



HELSINGIN KAUPUNKI  
TARKASTUSVIRASTO

Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

ARVIOINTIMUISTIO

Julkinen tarkastuslautakunnan annettua  
arviointikertomuksen vuodelta 2014

(Julkl 6 § 1 mom. 6 ja 8 kohdat)

16.12.2014

1(74)

PÄIHDE-, MIELENTERVEYSONGELMAISTEN JA AIKUISIÄN DIABEETIKKOJEN HOI-  
TOON PÄÄSY SEKÄ IKÄÄNTYVIEN PÄÄSY KOTIHOITOO

2014



## Sisällysluettelo

1 ARVIOINNIN TAUSTATIEDOT .....	3
1.1 Arvioinnin tavoite ja laajuus.....	3
1.2 Arvioinnin kohde ja taustatiedot .....	4
1.3 Arviointikysymykset ja -kriteerit .....	5
1.4 Arvioinnin aineistot ja menetelmät .....	6
1.5 Hoitoonpääsyn käsite ja säädöspohja.....	7
1.5.1 Hoitoon pääsyn käsite .....	7
1.5.2 Hoitoon pääsyyn liittyvä säädöspohja.....	8
2 HAVAINNOT .....	11
2.1. Hoitoon pääsy terveysasemille.....	11
2.1.1 Taustaa .....	11
2.1.2 Hoitoon pääsyn toteutuminen .....	13
2.1.3 Asiakkaiden näkemykset .....	15
2.2 Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten hoitoon pääsy.....	17
2.2.1 Taustaa .....	17
2.2.2 Hoitoon pääsyn toteutuminen .....	18
2.2.3 Asiakkaiden näkemykset .....	33
2.2.4 Hoitoketjun kehittäminen .....	34
2.3 Aikuisiän diabeetikkojen hoitoon pääsy .....	35
2.3.1 Taustaa .....	35
2.3.2 Hoitoon pääsyn toteutuminen .....	36
2.3.3 Asiakkaiden näkemykset .....	41
2.3.4 Hoitoketjun kehittäminen .....	41
2.4 65 vuotta täyttäneiden pääsy kotihoidon palvelujen piiriin .....	42
2.4.1 Taustaa .....	42
2.4.2 Palvelujen piiriin pääsy .....	44
2.4.3 Asiakkaiden näkemykset .....	48
2.4.4 Palveluketjun kehittäminen .....	50
2.5 Strategian mukaisten tavoitteiden toteutuminen .....	51
2.6 Kokoavat havainnot.....	54
3 JOHTOPÄÄTÖKSET .....	57
4 TOIMENPIDE-ESITYS JA LISÄTIEDOT .....	59
LÄHTEET .....	60
LIITTEET .....	63



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

## 1 ARVIOINNIN TAUSTATIEDOT

### 1.1 Arvioinnin tavoite ja laajuus

Tavoitteena on arvioida, miten päihde-, mielenterveyspalveluihin, kotihoitoon ja aikuisiän diabetestä sairastavien diabeetikkojen hoitoon pääsy toteutuu sosiaali- ja terveydenhuollossa. Arviointi koskee sellaisia palveluita, joilla ehkäistään ennalta suuria jälkikäteisiä tai ongelman hoitamatta jättämisestä syntyviä sekä inhimillisiä että rahamääräisiä kustannuksia.

Hoitoon pääsyn arvioinnissa keskeisin tarkasteltava rajapinta on asiakkaan ja ensisijainen asiassa tai ongelmassa hoitoa antava taho. Terveysasemat huolehtivat muun muassa kiireellisestä ja kiireettömästä avosairaanhoidosta sekä perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdetyöstä. Tästä syystä arvioinnin piiriin on valittu kaupungin palveluista terveysasemat (päihde- ja mielenterveyspalvelut, aikuistyypin T2 diabeteksen hoito). Asiakas voidaan ohjata terveysasemalta erikoissairaanhoidon psykiatrian tai sisätautien poliklinikalle. Sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa hoitoon pääsystä säädetään terveydenhuoltolaissa<sup>1</sup>. Päihdeongelmainen asiakas voi hakeutua myös oma-aloitteisesti päihdepoliklinikalle. Kotihoidossa palvelua antaa neljän palvelualueen seitsemän alueellista kotihoitoyksikköä.

Arviointi koskee aikuisten päihde- ja mielenterveyspalveluita<sup>2</sup> sekä aikuisiän eli tyypin 2 diabetesta (T2), koska se on nuoruusiän diabetesta yleisempi. 65-vuotta täyttäneiden kotihoitoa tarkasteltiin, koska arvioinnissa haluttiin saada selville nimenomaan ikääntyvien kalliin ympärivuorokautisen hoidon ehkäisyä tai siirtämistä. Mielenterveyspalveluista päähuomio kiinnittyy kansansairauksiksi luokitellun depression tunnistamiseen ja hoitoon<sup>3</sup>. Lisäksi haluttiin tarkastella erilliskysymyksenä sellaisten asiakkaiden hoitoa, joilla on sekä päihdeettä mielenterveysongelma (kaksoisdiagnoosi).

Arvioinnin ulkopuolelle on jätetty ennaltaehkäisevät palvelut. Arvioinnin ulkopuolelle on rajattu päihdehoidon erityispalvelut, joka käsittää päivätoiminnan, laitoshoidon ja päihdepsykiatrisella poliklinikalla hoidettavat huumeongelmaiset, sillä vuoden 2013 arviointi nuorten päihdehoitoon pääsystä käsitti myös nämä tahot. Jatkohoitoon pääsyyn liittyvä arviointi on pääosin rajattu kaupungin omaan erikoissairaanhoidon (sisätautien ja psykiatrian poliklinikat), jotta arvioinnista ei muodostuisi liian laaja toteutettavaksi. Ikääntyvien kotona asumista tukevat hyvin moninaiset palvelut<sup>4</sup>, mutta nekin on laajuuden vuoksi jätetty arvioinnin ulkopuolelle.

<sup>1</sup>1326/2010

<sup>2</sup> lasten ja nuorten mielenterveyspalveluita on arvioitu vuonna 2010 ja päihdehoitoa vuonna 2013

<sup>3</sup> Masennusta sairastaa vuosittain viisi prosenttia suomalaisista. Masennusperäiset työkyvyttömyyseläkemennot olivat vuonna 2013 Suomessa 509 miljoonaa euroa ja sairauspäiväraha-kustannukset 108 miljoonaa euroa [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

<sup>4</sup> kuten päivätoiminta, omaishoito, apuvälineet



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

Tekstin laadintaan on osallistunut yläviitteessä mainittujen kaupunkitarkastajien lisäksi tarkastusviraston korkeakouluharjoittelija Ville Rantanen.

## 1.2 Arvioinnin kohde ja taustatiedot

Sosiaali- ja terveystalouteen pääsy on yhteiskunnallisesti sitä tärkeämpää, mitä merkittävimmistä inhimillisistä ja taloudellisista kustannuksista on kysymys. Kunnat tuottavat suuren määrän sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, joilla ehkäistään ennalta mahdollisesti suuria, sairaudesta tai sosiaalisesta ongelmasta jälkikäteen syntyviä kustannuksia. Sellaisia palveluita, joissa ennaltaehkäisevät kustannukset ovat tutkitusti jälkikäteisiä kustannuksia huomattavasti matalampia, ovat esimerkiksi päihdepalvelut, mielenterveyspalvelut ja eräät kansansairaudet. Sairauksista diabeteksen hoito on kalleinta, 2,7 miljoonaa euroa vuodessa, kun lasketaan suorat ja epäsuorat kustannukset (tuotannon menetys). Toiseksi kalleinta ovat mielenterveysongelmat, erityisesti skitsofrenian hoito, 1,3 miljoonaa euroa vuodessa. Elintapoihin liittyvistä kustannuksista, maksimiarvio 1,2 miljoonaa euroa vuodessa, pelkästään alkoholi-ongelma aiheuttaa mittavat vuosittaiset kustannukset (226 000 euroa). Useimmiten ongelmat liittyvät toisiinsa ja ovat kytköksissä sairauksiin, joihin elintavat vaikuttavat, kuten aikuisiän diabetekseen (ks.myös liite 1).<sup>5</sup>

Väestön ikääntymisen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon menot kasvavat. Vanhusten kotihoito on ympärivuorokautista hoitoa huomattavasti edullisempi ratkaisu ja kotihoidon lisääminen on ollut vanhustenhuollossa valtakunnallinen tavoite jo pitkään. Karkeasti arvioituna noin kaksi kotihoidon käyntiä vuorokaudessa tulisi siis vielä edullisemmaksi kuin keskiraskas palveluasuminen<sup>6</sup>. Kotihoidolla on mahdollista ennaltaehkäistä tai siirtää ympärivuorokautiseen hoitoon joutumista ja sitä pidetään muutoinkin laitosasumista inhimillisempänä ratkaisuna.

Helsingin strategiaohjelmassa 2013–2016 on tavoitteena, että mielenterveys- ja päihdepalveluihin pääsee joustavasti ja tarvittaessa lähetteettömästi. Päihde- ja mielenterveyspalveluja tarvitsevan asukkaan tulee saada hoidon tarpeen arvio jonottamatta sekä hoitosuunnitelma, hoito, kuntoutus ja palvelut viiveettä oikeassa paikassa. Tätä varten määritellään palveluketjun optimaalinen palvelurakenne ja odotusajat sekä nimetään useita palveluja tarvitseville asiakkaille palveluohjaaja. Strategiaohjelmassa asiakkaiden hoidon jatkuvuus on tarkoitus turvata henkilöstön työtapoja uudistamalla. Toimenpiteenä tälle tunnistetaan hoidon jatkuvuuden kannalta kriittiset asiakasryhmät ja esimerkiksi monisairaiden hoitoon kehitetään moniammatillisia toimintamalleja. Lisäksi huono-osaisten asiakkaiden aktiivisesta ajanvaraus- ja palveluohjauksesta hoitosuunnitelman laatimiseksi huolehditaan.

<sup>5</sup> Laine 2013

<sup>6</sup> Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveystaloutten ja kustannusten vertailu vuonna 2013



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

Sosiaali- ja terveysviraston strategiasuunnitelmassa 2014–2016 ”Iäkkäiden ja alle 65-vuotiaiden toimintakyvyltään alentuneiden kotiin annettavat ja kotona asumista tukevat palvelut lisääntyvät ja laitoshoido vähenee”. Tämän toimenpiteenä mainitaan kotiin vietävien ja kotona asumista tukevien palvelujen lisääminen. Kotihoidon piirissä olevien 75 vuotta täyttäneiden osuus on ollut terveyskeskuksella (nykyisellä sosiaali- ja terveysvirastolla) sitovana tavoitteena muun muassa vuosina 2000–2004 ja jälleen 2010–2014. Terveyskeskus (nykyinen sosiaali- ja terveysvirasto) otti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoidon tarpeen arvioon pääsyn ja hoitoon pääsyn toteutumisen omaksi sitovaksi toiminnalliseksi tavoitteekseen vuodesta 2005 alkaen. Hoitotakuu on ollut siis pitkään sitovana tavoitteena (poislukien vuosi 2012) ja sen on raportoitu toteutuneen joka vuosi.<sup>7</sup>

Vuoden 2014 talousarviossa on tavoitteena, että palveluiden saatavuus paranee keskeisten toimintojen palvelulupausten mukaisesti. Sitä varten määritellään palvelulupaus muun muassa mielenterveyshuollon vastaanottopalveluille, joiden saatavuutta parannetaan. Lisäksi käynnistetään seuranta psykiatria- ja päihdekeskusten asiakkaiden hoitosuunnitelmista sekä hoidon keskeytyksistä ja varmistetaan lakisääteisten määräaikaisten toteutuminen kaikissa toiminnoissa. Kotihoidossa toiminnanohjausjärjestelmän käyttö aiotaan vakiinnuttaa kaikilla alueilla ja lisätä virtuaalihoidon piirissä olevien kotihoidon asiakkaiden määrää.

Strategiaohjelmassa on tavoitteita myös psykiatrian ja päihdehoidon jatkohoidolle (laitospaikkojen vähentäminen ja ostettavien asumispalvelujen vähentäminen), mutta näitä tavoitteita ei ole otettu tämän arvioinnin kohteeksi, koska jatkohoito rajattiin pääosin arvioinnin ulkopuolelle, jotta arviointi ei muodostuisi liian laajaksi toteuttaa.

### 1.3 Arviointikysymykset ja -kriteerit

Arvioinnin pääkysymyksenä on, saako päihdeongelmainen, mielenterveysongelmainen, ikääntynyt kotona asuva tai aikuisiän diabeetikko tarvitsemansa palvelun tai hoidon lakisääteisessä ajassa ja/tai joustavasti ja viiveettä kaupungin kyseisistä palveluista vastaavilta tahoilta.

Arvioinnin tarkentavat kysymykset ovat:

1. toteutuuko hoidon tarpeen arviointi terveysasemalla lakisääteisessä ajassa?

<sup>7</sup> Kaupungin oman tavoitteen seuranta poikkeaa valtakunnallisesta seurannasta siten, että kaupunki seuraa toteutunutta hoitoon pääsyä ja valtakunnallisesti seurataan hoitoa odottavien määrää.



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

2. toteutuuko kiirettömään hoitoon pääsy terveysasemalle lakisääteisessä ajassa?
3. pääsevätkö päihdeongelmaiset viiveettä päihdepalveluihin?
4. pääsevätkö mielenterveysongelmaiset (depressio) viiveettä mielenterveyspalveluihin?
5. pääsevätkö aikuistyyppin (T2) diabeetikot viiveettä hoitoon?
6. saavatko 65 vuotta täyttäneet kotona asuvat tarvitsemansa kotihoidon palvelut?
7. onko sosiaali- ja terveysvirastossa määritelty mielenterveys- ja päihdepalveluihin liittyvät odotusajat, useita palveluja tarvitseville palveluohjaaja, tunnistettu hoidon jatkuvuuden kannalta kriittiset asiakasryhmät, kehitetty moniammatillisia toimintamalleja monisairaiden hoitoon?
8. ovatko iäkkäiden ja alle 65-vuotiaiden toimintakyvyltään alentuneiden kohti annettavat ja kotona asumista tukevat palvelut lisääntyneet strategiaohjelman 2013-2016, sosiaali- ja terveysviraston strategiasuunnitelman 2014–2016 ja talousarvion 2014 mukaisesti?
9. onko talousarvion 2014 mukaisesti mielenterveystyön vastaanottopalveluille määritelty palvelulupaus ja palvelun saanti parantunut? Onko käynnistetty seuranta psykiatria- ja päihdekeskusten asiakkaiden hoitosuunnitelmista sekä hoidon keskeyttäneistä potilaista ja asiakkaista? Onko lakisääteisten määräraajojen toteutuminen kaikissa toiminnoissa varmistettu? Onko kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmän käyttö vakiinnutettu kaikilla alueilla ja lisätty virtuaalihoidon piirissä olevien kotihoidon asiakkaiden määrää?

Arvioinnin pääkysymykseen vastataan tarkentavien kysymysten avulla. Ensimmäiseen ja toiseen tarkentavaan kysymykseen vastataan tilastojen avulla. Kysymyksiin 3–6 vastataan tilastojen avulla ja tulkitsemalla kyselyjen tuloksia hoitoon pääsystä. Kysymyksiin 7–9 vastataan tulkitsemalla vs. virastopäälliköille, Terveys- ja päihdepalvelut sekä Sairaala- kuntoutus- ja hoivapalvelut – osastojen osastopäälliköille suunnatun sähköpostikyselyn tuloksia.

#### 1.4 Arvioinnin aineistot ja menetelmät

Arviointiaineistona ovat terveysasemille, psykiatrian poliklinikoille, päihdepoliklinikoille, sisätautien poliklinikalle ja kotihoitoon pääsyyn liittyvät tilastot. Menetelmänä ovat tilastoanalyysi sekä haastattelut ja sähköpostikyselyt palveluista vastaaville.

Perusterveydenhuoltoon on lakisääteiset hoitoon pääsyn ajat, joten aiheesta on saatavissa tilastoja. Sen sijaan, koska tietoa hoitoon pääsystä ei ole saatavilla diagnoosi- tai ongelmaperusteisesti, tiedon hankkimiseen käytettiin kyselyä. Aineistona on terveysasemien kaikille omahoitajille (noin 300), omalääkäreille (noin 300), päihdehoitajille (11) ja psykiatrisille sairaanhoitajille (25) suunnattu kysely. Kysely koski T2 –tyypin diabeetikkoja, depressiosta kärsiviä, päihdeongelmaisia (lähinnä alkoholi ja lääkkeet) sekä kaksoisdiagnoo-



siongelmaisia. Omahoitajista kyselyyn vastasi 85 henkilöä ja omalääkäreistä 61, joten vastausprosentit ovat noin 28 ja 20. Päihdehoitajilta saatiin vastaukset koskien 14 terveysasemaa (56 % terveysasemista). Psykiatrisia sairaanhoitajia koskevaan kyselyyn vastasi 20, eli vastausprosentti oli 80.

Erikoissairaanhoidon, kuten sisätauteihin ja psykiatriaan, on lakisääteiset hoitoon pääsyn ajat, joten aiheesta on saatavissa tilastoja. Päihdepoliklinikoille hoitoon pääsyyn ei ole kriteereitä. Tilastoja (ja niiden puutetta) täydennettiin sisätautien poliklinikoiden diabeteshoitajille ja -lääkäreille, psykiatrian ja päihdepoliklinikoiden ylilääkäreille, ylihoitajille ja psykososiaalisen työn päälliköille (yhteensä 12) sekä poliklinikoiden lähiesimiehille suunnatulla kyselyllä. Kyselyyn vastasi kuusi henkilöä, eli vastausprosentti oli 50.

Koska 65 vuotta täyttäneiden osalta ei ole tilastoa kotihoidon palveluiden saatavuudesta, toteutettiin aiheesta kysely palvelualuejohtajille (4), kotihoitopäälliköille (7) ja kotihoidon ohjaajille (81). Palvelualuejohtajista vastasi kolme. Jälkimmäisessä kyselyssä vastauksia saatiin kaikkiaan yhteensä 48, eli vastausprosentti oli noin 55.

