sairaalan (TAYS) Unipoli oli puolestaan halunnut hyödyntää Suuntimaa kaikilla uusilla uniapnea-potilaille maksimoidakseen digitaalisesti tarjottavien palvelujen hyödyntämisen niillä asiakkailla, joille kyseiset palvelut soveltuivat.

Suuntima voidaan toteuttaa sekä yksilö- että perheasiakkaalle (lapsiperheet). Viimeksi mainitussa tapauksessa asiakkaan arvioimissa kysymyksissä ei arvioida vastaajan omia, vaan perheen yhteisiä voimavaroja. Suuntimaa voidaan käyttää tietyille sairausryhmälle, kuten diabeetikoille, geneerisesti (yleisesti tarjolla olevat palvelut) tai kohdennetusti (paikallisesti tarjolla olevat palvelut). Toistaiseksi Suuntiman ammattilaisille suunnatut kysymykset liittyvät terveydenhuollon kontekstiin, joten palvelu ei sovellu sosiaalihuollon asiakastilanteisiin. Tarkoituksena on kuitenkin kehittää palvelun kysymyksiä siten, että tulevaisuudessa Suuntimaa on mahdollista hyödyntää myös sosiaalihuollossa. Pirkanmaalla on myös tekeillä Suuntiman toimivuuteen liittyen laaja-alainen kustannusvaikuttavuustutkimus, jonka tulokset valmistuvat lähivuosina. Tähän mennessä asiakkaiden kokemukset Suuntiman käytöstä terveydenhuollossa ovat olleet myönteisiä. Suuntiman vahvuudet ja haasteet on koostettu taulukkoon 4.1.

Taulukko 4.1. Suuntima-palvelun vahvuudet ja haasteet

VAHVUUDET	HAASTEET
Asiakkaan näkemykset saadaan esille (ainoa joka voi kertoa voimavaroihin vaikuttavista asioista on asiakas itse), asiakkaalle voimaantumisen ja kuulluksi tulemisen kokemus	Soveltuu käytettäväksi vain terveys- ja hoitokontekstissa eli terveydenhuollon ammattilaisille, ammattilaisten kysymykset eivät sovellu toistaiseksi sosiaalihuollon kontekstiin
Yhtenäistää ja antaa kriteerit erilaisille asiakkuuspoluille, helpottaa ammattilaisten toimintaa ja mahdollistaa resurssien paremman kohdentamisen niille asiakkaille, jotka apua erityisesti tarvitsevat	Käyttöön ei ole veloitetta eikä Suuntima ole käytössä kaikkialla Pirkanmaalla (yhteiset käyttökriteerit ja keskitetty päätös käyttöönnotosta puuttuvat)
Luo neutraaleja (ei-arvottavia) käsitteitä asiakastyöhön sekä luo yhteisiä käsitteitä ja ymmärrystä yhtäältä asiakkaan ja ammattilaisen välille ja toisaalta eri sote-ammattilaisten välille	Kyseessä erillinen ohjelma, Suuntiman tulos ei tallennu ohjelmaan eikä integroidu automaattisesti potilas/asiakastietojärjestelmiin tai Omaoloon
Sovellettavissa yksilö- ja perheasiakkaille (yksilön/ lapsiperheen voimavarat)	Ei ole yhteistä sopimusta siitä, mihin kohtaan potilas/asiakastietojärjestelmissä Suuntiman tulos kirjataan
Geneeristen asiakkuuspolkujen lisäksi mahdollista rajata paikallisiin palveluihin tai tietyn asiakasryhmän näkökulmaan	Antaa suuntaviivat asiakkuuspoluille, edellyttää kuitenkin ammattilaisen tulkintaa ja keskustelua asiakkaan kanssa (paljon palveluja tarvitseva asiakas ei kuulu automaattisesti tietylle asiakkuuspolulle)
Tuo näkyväksi ja konkretisoi käytettävissä olevat palvelut sekä niiden mahdolliset puutteet ja kehittämistarpeet	Luotu kehittämistyössä, systemaattinen vaikuttavuustutkimus puuttuu toistaiseksi (on tekeillä)
Tuo asiakkaalle näkyväksi, miltä hänen tilanteensa näyttää ammattilaisen näkökulmasta	Perustuu face-to-face -tilanteessa kerättyyn tietoon, ei poimi tietoja tietojärjestelmistä eikä ole käytettävissä etävastaanotoilla
Organisaatiot voivat valita tarpeidensa mukaan palvelut tai kriteerit, missä tilanteissa ohjeistavat ottamaan Suuntiman käyttöön	
Digitaalisten palvelujen lisääntyminen mahdollistaa palveluvalikoiman eriyttämisen eri asiakkuuksille	
Ohjelma on mahdollista ottaa käyttöön myös Pirkanmaan ulkopuolisissa organisaatioissa	

4.2.2 Terveysyötyarvio

Terveysyötyarvion perustana on Duodecimin tarjoama ja ylläpitämä kliinisen päätöksentuen palvelu, jota hyödynnetään perusterveydenhuollon yksiköissä eri puolilla Suomea. Palvelu yhdistää potilaan tilaa kuvaavat sähköiseen potilaskertomukseen tallennetut tiedot lääketieteelliseen tietoon ja tuottaa potilas- tai potilasryhmäkohtaisesti riskiarvioita, muistutteita, varoituksia lääkkeiden yhteensopimattomuudesta, räätälöityjä toimintaohjeita sekä hoitovajeita. Toimintaohjeet perustuvat Käypä hoito -suositukseen ja muihin parhaan tutkimustiedon lähteisiin. Käytännössä päätöksentuen palvelu aktivoituu avattaessa potilaskertomus, jolloin tiedot siirtyvät päätöksentukeen Duodecimiin ja palautuvat sieltä takaisin muistutteen muodossa.

Terveysyötyarvioon kuuluu yksilötason lisäksi myös väestö- ja ryhmätason (esimerkiksi lääkärin tai hoitajan omat potilaat tai kaikki kaupungin palveluja käyttäneet) sovelluksia. Näiden avulla on mahdollista löytää väestöstä ne henkilöt, jotka mahdollisesti hyötyisivät interventioista. Palvelu on Helsingissä parhaillaan koekäytössä ja saadut kokemukset

ovat olleet erittäin myönteisiä. Käytännössä palvelu toimii siten, että koko palveluja käyttäneiden väestön sairaskertomustiedot (diagnoosit, lääkitykset, laboratorioarvot, rokotustiedot, tietyt mittatiedot, omalääkärin tieto) poimitaan erilliselle palvelimelle, johon on asennettu Duodecimin terveystietojärjestelmän päätelystyöjärjestelmä ja tehdään ns. virtuaalinen terveystarkastus. Tältä erilliseltä palvelimelta erilaisia raportteja pystytään katsomaan väestötasolla tai tarkemmin esimerkiksi tautiryhmittäin tai tietyn riskin omaavia potilaita tarkastelemalla.

Palvelussa voidaan ottaa erilliseen tarkasteluun potilaat, jotka on jo hoitokontaktissa tunnistettu ja merkitty paljon palveluja tarvitseviksi tai käyttäviksi ja arvioida heidän tilannettaan. Palveluun käyttöoikeuden saaneella ammattilaisella on pääsy omien asiakkaidensa osalta niin sanottuun pseudonyymikoodiin, joka voidaan purkaa potilastyössä Pegasos-potilastietojärjestelmässä ja tällöin yksittäisiin potilaisiin voidaan tarvittaessa olla yhteydessä ennakoivasti. Palvelua voidaan myös hyödyntää potentiaalisten paljon palveluja tarvitsevien tunnistamisessa tarkastelemalla erityisesti sellaisia potilaita, joilla on useampia riskejä ja arvioimalla kuuluisivatko he paljon palveluja tarvitsevien joukkoon. Helsingissä työkalua on esimerkiksi kokeiltu päihdepalvelujen asiakkailta etsimällä heidän joukostaan PKV-lääkitystä käyttävät ja tarkastelemalla, onko näille merkitty hoidon jatkuvuutta turvaava omalääkäri vai ei. Tavoitteena tässä on ollut saada asiakkaiden tilanne paremmin haltuun, jotta voidaan välttää muun muassa asiakkaiden hallitsematonta reseptien uusintaa eri lääkäreiden toteuttamana.

Työkalu voi jatkossa mahdollistaa myös asiakkaan toiveiden huomioon ottamisen hoitovalintoihin liittyvässä päätöksenteossa. Asiakas voi esimerkiksi arvottaa itselleen tärkeitä asioita, jolloin nämä tekijät voivat vaikuttaa vaikkapa siihen, valitaanko lääkkeellinen vai lääkkeetön hoito. Tulevaisuudessa erilaisia vaihtoehtoja ja niihin sisältyviä riskejä on mahdollista esitellä työkalun avulla asiakkaalle ymmärrettävässä muodossa myös visuaalisesti.

Terveystietojärjestelmän keskeiset haasteet liittyvät yhtäältä rakenteisen kirjaamisen kehittämättömyyteen ja toisaalta uusiin ratkaisemattomiin tietosuojaj- ja tietoturvanäkökulmiin, joita esimerkiksi GDPR-lainsäädäntö on tuonut kentälle. Terveystietojärjestelmän hyödyntämisen mahdollisuudet ovat sidoksissa rakenteiseen kirjaamiseen, jota toteutetaan eri tavoin eri potilasjärjestelmissä. Monien asioiden osalta ei ole sovittu tapaa, miten ja mihin tiedot kirjataan rakenteisesti. Esimerkkejä tällaisista ovat vaikkapa huumeidenkäyttöön, peliriippuvuuteen ja ajoterveydentilassa tapahtuneisiin muutoksiin liittyvät kirjaukset. Myöskään lääkkeettömiä interventioita ei pystytä kirjaamaan rakenteisesti. Terveystietojärjestelmä on tuonut rakenteisen kirjaamisen edut näkyviin ammattilaisille ja lisännyt ammattilaisten motivaatiota kirjata rakenteisesti, mikä edelleen parantaa potilastietojärjestelmiin kertyvän tietopohjan luotettavuutta ja hyödynnettävyyttä.

Terveysyötyarviota on mahdollista hyödyntää ensisijaisen kliinisen käytön ohella myös tietojohdamisen välineenä. Toissijainen käyttö tietojohdamista tarkoituksessa rajataan erillisillä tietojohdamisen käyttöoikeuksilla, tällöin ei pseudonyymikoodeja näytetä. Anonyymistä aineistostakin yksittäinen potilas voi olla tunnistettavissa silloin, kun poraudutaan riittävän pieniin tietokokonaisuuksiin vaikkapa pienellä paikkakunnalla, jos porautujalla on muuta kautta saatua tietoa, jonka avulla pystyy päättämään kenestä voisi olla kyse. Teknisesti tätä voidaan estää rajaamalla liian pienen joukon suodattaminen tietojohdamisen käyttöoikeuksilla. Tällä hetkellä terveysyötyarvio hyödyntää ainoastaan kyseisen rekisterinpitäjän tietojärjestelmän rakenteisia potilastietoja. Tulevaisuuden ihanteena olisi, että terveysyötyarvio hyödyntäisi potilastietojärjestelmien ohella laaja-alaisesti Kantapalveluista löytyvää tietoa. Tämäkin edellyttää käytännön toteutuksen ohella lainsäädännöllisiä ratkaisuja. Terveysyötyarvion vahvuudet ja haasteet on koostettu taulukkoon 4.2.

Taulukko 4.2. Terveysyötyarvion vahvuudet ja haasteet

VAHVUUDET	HAASTEET
Sidoksissa Duodecimin päätöksentuen palveluun mutta muutoin hyödyntäminen on tietojärjestelmästä riippumatonta	Toimii vain terveydenhuollon kontekstissa, koska sosiaalihuollossa ei ole toistaiseksi olemassa vastaavatyypistä päätösten perustana olevaa päättelysäännöstöä
Rajattomat hyödyntämismahdollisuudet, esimerkiksi voidaan tarkastella erilaisia tautikombinaatioita, riskikasaukia ja alueellista vaihtelua hoidon toteutumisessa	Hyödyntää alueen potilastietojärjestelmää mutta ei Omakantaan, Omatietovarantoon tai sosiaalihuollon asiastietojärjestelmään kirjattuja tietoja
Soveltuu hyvin myös esimerkiksi paljon palveluja käyttävien tai riskiryhmien etsinnän työkaluksi	Tietoturva- ja haasteet: Duodecimilla on oltava palvelussa huoltoyhteys kaupungin palvelimelle, jossa on pseudonymisoitua arkaluonteista potilasdataa
Saatua tietoa voidaan hyödyntää sekä kliinisessä työssä että tietojohdamisen välineenä	Tietosuojahaasteet: Tarpeeksi tarkalla rajauksella erityisesti pienellä paikkakunnalla potilas voi olla tunnistettavissa harvinaisen sairauden vuoksi
Potilaan on mahdollista vaikuttaa omaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon arvottamalla niitä tekijöitä, jotka ovat hänelle tärkeitä	Lainsäädännön "harmaa alue": Toissijaisen tiedon hyödyntäminen ensisijaiskäytössä, miten tämä toteutetaan kun työkalu mahdollistaa pääsyn ensisijaiseen potilastietoon (terveydenhuoltolaki vs. tietosuojalaki)
Tuo esiin rakenteisen kirjaamisen hyödyt käytännössä, motivoi ammattilaista kirjaamaan rakenteisesti, mikä edelleen lisää tietopohjan luotettavuutta	Edellyttää rakenteista kirjaamista, jossa on vielä monia puutteita eikä siitä ole myöskään kansallista konsensusta (kirjaaminen tapahtuu eri tavoin eri tietojärjestelmissä)
Teknisesti helppokäyttöinen ja visuaalisuutta hyödyntävä	Työkalussa vielä stilisointipuutteita: lääkityksiä ei ilmoiteta vaikuttavan aineen niminä ja osa termeistä on englanniksi
Väestötasolla voidaan hyödyntää laatumittarien kehittämistyössä erilaisin tavoin (esim. luomalla tautikohtaiset mittarit useiden eri indikaattorien pohjalta)	Systemaattinen vaikuttavuustutkimus puuttuu

4.3 Palveluohjaus toimintamallina

Monissa organisaatioissa on otettu käyttöön palveluohjaukseen perustuva toimintamalli, jossa tietty sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilainen vastaa monialaisia palvelutarpeita omaavien asiakkaiden palvelujen koordinoinnista. Tässä osiossa tarkastellaan kahta alueellista, pitkällisen kehittämistyön omaavaa palveluohjausmallia, Päijät-Hämeen case manager -mallia ja Siun soten yhteisasiakkuusmallia.

4.3.1 Päijät-Hämeen case manager -malli

Päijät-Hämeen toimintamalli perustuu niin sanottuun case manager -toimintamalliin, jota on hyödynnetty Amerikassa jo 1900-luvun alkupuolelta alkaen. Kiinnostus soveltaa toimintamallia suomalaiseen terveydenhuoltoon alkoi Päijät-Hämeessä vuonna 2015. Tällöin havaittiin, että päivystyksessä ja muissakin palveluissa käy paljon samoja asiakkaita yhä uudelleen, eikä mikään tahon selkeästi ota vastuuta kyseisten asiakkaiden kokonaistilanteeseen tutustumisesta. Asiakkailla oli paljon epätietoisuutta muun muassa omasta sairaudesta ja sen hoidosta, palvelujärjestelmän tarjoamista palveluista ja keinoista saada yhteys terveydenhuollon ja sosiaalihuollon toimijoihin. Toimintamallin käynnistyessä tavoitteeksi asetettiin ”pyöröovi”-ilmiön eli ennalta suunnittelemtoman sairaalaan palaamisen ja vuodeosastoihin kohdistuvan kuormituksen vähentäminen. Toisena tärkeänä tavoitteena oli lisätä asiakkaiden ymmärrystä toistuvien käyntien syistä, vähentää asiakkaiden inhimillistä kärsimystä ja voimaannuttaa heitä omassa hoidossaan.

Case managereina eli asiakaspäällikköinä työskentelee tällä hetkellä Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä neljä terveydenhuollon ammattilaista. Heistä kolme työskentelee keskussairaalassa ja yksi ikääntyneiden palveluissa. He kaikki tukevat Akuutti24 -kenttäpalveluja sekä sairaalapalveluja ja poliklinikoja. Paljon palveluja tarvitsevien tunnistaminen tapahtuu edelleen käytännön tilanteissa, kriteerinä on vähintään kolme vuodeosastojaksoa vuoden sisällä erikoissairaanhoidossa tai epätarkoituksenmukainen palvelujen käyttö. Tällä viitataan erilaisissa palveluissa kiertäviin asiakkaisiin, joiden tilanne selvästi vaatisi tarkempaa perehtymistä. Henkilökunta tunnistaa kriteerit täyttävän asiakkaan ja ilmoittaa hänestä asiakaspäällikölle. Asiakaspäällikkö perehtyy asiakkaan tilanteeseen ja haasteisiin yhdessä asiakkaan, omaisten ja henkilökunnan kanssa keskustellen. Tämän jälkeen asiakaspäällikkö käynnistää toimet asiakkaan auttamiseksi ja on tarvittaessa yhteydessä muihin ammattilaisiin. Asiakas saa asiakaspäällikön yhteystiedot ja asiakkaan sairauskertomukseen merkitään muiden ammattilaisten hyödynnettäväksi tieto siitä, että hän on asiakaspäällikön asiakas. Asiakaspäällikkö myös kirjaa asiakastietojärjestelmään omalle CM-HOI-välilehdelle sovitut toimet ja muut tarvittavat tiedot asiakkaan tilanteeseen liittyen.

Päijät-Hämeessä kerätyissä asiakaspalautteissa sekä asiakkaat että omaiset ovat kokeneet toimintamallin toimivana ja ovat olleet tyytyväisiä, että useiden ”manageroitujen” asiakkaiden kohdalla pyörövi-ilmio ja epätarkoituksenmukainen palvelujen käyttö on saatu vähemmään tai kokonaan loppumaan. Mallilla on saatu myös kustannukset laskemaan jopa kolmanneksella vertailuryhmään verrattuna. Varsinaista vaikuttavuustutkimusta aiheesta ei ole kuitenkaan toistaiseksi julkaistu.

Case manager -toimintamallin käyttöönotto Päijät-Hämeessä on vaatinut johdon sitoutumisen lisäksi mallin hyvin tuntevan henkilön pitkäaikaista ja määrätietoista työtä asian edistämiseksi sekä ammattilaisten ennakkoluulojen kumoamiseksi. Ennakkoluulot ovat liittyneet erityisesti uuden ammattilaisen rooliin ja uuden mallin käyttöönottoon, päällikkö-nimikkeeseen ja ammattilaisten välisiin työnjako- ja valtakysymyksiin asiakastyössä. Case manager -toimintamallin vahvuudet ja haasteet on koostettu taulukkoon 4.3.

Taulukko 4.3. Päijät-Hämeen case manager -mallin vahvuudet ja haasteet

VAHVUUDET	HAASTEET
Luo merkittäviä kustannussäästöjä vähentämällä pyörövi-ilmioita, vähentää epätarkoituksenmukaista palvelujen käyttöä	Uusi toimintamalli edellyttää ammattilaisilta uudenlaista työorientaatiota ja avointa suhtautumista kokeilukulttuuriin
Voimaannuttaa asiakasta ja helpottaa asiakkaan yhteydenpitoa terveydenhuoltoon	Asiakaspäälliköltä edellytetään laaja-alaista osaamista ja palvelujärjestelmän tuntemista
Helpottaa ammattilaisten työtä ja yhtenäistää paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelujen koordinaatiota	Ammattilaisten tiedon puute ja ennakkoluulot liittyen uudenlaiseen toimintakuvaan ja nimikkeisiin estävät toiminnan laajentamista
Hyödyntää asiakassegmentointia palvelujen kehittämisen pohjana	Tieto ei välttämättä siirry sosiaalihuoltoon
Asiakastietojärjestelmässä on selkeä paikka, josta tieto asiakaspäälliköstä löytyy ja erillinen välilehti, jossa hänen kirjauksensa ovat nähtävissä muille ammattilaisille	Tietojärjestelmät eivät automaattisesti tee poimintoja tai hälytyksiä asiakaspäällikön asiakkaista, vaan tieto täytyy tarkistaa järjestelmästä manuaalisesti
	Tietojärjestelmäherätteiden puuttuminen estää myös automaattisen kustannuseurannan toteuttamista
	Käytössä toistaiseksi vain terveydenhuollon puolella erikoissairaanhoidossa, yhteispäivystyksessä ja ikääntyneiden ja kuntoutuksen toimialalla. Paljon epätarkoituksenmukaisesti palveluja käyttäviä asiakkaita on myös perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluissa, joissa toimintaa ei ole vielä voitu käynnistää.
	Systemaattinen vaikuttavuustutkimus puuttuu

4.3.2 Siun soten yhteisasiakkuus -malli

Pohjois-Karjalan Siun sote -kuntayhtymän yhteisasiakkaiden tunnistamisen ja ohjauksen malli on ollut käytössä vuodesta 2018 alkaen. Aikaisemmin Siun sotessa oli hyödynnetty Parempi arki -hankkeessa luotuja tunnistamisen herätteitä, jotka koettiin toimiviksi terveydenhuollossa mutta sosiaalipalveluissa sekä mielenterveys- ja päihdepalveluissa niiden koettiin hälyttävän lähes kaikilla asiakkailla. Tämän vuoksi tunnistamisen kriteereitä muokattiin. Henkilöstö myös kaipasi yksinkertaistettua ja selkeää ohjeistusta tai kriteerejä tunnistamiseen. Uusiksi yhteisasiakkaiden tunnistamisen määritelmiksi listattiin, että asiakas tarvitsee tai käyttää paljon palveluja tai tukea, asiakkaalla on useamman toimialueen palvelujen käyttöä, palvelujen käyttö on hallitsematonta tai käytössä olevat palvelut eivät ole riittäviä tai palveluntarve voi olla vielä tunnistamatta. Tarkempina kriteereinä ovat käyntimäärät (yli kolme käyntiä kuukauden aikana tai kahdeksan käyntiä vuoden aikana lääkärillä), toistuvat päivystyskäynnit tai yhteydenotot, taloudelliset huolet, epäselvä TE-prosessi, työttömyys tai työkyvyttömyys. Palveluun voidaan ohjata joustavasti myös, jos asiakkaan tilanteesta herää ammattilaisella huoli tai asiakas ei oikein kuulu kenellekään tai täytyä tietyn erikseen myönnettävän palvelun saamisen kriteereitä vaikka palveluntarvetta olisikin.

Yhteisasiakkuus-mallin tavoitteena on varmistaa asiakkaalle hänen tarvitsemansa avun ja palvelun saaminen yli sektorirajojen ja ammattilaisten tukeminen yhteisasiakkaiden. Sote-organisaation näkökulmasta tavoitteena on kustannusten säästö asiakkaan turhien käyntien ja päällekkäisen työn vähenemisen myötä. Myös asiakas- ja potilasturvallisuuden ja asiakaslähtöisyyden lisääminen ovat tärkeitä tavoitteita toiminnalle. Mallista on järjestetty Siun soten sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille koulutusta, jossa mallin tavoitteita ja ideologiaa on esitelty. Asiakkaan tunnistaa mallissa aina ammattilainen. Tietoisuuden levittyä asiakkaita ovat alkaneet ohjata palveluihin perinteisten sote-toimijoiden lisäksi laaja-alaisesti muutkin toimijat, kuten pelastustoimi, sosiaali- ja potilasasiamiehet ja kolmannen sektorin toimijat. Toimijat kertovat yhteisasiakkuustoiminnasta asiakkaalle hyödyntäen tätä varten tehtyä työohjetta ja pyytävät asiakkaalta suullisen suostumuksen asiakasohjaajan yhteydenottoon.

Siun sotessa työskentelee tällä hetkellä asiakasohjaajana yhteensä kolme terveydenhuollon koulutuksen ja laajan työkokemuksen omaavaa ammattilaista, jotka tekevät palveluohjausta päätoimisesti. Käytännössä asiakasohjaaja soittaa yhteydenottoon suostumuksensa antaneelle asiakkaalle ja sopii hänen kanssaan kartoituskäynnin, jossa selvitetään laaja-alaisesti asiakkaan tilanne ja tarpeet. Asiakasohjaaja perehtyy asiakkaan tilanteeseen etukäteen muun muassa asiakastietojärjestelmissä olevien tietojen perusteella ja asiakasta pyydetään täyttämään etukäteen WHOQOL-BREF-elämänlaatumittari. Asiakasohjaajilla on laaja-alainen pääsy eri asiakastietojärjestelmiin, jonne merkitään tieto yhteisasiakkuudesta asiakkaan perustietoihin.

Asiakkaiden ja henkilökunnan kokemukset asiakasohjaajatoiminnasta ovat olleet kerätyissä palautteissa erittäin myönteisiä. Yhteisasiakkaiden on koettu asiakasohjaajan mukaan tulon jälkeen kuormittavan muita ammattilaisia vähemmän kuin aikaisemmin. Osa lääkäreistä on kuitenkin ollut huolissaan siitä, että yhteisasiakkaisiin panostaminen voi saattaa muut asiakasryhmät eriarvoiseen asemaan palvelujen saamisen suhteen niukkojen resurssien tilanteessa.

Osa toimintamallin vaikutuksista näkyy vasta pidemmällä aikavälillä, ja vaikuttavuuden mittaamisessa ja osoittamisessa on omat haasteensa. Siun sotessa saman organisaation alla toimivat sosiaali- ja terveyspalvelut ovat mahdollistaneet yhteistoiminnasta sopimisen ja tarvittavien suostumusten laadinnan mutta tiettyjä toimialue- ja rekisterirajoja ylitettäessä (esim. vammaispalvelut), jää vastuu tiedon välittämisestä tietosuojasyistä usein asiakkaalle itselleen. Yhteisasiakkuus-mallin vahvuudet ja haasteet on koostettuna taulukkoon 4.4.

