

Miksi tietoperustaisuus on tärkeää sosiaali- ja terveyspalvelujen johtamisessa?

PALJON PALVELUJA TARVITSEVIEN ASIAKKAIDEN YKSILÖITY SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN YHTEEN KOKOAMINEN

”Asiakas odottaa vauvaa yhdessä ... sulhasen kanssa. Asiakkaalla ei ole käytössä lääkitystä, eikä hän käytä päihteitä. Neuvolan käynneillä tullut esille, että asiakas ei laita itse ruokaa, vaan ostavat sulhasen kanssa valmiita ruokia, pitsaa ja hampurilaisia, ruokavalio yksipuolista.”

”Potilas makoilee kotona 24h. Joka liikkeestä hengästyy ... Potilas soittaa ambulanssia tarkistaakseen sydäntään...”

”Korvaushoito on sujunut hyvin ja asiakas on hoitoon motivoitunut. Asiakas kokee toimintakykyyn vaikuttavan mielialaongelmat, ahdistuksen ja sosiaalisten tilanteiden hankaluuden. Kokee hankala lähteä kotoa ja olla ihmisten parissa. Kotonakin toimintakyky vaihtelee suuresti. Puoliso hoitaa pääsääntöisesti esim. kauppa- ja apteekkiasiat.”

PALJON PALVELUJA TARVITSEVAT ASIAKKAAT – KETÄ HE OVAT?

Paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat ovat olleet vuosikymmeniä erityisesti terveydenhuollon palvelujärjestelmätutkimuksen kiinnostuksen kohteena, koska he kuormittavat resurssitarpeineen sote-palvelujärjestelmää. Paljon palveluja tarvitseva asiakas on määritelty useimmiten perusterveydenhuollon käytön lukumäärien perusteella tai päivystyksen käyntien näkökulmasta. Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden sosiaalipalvelujen käytöstä ei ole löydettävissä

juurikaan tutkimuksia rekisteritietojen puutteellisuuden vuoksi.

Terveyspalveluiden paljon palveluja käyttäväksi asiakkaaksi voidaan määritellä asiakas, joka käy terveyskeskuslääkärillä väestön keskimääräiseen käyntitiheyteen nähden usein. Pitkäaikaiseksi paljon palveluja käyttäväksi voidaan puolestaan määritellä asiakas, jonka terveyspalveluiden palvelujen käyttö on kroonistunut runsaaksi akuutin paljon palveluja käytön vaiheen jälkeen, esimerkiksi kahden vuoden jälkeen.

Paljon palveluja tarvitsevia asiakkaita on määritelty myös sukupuolittain tai ikäryhmittäin, sosiodemograafisten tai psyykkisten ominaispiirteiden kuten hermostuneisuuden, ahdistuneisuuden ja stressireaktioiden mukaan. Myös diagnoosit, esimerkiksi dementia, masennus ja krooniset sairaudet ovat olleet määrittelyjen pohjana. Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden tutkimuksissa käytön syinä näyttäytyvät päihteiden väärinkäyttö, skitsofrenia, psykoosi, itsemurhayritykset ja persoonallisuushäiriöt. Heillä on tunnistettu sosiaalisia syitä kuten eristäytyneisyyttä, yksinäisyyttä, talouteen tai työttömyyteen liittyviä ongelmia. Myös koettu huono terveydentila ja elämänlaatu ovat olleet määrittelyn kohteena.

Lapsiin ja nuoriin liittyvää paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden tutkimusta on vähäisemmän löydettävissä kuin vastaavaa aikuisväestöön kohdistuvaa tutkimusta. Lasten ja nuorten tutkimusten kiinnostuksen kohteena on ollut erityisesti sekä perusterveydenhuollon että päivystysvastaanottojen palvelujen käyttö. Myöskin vanhemmuuteen tai raskauteen liittyvää paljon palveluja tarvitseviin asiakkaisiin kohdistuvaa tutkimusta ei ole juurikaan saatavilla.

Paljon palveluja tarvitsevista asiakkaista on olemassa siis erilaisia määrittelyjä ja käsityksiä,

mutta ei yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Toisiko asiakasprofilointi uutta ymmärrystä paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden tunnistamiseen? Väitöskirjassani tunnistan asiakasprofiloinnin avulla paljon palveluja tarvitsevia asiakkaita. Esiymmärrystä haen kuntalaisten asiakasprofiilien tunnistamisella. Asiakasymmärryksen perustuva sosiaali- ja terveystalvelujen kehittäminen on julkisella sektorilla vielä vähäistä. Asiakasprofiilit ovat tiivistetty, visualisoitu näkemys tietyn asiakasryhmän motiiveista, tarpeista, käyttäytymisestä ja näiden asiakkaiden palveluun liittyvistä haasteista. Asiakasprofiilit auttavat huomioimaan erilaiset käyttäjät ja heidän tarpeensa palveluja suunniteltaessa, ja heidät voidaan jakaa pienempiin yhdenmukaisiin segmentteihin hoidon ja palvelujen laadun parantamiseksi. Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden määrittelyä asiakasprofiloinnin kautta löytyy niukasti tutkimuksia. Näissä tutkimuksissa korostuu asiakkaiden moniongelmaisuus. Terveystilan lisäksi näyttäytyvät päihitteet, sosiaaliset ongelmat, esimerkiksi yksin asuminen ja työttömyys.