Kyselyn sisällöt valittiin kuvaamaan sekä näkemystä hoitoon pääsystä joko lakisääteisessä tai kaupungin itsensä määrittelemässä ajassa. Koska palvelu- ja hoitosuunnitelman merkitys on suuri monipuolista apua tarvitsevien asiakkaiden kohdalla palvelun tai hoidon toteutumiseksi, kyselyssä tiedusteltiin, laaditaanko asiakkaille tai potilaille hoito- tai palvelusuunnitelma. Tämän avulla haluttiin saada selville, onko palvelun tai hoidon saanti toteutumassa. Vastaavasti joidenkin ongelmien tai sairauksien osalta kysyttiin näkemyksiä jatkohoitoon pääsystä.

## 1.5 Hoitoonpääsyn käsite ja säädöspohja

### 1.5.1 Hoitoon pääsyn käsite<sup>8</sup>

Hoidon saatavuudella tarkoitetaan järjestelmän kykyä tuottaa palvelut sen piirissä oleville kattavasti. Hoitoonpääsillä tarkoitetaan yksittäisen potilaan hoitoonpääsyä. Hoitojonoja syntyy, kun palvelun tarve, kysyntä ja tarjonta eivät kohtaa. Palvelun kysynnällä tarkoitetaan sitä, mitä väestö tai potilaat ilmaisevat haluavansa. Hoitojonoa puolestaan voidaan mitata jonossa olevien potilaiden määränä, jonossa vietettynä aikana tai hoidettujen potilaiden todellisenä mitattuna odotusaikana. Potilaan kannalta jonottamista voi olla useassa kohtaa prosessia: yhteyden saannissa perusterveydenhuoltoon, yleislääkärille tms. ajan saaminen, tutkimuksiin ja hoitoon pääsy, lähetteen kulku ja käsittely erikoissairaanhoidossa, erikoissairaanhoidon tutkimuksiin pääsy ja edelleen kuntoutukseen pääsy. Hoitoon pääsy voi liittyä kaikkiin näihin.

<sup>8</sup> Kiireettömään hoitoon pääsyn selvitys, 2014



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

### 1.5.2 Hoitoon pääsyyn liittyvä säädöspohja

Terveydenhuollon hoitoonpääsyyn liittyvät säännökset tulivat voimaan maaliskuussa 2005. Tällä niin sanotulla hoitotakuulla tarkoitettiin yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita ja hoidon järjestämisen enimmäismääräaikoja. Nykyisessä terveydenhuoltolaissa<sup>9</sup> hoitoon pääsystä säädetään lain 6 luvussa. Lakisääteiset kriteerit ovat: terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon yksikköön on 51 §:n mukaan voitava saada välittömästi yhteys arkipäivisin virka-aikana, hoidon tarpeen arviointi on 51 §:n mukaan tehtävä *kolmen päivän* kuluessa potilaan yhteydenotosta ja tarpeellinen hoito järjestettävä *kolmen kuukauden* kuluessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu.

Erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on terveydenhuoltolain 51–52 §:n mukaan aloitettava *kolmen viikon* kuluessa siitä, kun lähete on saapunut perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon toimintayksikköön. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavan erikoissairaanhoidon osalta on kuitenkin säädetty, että kolmen kuukauden aikaraja voidaan ylittää enintään kolmella kuukaudella, jos ylitykselle on lääketieteellinen, hoidollinen tai muu perusteltu syy ja potilaan terveydentila ei vaarannu. Tarvittava hoito on siis 52 §:n mukaan järjestettävä ja aloitettava kiireellisyys huomioiden kohtuullisessa ajassa, kuitenkin *kuuden kuukauden* kuluessa hoidon tarpeen arvioinnista.

#### Hoitosuunnitelman laadinta

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain<sup>10</sup> 4 a §:n mukaan ”terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu.” Hoitava lääkäri vastaa hoitosuunnitelman tekemisestä. Suunnitelmassa kuvataan terveysongelmat ja kaikki terveydenhuollon palvelunantajien suunnittelemat tutkimus-, hoito-, kuntoutus- ja seurantatoimet hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Vaikka suunnitelmien laadinta on velvoite, hoitosuunnitelmia ei tehdä Valviran mukaan riittävän systemaattisesti.<sup>11</sup>

#### Säädöspohja mielenterveys- ja päihdepalveluissa

Mielenterveyspalveluita annetaan mielenterveyslain<sup>12</sup> 1 §:n mukaan lääketieteellisin perustein arvioitavan sairauden tai häiriön perusteella. Palvelut tulee järjestää 4 §:n mukaan oma-aloitteista hoitoon hakeutumista tukien. Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden osalta hoitoon pääsystä on säädetty erik-

<sup>9</sup>1326/2010

<sup>10</sup> 785/1992

<sup>11</sup> Hoitosuunnitelmat pitkäaikaishoidossa ja ensihoito, 2013

<sup>12</sup> 1116/1990





Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

seen terveydenhuoltolain 53 §:ssä, mutta aikuisia (yli 23-vuotiaita) koskevat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yleiset määräajat.<sup>13</sup>

Päihdehuoltolain<sup>14</sup> 7 §:n mukaan päihdehuollon palveluja tulee antaa päihteiden käyttöön liittyvistä ongelmista kärsivälle ja tämän läheisille avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella. Palvelut tulee järjestää 8 §:n mukaan siten, että niiden piiriin voi hakeutua oma-aloitteisesti. Päihdehuolto on osittain sosiaalihuollon lainsäädännön alaista, joten sitä eivät tältä osin koske terveydenhuollon määräajat.<sup>15</sup>

Päihdehuollon palveluista hoitotakuun piiriin kuuluvat siis terveydenhuoltolaisissa säädetty palvelut sekä opioidikorvaushoito, josta on säädetty erikseen sosiaali- ja terveysministeriön antamassa asetuksessa<sup>16</sup>. Päihdetyö kuuluu terveydenhuoltolain 3 §:n mukaan perusterveydenhuoltoon siltä osin, kun sitä ei järjestetä sosiaalihuollossa. Perusterveydenhuoltoon kuuluva päihdetyö käsittää 28 §:n mukaan terveydenhuollon palveluihin sisältyvän ohjauksen ja neuvonnan sekä päihteiden aiheuttamien sairauksien tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen.

Palvelu-/hoitosuunnitelman laadinta

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista<sup>17</sup> 7 § määrittelee, että asiakkaalle on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma, jollei kyseessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus. Palvelu- tai hoitosuunnitelmalla on tarkoitus varmistaa hoidon toteutuminen.

## Säädöspohja kotihoidon palveluihin pääsystä

Sosiaalihuoltolain<sup>18</sup> mukaan kotihoitoa annetaan palveluntarpeesta tehtävän arvioinnin perusteella iäkkäälle henkilölle, jolla on alentunut toimintakyky. Vanhuspalvelulain (28.12.2012/980) 15 §:n mukaan iäkkään henkilön kokonaisvaltainen palveluntarve on selvitettävä, jos tämä itse hakeutuu sosiaalipalvelujen tarpeen arviointiin tai tekee hakemuksen tarvitsemistaan palveluista, tai jos palveluntarve tulee ilmi muiden palvelujen yhteydessä tai jonkun muun henkilön ilmoituksesta. Hoidon tarpeen arvioinnin tekeminen määräajassa koskee 75 vuotta täyttänyttä väestöä<sup>19</sup>, sen sijaan muutoin palvelun-

<sup>13</sup> [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/terveyspalvelut/mielenterveyspalvelut](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/mielenterveyspalvelut)

<sup>14</sup> 41/1986

<sup>15</sup> Kiireettömään hoitoon pääsy, 2012 ja Päihdepalveluihin pääsy suurissa kunnissa vuosina 2011 ja 2012

<sup>16</sup> Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä (33/2008)

<sup>17</sup> 812/2000

<sup>18</sup> 710/1982; Kiireettömään hoitoon pääsy, 2012

[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelut\\_ja\\_etuudet](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelut_ja_etuudet)

<sup>19</sup> sosiaalihuoltolain 40 a §:n mukaan seitsemän päivän kuluessa yhteydenotosta



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

tarpeen arviointi on aloitettava ”viipymättä ja saatettava loppuun ilman aiheetonta viivytystä” vanhuspalvelulain 15 § mukaan.

#### Palvelusuunnitelman laadinta

Vanhuspalvelulain 16 §:n mukaan kunta vastaa siitä, että iäkkäälle henkilölle laaditaan sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain<sup>20</sup> mukainen palvelusuunnitelma. Palvelusuunnitelmassa määritellään iäkkään henkilön tarvitsemat palvelut. Palvelusuunnitelma on laadittava ilman aiheetonta viivytystä sen jälkeen, kun palveluntarve on selvitetty. Päätös sosiaalipalvelujen myöntämisestä on tehtävä vanhuspalvelulain 18 §:n mukaan ilman aiheetonta viivytystä hakemuksen vireillepanosta ja myönnettyt sosiaalipalvelut tarjottava ilman aiheetonta viivytystä. Iäkkäällä henkilöllä on oikeus saada hänelle myönnettyt muut kuin kiireelliset sosiaalipalvelut ilman aiheetonta viivytystä ja viimeistään kolmen kuukauden kuluttua päätöksen teosta.

#### Hoitoon pääsyn seuranta

Kunnan tai kuntayhtymän on terveydenhuoltolain 55 §:n mukaan julkaistava odotusaikoja koskevat toteumatiedot toimintayksiköittäin Internetissä neljän kuukauden välein. Iäkkäiden henkilöiden sosiaalipalveluita koskevat odotusajat kunnan on puolestaan julkaistava vanhuspalvelulain 26 §:n mukaan vähintään puolivuositain. Opioidikorvaushoitoon pääsyn seurannasta on säädetty, että korvaushoitoa tarjoavien toimintayksiköiden on seurattava hoitoon pääsyä oman yksikkönsä osalta.<sup>21</sup>

Kun lakisääteinen hoitotakuu tuli voimaan 2005, valtakunnallista seuranta teki Stakes (myöhemmin Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL). Kesällä 2011 THL määritteli kansalliset yhtenäiset hoitoon pääsyn mittauspisteet 30.4, 31.8 ja 31.12. Helsingissä hoitoon pääsyn tilastollinen seuranta on tehty nykyisen 1.5.2011 voimaan tulleen hoitoon pääsylainsäädännön kriteerien mukaisena vuodesta 2012 lähtien<sup>22</sup> ja tiedot on lähetetty THL:ään osaksi valtakunnallista seuranta ja julkaisua varten<sup>23</sup>.

Valtakunnallisesti seurataan hoitoa odottavia, kun Helsinki on seurannut toteutunutta hoitoon pääsyä, joka on ollut sitovana tavoitteena. Terveyskeskuksen, nykyisen sosiaali- ja terveystieteiden viraston, hoitoon pääsyn tavoitteiden seuranta on tehty vuodesta 2005 alkaen sekä manuaalisesti että tietojärjestelmiin perustuen. Silti viime vuosinakin kaupungin omasta tietojärjestelmästä Pegasoksesta saadut tiedot ovat kuitenkin välillä antaneet ”virheellisiä” jonottajia, kun tietoja on tarkistettu. Tiedot siis eivät ole yhtenäiset valtakunnallisten tilastojen kanssa ennen vuotta 2012. Tällä hetkellä on kiinnitetty huomiota erityi-

<sup>20</sup> 22.9.2000/812 § 7

<sup>21</sup> Kiireettömään hoitoon pääsy, 2012; Päihdepalveluihin pääsy suurissa kunnissa 2011 ja 2012 (2014)

<sup>22</sup> Terveidenhuoltolaki 1326/2010, 51 ja 52 §

<sup>23</sup> Sosiaali- ja terveystieteiden virasto, Kehittämisen ja toiminnan tuki



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

sesti THL:n virallisten mittauspisteiden mukaisten tietojen tietojen paikkansa pitävyyteen.<sup>24</sup>

Valtakunnallisessa kiireettömän hoitoon pääsyn selvityksessä kritisoitiin nykyistä hoitotakuuta siitä, että se palvelee hoitoon pääsyn kirjaamista ja seuraamista, mutta ei edistä perustehtävää, eli potilaan tilan määrittystä ja terveyshyötyä. Hoitotakuussa on jäänyt vähälle huomiolle mielenterveyteen tai päihteisiin liittyvien asiakkaiden hoitoon pääsy ja kroonisten sairauksien hoidon kokonaisuus. Raportissa esitetäänkin hoidon kokonaisuuden määräaikojen mittaamista sekä kansansairauksien hoidon tulosten mittaamista. Raportissa kritisoitiin myös sitä, että kunnat ovat asettaneet lakisääteiset takarajat tavoitearvoiksi.<sup>25</sup>

Toistaiseksi kroonisten sairauksien, kuten diabeteksen, seuranta ja kontrollikäynnit eivät kuulu hoitoonpääsyn seurannan piiriin. Vaikka terveysasemille hoitoon pääsyä mitataan lainsäädännön rajoissa, mielen sairauksien ja päihderiippuvuuksien hoidossa tieto hoitoonpääsystä on puutteellista. Kiireettömään hoitoon pääsyn raportissa ehdotetaan hoidon kokonaisuuden määräaikojen mittaamista sekä kansansairauksien hoidon tulosten mittaamista.<sup>26</sup>

## 2 HAVAINNOT

### 2.1. Hoitoon pääsy terveysasemille

Terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon yksikköön on voitava saada välittömästi yhteys arkipäivisin virka-aikana. Lakisääteinen hoidon tarpeen arviointi hoitotakuun mukaisesti on tehtävä kolmen päivän kuluessa potilaan yhteydenotosta ja tarpeellinen hoito järjestettävä kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Hoitotakuu on ollut käytössä 1.3.2005 lähtien ja se koskee uuden vaivan/sairauden tai aikaisemman sairauden pahe-  
nemisen vuoksi hoitoon pääsyä.

#### 2.1.1 Taustaa<sup>27</sup>

Terveysasemat ja sisätautien poliklinikka ovat terveys- ja päihdepalvelut - osaston alaisia. Terveysasemat huolehtivat kiireellisestä ja kiireettömästä avosairaanhoidosta, siihen liittyvästä terveyden edistämisestä ja terveysneuvonnasta, seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvästä neuvonnasta, perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdetyöstä ja opiskelijoiden sairaanhoidosta. Lisäksi terveysasemat vastaavat terveyskeskuslääkäreiden hoidossa

<sup>24</sup> Sosiaali- ja terveysvirasto, Kehittämisen ja toiminnan tuki

<sup>25</sup> Kiireettömään hoitoon pääsyn selvitys, 2014

<sup>26</sup> Kiireettömään hoitoon pääsyn selvitys, 2014

<sup>27</sup> Sosiaali- ja terveysviraston intranet, lokakuu 2014



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

olevien äitiys- ja lastenneuvola-asiakkaiden ja kotihoidon potilaiden lääkäripalveluista.

Terveysasemilla on käytössä lääkäri-hoitaja työparimalli. Hoidon tarpeen arviointi tekevät pääasiassa terveysaseman omahoitajat yhteistyössä lääkärin kanssa. Lääkäri-hoitaja työparin lisäksi terveysaseman moniammatilliseen hoitotiimiin kuuluvat psykiatrinen sairaanhoitaja, päihdetyöntekijä ja fysioterapeutti. Puhelinpalvelu toimii takaisinsoittopalveluna. Sähköinen asiointi on otettu käyttöön ja sähköisiä asiointimahdollisuuksia laajennetaan asteittain. Se korvaa jatkossa osan puhelinpalvelusta.

Terveysaseman ja lääkäri-hoitajatyöparin valinta on ollut käytössä 1.5.2011 alkaen. Mikäli asiakas vaihtaa terveysasemaa, tämä otetaan huomioon resurssien kohdentamisessa. Vuonna 2014 perusterveydenhuollon valinnan vapaus on laajentunut yli kunta- ja valtakuntarajojen. Potilaiden valinnanvapauden lisääntymisen ennustetaan muuttavan suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää pitkällä aikavälillä paljonkin. Potilaan ja asiakkaan rooli muuttuu aiempaa aktiivisemmaksi ja oikeuksiaan vaativaksi sosiaali- ja terveyspalvelujen kuluttajaksi<sup>28</sup>. Kaupungin talousarvion 2014 mukaan terveysaseman valinnan mahdollisuutta on kuitenkin käyttänyt alle viisi prosenttia kaupunkilaisista.

Terveysasemien tulee terveydenhuoltolain mukaan laatia potilailleen hoitosuunnitelma. Kaupungin strategiassa hoitosuunnitelman tärkeyttä painotetaan erityisesti päihde- ja mielenterveyspotilaiden ja huono-osaisten asiakkaiden hoitosuunnitelman laadintaa. Sosiaali- ja terveysministeriön potilasasiakirjoista antaman asetuksen (298/2009) 7 §:n mukaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi potilasasiakirjoihin on merkittävät tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Keväällä 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326) laajensi potilaan mahdollisuutta valita hoitopaikka. THL on laatinut terveys- ja hoitosuunnitelmalomakkeen kansalliseen käyttöön työvälineeksi, jonka tavoitteena on kehittää erityisesti pitkäaikais- ja monisairaiden potilaiden hoitoa ja voimaannuttaa heitä omasta terveydestään huolehtimiseen. Tavoitteena on, että samassa suunnitelmassa voitaisiin kuvata kaikki potilaan terveysongelmat ja niihin liittyvät terveydenhuollon palvelunantajien suunnittelemat tutkimus-, hoito-, kuntoutus- ja seurantatoimet.<sup>29</sup> Terveysasemilla käytössä olevassa Pegasos – tietojärjestelmässä on fraasipohjainen suunnitelmaosio hoitosuunnitelmaa varten. Käytännössä tällä hetkellä tietojärjestelmästä puuttuu kuitenkin helposti saavutettava, pysyvä tieto potilaan perussairauksista tiivistetyssä muodossa, jotka olisivat ensisijaisen tärkeitä hoidon tarpeen arvioinnissa ja eteenpäin ohjaamisessa<sup>30</sup>.