Taulukko 4.4. Siun soten yhteisasiakkuus -mallin vahvuudet ja haasteet

VAHVUUDET	HAASTEET
Yhteisasiakkaiden tunnistamiseen on olemassa tunnusmerkit ja kriteerit	Palveluohjaajalta edellytetään laaja-alaista osaamista ja palvelujärjestelmän tuntemista
Ammattilaisille on luotu koulutusmateriaalia ja selkeät työohjeet siitä, miten toiminta esitellään asiakkaalle	Edellyttää kaikilta ammattilaisilta toimintamalliin sitoutumista ja sen tärkeyden ymmärtämistä
Tietoisuus palvelusta on toimijoilla hyvä ja yhteisasiakkaita tunnistetaan ja ohjataan palveluun lukuisilta eri tahoilta, myös kolmannelta sektorilta	Erilliset asiakastietojärjestelmät terveys- ja sosiaalipalveluissa eivät mahdollista yhtenäistä tapaa toteuttaa asiakkaiden ohjaamista palveluun (on edellyttänyt erillisestä yhteydenottotavasta ja -väylästä sopimista)
Palveluohjaajille on myönnetty poikkeuksellisen laaja-alainen pääsy eri asiakastietojärjestelmiin	Potilastietojärjestelmät eivät automaattisesti tee poimintoja tai kerää tietoa asiakkaasta vaan hajanaiset tiedot täytyy etsiä manuaalisesti
Yhteisasiakkuus-tieto sekä terveys- ja hoitosuunnitelma merkitään potilastietojärjestelmässä tiettyyn paikkaan ja on näkyvissä terveydenhuollon potilastietojärjestelmää käyttäville	Resurssien puute heikentää palvelun laajentamista koko alueelle ja uusiin asiakasryhmiin
Asiakkaiden ja työntekijöiden kokemuksia toimintamallista seurataan säännöllisesti	Systemaattinen vaikuttavuustutkimus puuttuu, vaikuttavuuden osoittamisen ja mittaamisen haasteet
Mahdollisuus saavuttaa kustannussäästöjä kun päällekkäinen työ ja epätarkoituksenmukaiset asiakaskäynnit vähenevät	

4.4 Paljon palveluja tarvitsevien tuen ydinprosessi Helsingissä

Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden tunnistamisen kehittäminen käynnistyi Helsingissä osana asiakkaiden palveluihin liittyvien ydinprosessien ja asiakassegmentoinnin kehittämistä vuonna 2015. Paljon palveluja tarvitsevien tuen ydinprosessi on kokonaisvaltainen toimintamalli, jota hyödynnetään tällä hetkellä kaikissa Helsingin sosiaali- ja terveystoimialan palveluissa samoilla yhteisillä kriteereillä. Yleisenä ppt-asiakkuuden kriteerinä on runsas tarve palveluille. Tämä voi tarkoittaa palvelutarpeen toistuvuutta tai intensiivisyyttä, palvelutarpeen suurta määrää, palvelukokonaisuuden suuria kustannuksia, asiakkaan palvelutarpeen edellyttämää työtapaa (esimerkiksi vaatii monialaista yhteistyötä ja palvelujen koordinaatiota) tai asiakkaan lainsäädännöllisiä oikeuksia palvelujen saamiseen (esimerkiksi sosiaalihuoltolain mukaan erityistä tukea tarvitsevat henkilöt). Ppt-asiakkuus määräytyy näistä vähintään kahden edellytyksen toteutuessa. Toimintamallin tavoitteena on, että asiakas tulee kuulluksi ja saa ratkaisun ongelmiinsa viiveettä, eikä hänen tarvitse kertoa asiaansa montaa kertaa eri ammattilaisille.

Käytännössä asiakkaan tunnistaminen paljon palveluja tarvitsevaksi tapahtuu uuden tai jo palvelujen piirissä olevan asiakkaan saapuessa palveluun. Osana asiakassegmentointia kartoitetaan asiakkaan mahdollisia terveys- ja hyvinvointiongelmia ja -riskejä hyödynnäen erilaisia indikaattoreita. Kansansairauksia kuvaavina indikaattoreina on listattu muun muassa painoindeksi (BMI), verenpaine, tupakointi, kolesteroliarvot sekä muisti- ja masennustestit (MMSE ja BDI). Sosiaaliseen syrjäytymiseen liittyvinä indikaattoreina puolestaan ovat muun muassa pitkäaikaistyöttömyys, asunnottomuus ja alkoholin käytön riskitesti (AUDIT). Rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa riskitekijöiden arvion saamisen automaattisesti (ks. asiasta lisää edellä tässä artikkelissa Terveystyöarvion kohdalta).

Asiakassegmentoinnissa Helsingissä hyödynnetään Koivuniemen ja työtovereiden (2014) nelikenttämallia, jossa asiakas jaetaan yhtäältä arjessa pärjäämisen ja toisaalta riskien määrän sekä palvelutarpeiden mukaan yhteen neljästä asiakkuusryhmästä: pärjääjäasiakkuudet, tukiasiakkuudet, yhteistyöasiakkuudet ja huolenpitoasiakkuudet. Paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat segmentoidaan joko yhteistyö- tai huolenpitoasiakkaiksi. Yhteistyöasiakkaissa on paljon sellaisia asiakkaita, joilla on eri palveluista muodostuva palvelukokonaisuus ja terveyden riskitekijöitä. Heillä on kuitenkin voimavaroja ja palvelukokonaisuus on saatu koordinoitua sellaiseksi, että se on selkeä asiakkaalle. Tavoite olisikin, että kaikki ppt-asiakkaat saataisiin yhteistyöasiakkuuksien ryhmään. Huolenpitoasiakkaat puolestaan ovat aikaa vievin ja kallein asiakasryhmä, sillä heillä on suuri tai erittäin suuri palvelutarve ja riskitekijöitä ja niiden lisäksi myös haasteita arjessa pärjäämisessä ja palveluihin pääsyssä. Tiettyjen mielen- ja päihdepalvelujen asiakasryhmien on todettu täyttävän automaattisesti paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden kriteerit. Näissä tapauksissa henkilökuntaa on ohjeistettu

soveltamaan suoraan ppt-asiakkaiden kanssa käytettävää toimintamallia, jossa panostetaan erityisesti palvelujen yhteensovittamiseen ja asiakkaan tukemiseen.

Kaikille ppt-asiakkaille nimetään lisäksi oma yhteyshenkilö, jonka tehtävänä on varmistaa asiakkaan palvelun jatkuvuus ja palvelukokonaisuuden koordinoiminen. Yhteyshenkilö koostuu yhdessä asiakkaan kanssa hänen palvelutarpeensa mukaisen ammattilaisverkoston. Lisäksi terveys- ja hyvinvointisuunnitelmaan kerätään asiakkaan palvelukokonaisuuteen liittyvät tiedot. Yhteyshenkilöksi voidaan nimetä kuka tahansa asiakkaan toivoma sosiaali- tai terveysalan ammattilainen, johon asiakas luottaa, joka tuntee asiakkaan tilanteen ja on keskeisin henkilö asiakkaan palvelukokonaisuudessa. Asiakkaan on mahdollista olla suoraan yhteydessä yhteyshenkilöönsä. Tieto yhteyshenkilöstä kirjataan asiakas- tai potilas-tietojärjestelmään sovittuun paikkaan. Tarvittaessa asiakkaan luvalla tieto voidaan siirtää manuaalisesti toisen sektorin käyttämään tietojärjestelmään. Yhteyshenkilötoiminnan on nähty edistävän ammattilaisten tutustumista toisiinsa ja eri sektoreiden toimintaan ja sitä kautta parantavan yhteistyötä.

Johtamisen tueksi jokaiseen kuuteen Helsingin terveys- ja hyvinvointikeskukseen on koottu oma yhteistä työtä tukeva esihenkilöverkosto, joka koostuu kaikkien toimintojen esihenkilöistä. Lisäksi jokaisella terveys- ja hyvinvointikeskuksella on oma paljon palvelua tarvitsevien tuen ydinprosessin verkosto, joka koostuu asiakastyötä tekevistä ammattilaisista. Heidän tehtävänsä on kehittää alueellista yhteistä työtä oman substanssityönsä ohella ja tukea esihenkilöverkostoja. Tärkeänä osana kehittämissyhteistyötä toimii myös kokemusasiantuntijaverkosto. Se koostuu henkilöistä, joilla on henkilökohtaista kokemusta moniongelmaisuuudesta tai monisairauksista ja jotka pystyvät siten arvioimaan ydinprosessitoimintaa ja antamaan siihen kehittämisehdotuksia asiakaslähtöisyyden parantamiseksi. Asiakassegmentoinnin, yhteyshenkilötoiminnan ja sovittujen yhteisten toimintatapojen on todettu selkeyttävän ja yhdenmukaistavan yksittäisen ammattilaisen toimintaa ppt-asiakkaiden tunnistamisessa ja palveluissa eteenpäin ohjaamisessa. Samalla se on luonut pohjaa aidosti yhteisen työn tekemiselle ja yhteisiä, samalla tavalla ymmärrettäviä käsitteitä sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille. Sote-organisaation tasolla asiakassegmentoinnin on havaittu tuovan esille myös asiakkaita, joiden palvelujensaanti ei ole heidän tarpeidensa mukaista, jolloin tilanne on voitu korjata.

Kokonaisvaltaisen toimintamallin käyttöön saaminen on ollut pitkäaikainen ja pitkäjänteisyyttä, kokeiluja ja monenlaista tiedonkeruuta ja valmistautumista vaatinut prosessi. Toimintamalli edellyttää jatkuvaa toimintatapojen kehittämistä ja vaikutusten seuranta. Mallin vaikuttavuudesta kerätään parhaillaan tutkimustietoa. Helsingissä odotetaan asiakassegmentoinnin avuksi myös mahdollisten digitaalisten datalouhintamenetelmien kehittymistä ja Apotti-järjestelmän käyttöönottoa. Paljon palveluja tarvitsevien tuen ydinprosessimallin vahvuudet ja haasteet on koostettu taulukkoon 4.5.

Taulukko 4.5. Helsingin paljon palveluja tarvitsevien tuen ydinprosessimallin vahvuudet ja haasteet

VAHVUUDET	HAASTEET
<p>Kaikissa palveluissa sovellettava geneerinen ydinprosessikuvaus ja asiakassegmentit luovat selkeät yhteiset toimintamallit ja yhteistä käsitteistöä eri sektoreille</p> <p>Ydinprosessikuvauksessa kuvataan myös palvelukohtaiset ppt-asiakkaiden tukemisen prosessit sekä terveys- että sosiaalipalveluissa</p> <p>Ydinprosseista on luotu ammattilaisille selkeä opas, jota päivitetään säännöllisesti</p> <p>Tietojärjestelmiä hyödynnetään asiakkaiden tunnistamisessa ja segmentoinnissa (Terveyshyötyarvio, Omaolo, tulevaisuudessa Apotti)</p> <p>Asiakassegmentit ovat tuoneet näkyviksi asiakasryhmien palvelutarpeita, jolloin palveluita voidaan arvioida ja kohdentaa paremmin.</p> <p>Osa asiakasryhmistä on määritelty asiakassegmentoinnin perusteella suoraan ppt-asiakkaksi, jolloin sovitut tukitoimet ja toimintamallit voidaan ottaa suoraan käyttöön heidän kohdallaan</p> <p>Kaikille ppt-asiakkaille nimetään yhteyshenkilö, joka kirjataan asiakas/potilastietojärjestelmään</p> <p>Verkostot johtamisen, yhteistyön ja toiminnan kehittämisen tukena (alueelliset ppt-verkostot, ppt-kokemusasantuntijaverkosto)</p> <p>Asiakaskokemusten mittaamiseen on luotu kysymyspatteristo</p>	<p>Erityisesti toiminnan alkuvaiheessa yhteistyön esteenä tai hidasteena olivat sosiaali- ja terveydenhuollon välillä erilainen kieli ja käsitteet</p> <p>Mallin käyttöönotto ja jatkuva kehittäminen vaativat pitkäjänteistä työtä ja sitoutumista kaikilta toimijoilta</p> <p>Erilliset tietojärjestelmät sosiaali- ja terveyspalveluissa, tiedot eivät siirry tietojärjestelmien välillä automaattisesti, lainsäädännölliset esteet</p> <p>Rakenteisen kirjaamisen puutteet heikentävät tietojen seuranta: kaikissa järjestelmissä ei ole sopivaa sijaintia, mihin asiakassegmenttietä voitaisiin kirjata</p> <p>Ammattilaisten ennakkoluulojen kumoaminen sekä motivoiminen rakenteiseen kirjaamiseen ja indikaattoritietojen keräämiseen vaatii johtajilta panostusta</p> <p>Erikoissairaanhoido ei ole mukana toimintamallissa</p> <p>Systemaattinen vaikuttavuustutkimus puuttuu toistaiseksi (on tekeillä)</p>

4.5 Monialaisen palvelutarpeen tunnistamisen kehittäminen

Keräämämme aineistot piirtävät moniulotteisen kuvan monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisen nykytilasta Suomessa. Tyypillisesti tunnistaminen tapahtuu asiakkaan saapua palveluun, kuten vastaanotolle tai päivystykseen. Jokin herättää ammattilaisella huolen asiakkaan tilanteesta tai havaitaan, että sama asiakas saapuu lyhyen ajan sisällä yhä uudelleen palveluihin. Asiakas saattaa olla turhautunut kertomaan tilanteestaan useille eri ammattilaisille tai epä tietoinen miten hänen tulisi toimia palveluja saadakseen. Mitä tämän jälkeen tapahtuu, riippuu pitkälti siitä, onko organisaatioon luotu toimintaohjeet, joiden mukaan asiakkaan tilanteen tarkempi selvittäminen toteutetaan. Optimaalisessa tilanteessa organisaatiossa on olemassa selkeä, kaikkien toimijoiden tuntema toimintamalli, joka käynnistetään tarpeen vaatiessa ja jonka jatkuvaan kehittämiseen on sitouduttu.

Kyselymme perusteella vain noin kolmanneksella suomalaisista sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioista on käytössä jokin tai joitakin toimintamalleja tai työvälineitä monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamiseksi. Mainitut välineet ja toimintamallit olivat keskenään hyvin vaihtelevia sen suhteen, mille asiakasryhmille ne soveltuivat ja toisaalta kuinka laaja-alaisesti niiden avulla oli mahdollista saada tietoa asiakkaan tilanteesta ja tarpeista. Asiakkaan tilanteen selvittämisessä hyödynnetään jonkin verran kansainvälisesti testattuja ja kansallisesti yhdenvertaista tietoa tuottavia mittareita sekä terveyden ja hyvinvoinnin riskitekijöistä kertovia indikaattoreita. Usein asiakas myös ohjataan tilanteen kartoittamiseksi moniammatilliseen tiimiin tai palveluohjauksen piiriin. Näiden tiimien kokoonpanoissa ja toimintamallien toimintaperiaatteissa on kuitenkin paljon vaihtelua alueittain ja eri organisaatioiden välillä. Tämä on ymmärrettävää, sillä palvelurakenteet ovat erilaisia eri organisaatioissa ja monialaisia palveluja tarvitsevien asiakkaiden määrät ja tarpeet voivat vaihdella. Näin ollen alueellisia ratkaisuja monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamiseen tarvittaneen Suomessa myös jatkossa. Erilaisiin toimintamalleihin liittyviä hyviä ja huonoja kokemuksia olisi hyvä jakaa ja pohtia jatkossa nykyistä enemmän yhdessä esimerkiksi erilaisissa valtakunnallisissa yhteistyöverkostoissa ja foorumeissa.

Tässä selvityksessä esille nousseet haasteet monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisessa ovat hyvin samankaltaisia kuin aiemmissa tutkimuksissa (esim. Hujala & Lamminmäen 2018). Toimintamallien piirteet ja niihin vaikuttavat tekijät myös kytkeytyvät toisiinsa luoden palapelin, jossa tunnistamista vaikeuttavat muun muassa tietojärjestelmiin, lainsäädäntöön, yhteistyön puutteisiin, asenteisiin ja resursseihin liittyvät tekijät. Seuraavassa eritellään tunnistamisen haasteita ja kuvataan asiakaslähtöisyyttä lisääviä hyviä käytäntöjä aineistojemme perusteella.

4.5.1 Tietojärjestelmiin liittyvät haasteet

Tietojärjestelmien hyödyntämiseen perustuvia keinoja tunnistaa monialaisia palveluja tarvitsevat on toistaiseksi käytössä hyvin vähän. Kyselymme perusteella tunnistamista vaikeuttaa erityisesti tietojärjestelmien kehittymättömyys. Eri asiakastietojärjestelmät eivät ”keskustele” keskenään eli asiakkaaseen liittyvät tiedot eivät siirry automaattisesti eri järjestelmästä toiseen. Useimmiten tietojärjestelmät eivät myöskään tuota automaattisesti kokoavaa tietoa asiakkaan tilanteesta, saati anna hälytyksiä riskitekijöiden kasvaessa. Monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisessa hyödyttäisiin automaattisista muistutuksista tai tietojärjestelmien hälytyksistä monellakin tapaa. Ihannetapauksissa ammattilainen saisi tietojärjestelmien kautta automaattisesti tiedon siitä, että asiakkaalla on ollut paljon käyn- tejä eri palveluissa tai hänet on jo tunnistettu monialaisia palveluja tarvitseväksi. Järjestelmistä voitaisiin saada tietoa myös sovitusta yhteyshenkilöistä ja muista hoidon tai palvelun järjestelyistä, asiakkaan tilanteesta tapahtuneista akuuteista muutoksista ja asiakkaan

omista näkemyksistä, kunhan asiakas antaa näihin suostumuksensa. Automatisoinnin toteutus käytännössä on kuitenkin havaittu haastavaksi erityisesti silloin, kun organisaatiossa on käytössä erillisiä asiakas- tai potilastietojärjestelmiä eri palveluissa.

Yhtenä lupaavana esimerkkinä tietojärjestelmien automaattisesta hyödyntämisestä ovat Duodecimin tarjoamat päätöksentuki- ja terveyshyötyarvio -palvelut, joita on testattu Helsingissä. Nämä palvelut poimivat sähköisiin potilastietojärjestelmiin rakenteisesti kirjattua tietoa, jonka kautta tarjolla on lähes rajattomasti sovellusmahdollisuuksia erilaisten tautikombinaatioiden, riskikasaumien ja alueellisen hoidon vaihtelun toteutumisen tarkastelussa. Tiedot voivat olla tarpeellisia monialaisia palveluja tarvitsevien asiakkaiden terveysriskien löytämisessä ja niihin reagoimisessa. Asiakkaiden tarpeiden kokonaisvaltaiseen arviointiin nämä Duodecimin tarjoamat palvelut eivät kuitenkaan ole riittäviä, sillä ne eivät tarkastele asiakkaiden sosiaalisia tarpeita tai hyvinvoinnin riskitekijöitä. Ne eivät myöskään toistaiseksi hyödynnä muihin järjestelmiin, kuten Kanta-palveluihin kertyvää tietoa.

Tietojärjestelmien hyödyntämiseen monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisessa liittyy paljon lainsäädännöllisiä, tietosuojaan ja -turvaan liittyviä haasteita, joita ei ole toistaiseksi pystytty ratkaisemaan. Ammattilaisilla on useimmiten pääsy vain oman organisaationsa tietojärjestelmään, jolloin tietoa asiakkaan muista mahdollisista, toiseen tietojärjestelmään kirjatuista palvelujen käytöstä ei välttämättä pystytä ottamaan huomioon. Siun soten yhteisasiakkuus-mallissa tähän on löydetty osittainen ratkaisu, jossa palveluohjaajina työskenteleville asiakasohjaajille on luotu järjestelmään oma ”ammattirooli”, jonka kautta heillä on muita laaja-alaisemmin pääsy useaan eri tietojärjestelmään. Useimmiten tietojen eteenpäin välittäminen jää kuitenkin palveluja käyttävän asiakkaan vastuulle, vaikka asiakas toivoisi tietojen siirtyvän automaattisesti ja antaisi suostumuksensa tietojen välittämiseen toisen sektorin toimijoille.

Lainsäädännöllisten haasteiden lisäksi tietojärjestelmien rakenteet voivat vaikeuttaa monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamista ja tietojen kirjaamista. Haastatteluisamme tuli esille, että kaikissa tietojärjestelmissä ei ole soveltuvaa tai yhteisesti sovittua paikkaa, johon voitaisiin kirjata rakenteisesti tiedot esimerkiksi siitä, että asiakas on tunnistettu paljon palveluja tarvitseväksi (asiakassegmenttietä) tai merkitä asiakkaalle sovitun yhteishenkilön tiedot. Tämä heikentää samalla mahdollisuuksia automaattisiin tietopoimintoihin, joiden avulla voitaisiin saada laajemmin tietoa asiakasryhmien tarpeista. Haastateltaisamme nostivat esille myös ammattilaisten usein epäilevät asenteet liittyen rakenteiseen kirjaamiseen. Rakenteisen kirjaamisen kehittäminen voisikin edistää siihen liittyvien hyötyjen näkemistä ja siten motivoitua ammattilaisia panostamaan rakenteiseen kirjaamiseen työssään.

4.5.2 Eri palvelujen välisten kuilujen kaventaminen yhteiseksi tavoitteeksi

Monialaisia palveluja tarvitsevilla asiakkaila viitataan lähtökohtaisesti asiakkaisiin, jotka tarvitsevat vähintään kahden eri toimialan tarjoamia palveluja. Näiden asiakkaiden tunnistamisessa haasteet liittyvät edellä kuvattujen erillisten tietojärjestelmien kanssa toimimisen lisäksi eriytyneisiin toimintakulttuureihin eri palveluissa. Useimmiten aiemmissa tutkimuksissa viitataan kuiluun sosiaali- ja terveystarpeiden välillä, mutta erilaiset toimintakulttuurit voivat aineistojemme perusteella luoda kuilun myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille tai toisaalta sote-palvelujen ja muiden sektoreiden palvelujen välille. Monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisen toimintamalleja on usein kehitetty tietyn sektorin tarpeiden ja toimintaedellytyksien ohjaamana. Tällöin mallien siirrettävyys toiselle sektorille ei ole aina itsestään selvää. Jatkossa tarvitaan eri sektoreiden toimijoiden välistä keskustelua yhteisen työn tekemisestä sekä yhteisesti ymmärrettäviä käsitteitä ja tavoitteita, joiden kautta kuilu toimintakulttuureissa voi hälvetä.

Kyselyssämme monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamista olivat vaikeuttaneet eriytyneiden toimintakulttuurien lisäksi epätietoisuus toisten työn sisällöistä, puutteet yhteistyössä ja toimijoiden asenteet. Siiloissa toimivat ammattilaiset eivät välttämättä tunne toisen sektorin työtä ohjaavaa lainsäädäntöä, tarjolla olevia palveluja tai käytössä olevia työkaluja. Aiemmissa tutkimuksissa on pidetty tärkeänä tekijänä eri ammattilaisten valmiutta ja kiinnostusta toteuttaa ja kehittää monialaista yhteistyötä (esim. Hujala & Lamintakanen 2018). Haastatteluissamme tuli esille, että toiminnan kehittäminen edistyy yleensä siinä vaiheessa kun ammattilaiset näkevät konkreettisesti yhteisen toiminnan hyödyt itselle ja asiakkaille.

4.5.3 Tunnistamisen kehittäminen asiakkaan tarpeista lähtien

Asiakkaan sujuvan palvelujen saannin sekä osallisuuden, vaikutusmahdollisuuksien ja yhdenvertaisuuden toteutumisen tulisi olla keskiössä kehitettäessä monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisen käytäntöjä. Aineistojemme perusteella nämä näkökulmat on otettu ilahduttavan hyvin huomioon käytössä olevissa toimintamalleissa ja työkaluissa. Haastatteluissamme esille tulleita hyviä käytäntöjä ja niiden seurauksia kuvataan taulukossa 4.6. Monet kuvatuista käytännöistä edistävät asiakaslähtöisyyden lisäksi myös ammattilaisten välistä yhteistyötä esimerkiksi yhdenmukaistamalla palveluista kertomista asiakkaalle ja selkeyttämällä ammattilaisten välisiä rooleja ja vastuita asiakkaan palveluissa.

Taulukko 4.6. Asiakaslähtöisyyttä lisääviä hyviä käytäntöjä monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisessa

Hyvä käytäntö	Esimerkki	Vaikutukset
Asiakkaan kanssa käytetään neutraaleja käsitteitä	Suuntima-palvelussa asiakkaasta käytetään omatoimi-asiakkuus -käsitettä pärjääjä-asiakkuus -käsitteen sijaan	Käytettävät käsitteet eivät arvota tai leimaa asiakasta palvelutarpeen perusteella. Syntyy yhteisiä käsitteitä asiakkaan ja ammattilaisten välille.
Eri ammattilaiset käyttävät samoja käsitteitä asiakastyössä	Siun soten yhteisasiakkuus-mallissa ja Helsingin ppt-asiakkaiden tuen ydinprosessimallissa on luotu ammattilaisille erillinen ohjeistus, miten palveluista kerrotaan asiakkaalle. Asiakassegmentoinnissa käytetään yhteisiä luokitteluperusteita (yhteinen käsitys asiakasryhmistä).	Palveluista kerrotaan asiakkaalle kaikissa palveluissa yhtenäisellä tavalla. Samalla syntyy yhteisiä käsitteitä ja sanastoa sosiaali- ja terveyspalvelujen toimijoille.
Asiakas itse arvioi ja kertoo omat voimavaransa	Suuntima-palvelussa asiakas määrittelee voimavaransa ja asiakas ja ammattilainen keskustelevat arvioistaan yhdessä	Osallisuuden, voimaantumisen ja kuulluksi tulemisen tunne asiakkaalle. Palvelut räätälöidään asiakkaan tarpeiden ja voimavarojen mukaan.
Asiakkaalle nimetään yhteyshenkilö	Yhteyshenkilö on asiakkaan palvelujen kannalta keskeinen ammattilainen, ”tuttu” henkilö (esimerkiksi palveluohjaaja)	Asiakkaan on helppo saada yhteys palveluihin. Yhteyshenkilö koordinoi palveluja ja ohjeistaa tarvittaessa muita ammattilaisia.
Asiakaskokemuksia kerätään ja seurataan säännöllisesti ja niiden perusteella kehitetään palveluja	Helsingin ppt-asiakkaiden tuen ydinprosessimallissa hyödynnetään kokemusasiantuntijaverkoston. Asiakaspalautetta kerätään monissa palveluissa.	Asiakas pääsee vaikuttamaan palvelujen kehittämiseen. Ammattilaiset saavat tietoa palvelun toimivuudesta asiakasnäkökulmasta.
Asiakas saa vaikuttaa itseä koskeviin hoitovalintoihin	Terveysyhtöarviossa asiakkaalle voidaan esitellä erilaisiin riskitekijöihin vaikuttamisen seurauksia valintojen pohjaksi	Asiakkaan on aidosti mahdollista vaikuttaa omaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon arvottamalla hoitovalinnoissa niitä tekijöitä, jotka ovat hänelle tärkeitä.
Asiakassegmentointia käytetään asiakkaan tuen tarpeiden päivittämisen apuvälineenä	Asiakassegmentointi (esim. Suuntima ja Helsingin ppt-asiakkaiden tuen ydinprosessimallissa käytettävä segmentointi) ryhmittelee asiakkaita palvelutarpeen tilanteen ja voimavarojen/ arjessa pärjäämisen mukaan.	Asiakas saa kulloistenkin tarpeidensa mukaista palvelua. Ammattilaisten on selkeä hahmottaa eri asiakasryhmien kautta asiakkaiden erityistarpeita.

4.6 Lopuksi

Monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisen paikat voidaan yleisesti jaotella: 1) palveluihin hakeutuvien uusien asiakkaiden tunnistamiseen, 2) palveluja jo käyttävien asiakkaiden tunnistamiseen ja 3) palvelujen ulkopuolella olevien mahdollisten asiakkaiden tunnistamiseen (ks. Hietapakka ym. 2019). Aineistojemme perusteella Suomessa tunnistetaan parhaiten ensiksi mainittuun asiakasryhmään kuuluvat asiakkaat. Myös palvelujen piirissä jo olevat asiakkaat tunnistetaan silloin, kun heidän muuttunut palvelutarpeensa tulee

esille esimerkiksi lisääntyneiden päivystyskäyntien kautta. Sen sijaan sosiaali- ja terveyspalveluissa tunnistetaan huomattavasti vähemmän asiakkaita ennakoivasti eli ennen kuin palvelujen tarve pääsee kasvamaan suureksi. Ennakoivaa tunnistamista on mahdollista tehdä esimerkiksi niin, että palveluja käyttäneiden riskitekijöitä seulotaan väestötasolla tai muulla laajalla otoksella (ks. edellä Terveystyöarvio). Myös etsivällä (sosiaali)työllä voidaan tavoitella kokonaan palvelujen ulkopuolella olevien asiakkaiden saattamista palvelujen piiriin. Ennakoivaa tunnistamistyötä olisi hyvä lisätä ja kehittää jatkossa.

Monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistaminen ja erityisesti siihen liittyvien toimintamallien ymmärtäminen ja omaksuminen edellyttävät myös sote-alan perus- ja täydennuskoulutuksen kehittämistä. Sote-alan ammattilaiset tarvitsevat laaja-alaista osaamista monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisessa ja yhteistyön toteuttamisessa. Yhteisen työn toteuttamisessa tarvitaan yhteisiä, samalla tavalla ymmärrettäviä käsitteitä ja myönteistä suhtautumista palvelujen ja yhteistyön kehittämiseen. Kokonaan uudenlaisten toimintamallien ja työroolien, kuten palveluohjaajien käyttöön ottaminen edellyttää kyseisessä roolissa toimivilta ammattilaisilta erityisen laaja-alaista osaamista ja palvelujärjestelmän tuntemista.

Haastatteluimme valikoituneet toimintamallit ja työkalut olivat syntyneet pitkällisen, alueellisen kehittämistyön seurauksena. Useat haastateltavat totesivat, ettei mallien eteenpäin vieminen ollut ollut aina helppoa ja he olivat itsekin välillä olleet luovuttava toimintamallin edistämässä kohtaan vastarinnan vuoksi. Uudet toimintamallit olivat herättäneet ammattilaisissa epäilyjä niiden tarpeellisuudesta tai hyödystä asiakkaalle. Ammattilaisia oli huolettanut myös toimintamallien vaikutus omaan työhön ja totuttuun tapaan tehdä asiakastyötä. Huolta oli ollut myös siitä, että muut asiakasryhmät voivat jäädä palvelujen saamisesta eriarvoiseen asemaan, jos monialaisia palveluja tarvitsevat päästetään "jonon ohi" tai heidän palveluihinsa panostetaan muita enemmän. Onkin tärkeää huolehtia, että eri asiakasryhmien yhdenvertaisuus palveluissa ja palveluihin pääsyssä säilyy, kun kehitetään monialaisia palveluja tarvitsevien palveluja.

Osa toimintamalleista oli kehitetty ja ne toimivat tällä hetkellä vain terveydenhuollon kontekstissa. Jatkossa olisikin tarpeen kehittää toimintamalleja, jotka toimisivat eri palveluissa ja voisivat yhdistää usein erillään toimivaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Yhteenvetona haastatteluista välittyy viesti, että toimintatapojen muutokset tulee tehdä harkitusti ja perustellen ja ne edellyttävät pitkäjänteistä kehittämistyötä. Niihin tarvitaan johdon tukea ja selkeitä linjauksia, työntekijöiden osallistamista, kaikkien toimijoiden sitoutumista ja usein erillisiä resursseja toiminnan kehittämiseksi. Mallien toimivuudesta tarvitaan jatkossa myös tutkimustietoa esimerkiksi niiden kustannusvaikuttavuuteen ja asiakastytytyvyyteen liittyen.

5 Työ- ja toimintakyvyn edistäminen

Pekka Karjalainen & Eeva Liukko

Pitkittyvä työttömyys voi aiheuttaa paitsi taloudellisia ja sosiaalisia myös terveydellisiä ongelmia. Useissa tutkimuksissa on osoitettu työttömyyden heikentävän terveyttä ja aiheuttavan sairauksia, kuten depressiota, ahdistuneisuutta ja kohonnutta sydänkohtausten ja aivoverenkiertohäiriöiden riskiä. Vahvaa näyttöä on myös työttömyyden yhteydestä kuolleisuuteen. (Ks. Kerätär 2016.) Vuonna 2018 tehty kyselytutkimus viittaa siihen, että heikoimmassa asemassa olevat työttömät kokevat itse terveytensä varsin huonoksi, ja myös pitkäaikais-sairastavuus ja psyykinen kuormittuneisuus on yleistä (Leeman ym. 2018.) Työttömillä on myös työssä käyviä huonommat mahdollisuudet saada työkykyä edistäviä palveluja. Osalla työttömistä työkyvyn tuen, hoidon ja kuntoutuksen tarvetta ei ole tunnustettu, eivätkä he ole päässeet tarvitsemiinsa palveluihin ja oikeiden etuuksien piiriin. (Kerätär 2016.)

Toimintakyky tarkoittaa ihmisen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia edellytyksiä selviytyä hänelle itselleen merkityksellisistä ja välttämättömistä jokapäiväisen elämän toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän elää.

Työkyky tarkoittaa toimintakyvyn ja ammattitaidon muodostamaa kokonaisuutta suhteessa työn vaatimuksiin.

(Työkykyohjelma STM 2020)

Jotta soveltuvia palveluja ja kuntoutusta voidaan järjestää, tulee ensin tunnistaa tuen tarve ja sen jälkeen ohjata tukea tarvitseva henkilö tilanteen arviointiin. Eri ammattihenkilöt voivat luontevasti tunnistaa tuen tarpeen silloin, kun henkilö hakee palveluja sosiaali- ja terveydenhuollosta, työ- ja elinkeinohallinnosta (TE), kuntien työllisyyspalveluista, työllistymistä edistävästä monialaisesta yhteispalvelusta (TYP), Kansaneläkelaitoksesta (Kela) tai Nuorten ohjaamosta. Palveluja jo käyttävän asiakkaan tuen tarve voidaan tunnistaa esimerkiksi tilanteissa, joissa työn hakeminen on jostakin syystä vaikeaa. Tuen tarvetta

voidaan myös ennakoida ja ehkäistä ongelmien vaikeutumista. Voidaan esimerkiksi sopia siitä, että tuen tarpeeseen kiinnitetään huomiota työttömyyden pitkittyessä tai opintojen keskeytyessä.

Työttömällä tarkoitetaan henkilöä, joka ei ole työsuhteessa eikä työllisty päätoimisesti yritystoiminnassa tai omassa työssään ja joka ei ole päätoiminen opiskelija. Työttömänä pidetään myös työsuhteessa olevaa, joka on kokonaan lomautettu tai jonka säännöllinen viikoittainen työskentelyaika on alle 4 tuntia.

(Ks. tarkemmin Laki julkisesta työvoima- ja yrityspalvelusta 916/2012, 3 §.)

Työ- ja toimintakyvyn tuen tarve arvioidaan lähtökohtaisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaalihuoltolain (1301/2014 36 §) mukaan sosiaalihuollon ammattihenkilöiden tulee arvioida asiakkaan palvelutarpeita hänen elämäntilanteensa edellyttämässä laajuudessa. Terveydenhuoltolaissa (1326/2010 13 §) säädetään terveysneuvonnan ja terveystarkastusten järjestämisestä opiskelu- tai työterveyshuollon ulkopuolelle jääville nuorille ja työikäisille. Sosiaali- ja terveysministeriö on lisäksi ohjeistanut kuntia työttömien ehkäisevien terveyspalvelujen toteuttamisessa, työttömien työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa sekä niiden edellyttämässä yhteistyössä (STM 2013).

Seuraavassa tarkastellaan ensinnäkin työttömien työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeen tunnistamista ja siinä käytettyjä toimintamalleja, menetelmiä ja työkaluja. Toiseksi tarkastellaan työttömien terveystarkastusten toteutusta perusterveydenhuollossa. Aineistona hyödynnetään kahta kyselyä, jotka Terveyden ja hyvinvoinnin laitos teki keväällä ja kesällä 2019:

1. Kaksiosainen terveystarkastuskysely. Kysely lähetettiin kaikille Manner-Suomen terveystarkastuksille toukokuussa 2019. Kyselyssä oli mukana työttömien terveystarkastuksia koskevia kysymyksiä. Kyselyn ensimmäinen osa suunnattiin terveystarkastusten johdolle ja toinen terveysasemien päivittäisestä toiminnasta vastaavalle johdolle. Terveystarkastuksille suunnatun kyselyn vastausprosentti oli 99,2 (n = 132). Terveystarkastuksille suunnattuun kyselyyn saatiin vastauksia hieman yli 200. Ne kuvaavat 445 terveysaseman toimintaa, mikä on noin 87 prosenttia lääkärivastaanottoa tarjoavista terveysasemista. (Syrjä ym. 2019.)
2. Tässä hankkeessa toteutettu kotimainen kysely (hankekysely). Kysely lähetettiin huhti-kesäkuussa 2019 kaikkien kaupunkien ja kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluyksiköihin, työvoimahallintoon, Kelaan ja suoraan tietyille kohderyhmille. Vastauksia saatiin 441 kappaletta.

5.1 Työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeiden tunnistaminen

Työ- ja toimintakyky liittyy sosiaalisten ja terveydellisten tekijöiden lisäksi työllisyyteen. Työkykyohjelman 2020–2022 ohjelma-asiakirjassa todetaan, että työkyvyttömyyden riski kasvaa merkittävästi jo kuuden kuukauden työttömyysjakson jälkeen. Työttömistä 30–40 prosenttia on pitkäaikaistyöttömiä, joista noin 50 prosenttia on osatyökykyisiä. On arvioitu, että työkyvyttömistä työttömistä noin viidenneksen työkykyä voidaan kohentaa hoidolla, kuntoutuksella ja erilaisilla työelämän joustoilla. Keskeisimpiä työkykyä heikentäviä tekijöitä ovat mielenterveyden häiriöt, tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja pähdeongelmat. (STM 2020, 12.)

Työllistymistä ja toimintakykyä tukevat toimenpiteet tulisi aloittaa mahdollisimman nopeasti työttömyyden alettua. Pitempään työttömänä olleiden osalta toimenpiteillä voidaan ehkäistä ongelmien kasautumista, tukea osallisuutta sekä pyrkimyksiä kohti työelämää. Tukitoimet voivat toimia aluksi työelämävalmiuksia herättelevinä tekijöinä. Palvelujen vaikuttavuuden kannalta on oleellista, että tuen tarve voidaan tunnistaa ja toimenpiteet kohdentaa niistä eniten hyötyville ja että palveluketjut toimivat saumattomasti. Tuen tarpeen tunnistaminen on vasta ensimmäinen tekijä kuntoutumisen prosessissa.

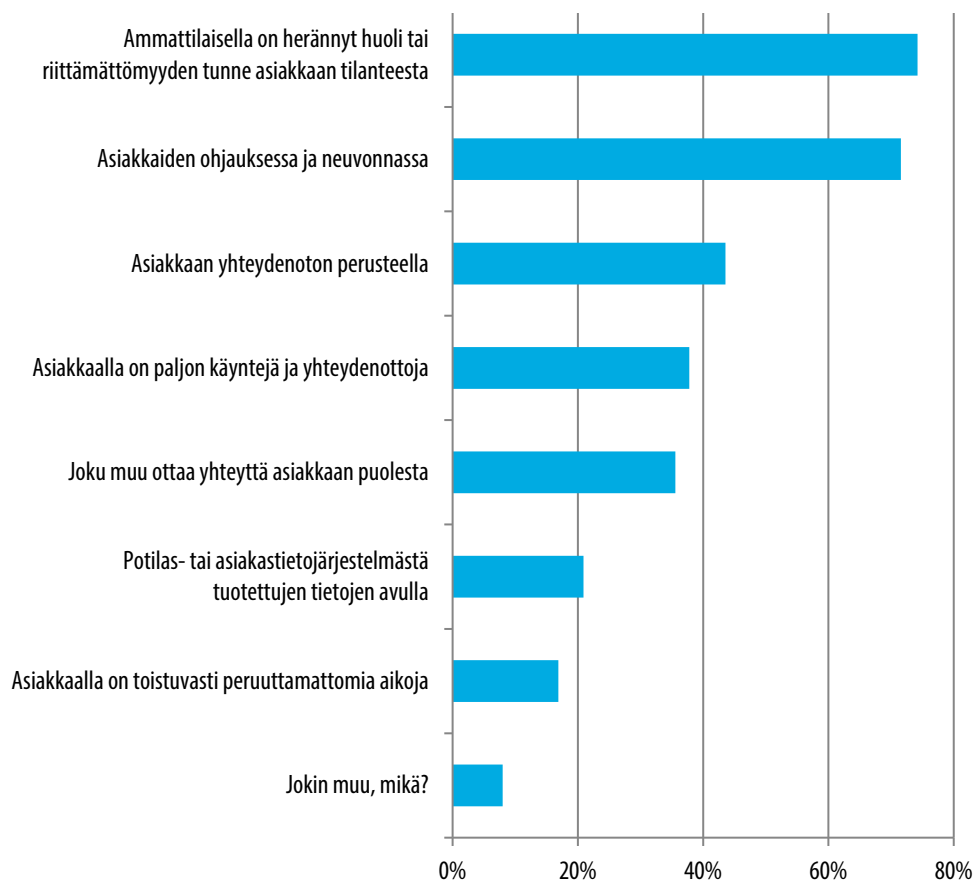
Koska työelämässä mukana oleminen lisää ihmisten terveyttä, osallisuutta ja hyvinvointia, voidaan työllisyystavoitteet nähdä myös niitä tukevinä toimina. Työllisyysasteen notaminen vaatii kuitenkin hyvin erityyppisiä toimenpiteitä. Mitä korkeampi työllisyystavoite yhteiskunnalla on, sitä merkittävämpi rooli on esimerkiksi sosiaalityöllä ja toimintakyvyn tukemisella (Karjalainen ym. 2019, 28).

Seuraavassa tarkastellaan hankekyselyn tulosten pohjalta, miten ja missä työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeen tunnistaminen tapahtuu, millaisin toimintamallein ja menetelmin, keiden kohdalla ja millaisia kehittämiskohteita tunnistamisessa ja siihen liittyvissä palveluissa on havaittu. Lopuksi tarkastellaan työ- ja toimintakyvyn tuen palveluja.

5.1.1 Tuen tarpeiden tunnistamisen tavat

Työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeiden arvioinnit luovat toimiessaan edellytykset asiakkaiden ohjaamiselle ja ohjautumiselle tarkoituksenmukaisiin palveluihin. Hankekyselyn mukaan työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeiden tunnistamisen toimintatavat voidaan jakaa kolmeen pääkategoriaan. Kyselyyn vastanneista vain 29 prosentilla on käytössä organisaatiossaan jokin sovittu käytäntö tai työkalu, jonka avulla voidaan ennakoita tai tunnistaa henkilöt, joilla on työ- ja toimintakyvyn tukemisen tarpeita. Toiseksi tunnistamisen vastuu voi olla määritelty tietyn ammattilaisen tai toimintayksikön vastuulle (voi olla myös osa em. mallia), esimerkiksi palvelutarpeen arviointi tai asiakkuus TYP/MYP:ssä tai perusterveydenhuollossa. Kolmas tapa on se, että tiettyä mallia tai sovittuja vastuita ei ole määritelty.

Tunnistaminen tapahtuu asiointitilanteissa asiakkaan elämäntilanteesta havaittujen elämänhallinnan vaikeuksien kautta.



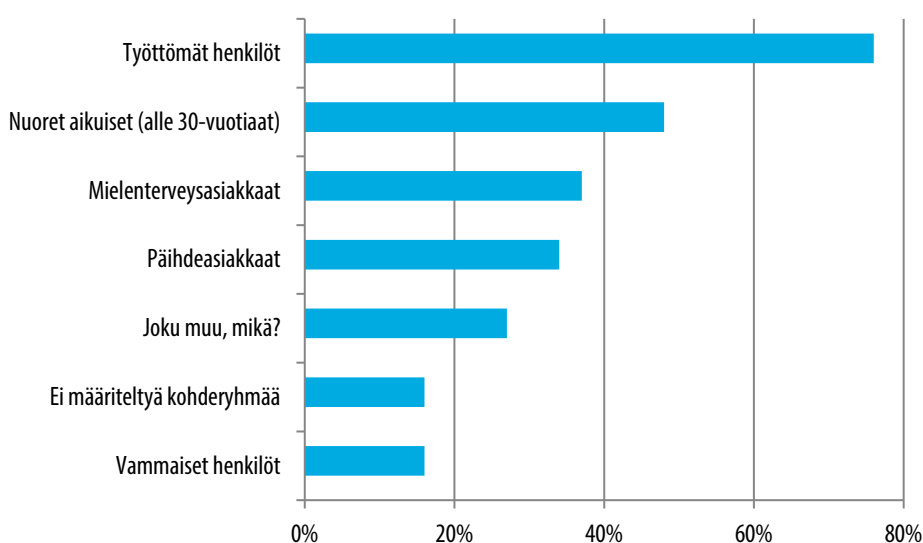
Kuvio 5.1. Keinot tunnistaa organisaatiossa henkilöt, joilla voi olla työ- ja toimintakyvyn tukemisen tarpeita. Vastajia pyydettiin valitsemaan kolme tyypillisintä keinoa.

Monialaisten palvelutarpeiden ja työ- ja toimintakyvyn tukitarpeiden tunnistamisen toimintamalleja ja työkaluja käsittelevässä väliraportissa (Hietapakka ym. 2019, 41) tunnistamisen tilanteet jaettiin karkeasti kolmeen luokkaan: 1) Palveluja hakevien uusien asiakkaiden tilanne ja työkyky arvioidaan, kun hän hakee palveluja tai etuuksia esimerkiksi sosiaalihuollosta, terveydenhuollosta, työ- ja elinkeinopalveluista, Kelasta tai Ohjaamoista. Tunnistaminen voi tällöin tapahtua muun muassa neuvonnan ja ohjauksen yhteydessä sekä hoidon tarpeen tai palvelutarpeen arvioinnissa. 2) Palveluja jo käyttävien asiakkaiden osalta ammattilaiselle voi syntyä huoli asiakkaan tilanteesta esimerkiksi käyttämättä jääneiden aikojen tai toistuvien päivystyskäyntien perusteella. Asiakkaalla voi myös olla vaikeuksia saada tarvitsemiaan palveluja. Tunnistaminen tapahtuu esimerkiksi potilas- tai asiakassuunnitelman toteutumista seurattaessa tai arvioitaessa, palveluohjauksessa tai

työttömien ja erityisryhmien terveystarkastuksissa. Tunnistamisessa voidaan hyödyntää asiakas/potilasjärjestelmien seurantatietoja. 3) Osa monialaisia palveluja tai työ- ja toimintakyvyn tukea tarvitsevista henkilöistä ei käytä lainkaan palveluja tai asiakkuus on heiveröistä. Tieto heistä saadaan esimerkiksi henkilön itsensä tai hänen läheisensä yhteydenoton perusteella. Lisäksi sosiaalihuoltolain 35 § velvoittaa laissa mainitut viranomaiset ohjaamaan tai tekemään ilmoituksen kunnan sosiaalihuoltoon sosiaalihuollon ilmeisessä tarpeessa olevista henkilöistä. Näiden henkilöiden tunnistamisessa voidaan hyödyntää etsivää lähityötä, jalkautuvaa sosiaalityötä ja matalan kynnyksen palveluja, kuten asuinalueen yhteisiä olohuoneita.

5.1.2 Tunnistamisen toimintamallit ja mittarit

Työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeiden tunnistamisen toimintamallit on jaettavissa mittareihin, joista osa on testattuja, erilaisiin malleihin ja välineisiin tai lakisääteisiin toimintatapoihin. Esimerkkeinä mittareista voi mainita Kyky-viisarin, 3x10D:n, 15D:n, AUDIT:in ja IMBA/MELBA-mittariston. Malleista ja välineistä hankekyselyssä mainittiin PAULA (TE-hallinto), asiakasyhteistyöryhmä (AYR), Keroputaan malli, Kompassi, Selfi-menetelmä, SOVARI, OnnenApila, Kompassi, Elämäntilanteen selvittämisen ympyrä (ESY), hyvinvointi-indikaattorit ja erilaiset arviointilomakkeet. KunnonSyyni on puolestaan sote- ja TE-palveluiden asiakastyöhön tarkoitettu tiedonvälitystyökalu. Se ohjaa keräämään työ- ja toimintakyvyn sekä palvelutarpeen arvioinnissa tarvittavaa tietoa yhteiseen järjestelmään. Lakisääteisiä tapoja kerätä työ- ja toimintakykyyn liittyvää tietoa ovat palvelutarpeen arvioinnit, aktivointisuunnitelmat, monialaiset työllistymissuunnitelmat, terveystarkastukset sekä asiakas- ja hoitosuunnitelmat.



Kuvio 5.2. Asiakasryhmät, joita käytäntö tai työkalu koskee.

Tunnistamisessa on yleistä, että se tapahtuu palvelujärjestelmän eri sisääntuloväylillä kuten TE-palveluissa, terveydenhuollossa tai sosiaalihuollon palveluissa. Tällöin tulosity palveluihin tai asiakkuussegmentointi voi indikoida tarvetta kiinnittää huomiota työ- ja toimintakykyyn. Tuen tarpeen arviointi voi olla yksittäisen työntekijän vastuulla ja integroituna palvelutarpeen arviointiin. Tällaisina asiakkuuksiin liittyvinä asioina kyselyssä tuotiin esille (pitkäaikais)työttömyys, aikuissosiaalityön asiakkuus, työnhakijaksi ilmoittautuminen, MYP/TYP-asiakkuus, sairausloman pitkittyminen, kotouttaminen, työterveyshuollon palvelujen tarve tai työnhaun ulkopuolella oleminen. Tuen tarpeen tunnistamiseen vaikuttaa se, mihin palveluun asiakas hakeutuu tai ohjataan. Tällä on merkitystä puolestaan käytettäviin tunnistamisen ja arvioinnin menetelmiin ja siihen, mitä tekijöitä nousee esille ja otetaan työskentelyn kohteeksi. Suurinta osaa malleista käytetään työttömien henkilöiden, nuoren aikuisten sekä mielenterveyden ja päihdeasiakkaiden palveluissa.

Mittareiden, määrämuotoisen kirjaamisen ja tietojärjestelmien lisäksi tuen tarpeen tunnistamisessa ja jatkotyöskentelyssä hyödynnetään palveluohjaajia, työparitoimintaa tai monialaisia tiimejä ja toimintamalleja.

Taulukkoon 5.1 on koottu työ- ja toimintakyvyn tunnistamisessa käytettäviä mittareita (vrt. Hietapakka ym. 2019, 42).

Taulukko 5.1. Käytössä olevia mittareita asiakkaan työ- ja toimintakyvyn tukitarpeiden tunnistamiseksi.

Mittari tai indikaattori	Asiakasryhmä, jolle soveltuu	Kuvaus
Työelämämatka	työkäiset	Asiakkaan työelämäsuhteen kahdeksan ulottuvuutta
Kompassi	työkäiset	Seitsemän elämänalueen arviointi (työllisyys, terveys, psyykinen hyvinvointi ja toimintakyky, arjen sujuvuus, talous, osallisuus ja sosiaalinen tilanne sekä osaaminen)
Kykyviisari	työkäiset	Työ- ja toimintakyvyn arviointimenetelmä
IMBA ja Melba	työkäiset	Melba: työn edellyttämien psykososiaalisten vaativuustekijöiden (esim. kognitiiviset, sosiaaliset ja työtapaan liittyvät taidot) arviointi. IMBA: työn edellyttämien fyysisten vaativuustekijöiden, ympäristön olosuhteiden ja työturvallisuustekijöiden arviointi
15D	työkäiset ja ikääntyneet	Kyselylomake, jolla asiakas voi itse arvioida elämänlaatuaan 15 eri ulottuvuudella: liikuntakyky, näkökyky, kuulo, hengitys, nukkuminen/uni, syöminen, puhuminen, eristystoiminta, tavanomaiset toiminnot, henkiset toiminnot/mielenterveys, häiritsevät oireet, masentuneisuus, ahdistuneisuus, energisyys/elinvoimaisuus ja sukupuolielämä/seksoalisuus
Sovari	nuoret	Itsearviointiin pohjautuva anonymi nettikysely, koostuu sosiaalisen vahvistumisen viidestä osa-alueesta, joita ovat: itsetuntemus, sosiaaliset taidot, arjen hallinta, opiskelu- ja työelämävalmiudet sekä elämänhallinta ja tavoitteellisuus
3X10D Elämäntilanne-mittari	koululaiset, vanhemmat, nuoret ja nuoret aikuiset	Itsearviointiin perustuva elämäntilanteen kokonaisarviointi. Itsearvio sisältää 10 kysymystä, joissa vastaaja arvioi kymmentä eri aihepiiriä (esim. perhe, asuminen, raha-asiat). Vastauksia voidaan käsitellä asiakastilanteessa ja laatia vastausten pohjalta hyvinvointisuunnitelma.
OnnenApila	nuoret	Nuori arvioi värittämällä kahdeksaa apilanlehden muotoon koottua elämänsa- aluetta (psyykinen & fyysinen hyvinvointi, halu opiskella & halu työllistyä, arjen sujuminen & sosiaaliset suhteet ja riippuvuuksien hallinta & luottamus tulevaisuuteen)

Hankekyselyssä kysyttiin työntekijöiden ja asiakkaiden kokemuksia työ- ja toimintakyvyn käytännöistä tai työkaluista. Kokemukset käytetyistä mittareista ja malleista ovat melko positiivisia, ja niihin on sitouduttu paikallisessa toiminnassa. Kokemusten mukaan hyvä työ- ja toimintakyvyn tunnistamisen ja arvioinnin väline osoittaa elämäntilanteen osa-alueiden vahvuudet ja haasteet, sekä antaa välittömän henkilökohtaisen palautteen tavoitteiden asettamista varten. Vastausten perusteella välineiden toimivuutta kuvaavat dialogisuus, tiedon yhteinen hallinta ja elämäntilannelähtöisyys.

Toimiva väline nostaa tuen tarpeita keskusteluun ja antaa asiakkaalle kokemuksen kuuluksi tulemisesta. Tämän pohjalta voidaan muodostaa kokonaiskuva, ja työskentelylle voidaan asettaa konkreettisia tavoitteita sekä hankkia oikea-aikaisia palveluja. Esimerkiksi perusteellinen alkuhaastattelu voi toimia keinona kartoittaa asiakkaan tilanne kokonaisvaltaisesti. Kun mittarin tai lomakkeen avulla käydään tilannetta läpi, sen rakenne helpottaa myös arjen jäsentämistä. Koettiin, että parhaat lomakkeet ja mittarit ovat inforikkaita, ja tukevat siten toiminnan vaikuttavuutta. Niiden mahdollinen toiminnallisuus ja visuaalisuus koettiin motivoiviksi. Joidenkin menetelmien on havaittu johtavan syvälisiinkin keskusteluihin asiakkaan tilanteesta, mikä edellyttää asiakkaalta reflektointikykyä. Jos tätä, tai koettua tarvetta keskusteluun ei ole, voi osa tärkeistäkin asioista jäädä merkityksettömiksi.

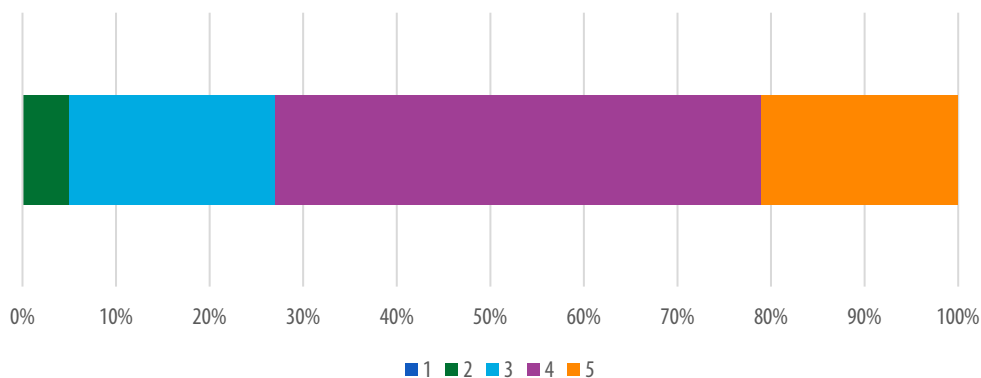
Asiakastiedon hallinta verkostossa nähtiin edellytyksenä sille, että asiakas saa kokonaisvaltaista palvelua. Se on edellytys myös asiakkaan työ- ja toimintakyvyn selvittämiseksi eri osa-alueilla systemaattisesti. Monialainen työskentely auttaa toimijoita löytämään yhdessä asiakkaan kanssa tavoitteet, joihin he voivat käytännön toiminnassaan sitoutua. Samalla vältetään päällekkäisen työn tekeminen ja asiakkaiden luukuttaminen. Erityisesti tämä on nähty KunonSyynissä, jossa ohjelmaan kirjataan taustatietojen lisäksi kaikki tehdyt toimenpiteet, jolloin ohjelma auttaa asiantuntijoita priorisoimaan tekemäänsä työtä.