Määrittelyä lisäksi keskeisenä pyrkimyksenä on ollut löytää keinoja ehkäistä paljon palveluja tarvitsevaasi asiakkaaksi ajautumista sekä vähentää palvelujen käyttöä ja kustannuksia. Palvelujen käytön tarkempi analyysi ja räätälöity hoito voisivat vähentää niitä. Paljon palveluja tarvitsevan asiakkaan hoito näyttäytyy kuitenkin moninaiselta, monimutkaiselta ja osin tuntemattomalta. Pirstaleisuus näkyy muun muassa omistajuuden puutteena, potilaan valintojen tukemisen heikkoutena, tiedon kulun puutteina, päällekkäisinä tutkimuksina, huonona kokemuksena tai asiakkaiden kyvyttömyytenä selviytyä päivittäisistä toiminnoista sekä huonoina tuloksina, jotka näkyvät esimerkiksi turhana sairaalal palvelujen käytönä.

SOSIAALI- JA TERVEYSTALVELUJEN INTEGRAATIO – MITÄ JA KENELLE?

Sosiaali- ja terveystalvelujen integraatio (sote-integraatio) on käsitteenä kompleksinen ja vaikeasti yksiselitteisesti määriteltävissä. Tunnistetut tarpeet sote-integraation rakentamiseksi ovat eri maissa samansuuntaisia, mutta sen rakentamiseksi ei ole olemassa yhtä tunnustettua tapaa toimia. Sote-integraatiota on lähdetty rakentamaan erilaisilla malleilla eri maissa ja se etenee asteittain. Asiakaslähtöiset palvelumallit ja palvelujen

käyttäjien huomioiminen näyttäytyvät vielä vaihtelevina. Kansainvälisesti sote-integraation rakentaminen on edennyt hitaasti ja eniten paikallisten kokeilujen kautta. Suomea pidetään sote-integraation mallimaana, mutta hyvien käytäntöjen vaikutus on jäänyt vähäiseksi. Kaikista vaativin integraation muoto on vaikuttaa väestön terveyden parantamiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn.

Asiakaslähtöisessä sote-integraatiossa ovat keskiössä asiakkaan ja potilaan näkökulma ja hänen saamansa hyöty integroidusta sote-palveluista tai yhtenäisestä asiakaslähtöisestä palvelukokonaisuudesta. Koordinaatio on keino, jolla integroidun hoidon ja palvelun hyödyt saavutetaan. Integraatio kattaa sekä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon että sosiaalipalvelut, ja niillä on yhdyspinta asiakkaan muuhun toimintaympäristöön kuten sivistys- ja kulttuuripalveluihin, asumiseen tai työllisyyteen.

Tutkimustulokset sote-integraation hyödyistä esimerkiksi asiakkaiden tai potilaiden palvelujen käytön ja kustannusten vähenemisestä tai sote-palvelujen käyttäjien saamasta hoidon tai palvelujen laadusta tai saatavuudesta, ovat olleet ristiriitaisia. Sote-integraation saavutetuista hyödyistä on eniten tutkimuksellista näyttöä moniongelmaisten osalta ja se on noussut esille etenkin niiden asiakkaiden kohdalla, joilla on pitkäaikais sairaus, paljon sote-palvelujen käyttöä ja moninaisia ongelmia arjessa selviytymisessä. Onnistunut integraatio edellyttäisi muun muassa ”yhden luokun periaatetta”, kokonaisvaltaista hoitoa ja palvelua, yksilöllistä kattavaa hoito- ja palvelusuunnitelmaa, hoidon ja palvelujen koordinaatiota ja niiden jatkuvuutta, eri ammattiryhmien sitoutumista moniammatilliseen tiimityöhön, hyvin yhteen sovitettua palvelutuottajien verkostoa, yhteensopivia tietojärjestelmiä, vahvaa johtajuutta sekä vastuuta julkisesta taloudesta.

MIKSI TIETOPERUSTAISUUS ON TÄRKEÄÄ SOSIAALI- JA TERVEYSTALVELUJEN JOHTAMISESSA?