<sup>28</sup> Osastokohtaiset käyttösuunnitelmat 2014; Sosiaali- ja terveysviraston strategiasuunnitelma 2014–2016

<sup>29</sup> Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma, 2011

<sup>30</sup> Tiedon löytymistä hankaloittaa se, että Kanta -arkistoon siirtymisen myötä Pegasoksessa ei enää ole Perustiedot - tiivistelmää. Sosiaali- ja terveysvirasto, Terveysasemat ja sisätautien poliklinikka 23.11.2014



Palvelujärjestelmä on kaksipuolinen. Perusterveydenhuollossa otetaan vastaan kaikki asiakkaat. Erikoissairaanhoidossa hoitoon tullaan läheteellä. Jokainen lähete arvioidaan. Mikäli erikoissairaanhoidossa katsotaan, että hoitoon ottamisen sijasta riittää konsultaatio, tätä varten annetaan palaute ja jatko-ohjeet. Helsinkiläisiä perusterveydenhuollon avohoidon käyttäjiä vuonna 2012 oli 386 726 (64 prosenttia väestöstä). Erikoissairaanhoidon avohoidon palveluita käytti 190 664 (31,6 prosenttia väestöstä). Somaattisen erikoissairaanhoidon avohoidon palveluita käytti 179 899 (29,8 prosenttia väestöstä) ja psykiatrian avohoidon palveluita 20 419 (3,4 prosenttia väestöstä)<sup>31</sup>.

### 2.1.2 Hoitoon pääsyn toteutuminen

Välitön yhteydenaanti terveyskeskukseen toteutuu takaisinsoittojärjestelmän tilastojen mukaan erittäin hyvin vuorokauden aikana. Lokakuussa 2014 suorissa yhteydenotoissa puheluiden odotusaika terveydenhuollon ammattilaisille oli keskimäärin yksi minuutti 53 sekuntia. Takaisinsoittopalvelussa asiakkaalle soitettiin keskimäärin 53 minuutin kuluttua yhteydenotosta. Takaisinsoittojen vastausprosentti oli 100. Tilanne oli vuonna 2013 lähes sama.<sup>32</sup>

Terveyskeskuksen (nykyisen sosiaali- ja terveystieteiden viraston) hoitoon pääsyä koskevat sitovat tavoitteet on saavutettu. Alla olevasta vuosien 2012–2013 koskevasta kuvioista havaitaan, että hoidon tarpeen arviointi on tehty pidemmässä kuin kolmessa vuorokaudessa vain yksittäisissä tapauksissa (viivan katkeaminen osoittaa, että arvo on 0).

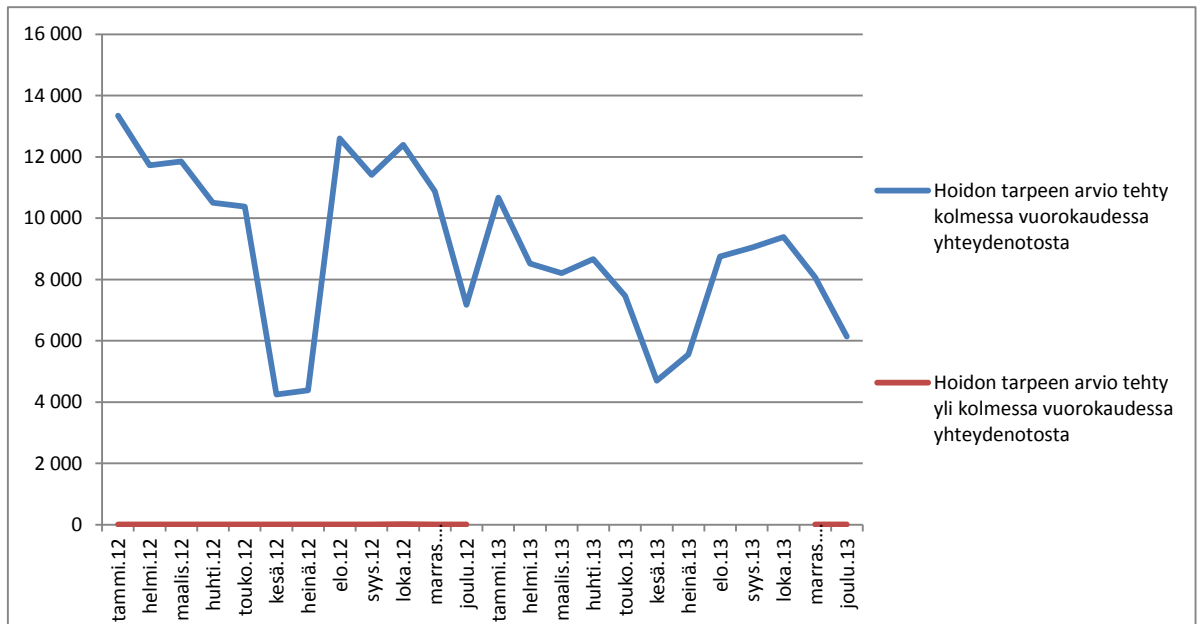
---

<sup>31</sup> Terveydenhuollon palveluja käyttäneet henkilöt 2000–2012. Terveyspalvelut ja terveydentila tilastotaulukot 2013. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden virasto.

<sup>32</sup> Sosiaali- ja terveystieteiden virasto, Tietohuolto ja tilastopalvelut 26.11.2014



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki



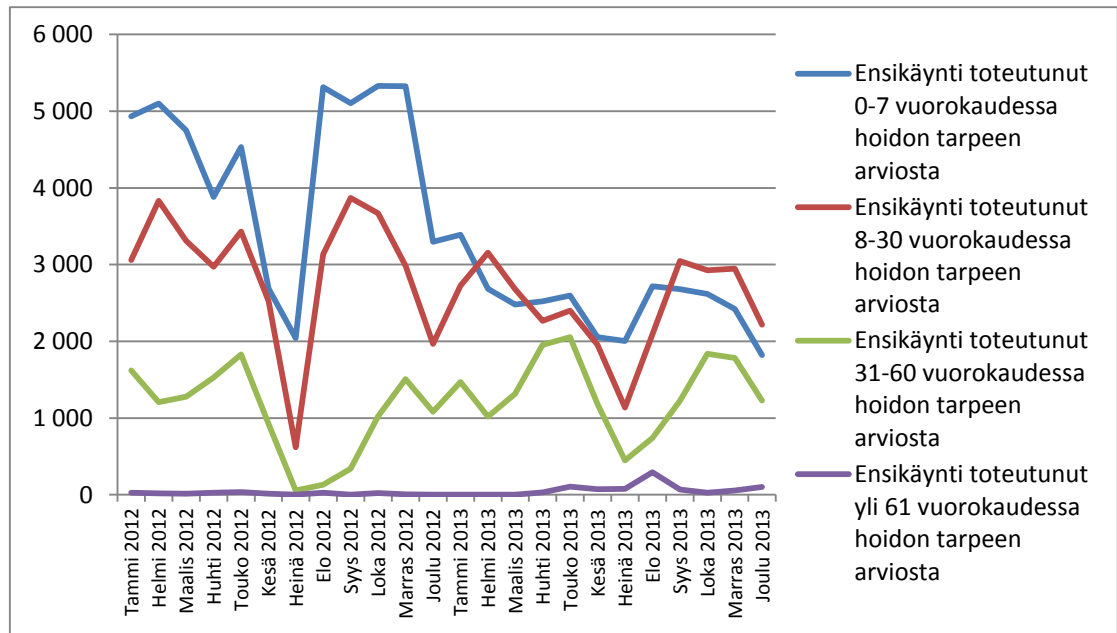
Kuvio 1. Perusterveydenhuollon hoidon tarpeen arvion toteutuminen 2012–2013<sup>33</sup>

Hoitotakuu on toteutunut myös hoitoon pääsyn osalta, eli ollut alle kolme kuukautta. Yli kaksi kuukautta hoitoon pääsyä odottaviakaan ei ole ollut kovin paljon, kuten alla olevasta kuviosta voidaan havaita. Ensikäynti viikon sisällä toteutui vuonna 2012 paremmin kuin vuonna 2013.

<sup>33</sup> Sosiaali- ja terveysvirasto, Tietohuolto ja tilastopalvelut. THL:n hoitoonpääsyä kuvaava valtakunnallinen tilastouudistus AvoHILMO muutti hoitoon pääsyn seurantaan vuodesta 2012 alkaen. Vuonna 2011 tiedot saatiin vielä Pegasos-järjestelmästä, jotka eivät ole yhtenäiset nykyisen Gentia BO:sta saatavan tiedon kanssa. Tästä syystä vuotta 2011 ei ole mukana tarkastelussa.

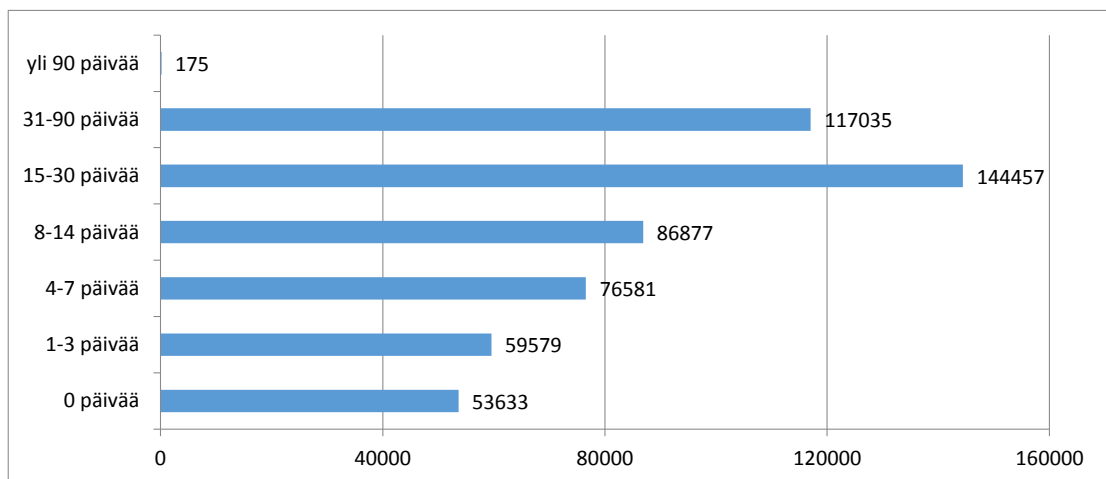


Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki



Kuvio 2. Perusterveydenhuollon ensikäynnin toteutuminen 2012-2013<sup>34</sup>

Odotusaikoihin liittyvän THL:n tilaston mukaan suurin osa Helsingin terveyskeskuksen käynneistä oli sellaisia, joissa aikaa jouduttiin odottamaan 15–30 päivää. Viidesosassa käynneistä aikaa jouduttiin odottamaan vielä pidempään. Kuitenkin noin 35 prosenttia käynneistä saatiin lähimmän viikon ajalla, kuten alla olevasta kuviosta käy selville.



Kuvio 3. Käyntien odotusajat perusterveydenhuollossa syksyllä 2014<sup>35</sup>

### 2.1.3 Asiakkaiden näkemykset

<sup>34</sup> Sosiaali- ja terveysvirasto, Tietohuolto ja tilastopalvelut

<sup>35</sup> AvoHILMO: Käyntien odotusajat perusterveydenhuollossa, palvelumuotona avosairaanhoito. Helsingin terveyskeskus. 15. lokakuuta 2014. THL



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

Kaupungin terveysasemien saavutettavuus on saanut kuntapalvelututkimuksissa asiakkailta erittäin hyvät arvosanat vuodesta 1983 lähtien. Näkemys palvelusta oli positiivisempi niillä henkilöillä, jotka olivat käyttäneet palveluita, kuin henkilöillä, joilla ei ollut kokemusta palvelusta. Vuosina 2008 ja 2012 tyydyttävää on myös ollut, että hoitoprosessi, tutkimusten määrä ja laatu ovat parantuneet selvästi vuodesta 2005. Ajan saaminen on parantunut vuodesta 2005 vuoteen 2012<sup>36</sup>.

Terveyskeskuksessa on tehty asiakastyytyväisyyskyselyjä vuodesta 2004 lähtien, vuodesta 2007 alkaen joka toinen vuosi. Tyytyväisyys terveysasemien palveluihin on parempi kuin muissa suurissa kaupungeissa, ja oli tasolla 4,17 (asteikolla 1-5) vuonna 2008 ja tasolla 4,2 vuonna 2010<sup>37</sup>. Kuntaliitto selvitti vuonna 2012 yhdeksän suuren kaupungin terveyskeskusten ja neuvoloiden asiakastyytyväisyyttä. Helsinki sai parhaan kokonaisarvosanan 4,24.<sup>38</sup>

Asiakkaiden näkemykset hoitoon pääsystä ovat parantuneet vuodesta 2010 vuoteen 2012. Helsinkiläiset terveysasemien asiakkaat ovat pääosin tyytyväisempiä odotusaikoihin ja vastaanottoaikojen pituuteen<sup>39</sup> kuin suurissa kaupungeissa keskimäärin.

Puhelinyhteyden saaminen terveysasemalle sai arvosanan

Helsinki 2012	3,9
Helsinki 2010	3,46
Suuret kaupungit yht. 2012	3,74

Odotusaika lääkärin vastaanotolle sai arvosanan

Helsinki 2012	3,84
Helsinki 2010	3,75
Suuret kaupungit yhteensä 2012	3,76

Vastaanottoajan pituuden riittävyys lääkärin vastaanotolla sai arvosanaksi

Helsinki 2012	4,11
Helsinki 2010	3,99
Suuret kaupungit yhteensä 2012	4,03

Odotusaika hoitajan vastaanotolle sai arvosanan

Helsinki 2012	4,14
Helsinki 2010	4,05
Suuret kaupungit yhteensä 2012	4,05

<sup>36</sup> Keskinen 2013

<sup>37</sup> Terveyskeskuksen asiakastyytyväisyyskysely 25.2.2011

<sup>38</sup> Terveyskeskuksen toimintakertomus 2012 ja terveyskeskusten avosairaanhoidon vastaanottojen asiakastyytyväisyysmittaus 2012 TNS

<sup>39</sup> valittu tähän kuvaamaan sitä, kokeeko asiakas saaneensa riittävästi aikaa tulla tutkituksi ja hoidetuksi





Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

Vastaanottoajan pituus sai arvosanaksi	
Helsinki 2012	4,29
Helsinki 2010	4,24
Suuret kaupungit yhteensä 2012	4,22. <sup>40</sup>

## 2.2 Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten hoitoon pääsy

Kaikkia terveysasemille hoitoon hakeutuvia koskee perusterveydenhuollon lakisääteisen hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitoon pääsyn kriteerit. Tilastoista ei kuitenkaan selviä diagnoosin tai ongelman mukainen hoitoon pääsy, joten tätä varten toteutettiin kysely. Kyselyn kohteeksi otettiin terveysasemien omahoitajat (noin 300) ja omalääkärit (noin 300).

Terveyskeskus on määritellyt siellä työskentelevien psykiatristen sairaanhoitajien (25) ja päihdehoitajien (11) vastaanotolle pääsyyn ja hoidon toteutumiseen kriteereitä. Hoitoon pääsyä tiedusteltiin myös heiltä kyselyllä.

Psykiatrian poliklinikat ovat erikoissairaanhoidoa, jossa hoidon tarpeen arviointi tulee tehdä kolmen viikon aikana ja hoitoon tulee päästä kuuden kuukauden kuluessa. Tilastoista ei kuitenkaan voida erotella depressiopotilaiden hoitoon pääsyä erikseen. Päihdepoliklinikoille ei ole lakisääteisiä hoitoon pääsyn kriteereitä. Tämän vuoksi myös psykiatrian poliklinikoille ja päihdepoliklinikoille toteutettiin kysely. Kysely osoitettiin ylilääkäreille (neljä henkilöä), ylihoitajille (neljä) ja psykososiaalisen työn päälliköille (neljä) sekä heidän ohjaaminaan poliklinikoiden lähiesimiehille.

### 2.2.1 Taustaa<sup>41</sup>

Kunta vastaa asukkaidensa mielenterveyden häiriöiden ehkäisystä, varhaisesta tunnistamisesta, hoidosta ja kuntoutuksesta. Ensisijaisia hoidossa ovat avopalvelut sekä sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut. Helsinkiläisille ensisijainen paikka mielenterveysongelmissa on terveysasema. Mielenterveyspalveluja järjestetään myös erikoissairaanhoidossa psykiatrian poliklinikoilla ja psykiatrisena sairaalahoitona. Terveysasemalta asiakas voidaan ohjata psykiatrian poliklinikalle tai hän voi tulla tai akuutissa tapauksessa hänet voidaan ohjata psykiatrian poliklinikan akuuttityöryhmään suoraan.

Depression käypä hoito-suosituksen mukaisesti masennuspotilaan hoito tulisi toteuttaa mahdollisimman nopeasti ja saumattomasti pitkittymisen ja komplisoitumisen ehkäisemiseksi<sup>42</sup>.

<sup>40</sup> Terveyskeskusten asiakastytyväisyyskysely 2010. Helsingin kaupungin terveyskeskus. Terveysasemat yhteensä 2012

<sup>41</sup> [www.stm.fi](http://www.stm.fi) ja sosiaali- ja terveysviraston intranet, syyskuu 2014

<sup>42</sup> [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)



Kunnat vastaavat myös päihdepalvelujen järjestämisestä. Päihdehuollon palveluja on järjestettävä ”siinä määrin kuin kunnassa esiintyy tarvetta”. Ne voivat joko tuottaa palvelut itse tai yhdessä muiden kuntien kanssa tai ostaa ne muilta kunnilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta, esimerkiksi järjestöiltä. Päihdepalveluja on saatavana sosiaali- ja terveydenhuollon yleisinä palveluina, päihdehuollon erityispalveluina sekä erityistason sairaanhoitona. Palvelumuotoja ovat avohoito, laitoshoido, kuntoutus sekä asumis- ja tukipalvelut. Päihdepalveluja ovat ehkäisevä päihdetyö sekä päihdehoidon avo- ja laitospalvelut. Ennaltaehkäisevää työtä tehdään usealla taholla. 24 vuotta täyttäneille alkoholiongelmallisille avohoitoa ja hoitoon ohjausta Helsingin kaupungilla toteutetaan terveysasemilla ja päihdepoliklinikoilla.