Elämäntilannelähtöisyys työkyvyn ja kuntoutustarpeen arvioinnin prosessissa tarkoittaa kokonaisvaltaista arviota, jossa huomioidaan sosiaaliset, taloudelliset ja terveydelliset tekijät. Esimerkiksi työssä selviytymisen kuvaukset antavat konkreettista tietoa siitä, onko toimintakyvyn heikkouden taustalla jokin sairaus, vamma tai esimerkiksi kehitysvamma. Terveystilaan liittyvät asiat ovat kyselyn mukaan helpoimpia tunnistaa ja saattaa hoidettaviksi. Sen sijaan arkielämän toimintakykyyn, sosiaalisiin tai mielenterveyden ongelmiin liittyvät haasteet on vaikeampi tunnistaa ja vaativat tiiviimpää arkeen ulottuvaa työskentelyä. Prosessit ovat usein pitkiä, mutta sitoutuneella työskentelyllä asiakkaiden tavoitteita voidaan edistää tavoitteiden mukaisesti. Erityisesti eläkehakujen kohdalla määrätietoinen työskentely on tuottanut tulosta. Asiakasnäkökulmasta pitkäjänteinen työskentely vaatii kuitenkin motivaatiota tai motivointia. He jotka sitoutuvat tilanteensa selvittämiseen, kokevat siitä myös hyötyvänsä. Sähköisten itsearviointivälineiden käyttämien edellyttää jonkinlaista tietotekniikan osaamista ja laitetta. Asiakkaille on tärkeää myös se, että heihin otetaan yhteyttä, erityisesti tilanteissa, joissa he itse eivät osaa hakea apua.

Työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeen arvioinnin malleja on runsaasti, mutta ne ovat useimmiten paikallisia tai organisaatiokeskeisiä. Laajasti käytössä olevat mittarit ja organisaatioiden asiakastietojen kirjaaminen (esim. palvelutarpeen arvioinnit, hoito- ja palvelusuunnitelmat) antavat valtakunnallisesti vertailtavaa yhteismitallista tietoa, jos tämä tieto saadaan käytettävään muotoon. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallisen asiantuntijaverkoston (TOIMIA) tuore suositus (2020, 7) kiinnittää huomiota samaan asiaan. Tietoa toimintakyvystä, terveydentilasta ja elämänlaadusta kerätään tällä hetkellä lukuisilla eri mittareilla myös asiakkaan itsensä raportoimana. Ongelmana on, että tieto ei ole vertailukelpoista. Lisäksi useat ja osittain päällekkäiset kyselyt kuormittavat asiakasta turhaan. Suosituksen mukaan tarvitaan kansallista koordinaatiota käytettävistä toimintakyvyn ja elämänlaadun mittareista. Erityisesti tämä koskee väestötasoisesti kerättävää geneeristä itseraportointitietoa.

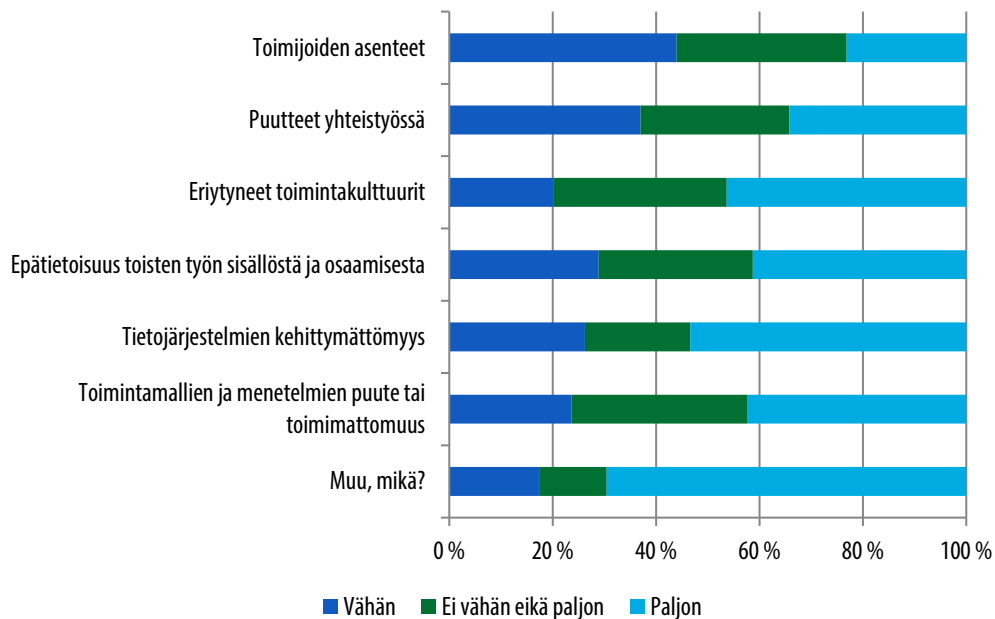
5.1.3 Toimintamallien puutteet ja kehittämiskohteet

Työ- ja toimintakyvyn tukemisen tarpeet tunnustetaan pääosin hyvin, mutta silti vastauksissa paikannettiin paljon tunnistamista ja tukemista vaikeuttavia tekijöitä sekä esitettiin kehittämistoimenpiteitä.



Kuvio 5.3. Miten hyvin tunnustetaan henkilöt, joilla on työ- ja toimintakyvyn tukemisen tarpeita (1 = erittäin huonosti, 5 = erittäin hyvin).

Tuen tarpeiden tunnistamista eri organisaatioissa vaikeuttivat eniten tietojärjestelmien kehittymättömyys, toimintamallien ja menetelmien puute tai niiden toimimattomuus sekä eriytyneet toimintakulttuurit, epätietoisuus toisten työstä tai osaamisesta ja toimijoiden asenteet.



Kuvio 5.4. Työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeen tunnistamista vaikeuttavat tekijät (1=vähän, 5=paljon)

Myös hankekyselyn avovastauksissa asiakastietojärjestelmiin liittyvät hankaluudet nousivat vahvasti esiin. Palvelutarpeiden tunnistamisessa hyödynnetään vielä melko vähän tietojärjestelmiä ja tietoteknisiä mahdollisuuksia, kuten huolirajahälytyksiä ja tekoälyä. Tietosuojaan liittyvät asiat nostettiin yhdeksi konkreettiseksi esteeksi tietojärjestelmien laajemmalle hyödyntämiselle. Selkeiden ja yksiselitteisten toimintaohjeiden puuttuessa yksittäiselle ammattilaiselle jää suuri vastuu huomata asiakkaiden kokonaisuutena tarvitsemat palvelut osatakseen ohjata asiakasta eteenpäin. (Ks. myös Valtiontalouden tarkastusvirasto 2017.)

Paitsi että tietojärjestelmät ovat organisaatiokohtaisia, ne ovat yhteensopimattomia, jolloin ammattilaiset joutuvat kirjaamaan tietoa useaan järjestelmään. Kun luku oikeutta eri järjestelmiin ei ole tietosuojakäytäntöjen vuoksi, ei tieto useinkaan kulje ammattilaisten välillä. Sosiaali- ja terveydenhuollolla sekä osin Kelalla ja TE-hallinnolla tulisi olla yhteinen asiakkaan luvalla käytettävä järjestelmä, jotta kaikilla toimijoilla olisi kokonaiskuva asiakkaan tilanteesta. Samoin nähtiin tarve yhtenäiselle työ- ja toimintakyvyn mittarille, joka olisi integroitu asiakastietojärjestelmään ja jota olisi mahdollista käyttää asiakkaan kanssa yhdessä. Tietojärjestelmissä on paljon tietoa, mutta sitä ei nykyisellään pystytä hyödyntämään tavoitteellisessa työskentelyssä tai toiminnan hyötyjen ja vaikuttavuuden arvioinnissa. Nykyisen tilanteen nähdään lisäävän asiakkaiden luukuttamista ja päällekkäistä työtä.

Toinen keskeinen kehittämiskohde liittyy yhteisiin toimintamalleihin ja menetelmiin. Samaa kokonaisuuteen kietoutuvat puutteet yhteistyössä, eriytyneet toimintakulttuurit ja epätietoisuus toisten työn sisällöistä ja osaamisesta. Kyselyn avovastausten mukaan yhtenäisiä toimintamalleja ja systemaattisia toimintatapoja ei juuri ole. Eriytyneessä toimintakulttuurissa ei pystytä riittävän nopeasti ohjaamaan asiakkaita tarkoituksenmukaisimpaan palveluun, vaan aikaa kuluu erilaisten prosessien käynnistämiseen. Ennakointiin ja varhaiseen tunnistamiseen tulisi luoda yhtenäisiä ja monialaisia käytäntöjä sekä määritellä toimijoiden välisiä vastuita ja lisätä ammattiryhmien välistä konsultaatiota. Konkreettisina ehdotuksia mainittiin yhteisvastaanotot, yhteisesti sovitut tunnistamisen kriteerit ja palvelupolut. Tuen tarpeen tunnistamisen tehokkuutta lisäisi, jos asiakas saisi asiansa käsittelyyn ensimmäisellä yhteydenotollaan riippumatta siitä, mihin palvelupisteeseen hän on yhteydessä.

Vaikka auttamistyötä tehdään osin persoonaa ja vuorovaikutusta hyödyntäen, tulisi vastaajien mukaan asenteita muuttaa siten, että tutkittuja työmenetelmiä ja yhteisesti sovit- tuja toimintamalleja käytettäisiin. Terveystieteiden tutkimuksessa työkäyttöön liittyviä asioita ei osata ottaa huomioon riittävän koordinoitusti ja osaavasti. Työttömillä ja sosiaalihuollon asiak- kaiksi leimatuilla on vaikeuksia saada tarvitsemiaan terveydenhuollon tai erikoissairaan- hoidon psykiatrisia palveluja. ”Asiakkaan omistajuuden” nähtiin määrittävän tarjottavia palveluja useammin kuin todellinen tunnistettu palvelutarve. Työ- ja toimintakyvyn palve- lut näyttävät enemmän hallintolähtöisinä kuin asiakaslähtöisinä. Työ- ja toimintakyvyn selvittämisen toimintakäytännöt ja palvelut tulisi tiedostaa ja selkeyttää pitkään työttö- mänä olleiden osalta.

Työ- ja toimintakyvyn tarpeiden tunnistaminen edellyttää yhtenäisiä kriteerejä sekä val- takunnallisia ja geneerisiä monialaisessa toimintaympäristössä jaettuja arviointimalleja. Mittarien ja erilaisten tiedon keruun mallien lisäksi tulee kiinnittää huomiota monialaisten palvelusuunnitelmien laatimiseen ja tiedon kulkemiseen asiakkaan mukana. Tähän liittyy myös tavoitteellisen yhteistyön lisääminen ja tuen tarpeen tunnistamisen jälkeisten pal- velupolkumallien rakentaminen ja asiakkuussegmentoinnin selkiyttäminen (ks. Niemelä & Kivipelto 2019). Etsivää työtä, varhaista tukea ja matalan kynnyksen palveluja sekä kasvok- kaista kohtaamista lisäämällä voidaan tehostaa työvoiman ja palvelujen ulkopuolella tai reunamilla olevien asiakkaiden tavoittamista.

5.2 Työttömien terveystarkastukset

Terveyspalvelut ovat keskeisessä asemassa, kun tavoitteena on tunnistaa työttömien työ- ja toimintakykyyn liittyviä ongelmia ja pyrkiä löytämään keinoja vaikuttaa niihin. Toukokuussa 2011 voimaan tulleen terveydenhuoltolain (1326/2010) 13 pykälässä kun- tia veloitetaan järjestämään terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia opiskelu- tai

työterveyshuollon ulkopuolelle jääville nuorille ja työikäisille. Säännöksessä todetaan, että terveysneuvonnan ja terveystarkastusten on tuettava työ- ja toimintakykyä ja sairauksien ehkäisyä sekä edistettävä mielensterveyttä ja elämänhallintaa. Lain perusteluissa (HE 90/2010) todetaan, että työkyvyn puutteet ovat usein työllistymisen esteenä ja uhkana syrjäytymiselle ja että niihin vaikuttaminen edellyttää monialaista yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon, työ- ja elinkeinohallinnon (TE) sekä Kansaneläkelaitoksen (Kela) kesken.

Sosiaali- ja terveysministeriö ohjeistaa kuntia työttömien terveydenhuollon järjestämisessä vuonna 2013 annetussa kirjeessä. Terveystarkastuksen määritellään tarkoittavan ”kliinisillä tutkimuksilla tai muilla tarkoituksenmukaisilla ja luotettavilla menetelmillä suoritettua terveydentilan ja työ- ja toimintakyvyn tarkastusta terveyden edistämiseen liittyvää terveydentilan selvittämistä”. Terveystarkastuksen tavoitteeksi asetetaan työttömän terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn arviointi, ylläpitäminen ja edistäminen sekä sairauksien tunnistaminen ja niiden ehkäiseminen. Lisäksi tavoitteena on työttömän ohjaaminen hoitoon sekä lääkinnälliseen, ammatilliseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen. (STM 2013.)

TE-toimistot vastaavat työttömän työ- ja toimintakyvyn arvioinnin koordinoinnista. Niiden tehtävänä on tunnistaa ne työttömät työnhakijat, joiden työkykyä on syytä arvioida sekä ohjata heidät terveystarkastukseen ja tarpeen mukaan esimerkiksi sosiaalipalveluihin, Kelaan ja työeläkekuntoutukseen. Työtön voi hakeutua terveystarkastukseen myös itse tai jonkin muun viranomaistahon, kuten TYP-palvelujen, Kelan tai sosiaalitoimen ohjaamana silloin, kun ne havaitsevat työttömällä terveyteen liittyviä ongelmia. (STM 2013.)

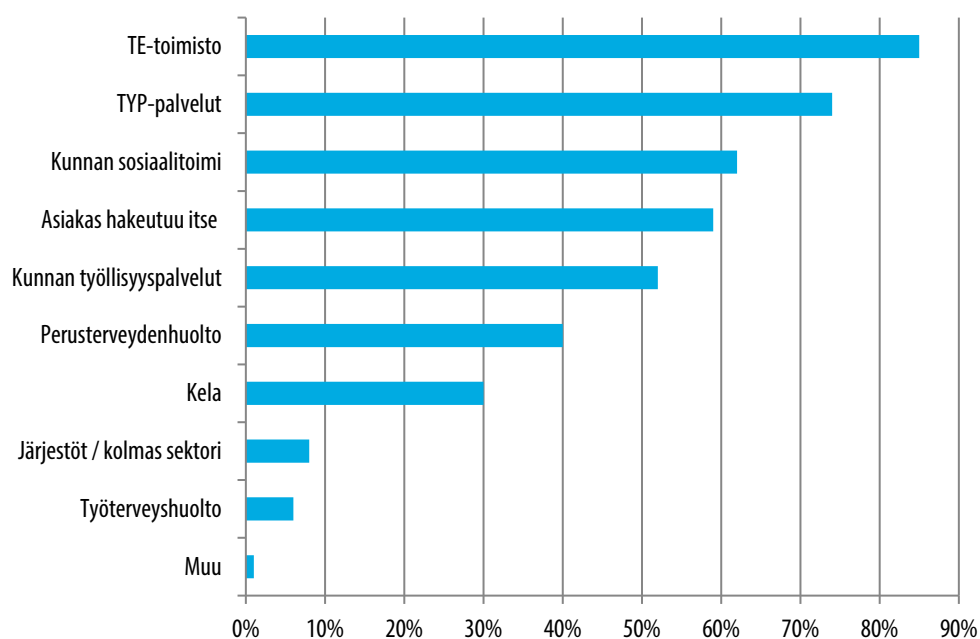
Ohjekirjeessä työttömien terveyden ja työkyvyn tukemisen todetaan edellyttävän perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen sekä TE-toimistojen ja Kelan tiivistä yhteistyötä. Terveystarkastuksen sekä työ- ja toimintakyvyn arvioinnin perusteella tulee sopia jatkotoimenpiteistä ja seurannasta. Viranomaisten välistä yhteistyötä ja sopimista edellytetään erityisesti tilanteissa, joissa työttömällä todetaan tarve laaja-alaiselle työ- ja toimintakyvyn arvioinnille tai ammatillisen kuntoutuksen arvioinnille tai hakemiselle. TE-toimistojen tulee varmistaa se, että jatko-ohjaus toteutuu. (STM 2013.)

Työ- ja toimintakykyä edistävien palvelujen järjestämisestä on säädetty muun muassa laissa julkisesta työvoima- ja yrityspalvelusta (916/2012, 7§), jonka mukaan työllistymissuunnitelmassa tarvittaessa sovitaan muun muassa toimintakykyä parantavista palveluista tai työkyvyn tai terveydentilan selvittämiseen liittyvistä toimista. Laissa työllistymistä edistävästä monialaisesta yhteispalvelusta (1369/2014, 4 §) säädetään monialaisesta työllistymissuunnitelmasta, jossa sovitaan työttömän palvelutarpeen mukaisista työvoima-, sosiaali-, terveys- ja kuntoutuspalveluista ja niiden toteutumisen seurannasta. Kuntouttavan työtoiminnan lain (189/2001, 8 §) mukaan työttömälle henkilölle laadittavaan aktivointisuunnitelmaan tulee tarvittaessa sisällyttää sellaisia sosiaali-, terveys- ja kuntoutuspalveluja, jotka parantavat henkilön työ- ja toimintakykyä.

Seuraavassa tarkastellaan terveyskeskus- ja hankekyselyjen perusteella, miten työtön ohjautuu terveystarkastukseen, miten terveystarkastus toteutetaan ja mitä tapahtuu terveystarkastuksen jälkeen. Lopuksi esitetään terveyskeskus- ja hankekyselyissä esille nousseita työttömien terveystarkastusten kehittämistarpeita ja tarkastellaan terveystarkastusten tilastoinnin nykytilaa.

5.2.1 Työttömien ohjautuminen terveystarkastuksiin

Terveyskeskuskyselyn perusteella työttömät ohjautuvat terveystarkastuksiin ennen kaikkea TE-toimistoista. Ohjauksia tehdään paljon myös TYP-palveluista ja kunnan sosiaalitoimesta. Lisäksi kunnan työllisyyspalvelut, perusterveydenhuolto ja Kela ohjaavat työttömiä terveystarkastukseen. Järjestöjen ja työterveyshuollon merkitys ohjautumisessa on vähäisempi. Erään vastaajan mukaan on mahdotonta tietää, mistä työttömiä ohjataan eniten, koska ohjauksia tulee niin monelta taholta. Työttömät ovat myös itse aktiivisia ja hakeutuivat usein terveystarkastuksiin oma-aloitteisesti.



Kuvio 5.5. Työttömien ohjautuminen terveystarkastuksiin, % terveysasemista. (Terveyskeskuskysely)

Terveyskeskusten johdolle lähetetyn kyselyn vastauksissa työttömien arvioidaan saavan tietoa mahdollisuudestaan päästä terveystarkastukseen ennen kaikkea TE-toimistoista (86 % vastaajista) ja kunnan tai terveyskeskuksen nettisivuilta (64 % vastaajista) mutta harvemmin terveyskeskuksen ilmoitustaululta (16 % vastaajista). Avovastausten perusteella työttömät saavat tietoa terveystarkastuksista työttömät saavat lisäksi kunnan sosiaalitoimesta, työllisyyspalveluista, terveystarkastuksista ja TYP-palveluista.

Hankekyselyyn vastanneista 29 prosenttia totesi, että toimijoiden kesken ei ole sovittu kriteereistä, joiden perusteella työttömät ohjataan terveystarkastukseen ja viisi prosenttia kertoi, että kriteerit ovat suunnitteilla. Vastaajista suurin osa (66 %) kuitenkin kertoi, että ohjaamisen kriteereistä on toimijoiden kesken sovittu. Hankekyselyssä pyydettiin myös kuvaamaan alueellisia toimintamalleja, joiden mukaisesti työttömiä ohjataan terveystarkastuksiin. Toimintamallit voidaan hyvin yleisellä tasolla luokitella kolmeen ryhmään siten, että ne eivät välttämättä ole toisiaan täysin poissulkevia.

Avovastausten perusteella yleisimmän toimintamallin mukaan työtön voidaan ohjata terveystarkastukseen varsin vapaasti eri palveluista ja toiminnoista. Noin 40 prosentissa avovastauksista ohjauksen ainoana kriteerinä mainittiin työttömyys, eikä työttömyyden kestolla tai muilla tekijöillä vaikuttanut olevan merkitystä. Useimmin lähettävänä tahoina mainittiin TE-palvelut, työllisyyspalvelut ja TYP-palvelut. Myös sosiaalitoimi on keskeinen ohjaava taho, Ohjaamot ja työpajat ohjaavat nuoria terveystarkastuksiin. Muina lähettävänä tahoina ja toimijoina tuotiin esille muun muassa mielenterveys- ja päihdepalvelut, työllisyyskoordinaattorit, hankkeet ja kolmannen sektorin toimijat, kuten työttömien yhdistys. Työtön voi hakeutua terveystarkastukseen myös itse.

Toisena ryhmänä ovat toimintamallit, joissa ohjauksessa painottuu tarveharkinta ainakin jonkin verran. Tarve terveystarkastukseen arvioidaan palvelujen yhteydessä, esimerkiksi aktivointisuunnitelmaa tehtäessä. Työttömyyden kriteeriä tarkennetaan tällöin siten, että terveystarkastuksiin ohjataan ennen kaikkea henkilöt,

- joiden työttömyys on pitkittynyt tai työttömyys on toistuvaa
- joille ei ole tehty terveystarkastusta tai edellisestä terveystarkastuksesta on kulunut aikaa (yleensä vähintään kaksi vuotta) tai
- joilla on terveydellisiä ongelmia tai työkyvyn rajoitteita.

Ohjauksen kriteereinä mainittiin myös työttömän oma huoli terveydentilastaan, vaikeudet työllistyä sekä tarve arvioida tilannetta: työkykyä, kuntoutustarvetta tai eläkemahdollisuuksia. Kolmessa vastauksessa kriteeristönä tuotiin esille STM:n ohjeistus.

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. On myös käytäntöjä, joissa palvelun piirissä oleville työttömille säännöllisesti tarjotaan mahdollisuutta terveystarkastukseen.

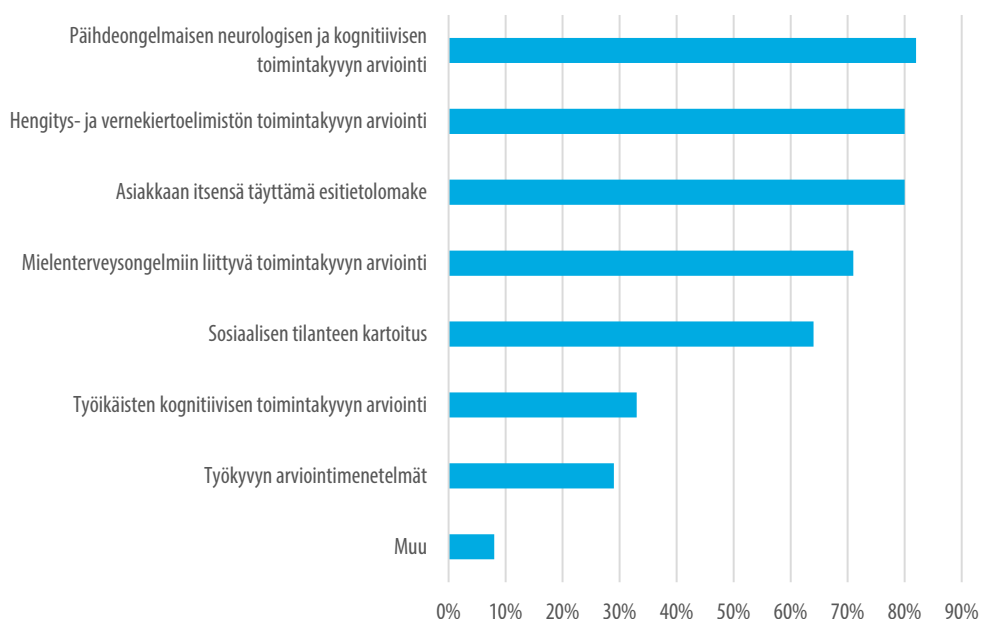
Hankekyselyn mukaan erityisiä vahvuuksia työttömien ohjaamisessa terveystarkastukseen ovat hyvä yhteistyö ja monialainen yhteistyöverkosto, joissa keskeisiä toimijoita ovat terveydenhuolto (erityisesti terveydenhoitajat), TE-palvelut, TYP- ja työllisyyspalvelut sekä kunnan sosiaalitoimi. Tarkastukseen pääsyn todettiin nopeutuvan, kun toimintakäytännöistä on sovittu. Sujuvia palveluja edistävät työntekijöiden yhteydenpito ja säännölliset palaverit sekä se, että muut toimijat tunnetaan henkilökohtaisesti. Joissakin kunnissa työttömien terveystarkastuksista vastaa sovittu terveydenhoitaja, jolloin ammattitaito ja osaaminen kehittyvät kertyvän kokemuksen myötä. Terveydenhuolto saattaa myös olla erityisen aktiivinen työttömien ohjaamisessa ja palvelujen tarjoamisessa: vastauksissa kuvattiin toimintamalli, jossa terveydenhoitaja käy säännöllisesti työttömien toimintakeskuksessa. Työntekijöiden sitoutumisen merkitys nousi vastauksissa esille.

Kyselyissä painottui näkemys siitä, että kaikkien työttömien olla oikeutettuja terveystarkastukseen terveydentilasta tai työttömyyden kestosta riippumatta. Terveystarkastukseen pääsyä kuitenkin myös säädellään. Ohjausta säätelevät kriteerit voivat toimia herätteinä työntekijöille tunnistaa ohjauksen tarve, mutta jos ne ymmärretään ohjauksen ehtoina, ne asettavat työntekijän portinvartijan asemaan. Työttömien terveystarkastusten lähetekäytäntöjen on todettu vaihtelevan kuntien välillä: osassa kuntia vaaditaan lähete TE-toimistosta, TYP-palveluista tai aikuissosiaalityöstä, osassa kunnista lähetettä ei edellytetä (Lehtovaara 2019). Paikallisesti tarkennettujen kriteerien vuoksi työttömät eivät pääse yhdenvertaisella tavalla terveystarkastuksiin eri puolilla Suomea.

Kyselyissä annetut vastaukset olivat pääpiirteissään yhteneviä STM:n (2013) terveystarkastuksista antaman ohjekirjeen kanssa. STM tuo enemmän esille tarvelähtöisyyttä, kun taas hankekyselyn vastauksissa painottui kenties vahvemmin työttömien oikeudesta hakeutua terveystarkastukseen, vaikka mitään erityistä tarvetta ei olisi olemassa. STM:n ohjeessa TE-toimistoille on annettu erityinen vastuu tunnistaa ne työntekijät, joiden työkykyä on syytä arvioida, ja ohjata heidät terveystarkastukseen. Myös kyselyjen vastauksissa TE-toimistojen keskeinen merkitys nousi selvästi esille. Samalla on ilmeistä, että ohjausta terveystarkastuksiin tehdään hyvin monelta taholta.