Tietoperustainen johtaminen pohjautuu näkemukseen tiedosta organisaation tärkeimpänä resurssina. Tietoperustaisella johtamisella tarkoitetaan faktoihin ja tosiasioihin perustuvaa johtamista ja toimintaa sekä tieteellisen ja analysoidun tiedon yhdistämistä johtamiseen ja päätöksentekoon, sekä halukkuutta käyttää johtamisessa parasta mahdollista saatavilla olevaa tietoa. Tie-

toperustainen johtaminen tuo uutta ymmärrystä siihen, mihin asioihin organisaation tulisi kiinnittää huomiota palvelutoiminnan suunnittelussa yrittäessään selviytyä muuttuvassa toimintaympäristössä. Tietoperustaista johtamista voidaan tarkastella myös ongelmalähtöisesti ja pohtia, miten tieto saadaan kytkettyä ongelman tunnistamisen jälkeen johtamisen ratkaisuihin. Tiedon rooli on keskeinen kaikissa sote-muutostilanteissa. Kyse ei ole pelkästään muutokseen sinällään liittyvästä tiedosta ja sen liikkumisesta, vaan tietotoiminnan uudistamisesta vastaamaan muuttuvan toimintaympäristön tarpeisiin ja ammatillisten rajojen yli.

Tietoperustaisuuden hidasteina nähdään tiedon luomisen, ajantasaisuuden ja luotettavuuden puutteet. Yleisemmin tieto muodostetaan eri tiedon lähteistä palapelin tavoin, jolloin henkilökohtaiset kokemukset, asiantuntemus ja kokemustat vaikuttavat oleellisesti kokonaistiedon rakentumiseen, analysointiin ja siihen, miten tietoa voidaan käyttää omissa organisaatioissa. Tiedon luomisen ja hakemisen sekä tiedon jakamisen ja yhdistämisen kautta tieto muuntuu informaatioksi. Yhteisen tiedon ongelmat liittyvät tietotoiminnan, tietojärjestelmien ja digitalisaation hyödyntämisen haasteisiin sekä lainsäädännön esteisiin. Terveyttä koskevat tietokannat ja rekisterit sisältävät runsaasti käyttömahdollisuuksia, mutta niitä hyödynnetään puutteellisesti esimerkiksi paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden tunnistamisessa, luokittelussa ja johtamisessa. Sosiaalipalvelujen rekisterit ovat kehittyneet hitaasti.

Tietoperustaisen johtamisen näkökulmasta käytettävissä oleva yhteinen tieto korostuu asiakaslähtöisen sote-integraation rakentamisessa ja se on kriittinen kysymys paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden haltuunotossa. Asiakkaan tai potilaan tarpeet ovat keskiössä, ja ammatillaiset ovat valmiita jakamaan tietämyksensä tasavertaisesti asiakkaan ja potilaan hyväksi. Toisaalta tiedon pirstaloituminen, tiedon liikkuminen ja jakaminen sekä professioiden välinen vuoropuhelu tuovat erityisiä esteitä asiakaslähtöiselle sote-integraatiolle. Tiedon luominen etenkin sosiaalisen vuorovaikutuksen pohjalta on keskeinen tietoperustaisuuden ongelma. Siinä työntekijöiden halukkuus välittää tietoa on olennaista. Profiitot ja erityisesti niiden välinen vuoropuhelu luovatkin erityisiä haasteita, sillä ammatti-

ryhmien edustajilla on taipumus välittää tietoa luontevimmin omassa ryhmässään.

Kuinka eri ammattiryhmien edustajat saadaan arkisessa kanssakäymisessä toimimaan toistensa kanssa? Moniammatillisen yhteistyön käytänteet, yhteiset tavoitteet ja johtaminen näyttäytyvät haasteellisina ja niitä pidetään vaikeana toteuttaa. Epäselvä työnjako eri ammattilaisien välillä vaikeuttaa integraatiota ja asiakkaat joutuvat olemaan aktiivisessa roolissa integraation rakentamisessa. Asiakaslähtöisen sote-integraatio edellyttäisi siis eri professioiden välisten toiminnallisten ja symbolisten raja-aitojen purkamista. Yhteensopivat tietojärjestelmät ja sähköiset palvelut edesauttaisivat asiakaslähtöisen sote-integraation toteuttamista.

Suomessa on jo useiden vuosikymmenien aikana pyritty rakentamaan eriasteista ja -tasoista sote-integraatiota, ensinnäkin toiminnallisesti eri kehityshankkeiden kautta ja myös sen edistämistä hallinnollisesti lainsäädännön keinoin. Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden asiakaslähtöinen sote-integraatio näyttää kuitenkin vielä hahmottomattomana ja hajanaisena ja sen toteutumiseksi on monia hidastavia esteitä ja toimintamallit eivät ole juurtunut käytäntöön. Esteet liittyvät paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden systemaattiseen tunnistamiseen, asiakaskohtaisen sote-tiedon liikkumiseen, yhteisen suunnitelman puuttumiseen sote-toimijoiden välille, vastuutyöntekijän nimeämiseen ja rooliin sekä moniammatillisen yhteistyön käytänteihin. Organisaatioiden rakenteiden sekä johtamisen tulisi olla selkeää ja tukea asiakaslähtöistä sote-integraatiota.