Sosiaali- ja terveystieteiden yhdistämisen yhteydessä yhdistettiin myös psykiatria- ja päihdepalvelut. Tavoitteena on ollut saada aikaan palvelukokonaisuus, joka toimisi myös kaksoisdiagnoosiasiakkaille, joilla on sekä päihde- että mielenterveysongelma. Psykiatria- ja päihdepalvelut -toimisto koostuu neljästä alueellisesta psykiatria- ja päihdekeskuksesta, psykiatrian ja päihdehuollon erityispalvelusta, psykiatrisesta sairaalahoidosta ja päivystyksestä sekä asumisen tuki -yksiköstä. Toimisto tuottaa helsinkiläisten aikuisten tarvitsemat päihdepalvelut ja keskeiset mielenterveyspalvelut mukaan lukien pääosa psykiatrisesta erikoissairaanhoitosta. Alueelliset psykiatria- ja päihdekeskukset ja niiden yhteydessä psykiatriset päiväosastot tarjoavat kiireellisiä ja kiireettömiä palveluja päihde- ja psykiatrisilla poliklinikoilla. Osa palveluista toimii matalan kynnyksen periaatteella, osa on läheteellistä erikoissairaanhoitoa.<sup>43</sup> Tässä arvioinnissa keskitytään päihde- ja psykiatrisille poliklinikoille pääsyyn.

## 2.2.2 Hoitoon pääsyn toteutuminen

### Mielenterveyspalvelut

#### Terveysasemat

Helsingiläisille ensisijainen paikka mielenterveysongelmissa on terveysasema, joilla työskentelee lääkäreiden lisäksi psykiatria-erikoistuneita sairaanhoitajia. Terveysasemien lääkärin tai hoitajan arvion ja mahdollisesti psykiatrian sairaanhoitajan konsultaation perusteella potilas ohjataan ottamaan yhteyttä psykiatriseen sairaanhoitajaan ajan varaamiseksi. Asiakas voi varata myös puhelinajan, mikäli todetaan, että hän tarvitsee lähetteen toiseen hoitopaikkaan.<sup>44</sup>

<sup>43</sup> Osastokohtaiset käyttösuunnitelmat 2014, sosiaali- ja terveystieteiden virasto

<sup>44</sup> Sosiaali- ja terveystieteiden viraston intranet, syyskuu 2014



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

Ensimmäinen vastaanottoaika pyritään saamaan kahden viikon sisällä ajan varaamisesta. Arviointikäyntejä tehdään 1–2, jonka jälkeen asiakkaalle laaditaan hoitosuunnitelma tai hänet lähetetään tarvittaessa toiseen hoitopaikkaan. Hoidon toteutusvaiheessa tapaamisia pyritään järjestämään 2–4 kertaa kuukaudessa vähintään 1–3 kuukauden ajan. Hoitoa ja toipumista seurataan seuranta- ja seulontalomakkeiden avulla ja tarvittaessa konsultoidaan lääkäriä tai psykiatria. Asiakas voidaan ohjata myös jatkohoitoon, mikäli se nähdään tarpeelliseksi.<sup>45</sup>

#### Depressioasiakkaan hoitoon pääsy terveysasemille, kyselyjen tulokset

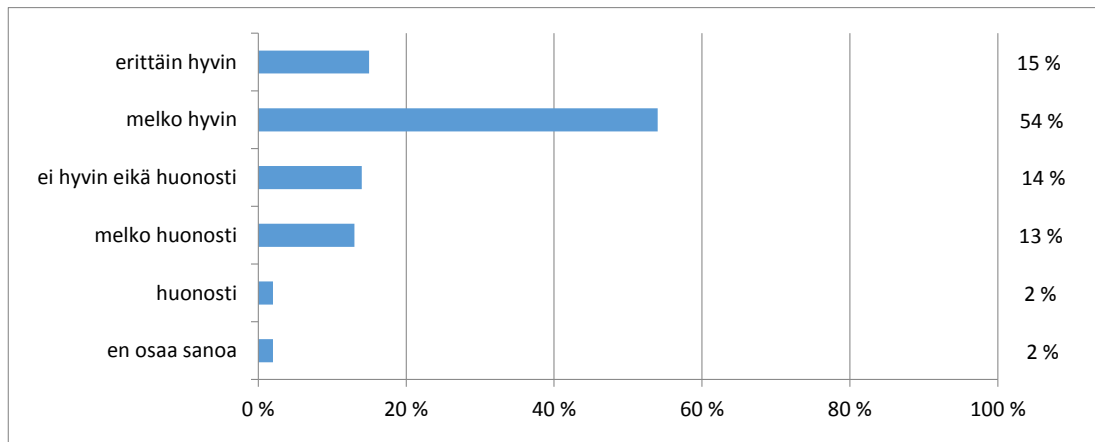
Arviointia varten totetetun omahoitaja- ja lääkärikyselyn omahoitajista kyselyyn vastasi 85 henkilöä ja omalääkäreistä 61, joten vastausprosentit ovat noin 28 ja 20<sup>46</sup>. Vastauksia tuli melko tasaisesti eri puolilta kaupunkia, pohjoisen alueelta eniten (55 vastaajaa). Omahoitajien ja omalääkäreiden kyselyssä 60 prosenttia näki, että masennusoireet tunnistetaan ja seulotaan melko hyvin, mutta jopa 19 prosenttia vastaajista näki tilanteen olevan melko huono. Omahoitajien ja omalääkäreiden välillä oli eroa: omahoitajat olivat selvästi omalääkäreitä kriittisempiä sen suhteen, kuinka hyvin masennusoireet tunnistetaan ja seulotaan.

Psykiatrisia sairaanhoitajia koskevaan kyselyyn vastasi 20, eli vastausprosentti on 80. Vastaajista 65 prosentin mukaan asiakkaan masennusoireet tunnistetaan ja seulotaan terveysasemalla melko hyvin. Kuuden vastaajan (30 prosenttia) mukaan tämä toteutuu ”ei hyvin eikä huonosti”.

Kyselyn mukaan omahoitajista ja –lääkäreistä lähes 70 prosenttia vastasi depressiopotilaan pääsevän erittäin hyvin tai melko hyvin terveysasemalle silloin, kun hän hakee apua mielenterveysongelmaansa. Terveysasemalle pääsee huonosti tai melko huonosti 15 prosentin mukaan vastanneista.

<sup>45</sup> Terveysaseman psykiatrisen sairaanhoitajan avosairaanhoidon vastaanotto, 8.9.2010

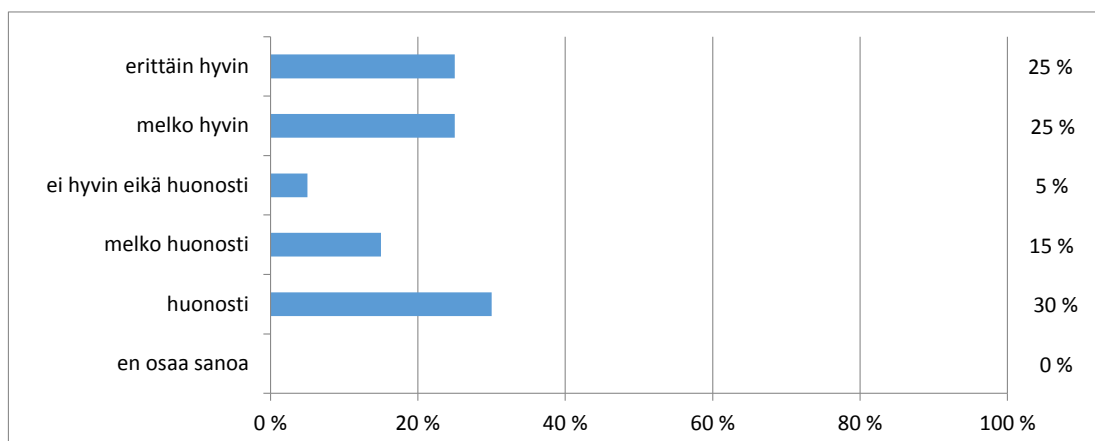
<sup>46</sup> alhainen vastausprosentti voi hieman vääristää tuloksia. Todennäköisesti henkilöt, jotka eivät ole työtilanteeltaan kovin kuormittuneita, ovat vastanneet kyselyyn ja vastaukset saattavat painottua positiivisemmin suhtautuviin



Kuvio 4. Miten depressiopotilas pääsee hoitoon terveysasemalle silloin, kun hän hakee apua mielenterveysongelmaansa? (omahoitajat ja -lääkärit, n=146)

Psykiatristen sairaanhoitajien mukaan psykiatrisen sairaanhoitajan palvelua tarvitsevat ohjautuvat vastaanotolle erittäin hyvin (25 prosenttia) tai hyvin (55 prosenttia). Omahoitajien ja omalääkäreiden vastaukset olivat kriittisemmät. Omahoitajista ja lääkäreistä 21 prosenttia näki, että vastaanotolle pääsee hyvin, 41 prosenttia näki pääsyn melko hyvänä ja lähes 20 prosenttia huonona tai melko huonona.

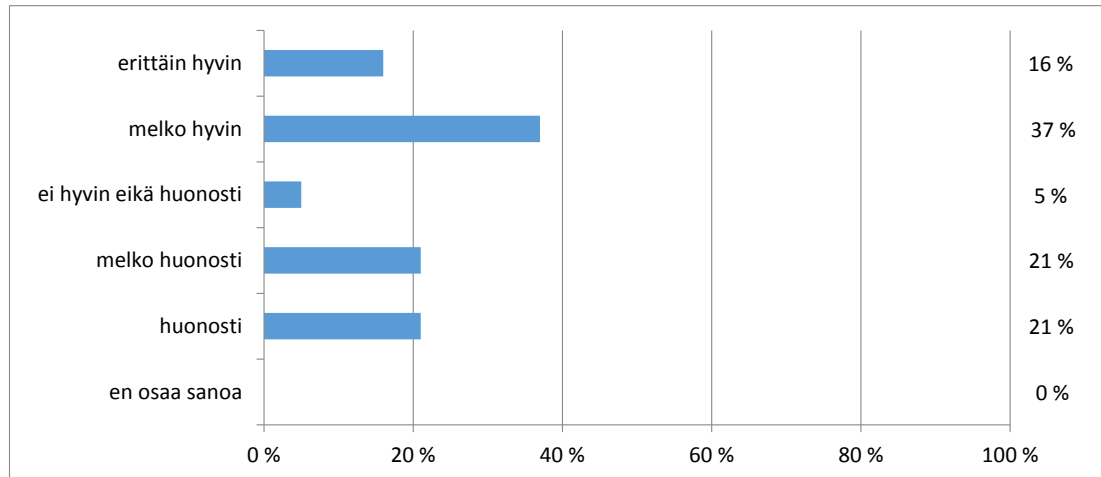
Kysely psykiatrisille sairaanhoitajille osoitti, että ensimmäisen vastaanottoajan saaminen kahden viikon kuluessa toteutuu erittäin vaihtelevasti. Hoitoketjukuvausten mukainen tavoite toteutuu 50 prosentin mukaan hyvin tai erittäin hyvin, mutta 45 prosentin mukaan huonosti tai melko huonosti, kuten alla olevasta kuviosta voidaan havaita.



Kuvio 5. Hoitoketjukuvausten mukaan psykiatrisen sairaanhoitajan avosairaanhoidon ensimmäinen vastaanotto pyritään antamaan kahden viikon kuluessa potilaan yhteydenotosta. Tämä toteutuu mielestäni (psykiatriset sairaanhoitajat, n=20)



Vastaavasti psykiatrisen sairaanhoitajan hoitoketjukurvauksen mukaiset arviointikäynnit akuuttivaiheessa toteutuvat vaihtelevasti, noin 53 prosentin mukaan hyvin tai erittäin hyvin, mutta 42 prosentin mukaan (kahdeksan vastaajaa) huonosti tai melko huonosti alla olevan kuvion mukaan:



Kuvio 6. Hoitoketjukurvauksen mukaan arviointikäynnit pyritään toteuttamaan akuuttivaiheessa 2–4 kertaa kuukaudessa 1–3 kuukauden ajan. Tämä toteutuu mielestäni (psykiatriset sairaanhoitajat, n=19)

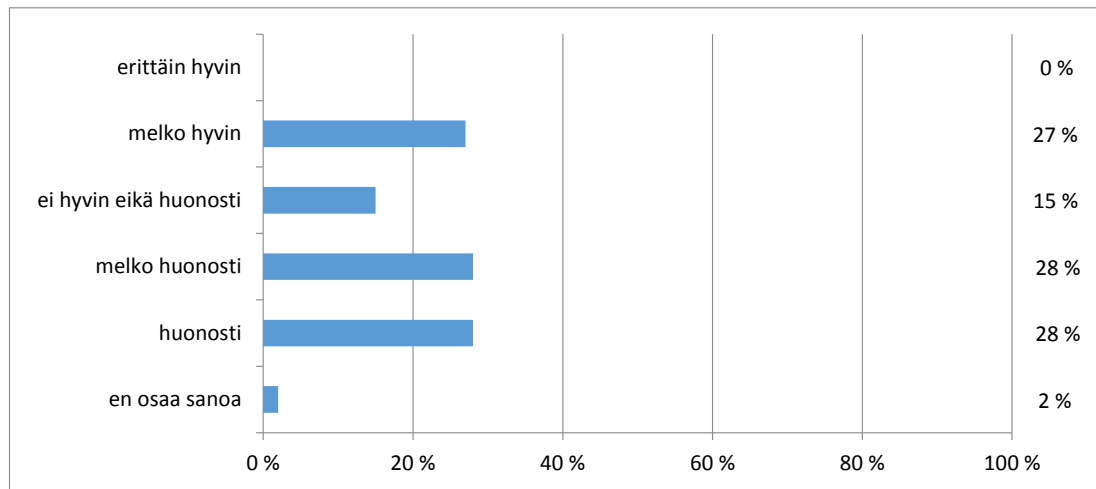
Kyselyistä voidaan päätellä, että hoitosuunnitelmia laaditaan vastausten mukaan vaihtelevasti. Omalääkäreistä vain noin 13 prosentin mukaan se laaditaan kaikille tai lähes kaikille, yli 38 prosentin mukaan suurimmalle osalle. Kuitenkin lähes saman verran oli sitä mieltä, että hoitosuunnitelma laaditaan vain noin puolelle tai alle puolelle.

Psykiatristen sairaanhoitajien mukaan aikuisen depressiopotilaan hoito terveysasemalla toimii kuitenkin melko hyvin, 87,5 prosenttia vastaajista oli tätä mieltä. Vähän alle puolet psykiatrisista sairaanhoitajista näki, että depressioasiakkaista alle puolet ohjautuu jatkohoitoon, mutta vastauksissa oli runsaasti vaihtelua. Jatkohoitoon pääsee hoitajien mukaan varsin vaihtelevasti: 25 prosenttia näki, että melko hyvin, mutta puolet katsoi, että hoitoon pääsee huonosti tai melko huonosti.

Omalääkäreiden vastaukset myös vaihtelivat: 27 prosentin mukaan depressiopotilaat pääsevät tarvittaessa psykiatrian poliklinikalle melko hyvin, mutta 57 prosentin mukaan melko huonosti tai huonosti, kuten alla olevasta kuviosta havaitaan:



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki



Kuvio 7. Miten depressiopotilaat pääsevät tarvittaessa psykiatrian poliklinikalle silloin, kun kyse ei ole akuutista kriisistä? (omalääkärit, n=60)

#### Psykiatrian poliklinikat<sup>47</sup>

Terveysasemalta asiakas voidaan ohjata psykiatrian poliklinikalle tai hän voi tulla/hänet voidaan ohjata psykiatrian poliklinikan akuuttityöryhmään suoraan. Poliklinikat tarjoavat neuvontaa sekä psykiatrista tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta. Hoito poliklinikalla alkaa aina tutkimus- ja arviointikäynneillä. Tutkimuskäyntien jälkeen potilaalle annetaan hoitosuositus tai sovitaan hoidon jatkumisesta psykiatrian poliklinikalla.

Psykiatrian poliklinikoilla hoitomuotoina käytetään muun muassa perhe- ja verkostotyötä, yksilökeskusteluja, erilaisia ryhmämuotoisia hoitoja, toimintaterapiaa ja lääkehoitoa. Toteutunutta hoitoa arvioidaan ja suunnitellaan määräajoin yhdessä potilaan kanssa.

Auroran sairaalan psykiatrian päivystysyksikkö antaa välitöntä psykiatrista ensiapua ympärivuorokautisesti. Etelän psykiatria- ja päihdekeskuksen alueella on 3.2.2014 lähtien mielialahäiriöt (kolme työryhmää) ja ruotsinkielinen työryhmä Kivelän toimipisteessä ja muut toiminnat, muun muassa akuuttivastaanotto, Sturenkadun toimipisteessä. Idän (Tallinnanaukio), lännen (Laakso) ja pohjoisen (Malmi) psykiatria- ja päihdekeskusten alueella on kussakin myös psykiatriset poliklinikat. Kussakin neljässä psykiatria- ja päihdekeskuksessa on muun muassa päiväsairaala ja psykiatrisia sairaanhoitajia.

Jokaisella psykiatrian poliklinikalla toimii akuuttityöryhmä, joka antaa kiireellistä psykiatrista hoitoa. Akuuttityöryhmän hoitoon hakeudutaan tilanteissa, joissa potilaalla on jokin vakava psykiatrinen oike, kuten itsemurha-

<sup>47</sup> Sosiaali- ja terveystieteiden intranet, lokakuu 2014



ajatuksia, psykoosioire tai uhka sen alkamisesta, vaikea-asteinen masennusoire tai hänellä on vakava elämänkriisi, johon liittyy psyykkisiä oireita.

Psykiatria- ja päihdepalveluissa on yhteensä 1 407 vakanssia (tilanne 1.10.2014), joista psykiatria- ja päihdekeskuksissa 493 (etelä 146, itä 122, länsi 109, pohjoinen 116), erityispalveluissa 260, psykiatrisessa sairaalahoidossa ja päivystyksessä 499 ja asumisen tuessa 141. Johdon työpisteessä on 14 vakanssia. Vakansseista on lääkäreitä kymmenen prosenttia, vaativissa hoitoalan ammattitehtävissä toimivia (muun muassa sairaanhoitajat ja osastonhoitajat) noin 40 prosenttia ja hoitoalan ammattitehtävissä (muun muassa lähihoitajat) toimivia noin 18 prosenttia.

Sosiaali- ja terveysviraston toiminnallisen tilinpäätöksen 2013 mukaan psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa oli esimerkiksi omassa toiminnassa perusterveydenhuollossa selviämishoitoasemalle 5 500 käyntiä, jotka maksoivat yhteensä 1 001 254 euroa eli 182 euroa/suorite. Vaikka käyntien määrä kasvoi 623:lla edellisvuodesta kustannukset pienuivat 163 960 eurolla. Lisäksi perusterveydenhuololle oli päihdeterveydenhoitajilla suoritteita 10 158, jotka maksoivat 786 192 euroa eli 77,4 euroa suorite. Tästä toiminnosta ei ole vuoden 2012 vertailulukuja tilastossa.