5.2.2 Työttömien terveystarkastusten toteutus

Terveystarkastuksissa hyödynnetään erilaisia välineitä ja menetelmiä, joilla työ- ja toimintakykyä arvioidaan. Terveyskeskuskyselyn perusteella välineitä ja menetelmiä hyödynnetään erityisesti silloin, kun kyse on päihdeongelmista, verenkiertoelimestöstä ja mielenterveysongelmista johtuvista työ- ja toimintakyvyn vaikeuksista. Työikäisten kognitiivisen toimintakyvyn ja työkyvyn arviointimenetelmiä käytettiin jonkin verran harvemmin. Tarkastuksessa tärkeässä osassa on työttömän itsensä täyttämä esitietolomake, joka on käytössä 80 prosenttia terveystarkastuksista. Terveystarkastuksista 64 prosenttia kartoittaa terveystarkastuksen yhteydessä työttömän sosiaalista tilannetta.



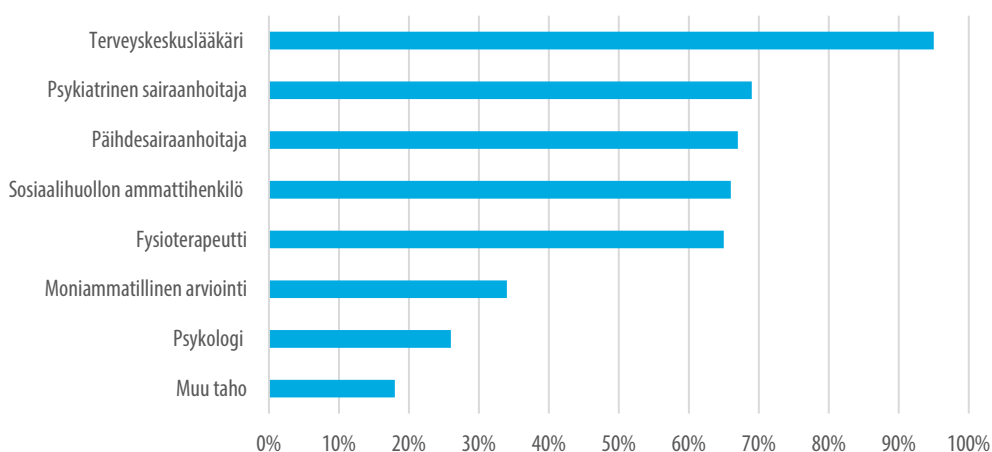
Kuvio 5.6. Terveyden- ja sairaanhoitajien käyttämät työttömän työ- ja toimintakyvyn kartoittamisen välineet ja menetelmät, käytössä % terveysasemista. (Terveyskeskuskysely)

Muita välineitä ja mittareita käytetään työttömän tilanteen edellyttämällä tavalla ja laajuudessa. Erityisesti nousivat esille diabeteksen riskitestit, näön ja kuulon tarkistukset, verenpaineen mittaukset sekä verikokeet. Työtön voidaan tarvittaessa ohjata muistihoitajalle tai muistitutkimuksiin neurologille. Vastauksissa mainittiin myös oppimisvaikeuksia kartoitava kysely (lukihäiriötesti). Lisäksi todettiin, että terveystarkastuksessa voidaan hyödyntää TE-palvelujen tietojärjestelmän koulutus- ja työhistoriatietoja.

Terveyskeskuskyselyssä selvitettiin, kenen luo työtön tarvittaessa ohjataan jatkotoimenpiteisiin, kun terveydenhoitaja on tehnyt terveystarkastuksen. Ensisijaisesti työtön ohjataan terveyskeskuslääkärille. Terveysasemista 43 prosenttia perii työttömältä tällöin asiakasmaksun ja 46 prosenttia ei asiakasmaksua peri. Erään käytännön mukaan maksua ei peritä, mikäli kyse on terveystarkastuksesta, mutta jos kyse on sairauden hoidosta, maksu peritään. Käynti saattaa olla maksuton myös silloin, kun työtön esittää työttömyyskortin tai jos hänen ainoa tulonsa on Kelan peruspäiväraha.

Varsin usein jatko-ohjaus tehdään psykiatrisen sairaanhoitajan, päihdesairaanhoitajan, sosiaalihuollon ammattihenkilön tai fysioterapeutin luo. Hieman harvemmin työtön ohjataan moniammatilliseen arviointiin tai psykologin luo. Työttömän työ- ja toimintakyvyn jatkoselvittelyä varten kunnissa toimii moniammatillista arviointia toteuttavia työryhmiä (esimerkiksi asiakasyhteistyöryhmä, kuntoutustyöryhmä, TYKE-tiimi), joissa on mukana terveydenhuollon, sosiaalitoimen sekä TE-, TYP- ja työllisyyspalvelujen työntekijöitä.

Työryhmiin kuuluu usein myös Kelan edustaja. Muina ohjaustahoina mainittiin muun muassa hammashoito.



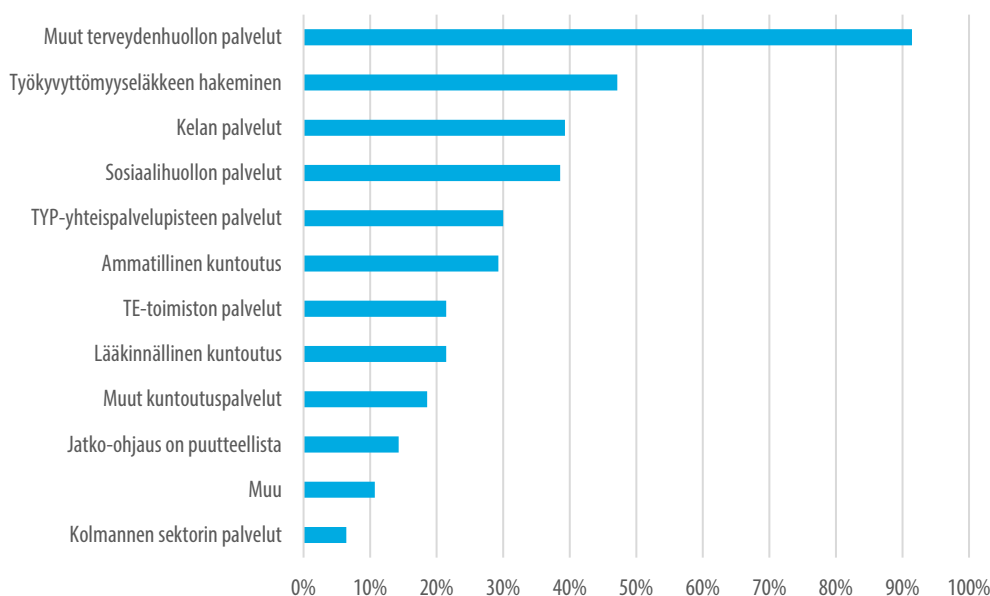
Kuvio 5.7. Työttömien jatko-ohjautuminen terveyden- tai sairaanhoitajan tekemästä terveystarkastuksesta, % terveysasemista ohjaa. (Terveyskeskuskysely)

Mikäli terveyskeskuslääkäri arvioi työttömän työ- ja toimintakykyä, hän saa terveyskeskuskyselyn mukaan tukea ennen kaikkea terveydenhoitajalta ja fysioterapeutilta. Yhteistyötä tehdään paljon myös sosiaalihuollon ammattihenkilöiden, psykiatrien ja psykologien sekä erikoissairaanhoidon kanssa. Lisäksi terveyskeskuslääkärit saavat arviointitukea moniammatillisilta tiimeiltä ja työterveyslääkäreiltä. Moniammatillinen tiimi rakentuu työttömän tarpeiden mukaan. Tiimiin voi kuulua työttömän oman lääkärin ohella sairaanhoitaja, fysioterapeutti, psykologi, päihdetyöntekijä, työvoimaviranomainen, sosiaalihuollon ammattihenkilö, erikoislääkäreitä ja Kelan edustaja. Kyseessä voi olla myös sovittu tiimimalli, kuten TYP-tiimi tai työkykytiimi.

STM:n (2013) ohjeen mukaan työtön tulee ohjata lääkärin luo, mikäli tilanne sitä edellyttää. Lääkärin tulee ottaa kantaa jäljellä olevaan työkykyyn ja sen edistämiseen työkyvyttömyyden osoittamisen ohella. Monilla terveysasemilla lääkäripalvelusta peritään maksu, mikä asettaa työttömät eriarvoiseen asemaan eri puolilla Suomea. Tietoa työttömyyden syrjäyttävistä mekanismeista ja heikentävistä vaikutuksista ihmisen sosiaaliseen hyvinvointiin on paljon. Tästä huolimatta viidesosa terveysasemista ei hyödynnä työttömän täyttämää esitietolomaketta ja yli kolmasosa ei kartoita työttömän sosiaalista tilannetta tarkastuksen yhteydessä. STM:n ohjeessa ei erityisesti painoteta työttömän osallisuutta ja kuulemistä tai työttömän sosiaalisen tilanteen merkitystä, ja monialainen asiakastyö sosiaalitoimen kanssa nostetaan esille lähinnä yleisestä näkökulmasta.

5.2.3 Jatkotoimenpiteet terveystarkastuksen jälkeen

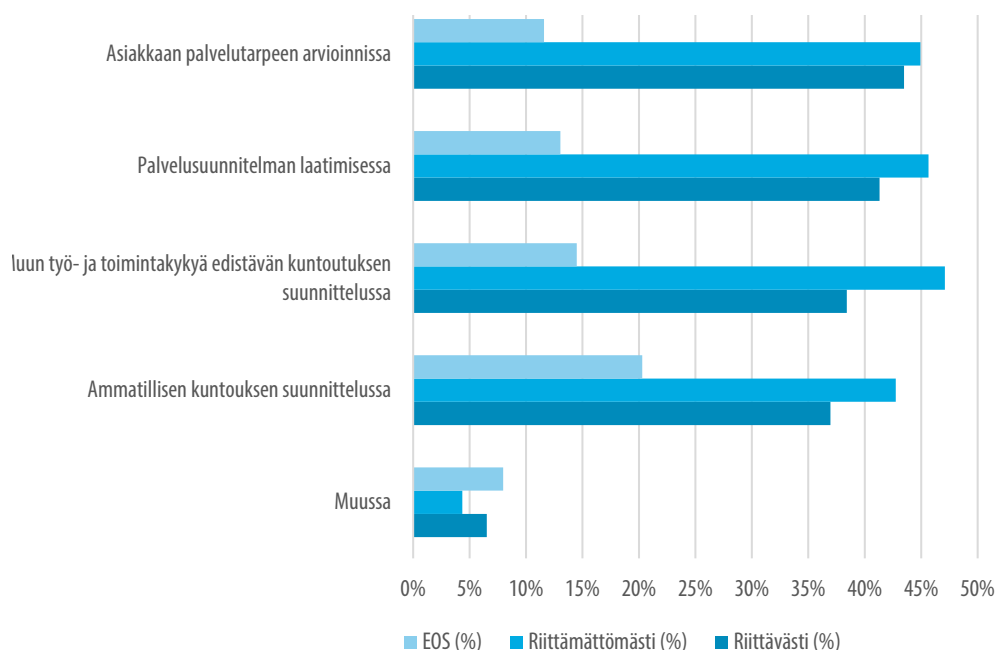
Terveystarkastuksen jälkeisinä jatkotoimenpiteinä työttömiä ohjataan ensisijaisesti muihin terveydenhuollon palveluihin. Näitä olivat lääkäripalvelut, mielenterveys- ja päihdepalvelut, fysioterapia, hammashoito, ravitsemusterapia, erilaiset jatkotutkimukset ja diabetesvastaanotto. Myös työkyvyttömyyseläkkeen hakeminen terveystarkastuksen perusteella on varsin yleistä.



Kuvio 5.8. Jatkotoimenpiteet työttömän terveystarkastuksen jälkeen, % vastaajista. (Hankekysely)

Kun terveystarkastuksessa tunnistetaan kuntoutustarpeita, Kelan palvelut ovat tärkeässä osassa: työttömiä ohjataan Kelan kuntoutusselvityksiin ja hakemaan Kelan etuuksia mutta erityisesti lääkinnällistä ja ammatillista kuntoutusta (muun muassa Verve, TEAK, Petrea, Kii-pula ja Nuotti-valmennus). Lisäksi työttömiä voidaan ohjata työeläkelaitosten kautta työeläkekuntoutukseen. Myös sosiaalihuollon palveluissa painottuvat kuntouttavat toiminnot: sosiaalityöntekijän ja sosiaaliohjaajan palvelujen ohella työttömiä ohjataan hakemaan esimerkiksi kuntouttavaa työtoimintaa ja sosiaalista kuntoutusta. Jatko-ohjauksia tehdään lisäksi TYP- ja TE-palveluihin. Oletettavasti tällöin työttömällä ei ole vielä ollut aktiivista asiakkuutta näissä palveluissa.

Hankekyselyyn vastanneista 14 prosenttia piti työttömien terveystarkastusten jälkeistä jatko-ohjausta puutteellisena. Esimerkiksi palvelutarpeen arvioinnissa, palvelusuunnitelman laatimisessa ja kuntoutuksen suunnittelussa terveystarkastuksia hyödynnettiin pikemminkin riittämättömästi kuin riittävästi. Yllättävän moni vastaajista ei tiennyt, hyödynnetäänkö terveystarkastuksia vai ei, mikä viittaa tiedonkulun ja työprosessin mallinnuksen puutteisiin.



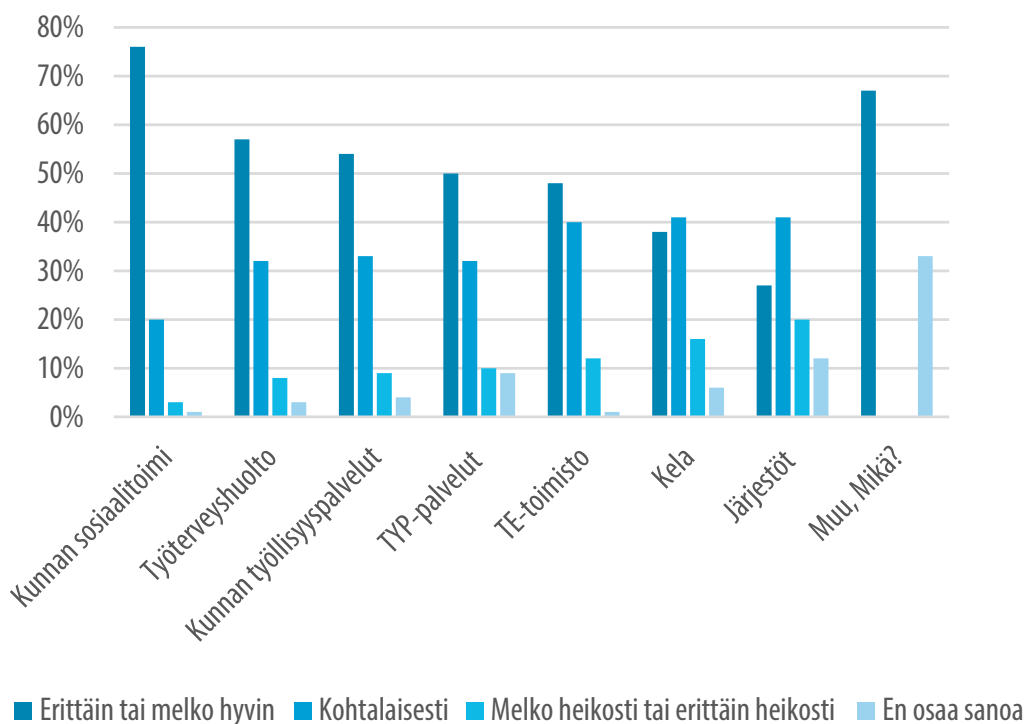
Kuvio 5.9. Terveystarkastusten jatkohyödyntäminen työskentelyssä, % vastaajista. (Hankekysely)

Hankekyselyssä erityisesti tiedonkulun puutteiden todettiin vaikeuttavan työttömien terveystarkastusten hyödyntämistä (63 % vastaajista). Tiedon siirto eri toimijoiden välillä on koettu hankalaksi tietoteknisten ratkaisujen ja erilaisten tietojärjestelmien vuoksi. Myös tietosuojan todettiin vaikeuttavan tilannetta. Hyödyntämisessä esteinä nähtiin lisäksi puutteet monialaisessa yhteistyössä (40 % vastaajista) ja toimintakulttuurien erot (40 % vastaajista). Myös asenteissa arvioitiin olevan korjattavaa (27 % vastaajista).

STM:n (2013) ohjeessa todetaan, että työ- ja toimintakyvyn, ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arviointi sekä jatkopolkujen ja suunnitelman tekeminen voivat edellyttää moniammatillista yhteistyötä. Työttömän tarpeita vastaavat jatkopolut ja palvelut edistävät ja pitävät yllä työ- ja toimintakykyä, ehkäisevät elintapa- ja kansansairauksia sekä tukevat sosiaalista ja henkistä hyvinvointia. Terveystarkastusten hyödyntäminen sekä niiden perusteella järjestettävät jatkotoimet ja palvelut vaikuttavat kuitenkin toteutuvan sattumanvaraisesti ja usein riittämättömällä tavalla. Terveystarkastusten hyöty on tällöin vähäinen.

5.2.4 Työttömien terveystarkastuksen prosessin kehittäminen

Hankekyselyyn vastanneista 83 prosenttia arvioi, että työttömien terveystarkastuksissa on kehitettävää. Terveyskeskuskyselyn perusteella moniammatillisen työn ja osaamisen kehittämiseksi on olemassa hyvät lähtökohdat. Yhteistyö ja yhteiskehittäminen sujuu erityisen hyvin sosiaalitoimen kanssa. Myös työntekijöille ja työttömille suunnattujen palvelujen kanssa (työterveydenhuolto, TE-palvelut, työllisyyspalvelut ja TYP-palvelut) yhteistyö toimii hyvin. Kelan ja järjestöjen kanssa tehtävän yhteistyön arvioidaan toteutuvan jonkin verran heikommin. Muina yhteistyön ja yhteiskehittämisen sidosryhminä mainittiin liikuntatoimi, opetus ja varhaiskasvatus, A-klinikka, erikoissairaanhoido sekä asukkaiden parissa tehtävä työ, esimerkiksi asiakasillat.



Kuvio 5.10. Terveyskeskuksissa tehtävän yhteistyön ja yhteiskehittämisen sujuvuus eri sidosryhmien kanssa, % terveyskeskuksista. (Terveyskeskuskysely)

Sekä terveyskeskus- että hankekyselyjen vastauksissa nostettiin esille monenlaisia terveystarkastusten kehittämistarpeita. Vastausten perusteella terveystarkastus nähdään osana kokonaisvaltaista prosessia, joka alkaa siitä, että työttömällä on tieto oikeudestaan päästä terveystarkastukseen ja joka etenee ohjaamisen ja terveystarkastuksen toteutuksen kautta palautteen antoon, jatkosuunnitelman tekemiseen ja tilanteen seurantaan. Kehittämistarpeita nähtiin lisäksi osaamisessa ja ymmärryksessä, joita tarvitaan prosessin kehittämisessä ja vahvistamisessa. Seuraavassa käydään läpi ensin terveystarkastusprosessin eri vaiheisiin liittyviä kehittämistarpeita ja sen jälkeen lyhyesti osaamistarpeita.

Kehittämistarpeet työttömien terveystarkastuksen eri vaiheissa

1. Tieto oikeudesta terveystarkastukseen

Työttömillä ei ole riittävästi tietoa mahdollisuudestaan päästä terveystarkastukseen tai miten sinne voi hakeutua. TEAviisari-kyselyn perusteella vuonna 2017 vain 45 prosentilla kuntia/terveyskeskuksia oli verkkosivuilla saatavilla tietoa työttömien terveystarkastuksista (TEAviisari 2020). Terveystarkastuksen -hankkeen (Lehtovaara 2019) aikana ilmeni, että työttömät olivat harvoin kuulleet mahdollisuudestaan päästä terveystarkastukseen, eikä terveystarkastuspalvelujen ajanvarauksessa useinkaan ollut tästä mahdollisuudesta tietoa.

2. Ohjaaminen terveystarkastukseen

Toimintakäytännöt ja kriteerit työttömien ohjaamisessa terveystarkastuksiin vaihtelevat alueittain. Käytännöt voivat myös olla epäselviä, jolloin ohjautuminen on sattumanvaraista. Työttömiä ohjataan terveystarkastuksiin usein liian myöhään, jolloin tilanne on jo voinut vaikeutua. Ohjaamisen katsottiin voivan olla liikaa kiinni työntekijän osaamisesta ja kiinnostuksesta, ja osan työttömistä arvioidaan jäävän palvelun ulkopuolelle.

Tiedonkulku eri toimijoiden välillä ei aina suju toivotulla tavalla. Esimerkiksi lähetteet terveystarkastuksiin ovat joskus puutteellisia: niissä ei ole riittävästi tietoa työttömän tilanteesta tai siitä, mihin kysymyksiin haetaan vastauksia. Toisaalta lähettävä taho ei välttämättä saa tietoa, jos työtön ei mene tarkastukseen.

3. Henkilökohtainen tuki työttömälle

Osa työttömistä tarvitsee nykyistä enemmän tukea. Vastauksissa todettiin, että työttömillä ei aina ole motivaatiota sitoutua yhteiseen työskentelyyn. He eivät esimerkiksi aina anna lupaa tietojen vaihtoon. Jos palaute menee vain työttömälle itselleen, hän voi jättää kertomatta tarpeellisia tietoja jatkotyöskentelyn suunnittelemiseksi. Ehdotettiin, että työttömille nimettäisiin oma, tarkastusprosessista vastaava työntekijä, joka tukee työtöntä terveystarkastuksen lisäksi myös jatkotyöskentelyssä ja tarvittaviin palveluihin hakeutumisessa. Moni asiakas voisi hyötyä esimerkiksi siitä, että häntä muistutetaan ajanvarauksista ja että hänen kanssaan tarjoudutaan tulemaan vastaanotolle.

Asiakaslähtöisyyttä ja työttömän osallisuutta prosessin eri vaiheissa pidettiin tärkeänä vahvistaa. Työtön itse ei aina esimerkiksi tiedä, miksi hänet on ohjattu terveystarkastukseen. Toivottiin myös, että palvelut viedään työttömien arkiympäristöön, jotta tavoitettavuus parane.

4. Terveystarkastusten toteutus

Terveystarkastuksissa haluttiin kehittää niiden sisällöllistä toteutusta, monialaista yhteistyötä ja tiedonkulkua. Katsottiin, että tarkastusten kriteerien ja linjausten tulisi olla yhdessä sovittuja. Toivottiin, että tarkastuksia kehitettäisiin kohti työ- ja toimintakyvyn arviointia ja että esille nouseviin työkyvyn ongelmiin puututtaisiin. Toisaalta todettiin, että

terveystarkastuksiin kohdistetaan joskus epärealistisia odotuksia. Haasteellista on esimerkiksi se, että terveydenhoitajan tehtävänä on pikemminkin kartoittaa tilannetta, eikä hän voi itse tehdä työkykyarviota (Sinervo 2020).

Terveystarkastusten edellyttämää tiimityötä muun muassa terveydenhoitajan, lääkärin ja sosiaalityöntekijän tai sosiaaliohjaajan kesken haluttiin kehittää. Vertaistoimintaa ja kolmannen sektorin palveluja toivottiin hyödynnettävän nykyistä enemmän. Olennaisena pidettiin sitä, että asioita ei jätetä kesken.

5. Palaute työttömälle ja lähettävälle taholle

Terveystarkastuksista saatavaa palautetta pidettiin osin puutteellisena tai liian suppeana. Terveystarkastusten tulosten arvioitiin kuvaavan pikemminkin työttömän terveydentilaa kuin työ- ja toimintakykyä tai tukitoimien tarpeellisuudesta. Jatkopolkua jatkohoitoon tai palveluun ei esitetä. Myös Kelaan lähetetyt lausunnot voivat olla tarkoitukseensa nähden riittämättömiä. Palautteen antamisen, jatkosuunnitelmien laatimisen ja moniammatillisen työtavan periaatteista ei ole kattavasti sovittu.

Palautteenantoa terveystarkastuksista lähettävälle taholle ja työttömälle haluttiin systematisoida ja kehittää. Lähettävän tahon tulisi aina pyytää palautetta ja huolehtia myös, että sen saa. Palautekäytännöt ja palautepalaverit tulisi suunnitella toimiviksi, ja terveystarkastuksen tuloksia tulisi käsitellä yhdessä. Tarkastusten perusteella tulisi ottaa kantaa työ- ja toimintakykyyn.

6. Jatkopolut

Jatko-ohjauksen suunnitelmallisuutta tulisi vahvistaa. Jotta terveystarkastuksen jälkeisistä jatkopoluista sopiminen olisi mahdollisimman sujuvaa, eri tilanteisiin soveltuvia palveluja ja vaihtoehtoja toivottiin selkiytettävän. Käytettävissä tulisi esimerkiksi olla ohjeita ja mallinnuksia jatkopoluista, joita pitkin työtön voi edetä työkyvyn arviointiin, kuntoutukseen ja muihin palveluihin. Joustava pääsy tarvittaviin jatkotutkimuksiin ja palveluihin tulisi turvata. Lisäksi toivottiin, että yhdessä sovittua jatkopolkua, palveluihin ohjautumista ja tehdyn suunnitelman toteutumista seurattaisiin nykyistä paremmin seurantakäynneillä ja verkostopalavereissa.

7. Terveystarkastusten arviointi ja palaute

Terveystarkastuksista haluttiin kerätä palautetta nykyistä systemaattisemmin ja eri tavoin, kokemustiedon lisäksi myös mittareita ja tilastointia hyödyntäen. Palautetta haluttiin kerätä myös työttömiltä. Hankekyselyn avovastausten mukaan työttömiltä pääsääntöisesti kerätään palautetta joko sattumanvaraisesti tai ei lainkaan. Vastaajista noin joka kymmenes kertoi, että työttömien kokemuksia terveystarkastuksista arvioidaan ja noin joka kolmas kertoi, että arviointia ei tehdä. Vastaajista hieman yli kymmenesosa ei tiennyt, arvioidaanko kokemuksia vai ei. Usea vastaaja toi esille, että palautetta kerätään joko yleisten

palautejärjestelmien kautta tai vuosittaisissa palautekyselyissä, **jolloin** arviointi ei välttämättä kohdennu juuri terveystarkastuksiin. TEAviisari-kyselyn perusteella vuonna 2017 asiakaspalautekyselyjä työttömien terveystarkastuksissa käyneille tehtiin 26 prosentissa terveyskeskuksista (TEAviisari 2020).

Kehittämistarpeet työttömien terveystarkastusten edellyttämässä osaamisessa ja ymmärryksessä

1. Yhteiskunnallinen ja sosiaalinen konteksti

Työttömien terveystarkastuksissa arvioitiin tarvittavan nykyistä enemmän ymmärrystä työelämästä ja työelämän vaatimuksista. Myös esimerkiksi lähisuhdeväkivaltaan, päihdeongelmiin ja muihin sosiaalisiin ongelmiin liittyvistä kysymyksistä tarvittaisiin lisää tietoa. Parantamisen varaa nähtiin lisäksi asenteissa työttömiä kohtaan.