Väitöskirjassani tarkastelen paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden yksilöityä sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteen kokoamista tietoperustaisen johtamisen näkökulmasta. Tutkimusaihe on erittäin ajankohtainen kansallisten sote-integraatiopyrkimysten vuoksi. Terveystieteiden näkökulmasta tutkimus nostaa esille tiedon, tiedon liikkumisen ja tiedon ymmärtämisen merkityksen kompleksisessa poliittisessa, kulttuurisessa, sosiaalisessa ja monialaisessa sote-toimintaympäristössä ja kontekstoiden sen ymmärrykseen paljon palvelujen tarvitsevien asiakkaiden sote-integraatiosta. Tutkijana väitän, että paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden yksilöity sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteen kokoaminen on ratkaistavissa.

LÄHTEET

- Baxter S, Johnson M, Chambers D, ym. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Services Research* 2018;18:1–13.
- Currie G, White L. Inter-professional barriers and knowledge brokering in an organizational context: the case of healthcare. *Organization Studies* 2012;33:1333–1361.
- Hislop D, Bosua R, Helms R. Knowledge management in organizations. A critical introduction. Fourth edition. Oxford University Press;2018.
- Jørgensen JT, Andersen JS, Tjønneland A, ym. Determinants of frequent attendance in Danish general practice: A cohort-based cross-sectional study. *BMC Family Practice* 2016;17: 412.
- Karlsson H, Joukamaa M, Lahti I, ym. Frequent attender profiles: Different clinical subgroups among frequent attender patients in primary care. *Journal of Psychosomatic Research* 1997;42: 157–166.
- Keskimäki I, Sinervo T, Koivisto J. Integrating health and social services in Finland: regional and local initiatives to coordinate care. *Public Health Panorama* 2018;4. December. https://issuu.com/whoeurope/docs/who_public_heath_panorama_december_190.
- Kumar GS, Klein R. Effectiveness of case management strategies in reducing emergency department visits in frequent user patient populations: A systematic review. *Journal of Emergency Medicine* 2013;44:717–729.
- Ramasubbu B, Donnelly A, Moughty A. Profile of frequent attenders to a Dublin inner city emergency department. *Irish Medical Journal* 2016;109:391.
- Rijken M, Hujala A, van Ginneken E, ym. Managing multimorbidity: Profiles of integrated care approaches targeting people with multiple chronic conditions in Europe. *Health Policy* 2018;122: 44–52. doi: 10.1016/j.healthpol.2017.10.002.
- Sandvik H, Hunskaar S. Frequent attenders at primary care out-of-hours services. A registry-based observational study in Norway. *BMC Health Services Research* 2018;18:492. doi: 10.1186/s12913-018-3310-8.
- Smits FT, Brouwer HJ, Zwinderman AH, ym. Why do they keep coming back? Psychosocial etiology of persistence of frequent attendance in primary care: A prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Research* 2014;77: 492–503.
- Stokes J, Riste L, Cheraghi-Sohi S. Targeting the ‘right’ patients for integrated care: stakeholder perspectives from a quality study. *Journal of Health Research & Policy* 2018;23:243–251.
- Suter E, Oelke ND, Dias da Silva Lima MA, ym. Indicators and measurement tools for health systems integration: A knowledge synthesis. *International Journal of Integrated Care* 2017;17: 1–17. doi: 10.5334/ijic.3931.
- Timpel P, Lang C, Wens J, ym. Individualising chronic care management by analysing patients’ needs – A mixed method approach. *International Journal of Integrated Care* 2017;17:2. doi: 10.5334/ijic.3067.
- Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, ym. Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care* 2013;13:e010.
- Vedsted P, Christensen MB. Frequent attenders in general practice care: A literature review with special reference to methodological considerations. *Public Health* 2005;119:118–137.
- Vila M, Kramer T, Obiols JE, ym. Adolescents who are frequent attenders to primary care: Contribution of psychosocial factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2012;47:323–329.

KIRSTI YLITALO-KATAJISTO

*TtT, hyvinvointijohtaja
Oulun yliopisto*

*Lääketieteellinen tiedekunta,
Hoitotieteen ja terveystieteiden
tutkimusyksikkö*

Terveystieteiden lisensiaatti Kirsti Ylitalo-Katajiston väitöskirja Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden yksilöity sosiaali- ja terveystieteiden yhteisen kokoaminen tarkastettiin Oulun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa 29.11.2019. Vastaväittäjänä toimi professori Petri Virtanen Vaasan yliopistosta ja kustoksena dosentti Marjo Suhonen Oulun yliopistosta.