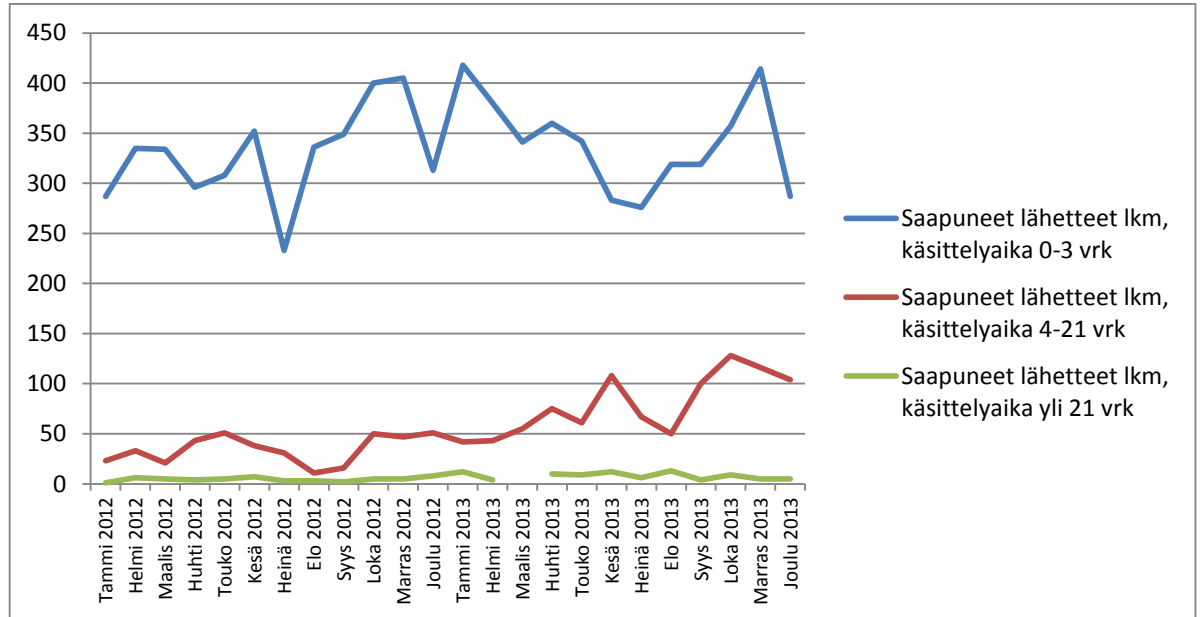
Sosiaali- ja terveysviraston talousarvion 2014 mukaan lisääntyvän ja moninaistuvan päihteiden käytön voidaan arvioida lisäävän psykiatria- ja päihdepalvelujen käyttöä 2014–2016, joka korostuu Helsingissä, koska perheen sosiaalinen tuki puuttuu yhä useammalta. Päivystyspalveluiden kysyntä ei kasva mikäli kiireettömän ja niin sanotun puolikiireellisen palvelun tarjonta on riittävä.



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

## Hoitoon pääsy psykiatrian poliklinikoille tilastojen mukaan

Psykiatrian poliklinikoita koskee erikoissairaanhoidon hoitotakuu (hoidon tarpeen arviointi kolmen viikon aikana ja hoitoon pääsy kuuden kuukauden kuluessa). Sosiaali- ja terveystieteiden tilastojen mukaan läheteet käsitellään lakisääteisissä ajoissa hyvin, kuten alla olevista kuvioista voidaan päätellä<sup>48</sup>.



Kuvio 8. Psykiatrian poliklinikoille tulleiden läheteiden määrä ja niiden käsittelyajat 2011-2013<sup>49</sup>

Hoitoon pääsy on myös toteutunut hyvin lakisääteisten aikojen puitteissa kaupungin oman seurannan (toteutunut arviointi ja hoito) mukaisesti. Valviran valvontaohjelman mukaan valvontatoimenpiteisiin ryhdytään, jos erikoisalakohdaisesta jonossa on yli kuusi kuukautta jonottaneita yli viisi prosenttia ja absoluuttisesti vähintään 10 potilasta.<sup>50</sup>

Pitkään hoitoa jonottaneita ei juuri ole ollut, kuten seuraavista kuvioista havaitaan.

<sup>48</sup> sisältää vain ne läheteet, joita ei ole palautettu. Läheteiden taso vaihtelee muun muassa lähettävän lääkärin kokemuksen mukaan. Psykiatriassa vajaa viidennes (n. 17 %) läheteistä on sellaisia, joihin lisäselvittelyn jälkeen annetaan pelkästään vastaus (esim. ohjaus oikeaan paikkaan tai lääkehoito-ohjeet).

Sosiaali- ja terveystieteiden, Kehittämisen ja toiminnan tuki 11.12.2014

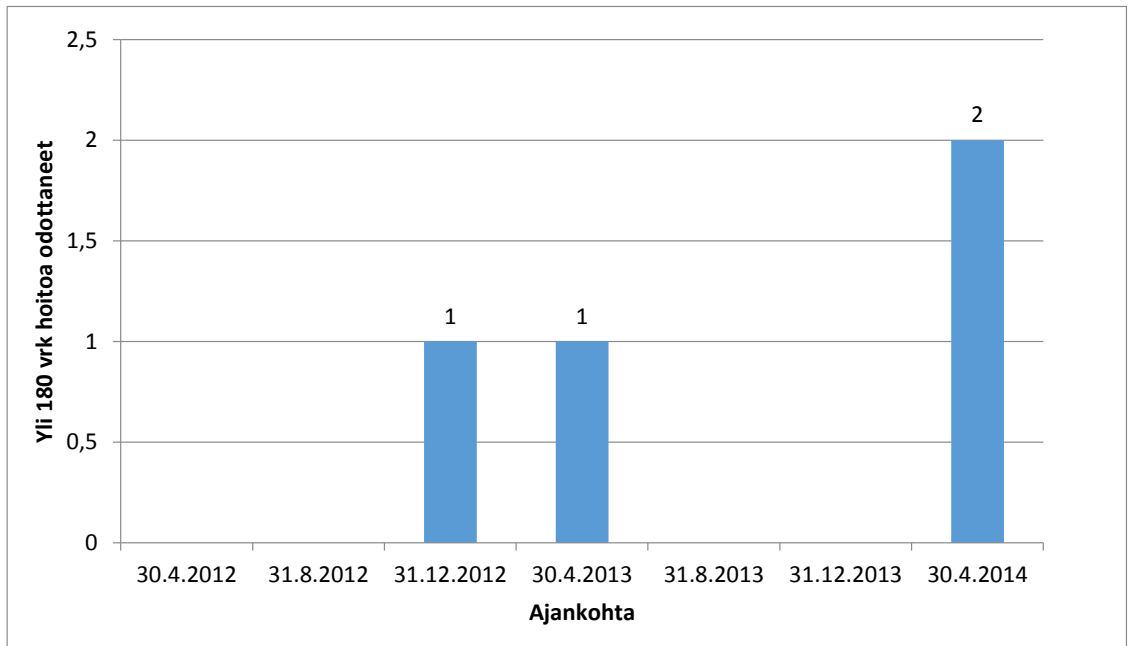
<sup>49</sup> Sosiaali- ja terveystieteiden, Tietohuolto- ja tilastopalvelut. Mukana kaikki läheteet, myös ne, jotka eivät kuulu hoitotakuun piiriin.

<sup>50</sup> Sosiaali- ja terveystieteiden, Tietohuolto- ja tilastopalvelut

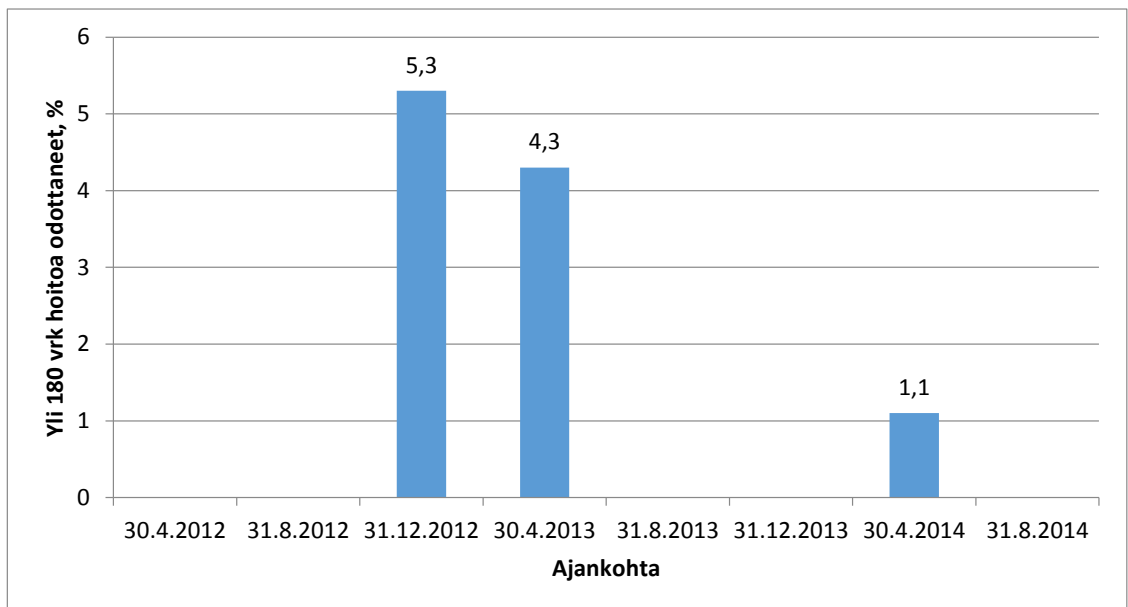




Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki



Kuvio 9. Psykiatrian poliklinikoille hoitoa yli 180 vuorokautta odottaneet 2012–2014<sup>51</sup>



Kuvio 10. Psykiatrian poliklinikoille hoitoa yli 180 vuorokautta odottaneet 2012–2014 prosenttia hoitoa odottavista<sup>52</sup>

<sup>51</sup>Erikoissairaanhoidon hoitoonpääsy, THL

<sup>52</sup>Erikoissairaanhoidon hoitoonpääsy, THL

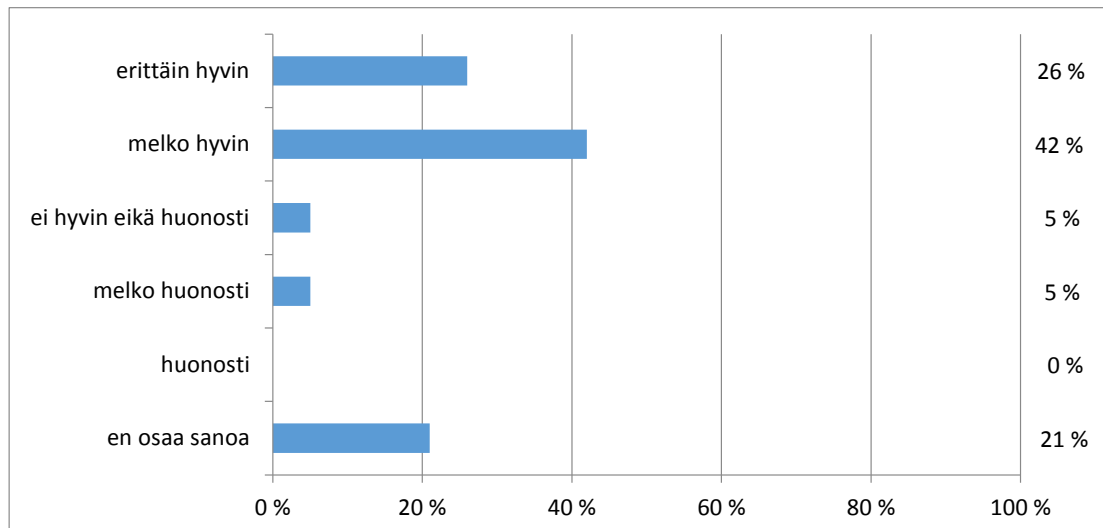


Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

## Depressiopotilaan hoitoon pääsy psykiatrian poliklinikoille kyselyjen mukaan

Koska hoitotakuutilastot eivät erittele potilaita diagnoosin mukaan, depressiopotilaisiin, päihdeongelmaisiiin ja kaksoisdiagnoosipotilaisiin liittyen tehtiin kysely psykiatria- ja päihdepoliklinikoille. Kyselyyn vastasi neljästä ylilääkäristä kolme, neljästä ylihoitajasta kaksi ja neljästä psykososiaalisen työn päälliköstä kolme sekä poliklinikkojen esimiehistä 12<sup>53</sup>, yhteensä 20 henkilöä. Muista keskuksista tuli hyvin vastauksia, mutta idän psykiatria- ja päihdekeskuksesta vain yksi. Poliklinikoiden esimiehet antoivat johtoa enemmän ”en osaa sanoa” -vastauksia, muutoin vastaukset olivat samansuuntaisia.

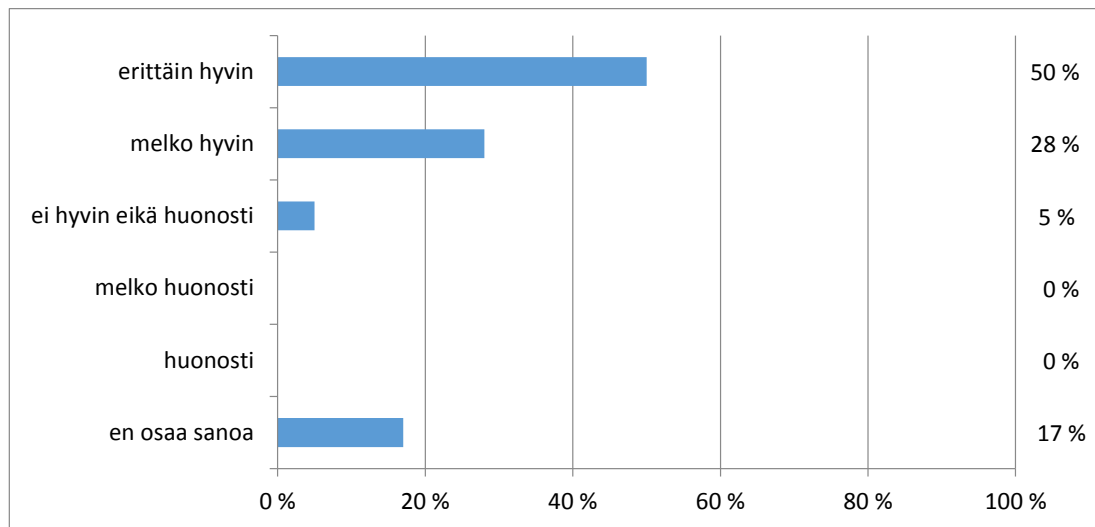
Aikuisen depressiopotilaan hoidon tarpeen arviointi psykiatrian poliklinikalla toteutuu kyselyn mukaan hyvin: yli 68 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä että se toteutuu melko hyvin tai erittäin hyvin, kuten kuviosta voidaan havaita. Hajoontaa oli kuitenkin jonkin verran.



Kuvio 11. Aikuisen depressiopotilaan hoidon tarpeen arvio psykiatrian poliklinikalla toteutuu kolmen viikon kuluessa mielestäni (psykiatria- ja päihdepoliklinikat, n=19)

Myös hoitoon pääsy kuuluu hoitotakuun piiriin. Vastanneista sekin toteutuu melko hyvin tai erittäin hyvin (78 prosenttia vastaajista), kuten alla olevasta kuviosta voidaan havaita.

<sup>53</sup> osastonhoitaja, johtava sosiaaliterapeutti, vastaava sairaanhoitaja, vastaava psykologi, lähiesimies,



Kuvio 12. Aikuisen depressiopotilaan hoito psykiatrian poliklinikalla on mielestäni järjestetty tai aloitettu kohtuullisessa ajassa kiireellisyys huomioiden, kuitenkin viimeistään kuuden kuukauden kuluessa (psykiatria- ja päihdepoliiklinikat, n=18)

Vastaajista 63 prosenttia oli sitä mieltä, että depressiopotilaan hoito psykiatrian poliklinikalla toimii melko hyvin. Silti avovastausten mukaan psykiatrian hoitopolkumallia tulisi arvioida uudelleen. Psykiatrian ja päihdepoliiklinikoilla toivottiin resursseja lisää erityisesti masennuspotilaiden tunnistamiseen ja varhaiseen hoitoon perusterveydenhuollossa. Psykiatrisia sairaanhoitajia on liian vähän. Yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa tulisi lisätä ja työnjakoa selkiyttää.

Psykiatrian poliiklinikoilla nähtiin olevan pula lääkäreistä (70–80 potilasta/hoitava henkilö ja 150–170 potilasta/lääkäri). Lääkärit eivät ehdi arvioida ja hoitaa nykyistä määrää potilaita riittävän tiiviisti. Erityisesti työterveyshuollon kanssa tarvittaisiin yhteistyötä sairausloma-asioissa.

Toistuvien ja pitkäaikaisten masennusten hoito jää joskus pitkäaikaisesti psykiatrian poliiklinikalle, koska hoitoa on hankala päättää. Jotta uudet asiakkaat pääsisivät paremmin palvelun piiriin, avovastauksissa esitettiin, että jatkohoitona olisi kehitettävä ryhmähoitomenetelmiä ja vertaistukea. Lisäksi ehdotettiin erilaisten nettiterapioiden käyttöönottoa osaksi hoitovalikkoa ja aktiivista ohjaamista Kelan kustantamiin terapioihin yksityissektorille.