2. Palvelujärjestelmä ja sen kehittämisen edellyttämä osaaminen

Palvelujärjestelmän tarjoamat mahdollisuudet (kuten Kelan ja muiden toimijoiden tarjoamat kuntoutuspalvelut) tulisi tuntea ja osata hyödyntää työskentelyssä nykyistä paremmin. Monialaista työtettä haluttiin vahvistaa ja yhteistyötä muun muassa työterveyshuollon ammattilaisten ja työkykykoordinaattoreiden kanssa lisätä. Monialaisessa työskentelyssä olennaisena nähtiin eri toimintakulttuurien nykyistä parempi tuntemus.

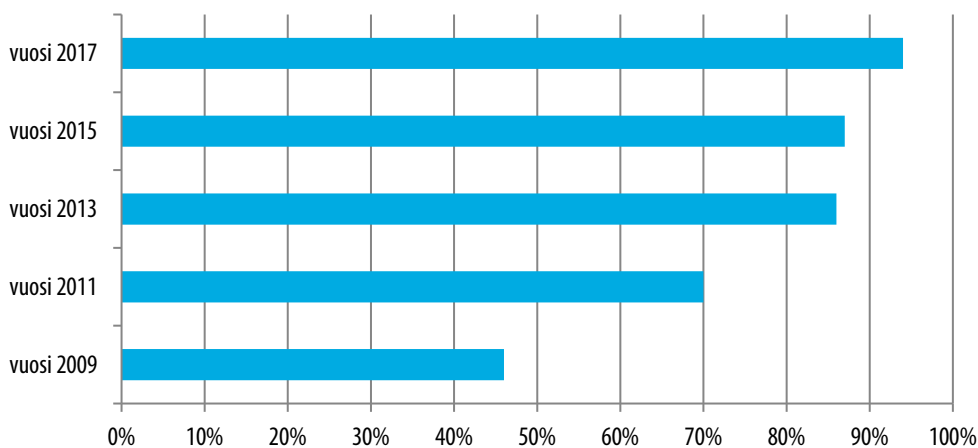
3. Ammatillinen osaaminen

Ammatillista osaamista haluttiin vahvistaa esimerkiksi keskittämällä työttömien terveystarkastukset tietyille terveydenhoitajille ja lääkäreille. Tällöin osaaminen ja ammatillinen kokemus tarkastusten tekemisestä, työkyvyn arvioinnista, jatkopolkujen suunnittelusta ja lausuntojen laatimisesta kasvaisi. Riskinä nähtiin tilanteet, joissa työntekijän vaihtuessa osaaminen ainakin hetkellisesti katoaa.

Kaiken kaikkiaan vastaajien esittämät kehittämistarpeet korostavat sitoutuvaa, linjakasta, monialaista ja yhdessä sovittua toimintamallia. Olennaisinta työttömien terveystarkastusten kehittämisessä on ensinnäkin se, että ainakin terveydenhuollolla, työttömällä henkilöllä ja TE-palveluilla on yhteinen ymmärrys tarvittavasta tiedosta, tiedon välittymisestä ja tiedon hyödyntämisestä jatkotyöskentelyssä. Tällä hetkellä odotukset voivat olla paitsi epäselviä myös ylimitoitettuja, mikä vaikeuttaa sujuvaa yhteistyötä. Toiseksi työttömien terveystarkastusten merkitys on yksiselitteisesti siinä, miten hyvin työtön saa tarvitsemansa terveystarpeet sekä muut työ- ja toimintakykyä edistävät palvelut ja miten laadukkaita ne hänelle toteutuvat. (Sinervo 2020.)

5.2.5 Työttömien terveystarkastusten tilastointi

Työttömien terveystarkastusten kansallista ohjausta ja seurantaan vaikeuttavat puutteet työttömien terveystarkastusten tilastoinnissa. Terveystarkastusten ja niihin liittyvien palvelujen toteuttaminen on kuitenkin jatkuvasti yleistynyt kunnissa (Sinervo & Hietapakka 2013). THL:n toteuttamissa TEAviisari-kyselyissä on joka toinen vuosi selvitetty, kuinka moni terveyskeskus tarjoaa määräaikaista, yleisiä terveystarkastuksia työttömille. Työttömien terveystarkastuksia tarjoavien terveyskeskusten määrä oli vuonna 2009 46 prosenttia ja vuonna 2017 jo 94 prosenttia (TEAviisari 2020).



Kuvio 5.11. Määräaikaista, yleisiä terveystarkastuksia työttömille tarjoavat terveyskeskukset, % kaikista terveyskeskuksista. (TEAviisari 2020)

THL on seurannut terveystarkastuksiin osallistuvien työttömien osuutta kaikista työttömistä vuodesta 2014 alkaen. Tilaston luotettavuus perustuu kunnissa tehtyihin tietojärjestelmäkirjauksiin ja perusterveydenhuollon avohoidon ilmoituksiin (Avohilmo). Tilaston tiedot sisältävät kaikki Avohilmo-tiedonkeruun tapahtumat ilman yhteystapa- ja palvelumuotoajauksia. Usean kunnan tiedot työttömien terveystarkastuksista kuitenkin puuttuvat. Esimerkiksi vuodelta 2018 kahden sairaanhoitopiirin tietoja ei ole saatavilla. Käytettävissä olevien tietojen mukaan tarkastukseen osallistuneiden työttömien osuus kaikista työttömistä vaihtelee joka tapauksessa varsin paljon. Vuonna 2018 osuus vaihteli sairaanhoitopiireittäin tarkasteltuna 0,8–17 prosentin välillä, keskiarvo oli 3,6 prosenttia. (Sotkanet 2020.)

Hankekyselyn vastaajista 75 prosenttia kertoi, että työttömien terveystarkastusten määrää tilastoidaan tai seurataan ja 25 prosenttia kertoi, että tilastointia ei tehdä. Vastausten perusteella kirjatut tehdään yleisimmin terveydenhuollon tietojärjestelmiin. Toiseksi eniten kirjatut tehdään ilmeisesti TE- ja TYP-palvelujen tietojärjestelmiin. Epäselvää on, kirjataanko aina myös tarkastuksen toteutumatta jääminen. Kirjauksia voidaan tehdä useampaan kuin

yhteen tietojärjestelmään. Esimerkiksi eräässä vastauksessa todettiin, että sosiaalityöllä ja työttömien terveydenhuollolla on omat tilastonsa. Seuranta saattoi lisäksi olla työntekijästä riippuvaista siten, että työntekijä ei esimerkiksi itse tiennyt, seuraako esimies terveystarkastusten määrää hänen lisäkseen. Seuranta tehdään myös käsikirjanpidolla.

Vastausten moninaisuuteen vaikutti se, että hankekyselyssä vastaajat edustivat eri hallintokuntia, eivätkä he välttämättä tiensivät, miten kirjaukset ja seuranta eri toimialoilla tapahtuu. Avohilmoon ilmoitukset viedään joka tapauksessa puutteellisesti, minkä lisäksi paikalliset kirjaamiskäytännöt vaikuttavat varsin epäselviltä. Mitään yhtenäistä käytäntöä tai ohjeistusta kirjaamiselle ei ole annettu. Työttömien terveystarkastusten tilastollinen seuranta luotettavalla tavalla ei tällä hetkellä ole mahdollista.

Systemaattista ja yhtenevällä tavalla tehtävää kirjaamista vaikeuttaa se, että kunnat käyttävät erilaisia asiakastietojärjestelmiä ja niistä vielä erilaisia päivitysversioita. Avohilmon toimenpidekoodia ei tunneta riittävän hyvin tai se ei sisälly asiakastietojärjestelmään (riippuen asiakastietojärjestelmän versiosta). Kirjaukset Avohilmoon eivät toisaalta liity luontevasti työprosessiin, vaan edellyttävät terveydenhuollossa manuaalista työtä. (Sinervo 2020.) Kansallista ohjeistusta rakenteellisesta kirjaamisesta ei ole annettu. THL on julkaisut vuonna 2019 ohjeen siitä, miten työttömien terveystarkastukset tulisi kirjata, mutta ohje ei ole sitova, eikä sen kansalliseen soveltamiseen ole panostettu (ks. THL 2019).

STM:n (2013) ohjeessa todetaan, että kuntien tulee seurata ja arvioida työttömien terveysneuvonnan ja terveystarkastusten toteutumista alueellaan. Ohjeessa edellytetään myös valtakunnallista terveystarkastusten toteutumisen ja vaikutusten seuranta ja arviointia. Työttömien terveyspalveluissa tulisi seurata paitsi niiden yhdenvertaista saatavuutta myös terveystarkastuksiin osallistuvien määrää. Lisäksi vaikutuksia ja jatkotoimenpiteitä, kuten kuntoutuspalveluihin ohjautumista, tulisi seurata luotettavan tilastoinnin tuella. Työttömien terveystarkastusten seuranta ja arviointi eivät kuitenkaan tällä hetkellä toteudu ohjeen edellyttämällä tavalla.

5.3 Työ- ja toimintakyvyn tukeminen palvelujärjestelmässä

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

Kuntoutuksen uudistamiskomitean (STM 2017, 40) kuntoutusjärjestelmää koskevat esitykset painottavat varhaista vaikuttamista työ- ja toimintakykyyn sekä sujuvaa asiakasohjausta. Kuntoutukseen liittyvät palvelut tulee nähdä yksittäisten toimenpiteiden sijaan prosessina, jonka tulee perustua yhtenäiseen toimintamalliin. Tämän yleisen toimintamallin tulee olla sama kaikilla asiakkailla siten, että kuntoutuja saa tarvitsemansa tuen ja palvelun kuitenkin yksilölliseen tarpeeseen sovitettuna. Toimintamalliin sisältyvät tuen tarpeen tunnistaminen, arviointi, suunnitelma, päätökset, palvelut ja etuudet, kuntoutujan ympäristöä koskevat toimenpiteet, prosessin seuranta ja arviointi sekä sen pohjalta tehtävät tarvittavat muutokset. Työ- ja toimintakyvyn palveluja tulee tarkastella monialaisena toimenpidekokonaisuutena, jossa hyödynnetään ammattilaisten osaamista yli organisaatio- ja organisaatioiden.

Suosituksissa (STM 2017, 42) painottuu kuntoutuksen tuen tarpeen tunnistaminen asiakasprosessin ensi vaiheessa, ja ensikontaktin tulisi tehdä palvelutarpeen tarkempi arvio tai ohjata asiakas kuntoutuksen järjestämisestä vastaavan tahon arvioitavaksi. Prosessivastuutahona on ensisijaisesti sote-keskus tai työterveyshuolto tai maakunnallinen toimija asiakkaan tarpeen mukaan. Lisäksi suosituksissa painotetaan kuntoutuksen suunnittelua osana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusuunnitelmaa sekä prosessivastuutahon velvollisuutta arvioida kuntoutuksen toteutumista, kohdentumista, laatua ja tuloksellisuutta sekä kuntoutujan toimintakyvyn muutoksia. Arvioinnissa tulisi käyttää valtakunnallisesti hyväksytyjä toiminta- ja työkykymittareita.

Vaikuttavuusperustaiseen toimintaan liittyen on "Vaikuttavuus SOTE- ja työllisyyspalvelujen ohjaamisessa" -hankkeessa kehitetty ohjausmalli ja reittiopas eri toimijoille. Malli koostuu 1) vision ja tavoitteiden konkretisoinnista, 2) vaikuttavuuden tietopohjan rakentamisen määrittelytyöstä, 3) vaikuttavuustiedon käytön edistämisestä sekä 4) rahoitusjärjestelmän ja resurssiohjauksen kehittämisestä. Kansallisesti tavoitteena on vaikuttavuudella ohjaamisen edellytysten parantaminen. Tiedon kansallinen keruu ja sisältö tulisi määrittellä siten, että alueilta kertyvä tieto on kansallisesti ja kansainvälisesti vertailukelpoista. Reittiopas suosittaa aiheeseen liittyviä alueellisia pilotteja. Pitemmällä aikavälillä tulisi kehittää palveluiden rahoitusjärjestelmiä vaikuttavuutta tukeviksi. Ongelmana on monien asiakasryhmien tarvitsemien palvelujen hajautuminen monille tuottajille sekä monen järjestäjän maksettavaksi. Monimutkainen ohjausjärjestelmä ei tue kustannusvaikuttavuuden tavoitetta kokonaisuuden tasolla. (Pitkänen ym. 2020, 4.)

Kuntoutuksen uudistamiskomitean suositukset ovat ajankohtaisia, kun tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskukset ovat suunnitteluvaiheessa. Niiden toiminnoissa tulisi huomioida, että pieni osa asiakaskunnasta tarvitsee runsaasti palveluja, ja suuressa osassa palvelutarve koostuu laajemmasta kokonaisuudesta kuin vain lääkärin vastaanottopalveluista tai muista terveyskeskuksen palveluista. Palvelutarpeiden moninaisuus voi avautua vaikka yksinäisyydestä johtuvan yhteydenoton kautta. Tällöin vastavuoroinen kohtaaminen ja

elämäntilannelähtöisesti suunnitellut palvelukokonaisuudet voivat tukea palvelujen tehokkaampaa toteuttamista. Lisäksi tulisi kehittää välineitä ja menetelmiä tunnistaa järjestelmän ulkopuolella olevia ja palveluihin heikosti kiinnittyneitä, jotta myös heidät tavoitetaan ja saadaan tarvittavien palvelujen piiriin.

Tulevaisuuden sote-keskusten ohella työ- ja toimintakyvyn palvelut ja työttömien terveystarkastukset ovat myös Työkykyohjelman (STM 2020, 10–11) sisältöinä. Työkykyohjelmalla on puolestaan STM:n hallinnonalalla yhdyspinnat Mielenterveysstrategiaan, kuntoutukseen sekä sosiaaliturvan uudistustyöhön. TEM:in suhteen yhdyspintoja ovat vuoden 2021 alusta käynnistyvät työllisyyden kuntakokeilut sekä TYP:it ja Ohjaamot, joissa myös KELA on toimijana mukana. Sosiaaliturvauudistuksen tavoite selkeämmästä ja toimivammasta järjestelmästä tukee työ- ja toimintakyvyn kohentamisen tavoitteita, jos työntekoa ja sosiaaliturvaa voidaan sovittaa yhteen muuttuvissa elämäntilanteissa.

Kuntoutus, työ- ja toimintakyvyn tuki sekä työttömien terveystarkastukset toteutetaan osana laajempaa hyvinvoinnin palvelujärjestelmää. Näiden palvelujen kehittäminen riippuu siitä, miten palvelujen ja etuuksien suurten reformien toimeenpanossa edetään. Voi kysyä, tarvitsevatko työikäiset omia palvelukokonaisuuksia, jotta työ- ja toimintakyvyn toimintamallit sekä työttömien terveystarkastukset voitaisiin pilotoida kansallisesti?

6 Yhteenveto

Juha Koivisto, Hanna Tiirinki, Eeva Liukko, Minna Kivipelto & Marjo Suhonen

Tässä luvussa kootaan yhteen ja syntetisoidaan tämän selvitys- ja tutkimushankkeen keskeiset tulokset. Tarkastelu huomioi sekä hankkeen väliraportissa (Koivisto & Tiirinki (toim.) 2020) että tässä loppuraportissa julkaistut tulokset ja tarkastelut.

6.1 Pieni asiakasryhmä hyötyy monialaisesta palvelusta

Tämän hankkeen tutkimustulokset Suomen väestön sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käytöstä vahvistavat aiempien tutkimusten tuloksia. Suuri osa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käytöstä muodostuvista kustannuksista kasautuu suhteellisen pienelle osalle väestöä, noin kymmenelle prosentille. (Haula & Peltola 2020). Haulan & Peltolan (2020) analyysi tämän hankkeen väliraportissa ei sisältänyt sosiaalihuollon avopalvelujen käyttöä koskevia tietoja, mutta tässä loppuraportissa ne ovat olleet käytettävissä tietyistä kunnista, jolloin palvelukäyttöä koskeva analyysi ei kattanut koko väestöä (N=1 084 180). Analyysin mukaan 80 % sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käytön kustannuksista kasautui noin 10 prosentille palvelujen käyttäjistä.

Reilu viidennes tarkastellusta väestöstä ei käyttänyt vuonna 2017 lainkaan tässä selvityksessä tarkasteltuja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja ja 66 prosenttia käytti vain terveydenhuollon palveluja. Vain yhteen palveluryhmään sisältyviä palveluja oli käyttänyt noin 38 prosenttia, kahteen 29 prosenttia, kolmeen 7 prosenttia ja neljään 2,5 prosenttia tarkastellusta väestöstä. 3 800 henkilöä oli käyttänyt palveluja useammasta kuin neljästä palveluryhmästä.

Tämän selvityksen rekisterianalyysien perusteella prosentuaalisesti pieni ja heterogeeninen joukko asiakkaita käyttää monialaisia palveluja. Monialainen palvelukäyttö ei välttämättä ole kallista palvelujen käyttöä, joskin tähän tulkintaan vaikuttaa se, miten palveluja ryhmitellään tai luokitellaan. Tämä asiakasjoukko tulisi ottaa palvelujärjestelmässä

”haltuun” laatimalla monialaisesta palvelujen yhteensovittamisesta mahdollisesti hyötyvien tunnistamisen ja ennakkoinnin kansallisia, alueellisia ja paikallisia linjauksia ja periaatteita, soveltamalla systemaattisesti tunnistamisen ja ennakkoinnin toimintamalleja ja työkaluja sekä kehittämällä tunnistamisen jälkeistä asiakasprosessia, sekä palvelujen yhteentoimivuutta. Ennakoimalla henkilöiden terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien ongelmien ja elämänhaasteiden kasautumista siten, että tukea voitaisiin tarjota aiempaa varhaisemmassa vaiheessa ennen kuin ongelmat ja haasteet pääsevät kasautumaan ja tarvetta monille eri palveluille syntyy. Näin voidaan vähentää myös kustannuksia.

6.2 Monialaisen palvelutarpeen tunnistamisesta puuttuu systemaattisuus

Tässä selvityksessä kartoitettiin sekä muissa maissa että Suomessa käytössä ja kehitteillä olevia tunnistamisen ja ennakkoinnin toimintamalleja ja työkaluja. Tarkastelut erosivat kuitenkin käytetyn aineiston osalta siten, että kansainvälinen tarkastelu perustui pääosin vertaisarvioituihin tutkimusartikkeleihin, kun taas kotimainen tarkastelu perustui sosiaali-, terveys- ja työvoimahallinnon organisaatioihin lähetettyyn kyselyyn ja haastatteluihin. Kansainvälinen tarkastelu painottui näin ollen monialaisia tai paljon palveluja käyttäviä koskevaan tutkimukseen ja siellä kehiteltäviin tai tutkittaviin tunnistamisen ja ennakkoinnin malleihin ja työkaluihin. Kotimainen tarkastelu painottui organisaatioissa käytössä oleviin malleihin ja työkaluihin sekä yleisemmin tunnistamisen nykytilaan Suomessa.

6.2.1 Tutkimuskirjallisuus painottuu palvelujen runsaan ja toistuvan käytön tunnistamiseen ja ennakointiin

Kansainväliseen tarkasteluun otettiin laveasti mukaan paljon tai monialaisia palveluja käyttäviä asiakkaita sekä tunnistamisen ja ennakkoinnin malleja tarkastelevia julkaisuja. Niissä ei useinkaan ollut ensisijaisena kohteena monialainen palvelujen käyttö tai tarve, vaan niissä tarkasteltiin palvelujen suuren käyttöä, kalliiden potilaiden palvelukäyttöä, toistuvia ensiapu- ja päivystyskäyntejä ja runsaita sairaalakäyntejä. Näiden tutkimusten tavoitteena oli kehittää ja kokeilla malleja ja työkaluja, joiden avulla voidaan tunnistaa riskiryhmiä ja ennakoida palvelujen käyttöä. Niiden kohderyhmät koostuivat kuitenkin pääsääntöisesti asiakkaista ja potilaista, joilla oli useita sairauksia ja/tai haasteellisia elämäntilanteita, ja he kävivät usein tai toistuvasti esimerkiksi päivystyksessä. Riskiryhmien tunnistamisen ja ennakkoinnin perimmäisenä tarkoituksena oli, että riskihenkilöille voitaisiin tarjota tukea ja apua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ennaltaehkäisevinä palveluina tai ohjaamalla heidät heidän tarpeitaan vastaaviin, tarvittaessa monialaisiin palveluihin. Joihinkin julkaisuihin liittyi myös tunnistamisen jälkeisen asiakasprosessin ja sen osien kehittäminen ja tutkiminen.

Riskiryhmien tunnistaminen ja ennakointi perustui julkaisuissa pääasiassa asiakastietoja sisältäviin rekistereihin ja järjestelmiin sekä väestökyselyihin. Lisäksi käytettiin testien, puhelinhaastattelujen ja itsearviointien tuottamaa tietoa. Kohderyhminä olivat lähinnä henkilöt, jotka jo käyttivät palveluja. Riskitekijöiden ja ennakkoinnin tunnusmerkkeinä käytettiin erilaisia muuttujia riippuen siitä miten tarkastelun näkökulma oli asetettu ja muuttujien välisiä yhteyksiä analysoitiin tilastollisin menetelmin ja algoritmein. Muuttujien avulla henkilöistä seulottiin erilaisia terveyteen ja sosiaalisiin tekijöihin liittyviä piirteitä, joiden oletettiin olevan yhteydessä heidän lisääntyneeseen palvelunkäyttöön. Tällaisia piirteitä olivat esimerkiksi krooniset sairaudet, päihteiden käyttö, mielenterveysongelmat (esim. masennus), somaattiset terveysongelmat (esim. diabetes ja korkea verenpaine) sekä aiemmat sairaalahoitojaksot. Sosiaalisia tekijöitä olivat esimerkiksi yksin asuminen, naapurisuolosuhteet, palvelujen käyttö, julkisten tukien tai etuuksien käyttö, työllisyys ja ansiot, taloudelliset vaikeudet, rikollisuus, lasten terveydentila ja käyttäytyminen. Usein myös ikä, sukupuoli ja henkilön etninen tausta otettiin huomioon.

Riskiryhmien tunnistamisen ja ennakkoinnin mallit soveltuvat lähtökohtaisesti myös Suomessa hyödynnettäväksi erilaisten asiakasryhmien kohdalla. Ne eivät välttämättä ole teknisesti haasteellisia toteuttaa, mutta ratkaisevaa on se, millaisin kriteerein ja muuttujien riskiryhmien tunnistamista ja ennakoitua tehdään. Muutos yhdessä muuttujassa voi tuottaa erilaisen seulotun riskiryhmän. Siksi erilaisilla malleilla tuotetut riskiarviot ovat karkeita ja ne edellyttävät aina tulkintaa.

Yksittäisen asiakkaan seulominen algoritmin avulla riskiryhmään kuuluvaksi on mahdollista, mutta sen osalta on huomioitava lainsäädännölliset ja tietosuojaan liittyvät rajoitteet. Algoritmi ei voi tehdä minkäänlaista päätöstä asiakasta koskien, vaan päätökset tehdään asiakkaaseen hoitosuhteessa olevien ammattilaisten, esim. monialaisen tiimin, ja asiakkaan yhteistoimintana. Tiedon käyttämiseksi asiakkaan hyväksi tarvitaan inhimillistä pääomaa: ammattilaisten osaamista, yhteistyötä ja aikaa analysoida asiakkaan tilannetta. Tämä haastaa mm. organisoimaan sote-alan työtä siten, että tämä mahdollistuu.

Mahdollisten yhteisasiakkaiden tunnistaminen edellyttää mahdollisuutta hyödyntää tarkastelussa asiakastietoja eri toimialoilta. Suomessa haasteena on, että erilaisia asiakas- ja potilastietoja tallennetaan erillisiin ja eri palveluntarjoajien tuottamiin järjestelmiin, jotka eivät ole vuorovaikutuksessa keskenään. Algoritmien, tiedon louhinnan ja tekoälyn hyödyntäminen edellyttää usein tietojärjestelmien uudelleen suunnittelua. Henkilöt, jotka eivät käytä palveluja, jäävät asiakastietojärjestelmiä ja algoritmeja hyödyntävien mallien tavoittamattomiin. Puhelin- ja väestökyselyjen ongelmana on, että niiden kattavuus ja saatavuus vaihtelevat. Myös vastausprosentit jäävät usein alhaisiksi.

6.2.2 Suomessa tunnistaminen tapahtuu konkreettisesti asiakastyössä

Suomessa monialaisista palveluista mahdollisesti hyötyvä henkilö tunnistetaan tyypillisimmin asiakasohjauksessa ja silloin, kun ammattilaisella on herännyt huoli tai riittämättömyyden tunne asiakkaan tilanteesta. Tarve palvelujen yhteensovittamiselle voidaan huomata myös asiakkaiden käyntimäärien lisääntyneenä tai asiakkaan yhteydenoton perusteella. Tunnistaminen potilas- tai asiakastietojärjestelmästä tuotettujen tietojen avulla on Suomessa vielä muita tunnistamisen keinoja harvinaisempaa.

Vain noin kolmanneksella sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioista on käytössä sovitto toimintamalli tai työkalu monialaisia palveluja tarvitsevien tarpeen tunnistamiseksi. Perusteellinen alkuhaastattelu on keskeinen keino kartoittaa asiakkaan elämäntilanne kokonaisvaltaisesti sosiaalisesta, taloudellisesta ja terveydellisestä näkökulmasta ja tunnistaa mahdollinen monialainen palvelutarve. Haastattelussa hyödynnetään myös testattuja mittareita tai muita indikaattoreita, joiden avulla saatiin lisätietoa asiakkaan tilanteesta ja voitiin arvioida palvelutarvetta. Asiakkaan terveyttä kuvaavina indikaattoreina on käytössä muun muassa verenpaine, kolesteroli, verensokeri, BMI, MMSE, tupakointi, AUDIT, Beckin mielialakysely BDI sekä suun terveyden tilanne. Hyvinvointi-indikaattoreina on käytössä muun muassa asunnottomuus, työttömyys, toimeentulotuen tarve, kouluttamattomuus sekä lasten kiireelliset sijoitukset tai huostaanotot.

Asiakas- ja potilastietojärjestelmien käyttö sekä algoritmien ja tekoälyn hyödyntäminen monialaisen palvelutarpeen tunnistamisessa tai ennakoinnissa on Suomessa tämän selvityksen perusteella vasta kehittymässä. Asiakkaiden lisääntynyt palvelutarve voidaan havaita esimerkiksi seuraamalla terveyskeskuksen tai päivystyksen asiakaskäyntien määriä tietyn ajanjakson sisällä. Tietyn käyntimäärän täytyessä asiakkaan tilanne otetaan joissakin organisaatioissa tarkempaan tarkasteluun. Joissakin organisaatioissa tietojärjestelmiin on rakennettu tunnistamisen työkaluja. Tällainen työkalu voi esimerkiksi tehdä etukäteen määriteltyjen riskitekijöiden perusteella analyysin, kuuluuko asiakas tai potilas monialaisia palveluja tarvitsevien riskiryhmään tai onko hän tai perhe yhteisasiakas, joka voisi hyötyä monialaisista palveluista. Näissäkin tapauksissa työkalu vain analysoi asiakastietoja tiettyjen kriteerien perusteella, mutta asiakkaan palvelutarvetta koskevan kokonaistarkastelun ja palveluja koskevat päätökset tekevät ammattilaiset ja asiakas yhdessä.

Monissa organisaatioissa on rakennettu moniammatillisia ja monialaisia tiimejä tai työparitoimintaa monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisen ja ohjaamisen tueksi. Tiimin koolle kutsumisen perusteina ovat erityisesti ammattilaisella herännyt huoli asiakkaasta, lisääntyneet käyntimäärät tai yhteydenotot ja sellaiset asiakkaan elämäntilanteeseen liittyvät haasteet, joita ei ole mahdollista ratkaista yhdellä tapaamiskerralla tai yksittäisen ammattilaisen osaamisella. Yhteistyön tueksi on lisäksi luotu toimintamalleja, joiden avulla tunnistetaan yhdessä asiakkaan kanssa hänen palvelutarpeensa ja muodostetaan yhteinen näkemys eri ammattilaisten kanssa.