## Päihdepalvelut

### Terveysasemat

Päihdeongelmaiset voivat hakea apua terveysasemalta tai suoraan päihdepoliiklinikoilta. Jokaisella terveysasemalla on vastuupäihdehoitaja, yhteensä



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

päihdehoitajia on 11. Vastuupäihdehoitaja voi toimia useammalla terveysasemalla, kullakin on siis 1–3 terveysasemaa vastattavanaan. Päihdehoitajat tarjoavat apua lievempiin ongelmiin tai auttavat jatkohoitoon hakeutumisessa. Pääasiallisena kohderyhmänä ovat varhaisen vaiheen päihteiden riskikäyttäjät, joille tilannearvion perusteella tehdään hoitosuunnitelma ja ohjaus tarvittaessa päihdehuollon erityispalveluihin.<sup>54</sup>

Yhteydenotto terveysasemalle voi tulla joko henkilöltä itseltään, päihdeklinalta, katkaisuhoidosta, sairaaloista, kotihoidosta tai poliisilta ajokorttiseurantaa varten. Lääkäri ja hoitaja arvioivat asiakkaan hoidon tarpeen, tarvittaessa päihdetyöntekijää konsultoiden, ja asiakasta kehoitetaan ottamaan yhteyttä päihdetyöntekijään ajan tai puhelinajan varaamiseksi. Ensimmäinen vastaanottoaika pyritään antamaan 3–7 päivän sisällä asiakkaan yhteydenotosta. Vastaanotolla tehdään kaksi arviointikäyntiä, jonka jälkeen hänelle laaditaan hoitosuunnitelma terveysasemalla tai hänet ohjataan päihdeklinalle, katkaisuhoidon tai vertaistukiryhmiin. Terveysasemalla hoitokäynnit, noin 1–6, pyritään toteuttamaan 1–2 viikon välein, jonka jälkeen toteutetaan seurantakäynti tarvittaessa. Lähetettä päihdetyöntekijän vastaanotolle ei tarvita. Terveysaseman päihdevastuuhoitaja tarvittaessa ohjaa asiakkaan jatkohoitoon esimerkiksi päihdepoliklinikoille, päihdepsykiatrian klinikalle, päivätoimintakeskuksiin tai vieroitukseen.<sup>55</sup>

### Päihdeongelmaisen hoitoon pääsy terveysasemalle kyselyjen mukaan

Terveysasemilla hoitoon pääsyä tiedusteltiin omahoitaja- ja lääkärinkyselyssä sekä kyselyllä päihdehoitajille. Päihdehoitajien vastauksia tuli 14 ja ne koskivat tilannetta eri terveysasemilla, sillä osa päihdehoitajista toimii usealla terveysasemalla. Terveysasemia on 25 kappaletta, eli vastaukset kattoivat terveysasemista 56 prosenttia. Vastauksista suurin osa koski idän tai pohjoisen aluetta.

Omahoitajat ja -lääkärit näkivät, että päihdeongelmat tunnistetaan ja seulotaan terveysasemalla melko hyvin tai hyvin 44 prosentin mukaan. Silti jopa 25 prosenttia näki tilanteen olevan huono tai melko huono. Päihdehoitajien vastaukset olivat positiivisemmat: suurimman osan mielestä (noin 64 prosenttia) asiakkaiden päihdeongelmat tunnistetaan ja seulotaan terveysasemalla melko hyvin ja vain kolmen vastauksen mukaan tämä onnistuu huonosti tai melko huonosti.

Omahoitajien ja omalääkäreiden mukaan päihdeongelmainen pääsee terveysasemalle hoitoon erittäin hyvin (14 prosenttia) tai melko hyvin (56 prosenttia) silloin, kun hän hakee apua päihdeongelmaansa. Vastanneista 13

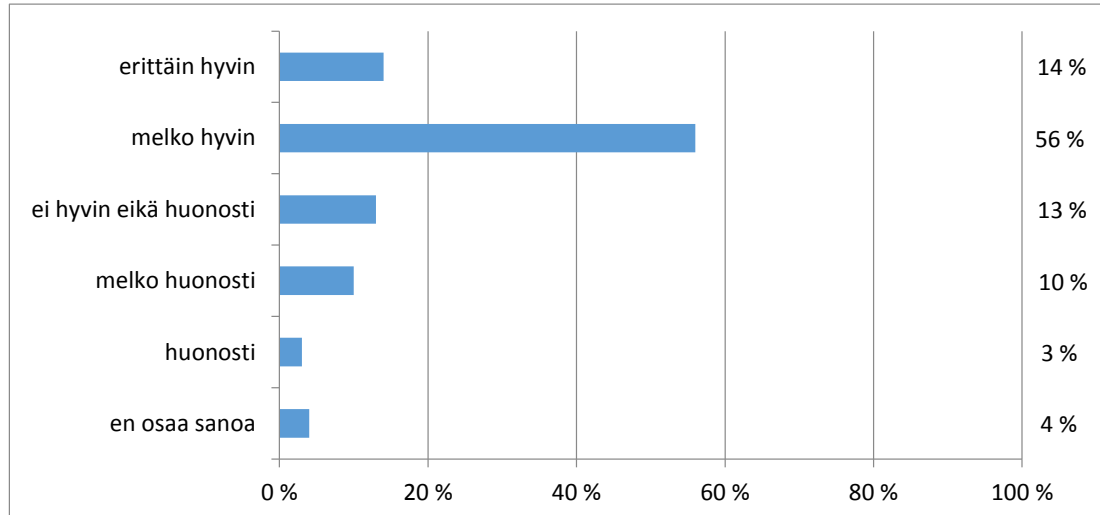
<sup>54</sup> Sosiaali- ja terveyskeskuksen intranet, syyskuu 2014

<sup>55</sup> Terveysaseman päihdetyöntekijän avosairaanhoidon vastaanotto, 19.4.2012



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

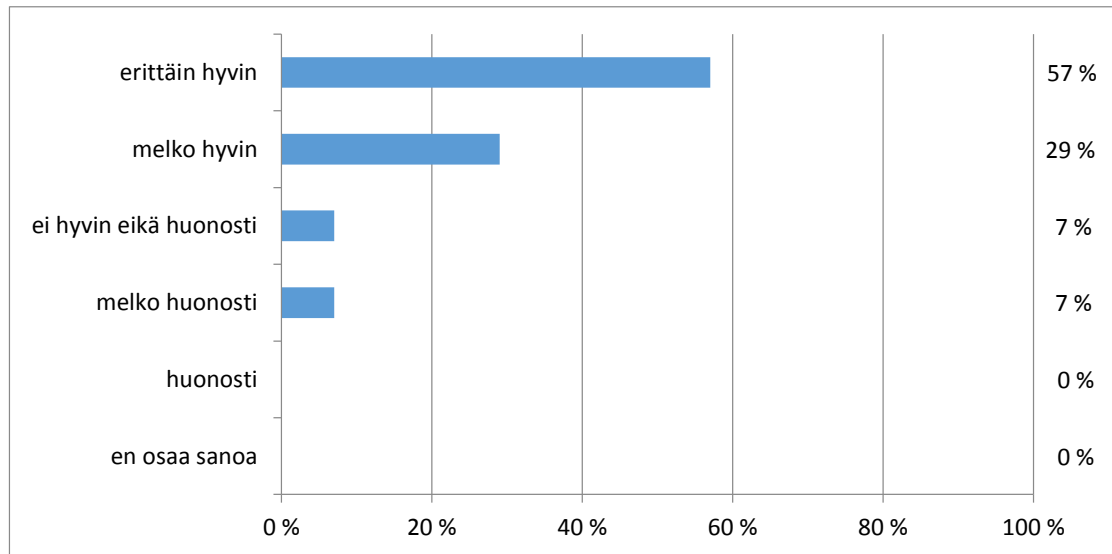
prosenttia näki hoitoon pääsyn olevan huonoa tai melko huonoa, kuten alla olevasta kuviosta voidaan havaita:



Kuvio 13. Miten päihdeongelmainen pääsee hoitoon terveysasemalle silloin, kun hän hakee apua päihdeongelmaansa? (omahoitajat ja omalääkärit, n=146)

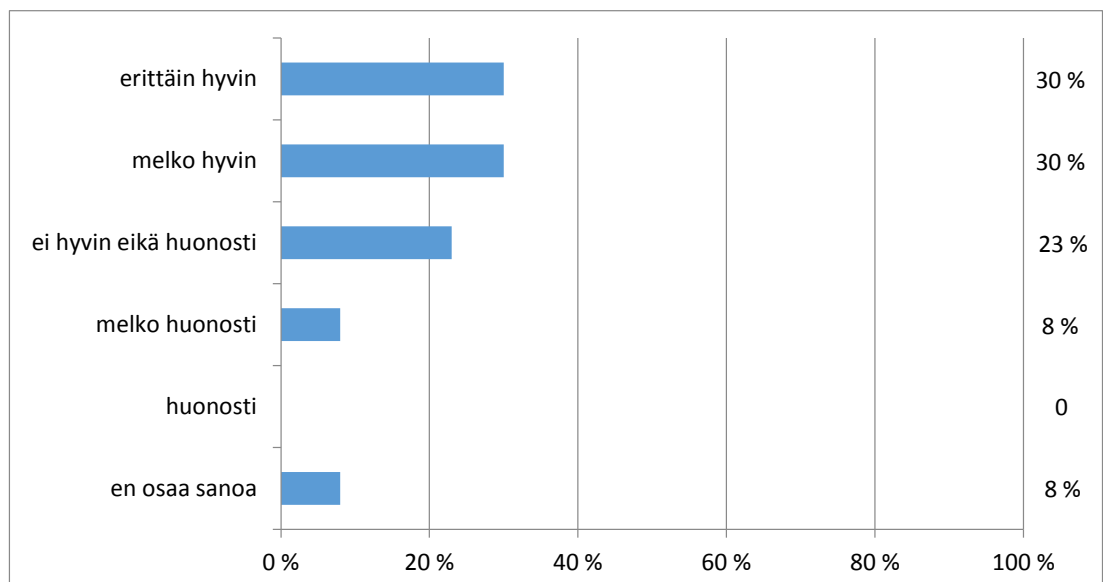
Omahoitajat ja -lääkärit näkivät, että päihdehoitajan vastaanotolle pääsee erittäin hyvin tai melko hyvin (82 prosenttia). Lääkäreiden vastaukset ovat hieman positiivisemmat kuin hoitajien. Päihdehoitajien kyselyn mukaan päihdehoitajan palvelua tarvitsevat ohjautuvat vastaanotolle puolessa terveysasemista melko hyvin, kolmasosan mukaan ei hyvin eikä huonosti.

Päihdehoitajien mukaan ensimmäinen vastaanottoaika 3–7 päivän kuluessa toteutuu lähes 60 prosentissa terveysasemia erittäin hyvin ja noin kolmasosan mukaan melko hyvin, eli päihdetyöntekijän prosessikuvauksen mukaisesti, kuten kuviosta 14 voidaan päätellä.



Kuvio 14. Päihdetyöntekijän prosessikuvauksen mukaan ensimmäinen vastaanottoaika pyritään antamaan 3–7 päivän kuluessa potilaan yhteydenotosta. Tämä toteutuu mielestäni (päihdehoitajat, n=14).

Päihdehoitajan prosessikuvauksen mukainen tavoite siitä, että asiakas pyritään tavoittamaan puhelimitse, mikäli ei saavu vastaanotolle, toteutuu hyvin vaihtelevasti. Arviointikäynnit pyritään toteuttamaan 1–2 viikon välein. Tämä puolestaan toteutuu melko hyvin tai erittäin hyvin (noin 60 prosenttia), kuten alla olevasta kuviosta havaitaan:



Kuvio 15. Päihdetyöntekijän prosessikuvauksen mukaan arviointikäynnit pyritään toteuttamaan tiivisti 1–2 viikon välein. Tämä toteutuu mielestäni (päihdetyöntekijät, n=13).



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

Hoitosuunnitelmia laaditaan vastausten mukaan myös melko vaihtelevasti. Omalääkäreiden kyselyn mukaan hoitosuunnitelma laaditaan kaikille tai suurimmalle osalle vain 30 prosentin mukaan. Lähes 30 prosenttia arveli sen laadittavan alle puolelle. Päihdehoitajat uskoivat hoitosuunnitelman laaditun useammin.

Puolessa päihdehoitajien vastauksista arvioitiin aikuisen päihdeongelmaisen hoidon toimivan terveysasemalla melko hyvin. Päihdetyöntekijöiden arvion mukaan asiakkaista ohjautuu muualle jatkohoitoon noin puolet tai alle puolet. Lähes 80 prosentin mukaan jatkohoitoon pääsee erittäin tai melko hyvin.

#### Päihdepoliklinikat<sup>56</sup>

Päihdepoliklinikat ovat riippuvuusongelmiin erikoistuneita avohoitopaikkoja. Ne ovat sosiaalipalvelua, joita lakisääteiset hoitoon pääsyn kriteerit eivät koske. Poliklinikat tarjoavat palveluja haitallisiksi muodostuneiden riippuvuusongelmien hoitoon. Palvelut on tarkoitettu sekä päihteiden käyttäjille että heidän läheisilleen. Asiakkailla on mahdollisuus valita millä päihdepoliklinikalla hän asioi. Hoidon onnistumisen kannalta on kuitenkin tärkeää, että asiakas asioi valitsemallaan klinikalla koko hoitosuhteen ajan. Hoidon käynnistyttyä klinikan vaihtaminen edellyttää siirtoneuvottelun käymistä. Poikkeuksena ovat päihdepoliklinikoiden ryhmät, jotka ovat vapaasti käytettävissä hoitopaikasta riippumatta. Päihdepoliklinikoiden palveluihin kuuluu päihde- ja peliriippuvuuksien hoito, läheisten tuki ja neuvonta, kuntoutus, katkaisuhoido, huumevieroitus avohoidossa, perheiden avokuntoutus ja ryhmämuotoinen yksilökuntoutus.

Helsingissä on neljä päihdepoliklinikkaa, jotka ovat Etelän päihdepoliklinikka, Idän päihdepoliklinikka, Pohjoisen päihdepoliklinikka (Malmin ja Maunulan toimipisteet) ja Lännen päihdepoliklinikka. Pohjoisen päihdepoliklinikka oli vuonna 2013 asiakasmäärällään 1 206 asiakasta suurin. Toiseksi suurin oli Lännen päihdepoliklinikka jossa kävi 1 067 asiakasta. Etelän päihdepoliklinikalla kävi 1 014 asiakasta ja idän päihdepoliklinikalla 944 asiakasta.

Sosiaali- ja terveysviraston nettisivujen mukaan kaikilla päihdepoliklinoilla on neuvontaa puhelimitse virka-aikana. Etelän, Idän ja Pohjoisen/Malmin toimipisteessä on vastaanotto hoidon tarpeen arviointiin, asiakkaan ohjaukseen ja neuvontaan päihdepalveluihin liittyvissä asioissa ilman ajanvarausta aamuisin.

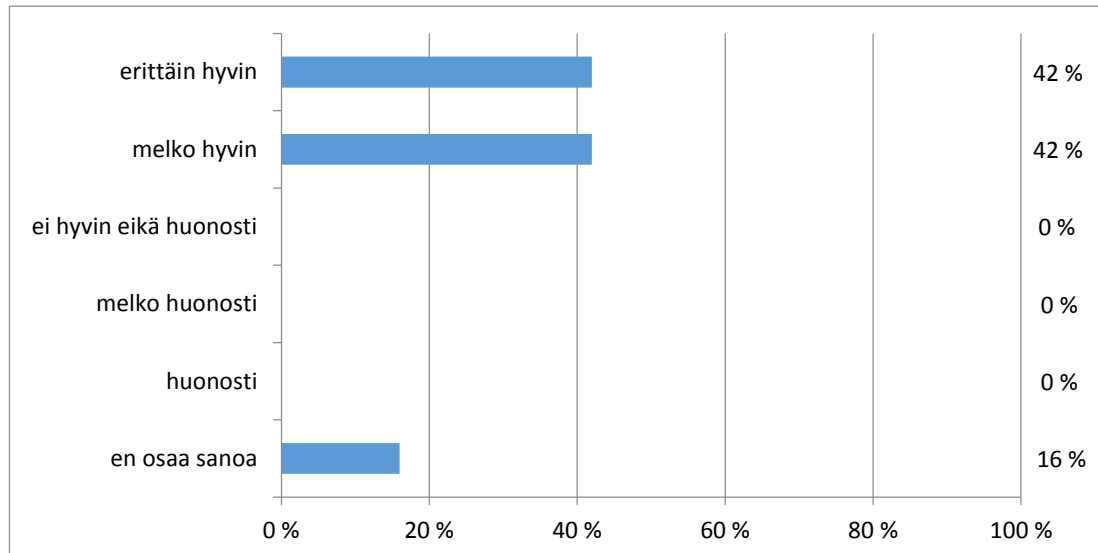
#### Päihdeongelmaisen hoitoon pääsy päihdepoliklinikoille kyselyn mukaan

Depressiopotilaisiin, päihdeongelmaisiin ja kaksoisdiagnoosipotilaisiin liittyvään kyselyyn psykiatrian ja päihdepoliklinikoille saatiin yllilääkäreiltä, ylihoitajilta, psykososiaalisen työn päälliköiltä ja poliklinikkojen esimiehiltä yhteensä 20 vastausta. Kyselyn mukaan vastaajista suurin osa (84 prosenttia) oli sitä

<sup>56</sup> Sosiaali- ja terveysviraston intranet, syyskuu 2014



mieltä, että päihdeongelmainen pääsee hoitoon päihdepoliklinikalle erittäin hyvin tai hyvin, kuten alla oleva kuvio osoittaa.



Kuvio 16. Päihdeongelmainen pääsee hoitoon päihdepoliklinikalle mielestäni (psykiatria- ja päihdepoliikklinikat, n=19)

Poliklinikoilla oltiin pääosin sitä mieltä, että kaikille tai lähes kaikille päihdeasiakkaille (39 prosenttia vastaajista) tai ainakin suurimmalle osalle (28 prosenttia) laaditaan hoitosuunnitelma. Suurimpana ongelmana sille, että hoitosuunnitelmaa ei saada laadittua, on se, että asiakas keskeyttää hoidon jo arviointijaksolla tai katkaisuhoidon jälkeen. Aikuisen päihdeongelmaisen hoito päihdepoliklinikalla toimii vastanneiden mukaan melko hyvin (78 prosenttia vastanneista). Yleisimmät jatkohoitoa paikat päihdeasiakkaille on laitospolikliikkaisu, laitospolikliikkaisu, laitospolikliikkaisu, intensiiviset avokuntoutuspalvelut, päiväkeskukset ja vertaistuki. Vastaajista suurin osa (yli 72 prosenttia) oli sitä mieltä, että jatkohoitoon pääsee hyvin tai erittäin hyvin.

### Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoito

Kaksoisdiagnoosiasiakkaaseen liittyviä kysymyksiä sisältyi sekä terveysasemien omahoitaja- ja lääkärikyselyyn, kyselyyn päihdehoitajille, psykiatrisille sairaanhoitajille että päihde- ja psykiatrian poliikkilikoille.

Omahoitajilta ja lääkäreiltä saatujen vastausten mukaan terveysasemilla tunnistetaan ja seulotaan kaksoisdiagnoosiasiakkaat pääosin melko hyvin (lähes 39 prosenttia), mutta vastaukset vaihtelivat. Huono tai melko huono tilanteen näki olevan noin 21 prosenttia vastaajista. Psykiatrisista sairaanhoitajista 35 prosenttia näki, että terveysasemalla tunnistetaan ja seulotaan kaksoisdiagnoosiasiakkaat melko hyvin, mutta saman verran näki tilanteen olevan huono tai melko huono.





Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

Omahoitajista ja -lääkäreistä 37 prosenttia arvioi hoidon terveysasemalla toimivan keskinkertaisesti ("ei hyvin eikä huonosti"), 18 prosenttia arvioi sen toimivan melko hyvin, 31 prosenttia melko huonosti tai huonosti. Psykiatrisista sairaanhoitajista puolet ja päihdehoitajista yli puolet näki, että hoito terveysasemalla toimii keskinkertaisesti ("ei hyvin eikä huonosti").

Päihdehoitajien vastauksista tuli ilmi, että päihdehoitajien alkuperäisen kohdeyhmän tuli olla alkoholin suurkuluttajat, mutta käytännössä asiakkaaksi ovat ohjautuneet monenlaiset – lähinnä lääkkeiden – sekakäyttäjät. Samoin päihdetyöntekijät näkivät, ettei kaksoisdiagnoosiasiakkaista edelleenkään ota mitään taho vastuuta. Päihdetyöntekijöiden mukaan päihdeongelmaiset pääsevät hyvin päihdehoitoon, mutta päihdeasiakkaan psyykkisen puolen ongelmat tulisi hoitaa myös. Tilanne vaikuttaa yhä olevan kahtiajakautunut siten, että psykiatria ei hoida päihdeongelmaa ja päihdehoidossa ei hoideta asiakkaan mielenterveysongelmaa.

Psykiatria- ja päihdepoliklinikoille suunnatussa kyselyssä puolet vastaajista katsoi että kaksoisdiagnoosiasiakkaan hoito toimii melko hyvin poliklinikoilla, mutta osa katsoi sen toimivan melko huonosti. Lännen ja pohjoisen alueella arvioitiin kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon toteutuvan useimmiten melko hyvin tai "ei hyvin eikä huonosti" kun taas etelässä yleisin oli vastaus "melko huonosti". Ongelmina nähtiin jo ajanvarauskäytännön toimimattomuus. Joskus potilaan hoitoa siirrellään tarpeettomasti ja yhteistyötä on vielä liian vähän. Samanaikainen hoito tai sen suunnittelu ja yhteisiin tavoitteisiin pyrkiminen on vielä hyvin alussa. Avovastauksissa tuli ilmi, että ainakin päihdepuolen asiakkaiden on vaikea päästä hoitoon mielialaoireiden vuoksi. Kuten yksi vastaaja totesi: "Tavoitteena, että jossakin vaiheessa lopetetaan heistä puhuminen erityisryhmän ja heidän hoito on normaalitoimintaa."

### 2.2.3 Asiakkaiden näkemykset

Tyytyväisyyttä psykiatrian poliklinikoiden palveluihin on mitattu kahden vuoden välein. Viimeisimmät, saatavilla olevat tulokset olivat vuodelta 2012<sup>57</sup>. Tuolloin vastanneiden asiakkaiden määrä oli 296. Tulosten mukaan keskiarvo ajan saamiseen poliklinikalle (läheteestä poliklinikalle pääsyyn) asteikolla 1-5 oli 3,93 eli asiakkaat kokivat päässeensä poliklinikalle melko hyvin. Tilanne on parantunut vuosiin 2008 ja 2010 nähden. Noin viisi prosenttia vastaajista näki ajan saamisen huonona. Tilanne vaihteli siten, että parhaiten vastaanotolle koettiin pääsevän Malmin ja huonoimmin Kivelän psykiatriselle poliklinikalle.

Päihdehuollossa tehtiin asiakaskysely edellisen kerran vuonna 2012. Kysely tehtiin A-klinikoiden, korvaushoidon ja laituskuntoutuksen asiakkaille. Asiakastytyväisyyskyselyn tulokset olivat erittäin hyviä. Kysymykseen "Yksikön palveluihin pääsy sujui nopeasti ja vaivattomasti" saatiin erittäin hyvät tulokset

<sup>57</sup> Psykiatrisen sairaalahoito, asiakaskysely 2012, Helsingin kaupungin terveystieteiden keskus



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

kaikilta päihdepoliklinikoilta. Vastausten keskiarvo oli 3,58 arvoasteikolla 0-4. Vastaajia oli 295.<sup>58</sup>

Terveysasema kuntalaisen käyttöliittymänä –hankkeen loppuraportissa toteutettiin asiakastyytyväisyyskysely päihdetyöntekijöiden ja sosiaalineuvojien asiakkaille, johon vastasi 157 asiakasta. Jopa 97 prosenttia vastanneista antoi yleisarvosanaksi palvelusta neljä tai viisi (asteikolla 1–5, 5=erinomainen).<sup>59</sup> Kyselyssä ei tiedusteltu tarkemmin hoitoon pääsyä.

## 2.2.4 Hoitoketjun kehittäminen

Kyselyjen avovastauksissa pyydettiin vastaajilta kehittämisehdotuksia depressiopotilaan, päihdeongelmaisen ja kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoketjun kehittämiseksi. Ehdotukset on koottu liitteisiin 2–4. Niiden mukaan kehittämistoimenpiteitä voi ryhmitellä seuraavasti:

### Depressiopotilaan hoitoketjun kehittäminen

- lisätään depression varhaista tunnistamista arviointilomakkeiden avulla esimerkiksi somaattisten sairauksien hoidossa ja kuntoutuksessa
- depressiosta kärsivän hoitoon pääsyä nopeutetaan, jotta ongelma ei pahene
- psykiatristen sairaanhoitajien palvelujen saatavuutta lisätään terveysasemilla
- lisätään eri toimijoiden (moniammatillista) yhteistyötä
- määritellään hoidon jatkuvuus ja pituus täsmällisemmin hoitosuunnitelmassa
- joustavoitetaan hoitoketjua ja hoitoon pääsyä

### Päihdeongelmaisen hoitoketjun kehittäminen

Omahoitajat ja –lääkärit sekä päihdehoitajat ehdottivat aikuisen päihdeongelmaisen hoitoketjun parantamiseksi seuraavia kehittämistoimia (ks. liite 3):

- lisätään puheeksiottoa (mini-interventio) terveysasemien avovastaanotolla
- laaditaan selkeitä hoitosuunnitelmia systemaattisesti ja moniammatillisesti yhdessä asiakkaan kanssa, panostetaan hoitoon motivointiin
- lisätään yhteistyötä terveysasemien ja päihdepoliklinikoiden kanssa
- tunnistetaan varhain sekakäyttö seuraamalla tiiviisti rauhoittavien ja PKV lääkkeiden määräämistä ja uusimista

Päihdeongelmaisen hoitoketjua tulisi psykiatria- ja päihdepoliklinikoiden vastaajien mukaan parantaa

<sup>58</sup> Päihdehuollon asiakaskysely 2012

<sup>59</sup> Lyly 2012



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

- hoitamalla päihde- ja psykiatrisia ongelmia yhtä aikaa ja luomalla yhteisiä prosesseja ja toimintamalleja.
- laatimalla kaikille moniammatillinen hoitosuunnitelma, jota myös seurataan.
- lisäämällä joustavia vastaanottoaikoja ja jalkautuvaa palvelua
- lisäämällä koulutusta sekä hoitajille että lääkäreille päihdepotilaan kohtaamisesta ja hoitamisesta, erityisesti sekakäyttötapaauksissa

### Kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoketjun kehittäminen

Omahoitajat, omalääkärit, päihdetyöntekijät ja psykiatriset sairaanhoitajat esittivät kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoketjun kehittämistoimiksi

- sekä päihdeongelman että psyykkisten ongelmien seulonnan tehostamista ja hoitoketjun selkiyttämistä
- psykiatrisen sairaanhoitajan, päihdehoitajan ja lääkärin saumattoman yhteistyön lisäämistä
- tekemällä hoidon tarpeen arvio yhteisvastaanotolla, jossa hoitavat tahot ja mahdollisesti perheenjäsen mukana
- hoitosuunnitelmien perusteellinen laadinta ja seuranta ja sen mukainen toiminta (kuten tiukka seula PKV-lääkkeiden kirjoittamiseen)
- päihdepoliikklinikkojen ja psykiatristen poliikklinikkojen yhteistyön lisääminen ja psykiatriseen hoitoon pääsyn parantaminen huolimatta päihdeongelmasta

## 2.3 Aikuisiän diabeetikkojen hoitoon pääsy

Terveysasemilla hoidettavat kuuluvat perusterveydenhuollon lakisääteisten hoitopääsykriteerien piiriin (hoidon tarpeen arvio kolmessa vuorokaudessa, hoitoon pääsy kolmessa kuukaudessa). Sisätautien poliikklinikka kuuluu erikoissairaanhoidon hoitopääsykriteerien piiriin (hoidon tarpeen arvio kolmessa viikossa, hoitoon pääsy kuudessa kuukaudessa). Diabetesta sairastavien kohdalla noudatetaan näitä hoitoon pääsyn kriteereitä silloin, kun he haakeutuvat hoitoon uuden vaivan tai aiemman pahenemisen takia, eli akuutti- ja kontrollikäynnit eivät kuulu hoitotakuun piiriin.

### 2.3.1 Taustaa<sup>60</sup>

Diabetes on ryhmä erilaisia sairauksia, joihin liittyy pitkäaikaisesti kohonnut veren sokeripitoisuus. Taudin kaksi päämuotoa ovat tyypin 1 (nuoruustyyppin) diabetes (T1) ja tyypin 2 (aikuistyyppin) diabetes (T2), joka on tyypeistä yleisempi. Pitkäaikaisena sairautena diabetes edellyttää jatkuvaa hoitoa ja säännöllistä seurantaa. Käypä hoito -suosituksessa on arvioitu jopa yli 500 000

<sup>60</sup>Selvitys diabeteksen hoidon käytännöistä 2014; [www.diabetesliitto.fi](http://www.diabetesliitto.fi)



suomalaisen sairastavan diabetesta (todettu 250 000) ja seuraavien 10–15 vuoden aikana sairastuneiden määrä voi jopa kaksinkertaistua. Diabetes kuu-  
luu nopeimmin lisääntyviin sairauksiin. Terveysneuvonta ja kuntalaisten itse-  
hoito ja elintapamuutokset ovat tärkeä keino ehkäistä uusien tautitapausten  
syntymistä. Tämä arviointi keskittyy pääosin niihin asiakkaisiin, joilla sairaus  
on jo todettu.

Diabetespotilaan hoito ja seuranta sekä onko potilaan tarve tulla hoitajan tai  
lääkärin vastaanotolle määräytyy potilaan voinnin ja tarpeiden mukaan. Hoi-  
don suunnitelmallisuutta toteutetaan kirjaamalla asiat hoitosuunnitelmaan, jo-  
ka laaditaan potilaan kanssa. Seurantavastaanotto perustuu potilaan voinnin  
ja tilanteen arviointiin sekä hoidon ja jatkohoidon suunnitteluun. Määräajoin  
tehtävät laboratoriokokeet ja muut tutkimukset ovat tärkeitä. Niitä toteutetaan  
tavallisesti 2–12 kuukauden välein hoitosuunnitelman mukaisesti.

Helsingin kaupungilla on oma monisairaan potilaan hoitomalli, sekä HUS:n  
kanssa yhteinen tyyppin 2 diabeteksen hoitoketjumalli, joita pidetään yllä kau-  
pungin intranetissa ja jälkimmäistä HUS:n ekstranetissa. Monisairaan potilaan  
hoitomallissa ohjeistetaan terveyskeskusta yhteydenoton jälkeen tarkasta-  
maan asiakkaan hoitosuunnitelma (lääkärin laatima) ja varaamaan ensisijai-  
sesti aika hoitajalle seurantakäyntiä varten, ellei hoitosuunnitelmassa muuta  
todeta tai asiakkaalla ole akuutimpi sairaus.

### 2.3.2 Hoitoon pääsyn toteutuminen

#### Diabeteksen hoito terveysasemalla ja sisätautien poliklinikalla<sup>61</sup>

Helsingissä on noin 30 000 henkilöä, joilla on diagnosoitu aikuisiän diabetes.  
Heistä suurin osa, 25 200, on aikuistyyppin diabeetikkoja. Hoito toteutuu pää-  
osin terveysasemilla. Terveysasemilla vuonna 2013 diagnosoituja aikuisiän  
diabeetikkoja oli asiakkaana lääkäreillä 16 400 (hoitokontakteja 75 000) ja ter-  
veyden- tai sairaanhoitajan luona 15 700 (hoitokontakteja 92 000). Sisätautien  
poliklinikoilla kävi 1 150 eri potilasta ja HUS:n poliklinikalla 1 500 eri potilasta.

Aikuisiän diabetespotilas on usein monisairas, joten potilaslain<sup>62</sup> mukainen la-  
kisääteinen hoitosuunnitelma on erityisen merkityksellinen hoidon toteutumi-  
sen kannalta.

Arvion mukaan terveysasemien terveyden-/sairaanhoitajien työstä keskimää-  
rin 10 prosenttia menee kaikkiaan diabeteksen hoitoon, jolloin siihen kohdis-  
tuu yli 30 hoitajan työpanos. Terveysasemilla järjestetään diabeetikoille suun-  
nattuja ryhmiä, joita oli vuonna 2013 yhteensä 28 sekä avoimia yleisötilai-  
suuksia, joita oli kolme vuonna 2013. Kaikille terveysasemille on nimetty sisä-

<sup>61</sup>Selvitys diabeteksen hoidon käytännöistä 2014

<sup>62</sup>Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 § 4 a



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

tautilääkärikonsultti, joka jalkautuu terveysasemalle. Tämä tekee mahdolliseksi konsultoinnin muun muassa diabeteksen hoitoon liittyen siten, että potilaan ei välttämättä ole mentävä sisätautien poliklinikalle.

Sisätautien poliklinikka kuuluu terveysasemat ja sisätautien poliklinikka -yksikköön. Toimipisteet ovat Laakson, Herttoniemen ja Malmi/Marian sisätautien poliklinikat<sup>63</sup>. Sisätautien poliklinikka tarjoaa erikoissairaanhoidollain mukaisia sisätautien vastaanotto- ja konsultaatiopalveluja. Yksikössä annetaan ravitsemusterapiaa, jalkaterapiaa ja tehdään diabeetikkojen silmänpohjavauksia. Sisätautien poliklinikan toimipisteissä työskentelee viisi diabeteshoitajaa sekä viisi diabetekseen erikoistunutta lääkäriä. Aikuisiän diabetekseen liittyy oheissairauksia, jotka voivat kohdistua munuaisiin (vajaatoiminta), jalkoihin (hermovauriot, verenkierto-ongelmat ja jalkahaava), silmiin (silmänpohjasairaus) tai ilmetä vaikeana ylipainona siihen liittyvine sairauksineen. Tämän vuoksi diabetespotilaiden hoitoon osallistuvat osaltaan sisätautien poliklinikan 18 jalkojenhoitajaa/jalkaterapeuttia sekä kahdeksan ravitsemusterapeuttia.

Sosiaali- ja terveysvirastossa toimivan diabetestyöryhmän kokouspöytäkirjan 5.4.2013 mukaan terveysasemilla oli kiireistä ja pitkät jonot kroonisten sairauksien seurantavastaanoitoille. Diabeteksen hoito on osin hajautunut. Terveysasemien hoitajien jonot ovat myös pidentyneet, kun hoitajien aika kuluu takaisinsoittojärjestelmään ja akuuttipotilaisiin. Terveystenhoitajien erityisosaamisen käyttäminen jää vähiin. Diabeteksen hoitoon liittyvässä selvityksessä 2014 sosiaali- ja terveysvirasto arvioi terveysasemilla olevan varsin hyvät valmiudet ja osaamistaso hoitaa T2 diabeetikkoja. Hyvin ongelmalliset T2 diabeetikot ovat olleet sisätautipoliklinikoiden seurannassa. Mikäli kaupungin suunnittelemat kaksi diabeteskeskusta toteutuvat, nämä ongelmalliset T2 diabeetikot hoidettaisiin jatkossa diabeteskeskuksissa.<sup>64</sup>

## T2 diabeetikon hoitoon pääsy terveysasemille kyselyn mukaan

T2 diabetesasiakkaan hoitoon pääsystä terveysasemille kysyttiin myös omahoitajien ja -lääkäreiden kyselyssä. Vastanneista noin 20 prosenttia näki, että kaikille tai lähes kaikille aikuistyyppin diabetespotilaille on tehty hoitomallin mukainen hoitosuunnitelma. Lähes puolet vastasi, että suunnitelma on tehty suurimmalle osalle. Noin 26 prosenttia vastasi, että noin puolelle tai alle puolelle on tehty hoitosuunnitelma.