Monialaisia palveluja mahdollisesti tarvitsevien tunnistamista organisaatioissa vaikeuttavat eniten tietojärjestelmiin liittyvät haasteet, eriytyneet toimintakulttuurit, epätietoisuus toisten työstä tai osaamisesta sekä toimintamallien ja menetelmien puute tai niiden toimimattomuus. Näiden syiden takia tunnistamiseen tarvitaan linjauksia, periaatteita ja systemaattisuutta.

6.2.3 Tunnistaminen ja asiakasprosessi

Tässä hankkeessa muotoutui matriisi, jonka avulla voidaan jäsentää ja kehittää tunnistamisen toimintamalleja ja työkaluja (Taulukko 6.1). Se on hyödynnettävissä alueilla ja organisaatioissa kehittämisvälineenä, jonka avulla jäsennetään kehitettyjä tai kehitteillä olevia tunnistamisen toimintamalleja ja työkaluja, niiden toimivuuden edellytyksiä sekä soveltuvuutta eri asukas/asiakaskasryhmien kohdalla. Tunnistaminen voi kohdentua henkilöihin, jotka eivät käytä palveluja, palveluihin ensi kertaa tuleviin ja palveluja jo käyttäviin. Jokaisesta toimintamallista tai työkalusta tehdään oma matriisinsa.

Taulukko 6.1. Tunnistamisen toimintamallien ja työkalujen jäsentämisen matriisi

Toimintamallin/ työkalun nimi	Mikä toimii?	Minkä asukas/asiakasryhmän kohdalla?	Millaisten edellytysten vallitessa?
Palvelujen ulkopuolella olevat			
Palveluihin ensi kertaa tulevat			
Palveluita jo käyttävät			

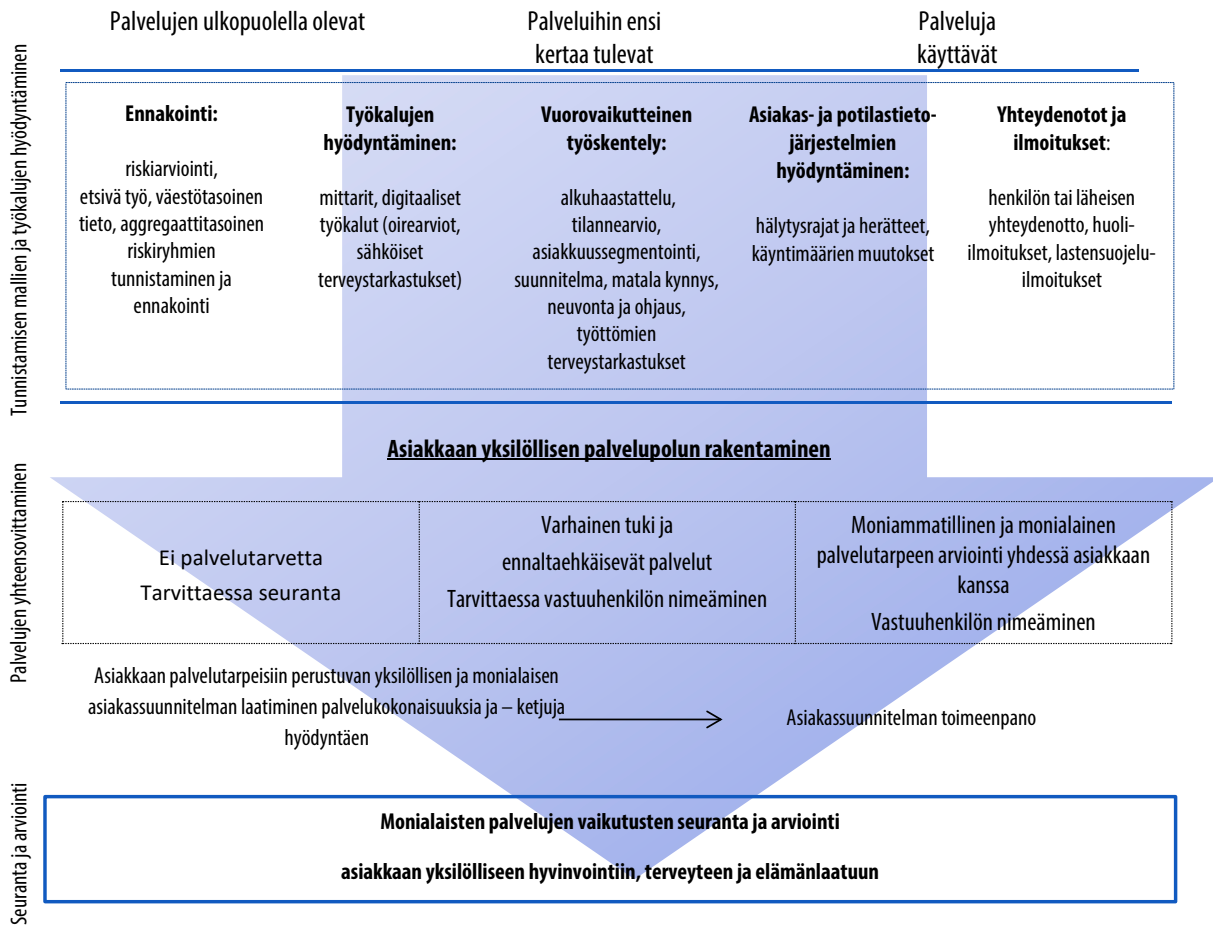
Tarvitaan kansallisen, alueellisen ja paikallisen tason linjauksia ja periaatteita sekä näitä tukevia toimintamalleja ja työkaluja sellaisten henkilöiden tunnistamiseen, jotka voisivat hyötyä monialaisesta palvelujen yhteensovittamisesta. Tunnistamisen linjausten ja välineiden lisäksi tarvitaan tunnistamisen jälkeisen asiakasprosessin kehittämistä, kuten asiakkuuksien segmentoinnin, systemaattisen palvelutarpeen arvioinnin, palveluohjauksen ja palvelupolkujen rakentamista, palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrittelyä sekä palvelujen yksilöllistä yhteensovittamista.

Vielä tärkeämpää olisi pystyä ennakoimaan henkilöiden ongelmien ja elämänhaasteiden kasautumista siten, että tukea voitaisiin tarjota aiempaa varhaisemmassa vaiheessa ennen kuin ongelmat ja haasteet pääsevät kasautumaan ja tarvetta monille eri palveluille syntyy. Tällöin henkilöiden varhainen tunnistaminen sekä heitä koskeva informaatio on tärkeää. Kun sote-työntekijällä on entistä enemmän tietoa asiakkaasta jo heti palvelutarpeen alkuvaiheessa, voidaan löytää asiakkaalle juuri hänelle sopivat palvelut.

Monialaisten tarpeiden tunnistamista tehdään osana päivittäistä asiakas- ja potilastyötä. Asiakas- ja potilastyöksi luetaan tässä tapauksessa varsin laajasti kaikki se työ, jossa ollaan tekemisissä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden kanssa. Tarve tunnistaa erilaisia riskiryhmiä ja monialaisia palveluja tarvitsevia voi olla niin hallinnossa, suorassa asiakas- ja potilastyössä kuin erilaisissa matalan kynnyksen toiminnoissa (yhdyskuntatyö, ryhmätyö). Tunnistamisen tarve on oltava perusteltu, eettisesti hyväksyttävä ja asiakkaiden hyvinvoinnin kannalta harkittu.

Kuvio 6.1 kokoaa tässä hankkeessa syntyneen näkymän monialaisen palvelutarpeen tunnistamisen ja ennakkoinnin tilanteisiin, toimintamalleihin sekä tunnistamisen jälkeisen asiakasprosessin vaiheisiin ja osatekijöihin. Malli on karkea ja geenerinen ja se antaa aineksia kehittää monialaisen palvelutarpeen tunnistamisen ja ennakkoinnin rakenteita, toimintamalleja sekä työkaluja alueilla ja organisaatioissa. Palvelujen järjestämisen näkökuomasta malli antaa hahmon, jonka avulla tehdä linjauksia monialaisen palvelutarpeen tunnistamista ja ennakointia koskien. Palvelutuotannon näkökulmasta malli antaa aineksia kehittää yhteisasiakkaiden tunnistamisen ja ennakkoinnin paikkoja, tilanteita ja toimintamalleja sekä tunnistamisen jälkeistä asiakasprosessia sekä palvelujen yhteentoimivuutta. Yhteisasiakkaista ja heidän asiakasprosesseista on hyödyllistä kerätä ja koottaa tietoa, sillä se on hyödyllistä infomarttiota päätöksentekoon ja jatkuvan kehittämisen tarpeisiin niin järjestämisen kuin palvelutuotannonkin näkökulmasta.

Erilaisilla toimintamalleilla ja työkaluilla voidaan ennustaa yksittäisen henkilön riskiä ajautua useiden eri palvelujen käyttäjäksi ja tunnistaa henkilö, joka voisi mahdollisesti hyötyä monialaisesta palvelusta, mutta tällaiset tunnistamiset ja ennakkoinnit ovat aina alustavia. Asia edellyttää aina tarkempaa palvelutarpeen arviointia yhdessä asiakkaan kanssa. Joidenkin kohdalla palvelutarve voidaan ratkaista välittömästi. Toisilla asiakkailla taas ei tunnistamisesta huolimatta ole palvelutarvetta, mutta seuranta taas voi olla tarpeen. Vain osa asiakkaista tarvitsee monialaista tukea ja hoitoa, neuvontaa tai ohjausta. Heidän kohdallaan räätälöidään palvelut ja tuki tarpeiden mukaisesti. Kun arvioidaan monialaista palvelutarvetta, tulee arviointia tehdä moniammatillisessa ryhmässä. Palvelujen järjestäjän määrittelemät palvelukokonaisuudet ja -ketjut antavat kehikon, jonka perusteella asiakkaan henkilökohtainen palvelukokonaisuus voidaan räätälöidä.



Kuvio 6.1. Monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen ja palvelujen yhteensovittaminen

6.3 Työ- ja toimintakyvyn tukitarpeiden tunnistaminen organisaatiokeskeistä

Työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeiden tunnistamisen toimintatavat voidaan jakaa kolmeen pääkategoriaan. Noin 30 prosentilla organisaatioista on käytössä jokin sovittu käytäntö tai työkalu, jonka avulla voidaan ennakoida tai tunnistaa henkilöt, joilla on työ- ja toimintakyvyn tukemisen tarpeita. Toiseksi tunnistamisen vastuu voi olla määritelty tietyn ammattilaisen tai toimintayksikön vastuulle (voi olla myös osa em. mallia), esimerkiksi palvelutarpeen arviointi tai asiakkuus TYP/MYP:ssä tai perusterveydenhuollossa. Kolmas tapa on se, että tiettyä mallia tai sovittuja vastuita ei ole määritelty.

Työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeiden tunnistamisen keinoja ovat mittarit, joista osa on testattuja, erilaiset mallit ja välineet sekä lakisäätöiset toimintatavat. Tunnistamisessa on

yleistä, että se tapahtuu palvelujärjestelmän eri sisääntuloväylillä kuten TE-palveluissa, terveydenhuollossa tai sosiaalihuollon palveluissa. Tuen tarpeen tunnistamiseen vaikuttaa se, mihin palveluun asiakas hakeutuu tai ohjataan. Tällä on merkitystä puolestaan käytettäviin tunnistamisen ja arvioinnin menetelmiin ja siihen, mitä tekijöitä nousee esille ja otetaan työskentelyn kohteeksi. Suurinta osaa malleista käytetään työttömien henkilöiden, nuoren aikuisten sekä mielenterveyden ja päihdeasiakkaiden palveluissa.

Mittareiden, määrämuotoisen kirjaamisen ja tietojärjestelmien lisäksi tuen tarpeen tunnistamisessa ja jatkotyöskentelyssä hyödynnetään palveluohjaajia, työparitoimintaa tai monialaisia tiimejä ja toimintamalleja.

Mallien ja mittareiden käyttökokemusten mukaan hyvä työ- ja toimintakyvyn tunnistamisen ja arvioinnin väline osoittaa elämäntilanteen osa-alueiden vahvuudet ja haasteet sekä antaa välittömän henkilökohtaisen palautteen tavoitteiden asettamista varten. Välineiden toimivuutta kuvaavat dialogisuus, tiedon yhteinen hallinta ja elämäntilanelähtöisyys. Toimiva väline nostaa tuen tarpeita keskusteluun ja antaa asiakkaalle kokemuksen kuulluksi tulemisesta. Tämän pohjalta voidaan muodostaa kokonaiskuva, ja työskentelylle voidaan asettaa konkreettisia tavoitteita sekä hankkia oikea-aikaisia palveluja.

Asiakastiedon hallinta verkostossa on edellytyksenä sille, että asiakas saa kokonaisvaltaista palvelua. Se on edellytys myös asiakkaan työ- ja toimintakyvyn selvittämiseksi eri osa-alueilla systemaattisesti. Monialainen työskentely auttaa toimijoita löytämään yhdessä asiakkaan kanssa tavoitteet, joihin he voivat käytännön toiminnassaan sitoutua. Elämäntilanelähtöisyys työkyvyn ja kuntoutustarpeen arvioinnin prosessissa tarkoittaa kokonaisvaltaista arviota, jossa huomioidaan sosiaaliset, taloudelliset ja terveydelliset tekijät.

Tuen tarpeiden tunnistamista eri organisaatioissa vaikeuttavat eniten tietojärjestelmien kehittymättömyys, toimintamallien ja menetelmien puute tai niiden toimimattomuus sekä eriytyneet toimintakulttuurit, epätietoisuus toisten työstä tai osaamisesta ja toimijoiden asenteet.

Työ- ja toimintakyvyn tuen tarpeen arvioinnin malleja on runsaasti, mutta ne ovat useimmiten paikallisia tai organisaatiokeskeisiä. Laajasti käytössä olevat mittarit ja organisaatioiden asiakastietojen kirjaaminen (esim. palvelutarpeen arvioinnit, hoito- ja palvelusuunnitelmat) antavat valtakunnallisesti vertailtavaa yhteismitallista tietoa, jos tämä tieto saadaan käytettävään muotoon.

Työ- ja toimintakyvyn tarpeiden tunnistaminen edellyttää tämän selvityksen valossa valtakunnallisia ja geneerisiä monialaisessa toimintaympäristössä jaettuja arviointimalleja sekä yhtenäisiä kriteerejä. Tähän liittyy myös yhteistyön ja yhteisten tavoitteiden asettaminen ja niiden jälkeisten toimintamallien ja palvelupolkujen rakentaminen.

6.4 Työttömien terveystarkastuksissa ja niiden tilastoinnissa paljon kehitettävää

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 13 pykälässä kuntia veloitetaan järjestämään terveystarkastuksia ja terveystarkastuksia opiskelu- tai työterveyshuollon ulkopuolelle jääville nuorille ja työkäisille. Tarkoituksena on työttömän terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn arviointi, ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien tunnistaminen ja ehkäiseminen sekä ohjaaminen hoitoon ja lääkinälliseen, ammatilliseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen. Kunnat soveltavat lakia eri tavoin, ja erilaisten käytäntöjen vuoksi työttömien pääsy terveystarkastuksiin ei tällä hetkellä toteudu yhdenvertaisella tavalla.

Työttömät ohjautuvat terveystarkastuksiin ennen kaikkea TE-toimistoista. Lisäksi ohjauksia tehdään paljon TYP-palveluista ja kunnan sosiaalitoimesta. Myös esimerkiksi kunnan työllisyyspalvelut, perusterveydenhuolto ja Kela ohjaavat työttömiä terveystarkastukseen. Hankeselvitykseen vastanneista 66 prosenttia kertoi, että ohjaamisen kriteereistä on toimijoiden kesken sovittu. Kriteerejä ovat esimerkiksi työttömyys tai pitkittyvä työttömyys, työkykyä rajoittava terveydellinen haitta ja edellisestä tarkastuksesta kulunut pitkä aika.

Terveystarkastuksiin ohjaamisen toimintamallit voidaan hyvin yleisellä tasolla luokitella kolmeen ryhmään. Yleisimmän toimintamallin mukaan työtön voidaan ohjata terveystarkastukseen varsin vapaasti eri palveluista ja toiminnoista. Toisena ryhmänä ovat toimintamallit, joissa ohjauksessa painottuu tarveharkinta ainakin jonkin verran. Tarve terveystarkastukseen arvioidaan palvelujen yhteydessä, esimerkiksi aktivointisuunnitelmaa tehtäessä. 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.

Työttömien terveystarkastusten toteutus on hyvin kuntasidonnaista. Kuntien toimintakäytännöissä yhdistyvät erilaisiin painotuksiin terveystarkastusten tarpeen tunnistaminen, ohjaaminen tarkastukseen, itse terveystarkastus ja työ- ja toimintakyvyn arviointi sekä mahdollinen ohjaaminen jatkotoimenpiteisiin ja palveluihin. Osassa kuntia painottuu lähinnä ohjaus ja osassa kuntia hyödynnetään pitkälle kehittyneitä prosessimalleja, joihin sisältyvät systemaattinen tunnistaminen, palautekäytännöt ja jatkotoimenpiteisiin ohjaaminen. Myös lähetävistä tahoista on voitu sopia (esimerkiksi nuorten työpajat ja Ohjaamot, KTT-ohjaaja, TYP, TE-toimistot). Monialaisia toimintakäytäntöjä on puolestaan voitu sopia muun muassa TE-toimistojen, sosiaalitoimen ja terveystoimen kesken (esimerkiksi terveystarkastuslähete).

Terveystarkastuksissa hyödynnetään erilaisia välineitä ja menetelmiä, joilla työ- ja toimintakykyä arvioidaan. Terveystarkastuskyselyn perusteella välineitä ja menetelmiä

hyödynnetään erityisesti silloin, kun kyse on päihdeongelmista, verenkiertoelimestöstä ja mielenterveysongelmista johtuvista työ- ja toimintakyvyn vaikeuksista. Tärkeässä osassa on lisäksi työttömän itsensä täyttämä esitietolomake, joka on käytössä 80 prosentissa terveysasemista.

Tarvittaessa terveydenhoitaja ohjaa työttömän yleisimmin terveyskeskuslääkärin, psykiatrisen sairaanhoitajan, päihdesairaanhoitajan, sosiaalihuollon ammattihenkilön ja fysioterapeutin luo. Hieman harvemmin työtön ohjataan moniammatilliseen arviointiin tai psykologin luo. Terveyskeskuslääkäri saa tukea työttömän työ- ja toimintakyvyn arviointiin ennen kaikkea terveydenhoitajalta ja fysioterapeutilta mutta myös sosiaalihuollosta, psykiatreilta ja psykologeilta sekä erikoissairaanhoidosta. Lisäksi he saavat arviointitukea moniammatillisilta tiimeiltä ja työterveyslääkäreiltä.

Työttömien terveystarkastuksen vaikuttavuus on riippuvainen siitä, miten sitä hyödynnetään terveystarkastuksen jälkeisessä työ- ja toimintakykyä edistävässä jatkotyöskentelyssä, kuten asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa, asiakassuunnitelman laatimisessa sekä tarpeenmukaisiin palveluihin ja toimintoihin ohjaamisessa. Terveystarkastuksen jälkeisinä jatkotoimenpiteinä työttömiä ohjataan ensisijaisesti muihin terveydenhuollon palveluihin.

Lisäksi Kelan palvelut ovat tärkeässä osassa: työttömiä ohjataan Kelan kuntoutuspalveluihin ja hakemaan Kelan etuuksia mutta erityisesti lääkinnällistä ja ammatillista kuntoutusta (muun muassa Verve, TEAK, Petrea, Kiipula ja Nuotti-valmennus). Lisäksi työttömiä voidaan ohjata työeläkelaitosten kautta työeläkekuntoutukseen. Myös sosiaalihuollon jatkopalveluissa painottuvat kuntouttavat toiminnot: sosiaalityöntekijän ja sosiaaliohjaajan palvelujen ohella työttömiä ohjataan esimerkiksi kuntouttavaan työtoimintaan ja sosiaaliseen kuntoutukseen.

Työttömien terveystarkastuksissa on paljon kehitettävää. Hankekyselyyn vastaukset korostavat sitoutuvaa, linjakasta, monialaista ja yhdessä sovittua toimintamallia. Ainakin terveydenhuollolla, työttömällä henkilöllä ja TE-palveluilla tulisi olla yhteinen ymmärrys tarvittavasta tiedosta, tiedon välittämisestä ja tiedon hyödyntämisestä jatkotyöskentelyssä. Lisäksi olennaista on se, että työtön saa tarvitsemansa terveyspalvelut sekä muut työ- ja toimintakykyä edistävät palvelut laadukkaasti toteutettuina.

Kehittämistarpeena nousee esille ensinnäkin työttömien tarve saada nykyistä paremmin tietoa oikeudestaan päästä terveystarkastukseen. Lisäksi terveystarkastukseen ohjaamisen toimintakäytännöt ja kriteerit vaihtelevat alueittain. Ohjautuminen voi olla sattumanvaraista ja tapahtua liian myöhään, kun työttömän tilanne on jo vaikeutunut. Osan työttömistä tarvitsee nykyistä enemmän tukea. Työttömille voitaisiin esimerkiksi nimetä oma, tarkastusprosessista vastaava työntekijä, joka tukee työtöntä terveystarkastuksen lisäksi myös jatkotyöskentelyssä ja tarvittaviin palveluihin hakeutumisessa.

Terveystarkastusten sisällöllistä toteutusta, monialaista yhteistyötä ja tiedonkulkua on tarpeen kehittää. Tarkastusten kriteerien ja linjausten tulisi olla yhdessä sovittuja. Palautteen antamisen, jatkosuunnitelmien sekä moniammatillisen työtavan periaatteista ei ole kattavasti sovittu, ja terveystarkastuksista saatavaa palautetta pidettiin osin puutteellisena. Käytettävissä tulisi olla ohjeita ja mallinnuksia jatkopoluista, joita pitkin työtön voi edetä työkyvyn arviointiin, kuntoutukseen ja muihin palveluihin. Yhdessä sovittua jatkopolkua, palveluihin ohjautumista ja tehdyn suunnitelman toteutumista tulisi myös seurata. Terveystarkastuksista tulisi kerätä palautetta nykyistä systemaattisemmalla tavalla ja erilaisia tiedonlähteitä hyödyntäen (kokemustieto, mittarit ja tilastointi). Palautetta tulisi kerätä myös työttömiltä.

Kehittämiskohteina nousevat esille lisäksi ammattihenkilöiden osaaminen ja asenteet. Terveystarkastuksissa sekä työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa tarvitaan nykyistä enemmän tietoa työelämästä ja työelämän vaatimuksista sekä lähisuhdeväkivallasta, päihdeongelmista ja muista sosiaalisista ongelmista. Parantamisen varaa on myös asenteissa työttömiä kohtaan.

Työttömien terveystarkastusten kansallista ohjausta ja seurantaan vaikeuttavat puutteet työttömien terveystarkastusten tilastoinnissa. Työttömien terveystarkastusten yhdenvertaista saatavuutta ja terveystarkastuksiin osallistuvien määrää tulisi seurata kansallisella tasolla. Hankekyselyn vastaajista 75 prosenttia kertoi, että työttömien terveystarkastusten määrää tilastoidaan tai seurataan. Systemaattista ja yhtenevällä tavalla tehtävää kirjaamista vaikeuttaa se, että kunnat käyttävät erilaisia asiakastietojärjestelmiä ja niistä vielä erilaisia päivitysversioita. Avohilmoon ilmoitukset viedään puutteellisesti, ja paikalliset kirjaamiskäytännöt vaikuttavat osin epäselviltä. THL on julkaissut vuonna 2019 ohjeen työttömien terveystarkastusten kirjaamisesta, mutta ohje ei ole sitova, eikä sen kansalliseen soveltamiseen ole panostettu.

Hyödynnetyissä kyselyissä nousi esille runsaasti kehittämistarpeita, mutta moniammatillisen työn ja osaamisen kehittämiseksi on olemassa hyvät lähtökohdat. Terveyskeskuskyselyn perusteella yhteistyö ja yhteiskehittäminen sujuvat erityisen hyvin sosiaalitoimen kanssa. Myös työntekijöille ja työttömille suunnattujen palvelujen kanssa (työterveydenhuolto, TE-palvelut, työllisyyspalvelut ja TYP-palvelut) yhteistyö toimii hyvin. Kelan ja järjestöjen kanssa tehtävän yhteistyön arvioidaan toteutuvan vain hieman heikommin.

7 Johtopäätökset ja suositukset

Hanna Tiirinki & Juha Koivisto

Monialaisen palvelutarpeen tunnistamisen ja määrittelyn tarkoituksena on vastata asiakkaan palvelutarpeisiin monialaisesti ja mahdollisimman oikea-aikaisesti hänen terveyden ja hyvinvoinnin tukemiseksi ja edistämiseksi. Parhaimmillaan erilaisten sosiaali-, terveys tai työelämäpalvelujen toimintaympäristöihin on sovellettu monimenetelmäisiä ja -asian tuntijaisia tunnistamisen malleja ja työkaluja. Niiden käyttöönottoa, jatkuvaa kehittämistä, soveltamista ja arviointia tulee edistää tavoitteellisesti. Aiemmin palvelujen käyttöä on tarkasteltu tyypillisesti määrällisten indikaattoreiden, kuten tietyllä aikavälillä toteutuneiden käyntimäärien tai asiointikertojen lukujen perusteella. Yksilöllisten, monialaisten palvelutarpeiden tunnistaminen edellyttää kuitenkin laaja-alaista ja moninäkökulmasta lähestymistapaa.

Monialaisen palvelutarpeen tunnistamisen systemaattista toteutumista voidaan vahvistaa soveltamalla erilaisia tunnistamisen työkaluja ja menetelmiä. Tällä hetkellä sosiaali- ja terveys- tai työelämäpalveluissa on jokin sovittu malli tai työkalu käytössä noin joka kolmannessa organisaatiossa. Suuremmassa osassa organisaatioita sovittua tunnistamisen mallia tai työkalua ei ole käytössä. Tämän tutkimus- ja selvityshankkeen perusteella on selvää, että sosiaali- ja terveyspalveluja tuottavissa organisaatioissa tulee lisätä monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen mallien ja työkalujen käyttöönottoa sekä yhtenäistää tunnistamiseen liittyviä käytäntöjä.

Monialaisen palvelutarpeen tunnistamisen mallien käyttöönotosta sekä yhtenäisistä toiminta- ja työtavoista sopiminen ovat ensimmäinen askel monialaisia palveluita tarvitsevien tunnistamisen edistämiseksi. Lisäksi ammattilaisten osaamista tunnistamisen sekä mallien ja työkalujen osalta tulisi vahvistaa. Sovellettavien ja kehitettävien mallien arviointia tulisi tehdä jatkuvasti moniasiantuntijaisen tarkastelun kautta ja asiakkaita osallistaen.

Asiakas- ja potilastietojärjestelmien hyödyntämistä, kuten erilaisia huolirajahälytyksiä ja tekoälyn mahdollistamia palvelujen käytön muutoksiin liittyviä signaaleja tulisi kyetä hyödyntämään nykyistä paremmin. Asiakas- ja potilastietojärjestelmien hyödyntämistä hankaloittavat kuitenkin lainsäädännön ja tietosuojan asettamat rajoitteet. Lainsäädännöllisiä esteitä tulisikin purkaa siten, että monialaisen palvelutarpeen tunnistamisessa voidaan hyödyntää ja yhdistää aiempaa enemmän sekä sosiaali- että terveydenhuollon tietoja.

Tunnistamista seuraavien toimenpiteiden, kuten palvelujen yhteensovittamisessa ja siihen liittyvässä vastuunjaossa on puutteita, josta johtuen asiakkaan tarvitsemat palvelut jäävät hajanaisiksi. Olisi tärkeää luoda palvelutarpeen tunnistamisen jälkeisiä käytäntöjä ja kiinnittää erityisesti huomiota siihen, että asiakas ohjautuu palvelu- tai hoidontarpeen kokonaisvaltaiseen arviointiin ja että hänen yksilöllinen palvelupolkunsa rakentuu mahdollisimman sujuvasti. Vastuu monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen jälkeisestä koordinoinnista tuleekin määritellä, jotta eri palveluissa toimivat ammattilaiset sekä asiakas itse ovat tietoisia palveluprosessin etenemisestä. Tarvittaessa on sovittava, kuka tunnistamisen jälkeisestä palvelujen yhteensovittamisesta ja siihen liittyvästä ohjauksesta ja koordinoinnista vastaa.

Kansainväliset mallit ja työkalut tarjoavat mahdollisuuksia kehittää monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen malleja ja työkaluja myös Suomessa. Tämän hankkeen yhtenä johtopäätöksenä voidaan todeta, että kansainväliset mallit antavat näkökulmia erilaisille palvelutarpeiden tunnistamisen lähestymistavoille, mutta ovat harvoin suoraan siirrettävissä suomalaisen palvelujärjestelmään. Esimerkiksi erilaisten asiakas- ja potilasjärjestelmien hyödyntäminen on kansainvälisissä malleissa jo verrattain pitkällä. Kansainvälisten mallien soveltaminen on kuitenkin aina arvioitava tapauskohtaisesti. Soveltavasta työstä esimerkkinä on tässäkin hankkeessa tarkasteltu Päijät-Hämeen case manager -malli, jonka käyttökokemukset mallin soveltuvuudesta kotimaiseen toimintaympäristöön ovat myönteisiä.

Suomessa käytössä tai kehitteillä olevista tunnistamisen malleista ja työkaluista käyttökokemukset ovat yleisesti myönteisiä (esim. Yhteisasiakkuusmalli, Terveysyhtymämalli, Asiakasohjaajamalli, Kompassi). On kuitenkin huomattava, että painopiste on vahvemmin terveyspalveluihin liittyvien palvelutarpeiden tunnistamisessa, jonka vuoksi erityisesti sosiaalihuollon palvelutarpeiden tunnistamisen vahvistamiseen tulee kiinnittää huomiota. Tasapaino sosiaali- ja terveyspalvelujen palvelutarpeiden tunnistamisen välillä ja niiden yhdyspinnassa on haaste, johon tulisi pyrkiä löytämään ratkaisuja palvelujärjestelmän organisoinnin, johtamisen ja yhteentoimivuuden tasolla.

Työ- ja toimintakyvyn tunnistamisen mallit tai työkalut ovat paikallisia, ja ne ovat pääasiassa erilaisia mittareita, indikaattoreita tai kysely- ja arviointilomakkeita. Yhtenäisten sovittujen toimintamallien puuttuessa työ- ja toimintakyvyn liittyvien palvelutarpeiden tunnistaminen on riippuvaista yhtäältä siitä, missä organisaatiossa asiakas asioi ja toisaalta siitä, millä toimintamalleilla tai työkaluilla yksittäinen työntekijä asiakkaan palvelutarvetta arvioi. Vaikka toimintamallien yhtenäistämiseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota, tässä hankkeessa toteutetun kyselytutkimuksen perusteella työ- ja toimintakyvyn tukemisen tarpeiden tunnistamisen koetaan kentällä toteutuvan pääasiassa hyvin, siitäkin huolimatta että sovittuja toimintamalleja ei ole riittävän laajasti käytössä.

Työttömien terveystarkastukseen ja siihen ohjautumiseen liittyen on varsin runsaasti tunnistettu kehittämistarpeita, joiden ratkaisemiseksi tarvitaan muun muassa ohjausprosessien selkiyttämistä ja osaamisen vahvistamista eri organisaatioissa. Tällä hetkellä työttömien terveystarkastuksiin liittyvät prosessit osoittautuivat verrattain hajanaisiksi ja mallien tai työkalujen käyttö puutteelliseksi. On myös ratkaistava, millä tavoin työttömien terveystarkastuksista viestitään vahvemmin, jotta asiakkaiden mahdollisuus palveluihin hakeutumiseen toteutuu yhdenvertaisesti eri alueilla.

Yhteisen toimintakulttuurisen kehityksen rakentuminen on tunnistamisen mallien kehittämisen ja käyttöönoton keskeinen haaste. Siihen nivoutuu muun muassa eri toimijoiden jakama ymmärrys monialaisista palvelutarpeista sekä yhteinen moninaiseen palvelutarpeeseen liittyvä käsitteistö (esim. segmentointiin liittyvät käsitteet, joilla kuvataan erilaista palvelutarvetta sosiaali- ja terveyspalveluissa tai eri organisaatioissa). Parhaimmillaan esimerkiksi segmentoinnin kehittämällä voidaan luoda monialaisia palvelutarpeita määrittävä yhteinen käsitteistö, sekäyhteisiä nimittäjiä palvelutarpeiden tunnistamiseksi ja kuvaamiseksi toimialasta riippumatta. Yhteinen segmentointi ja monialaisen palvelutarpeen tunnistamiseen liittyvä käsitteistö vahvistavat vuorovaikutusta eri toimialojen välillä, selkiyttävät yhteisen työn tekemistä sekä yhtenäistävät toimintatapoja ja kieltä yhteisen asiakasryhmän kanssa.

Monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen osaamisen vahvistamista tarvitaan laajasti koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Tällä hetkellä esimerkiksi asiakasohjauksella, asiakasohjaajalla, palveluvastaavalla tai monialaisella palvelutarpeella voidaan tarkoittaa hyvin eri asioita eri alueilla tai eri palveluissa. Osaamisen vahvistaminen edellyttää pitkäjänteistä kehittämistyötä yhdessä sekä eri tutkimus- ja koulutusorganisaatioiden että käytännön kentällä erilaisten mallien ja työkalujen kehittäjien kanssa. Asiakkaiden osallistuminen tunnistamisen menetelmien ja työkalujen kehittämiseen on aivan keskeistä. Koska käyttökokemuksia tunnistamisen malleista ja menetelmistä on jo kansallisesti eri alueilta saatavissa, niiden toimivuuteen ja vaikutuksiin kohdistuvaa tutkimusta tulisi lisätä.

Seuraavassa esitetään tämän hankkeen tuottamat suositukset yksityiskohtaisella tasolla:

Monialaisia palveluita tarvitsevien tunnistamisen malleja ja työkaluja tulee kehittää tavoitteellisesti:

1. Tunnistamisen malleja ja työkaluja tulee kehittää tavoitteellisesti siten, että tunnistetaan monialaisia palvelujen yhteensovittamista tarvitsevat, jotka ovat a) palvelujen ulkopuolella b) tulevat palveluihin ensikertaa ja c) käyttävät jo palveluja. Oikea-aikainen tunnistaminen on edellytys sille, että palvelutarpeeseen voidaan vastata yksilöllisesti ja palvelujen käyttöä voidaan suunnistella, ohjata ja tukea tarkoituksenmukaisesti.
2. Digitalisaation ja tekoälyn hyödyntämismahdollisuuksia tulee selvittää ja kehittää monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen vahvistamiseksi sekä palvelutarpeen ennakoinnin että palvelujen yhteen nivomisen näkökulmista. Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät hyötyisivät tietojärjestelmien tuottamista automaattisista herätteistä tai signaaleista palvelukäytön muuttuessa.
3. Määrämuotoista kirjaamista sosiaali- ja terveystarpeissa tulee kehittää, jotta monialaisen palvelutarpeen tunnistamisessa voidaan hyödyntää nykyistä enemmän sekä sosiaali- että terveydenhuollon rekisteritietoja. Tietojen hyödyntämiseen liittyviä lainsäädännöllisiä esteitä tulee purkaa,
4. Monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen mallien ja työkalujen käyttöä tulee selvittää myös tämän raportin ulkopuolelle jäävissä palveluissa, kuten opiskelijaterveydenhuollossa, maahanmuuttajapalveluissa ja vammaispalveluissa.

Monialaisia palveluita tarvitsevien tunnistamisen mallien ja työkalujen käyttöä tulee lisätä ja yhtenäistää:

5. Eri alueilla, palveluissa ja yksiköissä tulee selvittää ja arvioida, millä malleilla tai työkaluilla varmistetaan monialaisten palvelutarpeiden tunnistaminen palvelujen ulkopuolella, palveluihin ensi kertaa tulevien ja palveluissa jo olevien asiakkaiden kohdalla.
6. Kansainvälisiä monialaisen palvelutarpeen tunnistamisen malleja ja työkaluja tulee hyödyntää soveltuvin osin, esimerkiksi tunnistamisen toimintamallien monipuolistamisen sekä moniammatillisen yhteistyön vahvistamisen näkökulmista.

7. Tunnistamisen mallien ja työkalujen käyttöä tulee lisätä siten, että kaikilla alueilla tunnistetaan riippumatta palvelujen käytöstä tai palvelutarpeesta monialaisten palvelujen yhteensovittamista tarvitseva asiakas mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.
8. Monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen jälkeisestä palvelujen koordinoinnista ja ohjaamisesta tulee sopia, jotta asiakkaan palvelutarpeita vastaava palvelukokonaisuus toteutuu sujuvasti, koordinoitusti ja yhteensovitettusti.

Työ ja toimintakyvyn tunnistamisen ja tuen tulee perustua yhtenäisiin ja vaikuttaviksi todennettuihin toimintamalleihin:

9. Työ- ja toimintakyvyn tarpeiden tunnistaminen edellyttää yhtenäisiä kriteerejä sekä geneerisiä monialaisessa toimintaympäristössä jaettuja arviointimalleja.
10. Sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä osin Kelalla ja TE-hallinnolla tulisi olla yhteinen asiakkaan luvalla käytettävä järjestelmä, joka edistää kokonaiskuvan rakentamista asiakkaan tilanteesta. Asiakastietojärjestelmään tulee integroida kansallisesti koordinoitua työ- ja toimintakyvyn sekä elämänlaadun mittarit, joita on mahdollista hyödyntää asiakkaan yksilöllisessä palvelukokonaisuudessa.
11. Työ- ja toimintakykyyn tulee vaikuttaa oikea-aikaisesti ja mahdollisimman varhaisessa vaiheessa sujuvaa asiakasohjausta hyödyntäen. Kuntoutukseen liittyvät palvelut tulee nähdä yksittäisten toimenpiteiden sijaan prosessina, joka pohjautuu sovittuihin monialaisiin toimintamalleihin.
12. Työ- ja toimintakykyyn liittyvä palvelutarpeiden tunnistaminen ja palvelujen tuottaminen tulee olla vaikuttavuusperustaista. Tämä edellyttää kansallista vaikuttavuuden tietopohjan määrittelyä, vaikuttavuustiedon käytön tukemista sekä rahoitus- ja ohjausjärjestelmien yhtenäistämistä.

Työttömien terveystarkastusten toteutumista tulee yhtenäistää:

13. Tiedottamista työttömien oikeudesta terveystarkastukseen tulee tehostaa.
14. Ohjaukseen palveluihin pääsemiseksi tulee rakentaa sellaisiksi, että työtön pääsee sujuvasti palveluihin ja saa myös tarvittavan tuen kyetäkseen ottamaan palvelut vastaan.
15. Työttömien terveystarkastuksen monialainen prosessi tulee systematisoida vaihe vaiheelta ja huolehtia vastuunjaon selkeydestä. Asiakkaalle tulee nimetä oma, prosessin kokonaisuudesta vastaava työntekijä.
16. Työttömän henkilön jatko-ohjaus kuntouttaviin ja muihin tarvittaviin palveluihin tulee turvata asiantuntevassa, toimialarajat ylittävässä yhteistyöverkostossa, jossa osapuolet ovat tietoisia omasta vastuualueestaan palvelujen kokonaisuudessa. Toimintaa tulee arvioida ja asiakkaiden kokemuksia palveluista kuulla.
17. Työttömien terveystarkastusten tilastointia ja kansallista seuranta ja ohjausta tulee edistää.

Tutkimustietoa monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen mallien ja työkalujen toimivuudesta, soveltuvuudesta ja vaikutuksista tulee lisätä:

18. Moniasiantuntijaisia kehittämisverkostoja tulee edistää sekä yksikkö-, organisaatio- ja aluetasolla tiedon jakamiseksi ja asiakkaiden osallistamiseksi. Verkostoissa tulee tavoitella suunnitelmallista ja tavoitteellista kehittämistä tunnistamisen työkalujen ja mallien edistämiseksi. Toimivien työkalujen ja mallien yhtenä levittämisalustana voi hyödyntää [Innokylää](#).
19. Arviointitietoa lisäämällä voidaan yhtenäistää nykyistä varsin hajanaista monialaisten palvelutarpeiden tunnistamiseen liittyvää käsitteistöä ja termistöä, jolloin se osaltaan toimii yhteisen kielen ja merkitysten rakentajana eri toimijoiden, toimialojen ja palvelujen välillä.
20. Jo käytössä tai kehitteillä olevien monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen työkalujen ja mallien toimivuutta ja toimivuuden ehtoja ja edellytyksiä sekä soveltuvuutta eri asiakasryhmien kohdalla tulee arvioida. Tiedeyhteisöjen ja korkeakoulujen osaamista tulee hyödyntää tunnistamisen työkalujen ja toimintamallien kansallisessa kehittämisessä.

LÄHTEET

- Beck, A., Harris, V., Newman, L., Evans, L.J., Lewis, H. & Pegler, R. (2016) Statistical approaches for identifying heavy users of inpatient mental health services. *Journal of Mental Health* 25(5):455-460.
- Cronley, C., Petrovich, J., Spence-Almaguer, E. & Preble, K. (2013) Do official hospitalizations predict medical vulnerability among the homeless? A postdictive validity study of the vulnerability index. *J Health Care Poor Underserved* 24(2): 469–486.
- Cunningham, P.J. (2017) Predicting high-cost privately insured patients based on self-reported health and utilization data. *Am J Manag Care* 23(7): 215–222.
- Donate-Martinez, A., Rodenas, F. & Garces, J. (2016) Impact of a primary-based telemonitoring programme in HRQOL, satisfaction and usefulness in a sample of older adults with chronic diseases in Valencia (Spain). *Arch Gerontol Geriatr* 2016(62):169–175.
- Duarte, ED., Tavares, TS., Nishimoto, CLJ., Azevedo, VMGDO., e Silva, BCN. & da Silva, JB. (2018) Questionnaire for identifying children with chronic conditions (QulCCC-R): translation and adaptation. *Acta Paulista de Enfermagem* 31(2): 144–152.
- Feder, J.L. (2011) Predictive Modeling And Team Care For High-Need Patients At HealthCare Partners. *Health Aff* 30(3): 416–418.
- Gandjour, AA. (2016) Model to Predict the Cost-Effectiveness of Disease Management Programs. *Health Econ* 19(6): 697–715.
- GeroS (2018) [GeroS/Cezih; Monitoring and Evaluation of Healthcare Needs and Functional Ability of Gerontologic Insureds and Geriatric Patients.](#)
- Goodwin N, Nolte E, Stein V (2017) What is Integrated Care? Teoksessa: Amelung V, Stein V, Goodwin N, Balicer R, Nolte E, Suter, E (toim.) *Handbook Integrated care*. Cham: Springer, 3–24.
- Haula, T. & Peltola, M. (2020) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttö vuonna 2017 – kallis tai monialainen palvelujen käyttö. Teoksessa: Koivisto, J. & Tiirinki, H. (toim.) (2020) *Monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen ja ennakoinnin toimintamallit ja työkalut – väliraportti*. THL. Työpaperi 4/2020, Helsinki, 31-38.
- Hauswaldt, J., Himmel, W. & Hummers-Pradier, E. (2013) The inter-contact interval: a new measure to define frequent attender in primary care. *BMC Family Practice* 2013, 14:162.
- HE 90/2010 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi.
- Hietapakka, L., Karjalainen, P., Liukko, E. & Sinervo, T. (2019) Monialaista palvelujen yhteensovittamista tarvitsevien asiakkaiden sekä työ- ja toimintakyvyn tukitarpeiden tunnistaminen Suomessa. Tutkimuksesta tiivistä 52, 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Huhtakangas, M., Nordstrom, T., Keinänen-Kiukaaniemi, S., Taanila, A. & Tiirinki, H. (2019) Characteristics of Middle-Aged Frequent Attenders and their Use of Healthcare professionals' Services within Public Primary, Occupational and Private Healthcare: A Population- Based Cohort Study in Northern Finland. *International Journal of Caring Sciences* 12:1:176-197.
- Hujala, A & Lammintakanen, J. (2018) Paljon sote-palveluja tarvitsevat ihmiset keski-öön. *Kunnallissalan kehittämissäätöön julkaisu* 12.
- Hujala, A., Taskinen, H., Oksman, E., Kuronen, R., Karttunen, A. & Lammintakanen, J. (2019) Sote-ammattilaisten monialainen yhteistyö: Paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat etusijalle. *Yhteiskuntapolitiikka*, 84 (5-6) 592–600.
- Häkkinen, U., Holster, T., Haula, T., Kapiainen, S., Kokko, P., Korajoki, M., Mäklin, S., Nguyen, L., Puroharju, T. & Peltola, M. (2020) Sote-rahoituksen tarvevakionti. *Raportti 6/2020*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kaattari, A., Tiirinki, H., Turkki, L., Nordström, T. & Taanila, A. (2015) Perusterveydenhuollon palveluiden suorkäyttäjät Pohjois-Suomen syntymäkohorttiaineistossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. 52:191–201.
- Kapiainen, S., Seppälä, T.T., Häkkinen, U., Lauharanta, J., Roinen, R.P. & Korppi-Tommola, M. (2010) Pääkaupunkiseudun erittäin kalliit potilaat. *THL, Avauksia* 3/2010.
- Karjalainen, P., Metteri, A., Strömberg-Jakka, M. (2019) *Tiekartta 2030. Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön tulevaisuus selvitys*. Helsinki: STM. Raportteja ja selvi-tyksiä 2019:41.
- Kerätär, R. (2016) Kun katsoo kauempaa, näkee enemmän. Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikaistyöttömillä. *Acta Universitatis Ouluensis D Medi-ca* 1340. Oulun yliopisto. Juvenes Print, Tampere.
- Kivipelto M., Suhonen, M., Koivisto, J., Tiirinki, H. & Miikki, R. (2019) Monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisen ja ennakoinnin mallit kansainvälisesti – kartoittava katsaus. Työpaperi 43/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

- Koivisto, J. & Liukko, E. (2017) Palvelujen yhteensovittamisen haaste. Katsaus Baskimaan, Skotlannin ja Pohjois-Irlannin sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen. Työpäpaperi 35/2017, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Koivisto, J. & Tiirinki, H. (toim.) (2020) Monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen ja ennakoinnin toimintamallit ja työkalut – väliraportti. THL. Työpäpaperi 4/2020, Helsinki.
- Koivuniemi, K., Holmberg-Marttila, D., Hirssu, P. & Mattelmäki, U. (2014) Terveydenhuollon kompassi – avainasiakkuuteen. PerSona. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Koskela, T-H., Ryytänen, O.-P. & Soini, E.J. (2010) Risk factors for persistent frequent use of the primary health care services among frequent attenders: A Bayesian approach. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 28 (1): 55– 61. DOI: 10.3109/02813431003690596.
- LaCalle, E. & Rabin, E. (2010) Frequent users of emergency department: the myths, the data, and the policy implications. *Ann Emerg Med* 56: 42–48.
- Laki julkisesta työvoima- ja yrityspalvelusta 916/2012
- Laki kuntouttavasta työtoiminnasta 189/2001
- Laki työllistymistä edistävästä monialaisesta yhteispalvelusta 1369/2014
- Leemann, L., Isola, A-M., Kukkonen, M., Puromäki, H., Valtari, S. & Keto-Tokoi, A. (2018) Työelämän ulkopuolella olevien osallisuus ja hyvinvointi. Kyselytutkimuksen tuloksia. Työpäpaperi 17/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Lehtovaara, K. (2019) Työtön on oman elämänsä asiantuntija. Terveydeksi-hanke Työttömien Keskusjärjestö ry. Julkaisematon muistio.
- Leskela, RL., Komssi, V., Sandström, S., Pikkujämsä, S., Haverinen, A., Olli, SL. & Ylitalo-Katajisto, K. (2013) Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asiakkaat Oulussa. *Suomen Lääkäri-lehti* 68:3163-3169c.
- Leskelä, RL. ym. (2015) Paljon erikoissairaanhoidon palveluja käyttävät potilaat. *Suomen Lääkäri-lehti* 2015:43(70):2865-2872a.
- Levett-Jones, T., Hoffman, K., Dempsey, J., Jeong, SY., Noble, D., Norton, CA., Roche, J. & Hickey, N. (2010) The 'five rights' of clinical reasoning: An educational model to enhance nursing students' ability to identify and manage clinically 'at risk' patients. *Nurse Educ Today* 30(6): 515–520.
- Lin, MP., Blanchfield, BB., Kakoza, RM., Vaidya, V., Price, C., Goldner, JS., Higgins, M., Lessenich, E., Laskowski, K. & Schuur, JD. (2017) ED-Based Care Coordination Reduces Costs for Frequent ED Users. *Am J Manag Care* 23(12): 762–766.
- Lynge Pedersen, M., Rolskov, A., Lindskov Jacobsen, J. & Rask Lynge, A. (2012) Frequent use of primary health care service in Greenland: an opportunity for undiagnosed disease case-finding. *Int J Circumpolar Health* 71(18431): 1–5. doi: 10.3402/ijch.v71i0.18431.
- Milbrett, P. & Halm, M. (2009) Characteristics and Predictors of Frequent Utilization of Emergency Services. *Journal of Emergency Nursing* 35(3): 191–198.
- Moore, L., Deehan, A., Seed, P. & Jones, R. (2009) Characteristics of frequent attenders in an emergency department: analysis of 1-year attendance data. *Emergency Medicine Journal* 26(4): 263–267.
- Mäklin, S. & Kokko, P. (2019) Terveyden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti X/2019.
- Niemelä, J. & Kivipelto, M. (2019) Asiakaslähtöinen palvelupolku malli tulevaisuuden sote-keskusten lähtökohdaksi. Työpäpaperi 37/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Nolte E (2017) Evidence supporting integrated care. In: Amelung V, Stein V, Goodwin N, Balicer R, Nolte E, Suter E. (toim.), *Handbook Integrated care*. Springer International publishing AG, 25–38.
- Nguyen, OK., Tang, N., Hillman, JM. & Gonzales, R. (2013) What's cost got to do with it? Association between hospital costs and frequency of admissions among "high users" of hospital care. *Journal of Hospital Medicine* 2013:8(12):665-671.
- Pitkänen, L., Torkki, P., Tolkkio, H., Valtakari, M., Leskelä, R-M. (2020) Reitti vaikutta-vuusperustaiseen ohjaukseen SOTE- ja työllisyyspalveluissa. Näkökulmia ajankohtai-siin yhteiskunnallisiin kysymyksiin ja poliittisen päätöksenteon tueksi 3/2020. Valtio-neuvoston selvitys- ja tutkimistoiminta.
- Rinehart, DJ., Oronce, C., Durfee, MJ., Ranby, KW., Batal, HA., Hanratty, R., Vogel, J. & Johnson, TL. (2018) Identifying Sub-groups of Adult Superutilizers in an Urban Safety-Net System Using Latent Class Analysis Implications for Clinical Practice. *Med Care* 56(1): 1–9. DOI: 10.1097/MLR.0000000000000628.
- Robst, J. (2012) Comparing Methods for Identifying Future High-Cost Mental Health Cases in Medicaid. *Value Health* 15(1):198–203.
- Sinervo, L. (2020) Työttömien terveystarkastukset. Yksityiset sähköpostiviestit 5.–6. 5.2020. Viestin saaja: Eeva Liukko.
- Sinervo, L. & Hietapakka, L. (2013) Työttömien terveyspalvelut. Valtakunnallisen terveyskeskuskyselyn 2013 tulokset. Työpäpaperi 41/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Smits, FT., Brouwer, HJ., Zwinderman, AH., Mohrs, J., Schene, AH., van Weert, Henk, CPM. & ter Riet, G. (2014) Why do they keep coming back? Psychosocial etiology of persistence of frequent attendance in primary care: A prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Research* 77(6): 492–503.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014

- Sotkanet (2020) [Työttömien terveystarkastukset](#). Tilasto- ja indikaattoripankki Sotka-net.fi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Spoke (2013) [Sussex Predictor of Key Events. Risk Prediction Tools](#).
- STM (2013) Työttömien terveydenhuollon järjestäminen. Kirje 19.8.2013. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2017) Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja selvityksiä 2017:41.
- STM (2020) Työkykyohjelma 2020-2022. Ohjelma ja hakuopas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:11.
- Struckmann, V., Spranger, A., Fuchs, S. & van Ginneken, E. (2016) [SELFIE2020](#), Work Package 2 Report, Germany.
- Syrjä, V., Parviainen, L. & Niemi, A. (2019) Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt 2019 – ulkoistukset, henkilöstö, työpanokset ja tehtäväsiirrot. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 51/2019.
- TEAvisari (2020) [Perusterveydenhuolto](#). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2018.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010
- THL (2019) Työttömän terveystarkastuksen kirjaaminen. Tiedä ja toimi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- TOIMIA (2020) [Aikuisten toimintakyvyn itsearviointi kuntoutumistarpeen tunnistamisessa ja kuntoutumisen seurannassa](#). TOIMIA-suositus ID S026/1.4.2020. Kuntoutuksen tietopohja -hankkeen asiantuntijaryhmä.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto (2017) Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa. Tuloksellisuustarkastuskertomus. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 11/2017.
- Vest, JR., Grannis, SJ., Haut, DP., Halverson, PK. & Menachemi, N. (2017) Using structured and unstructured data to identify patients' need for services that address the social determinants of health. *Int J Med Inf* 2017(107):101–106.
- Wammes, JG., van der Wees, PJ., Tanke, MAC., Vestert, GP. & Jeuriseen, PPT. (2018) Systematic review of high-cost patients' characteristics and healthcare utilization. *BMJ Open* 2018;8:e023113. doi:10.1136/bmjopen-2018-023113.
- WHO (2019) [Social Determinants of Health](#).
- Wodchis, WP, Austin, PC. & Henry, DA. (2016) A 3-year study of high-cost users of health care. *CMAJ* 2016;188(3):182-188. doi.org/10.1503/cmaj.150064.
- Ylitalo-Katajisto, K. (2019) Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden yksilöity sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteen kokoaminen. *Acta Universitatis Ouluensis*, D 1540.
- Ylitalo-Katajisto, K., Tiirinki, H., Turkki, L. & Suhonen, M. (2018a) Asiakasprofiilien tunnistaminen hyvinvointikeskuksen suunnitteluvaiheessa. *Focus Localis* 2:28–39.
- Ylitalo-Katajisto, K., Törmänen, O., Tiirinki, H. & Suhonen, M. (2018b) Profiling Frequent Attenders to Social and Health Care services from the Perspective of Knowledge-Based Management. *International Journal of Caring Science* 11:1:371-378.

TIETOKAYTTOON.FI