Omahoitajien ja lääkäreiden mukaan hoitosuunnitelma toteutuu 5,5 prosentin mukaan erittäin hyvin ja noin 64 prosentin mukaan melko hyvin. Vain noin 12 prosentin mukaan se toteutuu huonosti tai melko huonosti. Potilaat tuntevat vastanneista 37 prosentin mukaan melko hyvin hoitosuunnitelmansa, mutta 34 prosenttia uskoi potilaan tuntevan hoitosuunnitelman huonosti tai melko

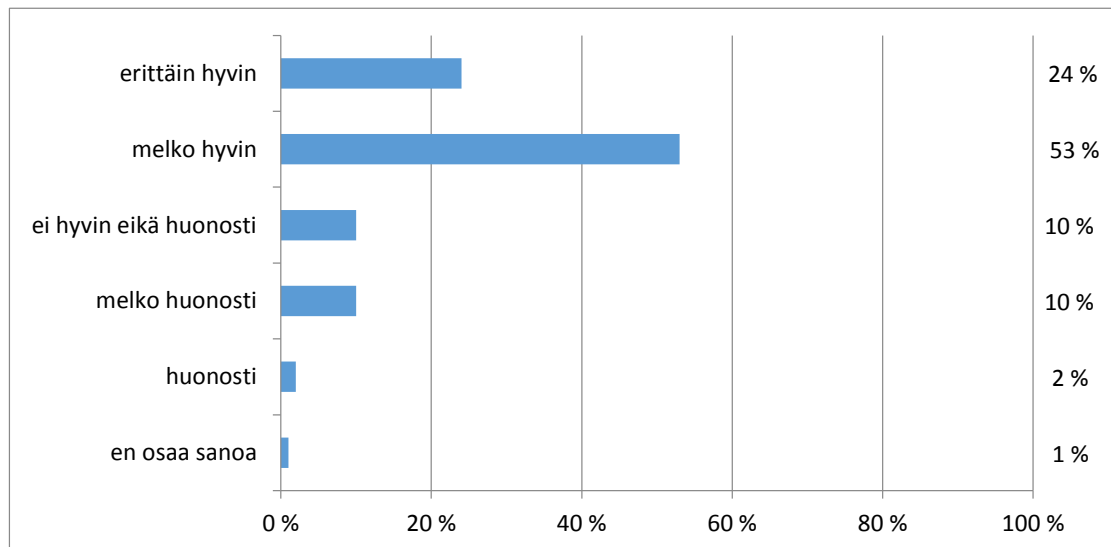
<sup>63</sup> 26.11.2014 alkaen ainoastaan Laakson ja Malmin yksiköt

<sup>64</sup> Selvitys diabeteksen hoidon käytännöistä 2014



huonosti. Lääkärit uskoivat hoitajia useammin potilaiden tuntevan suunnitelmansa melko hyvin.

Kuten alla olevasta kuviosta voidaan päätellä, kun sairauden kanssa ilmenee ongelmia, vastaajista noin 24 prosentin mukaan aikuistyyppin diabeetikko pääsee terveysasemalle hoitoon erittäin hyvin ja 53 prosentin mukaan melko hyvin. Vain 12 prosenttia vastasi hoitoon pääsyyn olevan huonoa tai melko huonoa. Hoitajat olivat hoitoon pääsyyn suhteen lääkäreitä hieman kriittisempiä.



Kuvio 17 Miten aikuistyyppin diabeetikko pääsee hoitoon terveysasemalle silloin, kun sairauden kanssa on ongelmia (omahoitajat ja –lääkärit, n=144)?

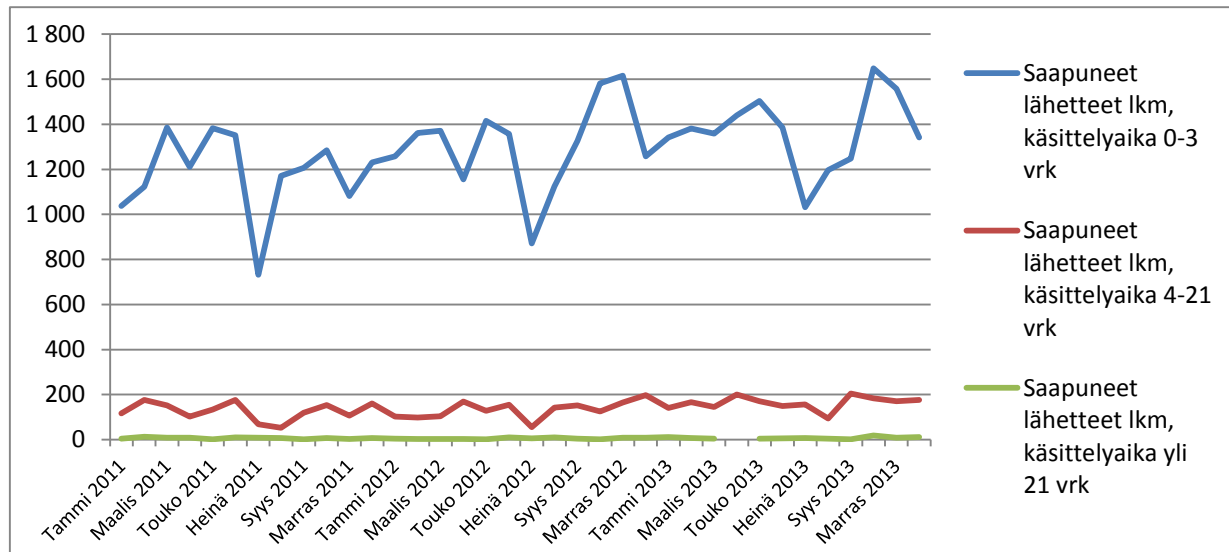
#### Hoitoon pääsy sisätautien poliklinikoille tilastojen mukaan

Sisätautien poliklinikoita koskee erikoissairaanhoidon hoitotakuu (hoidon tarpeen arviointi kolmen viikon aikana ja hoitoon pääsy kuuden kuukauden kuluessa). Sosiaali- ja terveysviraston tilastojen mukaan kaikki lähetteet käsitellään lakisääteisissä ajoissa erittäin hyvin, kuten alla olevista kuviosta voidaan päätellä. Alla olevasta kuviosta havaitaan, että lähetteet on joitakin poikkeuksia lukuun ottamatta käsitelty kolmen viikon määräajassa<sup>65</sup>.

<sup>65</sup> sisältää vain ne lähetteet, joita ei ole palautettu. Läheteiden taso vaihtelee muun muassa lähetettävän lääkärin kokemuksen mukaan. Sisätaudeissa manuaalisen otosseurannan perusteella karkeasti arvioituna lähetteistä noin 25 % muutetaan konsultaatioiksi. Sosiaali- ja terveysvirasto, sisätautien poliklinikka 9.12.2014.



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki



Kuvio 18. Sisätautien poliklinikoiden lähetteiden määrä ja niiden käsittelyajat 2011–2013<sup>66</sup>

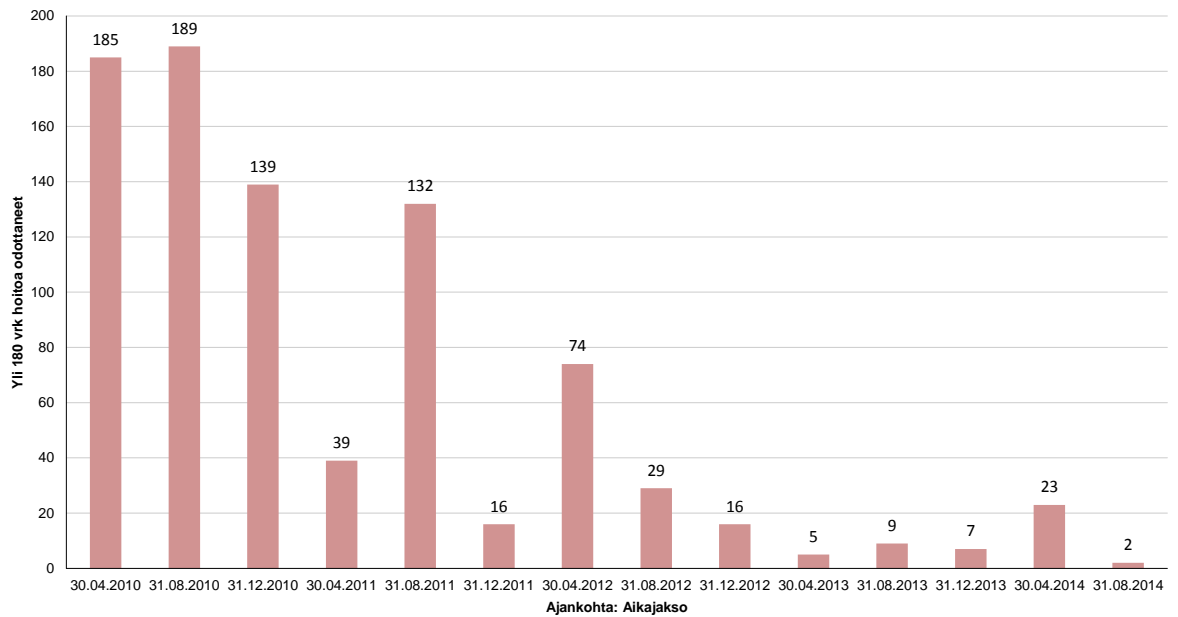
Sisätaudeissakin hoitoon pääsy on toteutunut lakisääteisten aikojen puitteissa kaupungin oman seurannan mukaisesti. Alla olevat kuviot kuitenkin osoittavat, että Valviran valvontaohjelman mukaan hoitoa odottavien määrä (määrä yli 10) ja prosenttiosuus (viisi prosenttia) on kuitenkin ylittynyt useana ajankohtana erityisesti vuosina 2010–2012. Tähän liittyy aluehallintovirastolta on tullut kolme selvityspyyntöä kaupungille. Viraston selvityksen mukaan kyseessä on ollut potilastietojärjestelmän käyttöön liittyvät ongelmat. Tarkastuksissa ei ole löytynyt odottajia ja odotusaikojen ylitykset ovat olleet teknisiä virheitä. Tämän vuoksi vuodesta 2012 lähtien henkilökuntaa on ohjeistettu tarkempaan merkintöjen tekemiseen.<sup>67</sup>

<sup>66</sup> Sosiaali- ja terveysvirasto, Tietohuolto- ja tilastopalvelut, mukana kaikki lähetteet, kaikki eivät kuulu lakisääteisen hoitotakuun piiriin

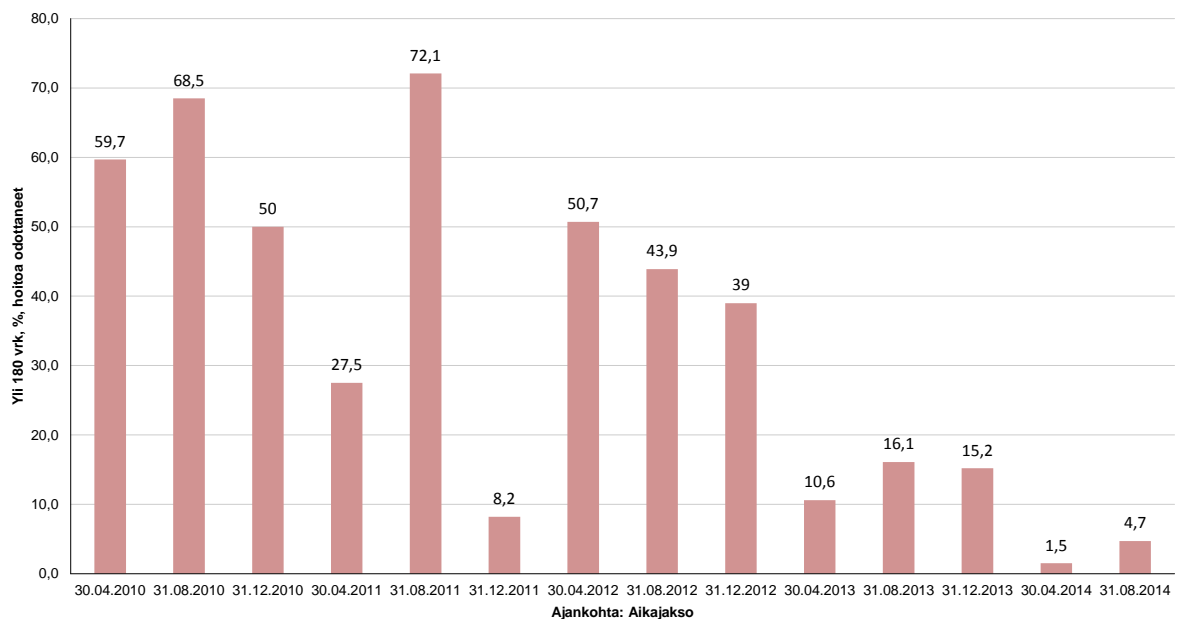
<sup>67</sup> Sosiaali- ja terveysvirasto, Tietohuolto- ja tilastopalvelut



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki



Kuvio 19. Sisätautien poliklinikoille hoitoa yli 180 vuorokautta odottaneet 2010–2014<sup>68</sup>



Kuvio 20. Sisätautien poliklinikoille hoitoa yli 180 vuorokautta odottaneet 2010–2014 prosenttia hoitoa odottavista<sup>69</sup>

<sup>68</sup>Erikoissairaanhoidon hoitopääsy, THL

<sup>69</sup>Erikoissairaanhoidon hoitopääsy, THL





Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

## T2 diabeetikon hoitoon pääsy sisätautien poliklinikoille kyselyjen mukaan

Koska hoitotakuutilastot eivät erittele potilaita diagnoosin mukaan, diabetespotilaisiin liittyen tehtiin kysely terveysasemille ja sisätautien poliklinikalle. Terveysasemien omalääkäreiden käsitys T2 diabetespotilaan jatkohoitoon pääsystä vaihteli paljon. Kolmasosan mukaan jatkohoitoon erikoissairaanhoidon pääsee melko hyvin, kolmasosan mukaan melko huonosti. Noin 11 prosenttia arveli jatkohoitoon pääsystä olevan huono.

Sisätautien poliklinikoiden diabeteshoitajien ja -lääkäreiden (10 henkilöä) kyselyssä vastaajia oli kuusi, joista neljä oli lääkäriä ja kaksi hoitajaa. Vastaajista neljän mukaan tyyppin 2 diabeteksen hoitoon pääsystä noudatetaan keskinäisesti ajallisia tavoitteita, parin mukaan hyvin tai erittäin hyvin. Hoidon viivästymisen syinä mainittiin, etteivät potilaat saa aikoja terveysasemalle tai hoidon porrastusta ei tunneta esimerkiksi yksityisillä lääkäriasemilla. Koettiin myös, että diabetekseen erikoistuneet hoitajat joutuvat tekemään liikaa muita töitä perustyönsä ohella. Tyyppin 2 diabeteksen hoito kokonaisuudessaan toimii viiden mukaan keskinäisesti ja yhden mukaan melko huonosti poliklinikalla. Tyyppin 2 diabeteksen hoitoketjumalli yleensä toimii neljän mukaan hyvin ja kahden mukaan keskinäisesti.

### 2.3.3 Asiakkaiden näkemykset

Pääkaupunkiseudun diabetesyhdistys teki asiakaskyselyn diabeetikoille lokamarraskuussa 2014 hoitoon pääsystä. Kyselyyn vastasi vain yhdeksän helsinkiläistä diabeetikkoa, joten tuloksia ei voi yleistää. Vastanneista suurin osa koki päässeensä hyvin tarvittaessa hoitoon sekä lääkärille että hoitajalle. Sairauteen on saatu apua erityisesti, jos lääkärisuhde on pysynyt samana ja hänellä on diabetekseen liittyvää asiantuntemusta. Moni vastaaja on sellainen, joka ottaa itse vastuuta sairautensa hoidosta. Jalkojenhoitajalle pääsee noin kerran vuodessa. Kaikilla ei ole siihen tarvetta, mutta joillakin voi olla tarvetta useampaan käyntiin. Koettiin, että lähetteen saanti jalkahoitoon voi olla byrokrattista. Silmänpohjakuvauksiin pääsee kahden vuoden välein, useimpien mukaan se oli riittävä. Apuvälineiden ja omahoitotarvikkeiden saanti koettiin pääosin hyväksi, mutta joskus kankeaksi. Kaupungin asiointijärjestelmän kautta toteutettu sähköinen hakuprosessi<sup>70</sup> koettiin turhan monimutkaiseksi<sup>71</sup>.

### 2.3.4 Hoitoketjun kehittäminen

Kyselyissä pyydettiin vastaajilta kehittämisehdotuksia diabeetikkojen hoitoketjun kehittämiseksi. Esitykset on koottu liitteeseen 5. Omahoitajien ja -lääkäreiden mukaan kehittämisessä tärkeintä olisi:

<sup>70</sup> hakemiseen kirjauduttava pankkitunnuksilla, mutta myös apuvälineiden saapuminen tarkastettava asiointijärjestelmään kirjautumalla, vaikka asiakkaan mielestä siitä riittäisi sähköposti tai tekstiviesti.

<sup>71</sup> Pääkaupunkiseudun diabetesyhdistys, marraskuu 2014



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

- selkeän, yksilöllisen hoitosuunnitelman laadinta tiiviisti yhdessä potilaan, pysyvän hoitajan ja lääkärin kanssa potilaan ohjauksen ja motivaation parantamiseksi. Tätä varten tarvitaan
- lääkärin ja hoitajan yhteistyön parantamista, yhteisvastaanottoja, hoitajaparien lisäämistä ja työnjaon selkiyttämistä ja
- hoitosuunnitelman ja kirjaamisten yhdenmukaistamista, yksinkertaistamista ja selkeiden mittareiden käyttöä, milloin ja missä kontrollit toteutetaan. Huonossa hoitotasapainossa oleville tulisi olla automaattinen kutsujärjestelmä kontroleihin ja lähetteetön pääsy diabetespoliklinikalle. Hyvässä hoitotasapainossa olevien potilaiden käyntejä voidaan harventaa.

Vuoden 2014 alusta alkaen uusille ja huonossa tasapainossa oleville 2 – tyyppin diabeetikoille on tarjottu standardoitua ryhmämuotoista terveydenhoitajan vetämää omahoidon ohjausta. Vuoden 2014 alusta aloitettiin myös painonhallintaryhmät, joihin yhdistetään tieto diabeteksen ehkäisemisen keinoista. Vuonna 2014 kaikille terveydenhoitajille ja lääkäreille on lähetetty kaupungin diabetestyöryhmässä käsitelty ohjausaineisto tukee suositeltua varhaista puuttumista ja standardoitua ohjeistusta.<sup>72</sup>

Sisätautien poliklinikan kyselyn mukaan hoitoa sisätautien poliklinikalla parantaisi, mikäli

- poliklinikalla olisi mahdollisuus asiakkaiden yksilöllisempään moniammatilliseen ohjaukseen, jotta asiakkaat sitoutuisivat paremmin omahoitoon. Tätä voitaisiin tehdä myös ryhmäohjauksena.
- olisi tietoa hoidon vaikuttavuudesta
- seulonta tehtäisiin kaikille sisätautien poliklinikan asiakkaille, koska sairaus on sen verran yleinen

## 2.4 65 vuotta täyttäneiden pääsy kotihoidon palvelujen piiriin

Kiireetön palvelutarpeen arviointi ja palvelusuunnitelman laadinta tulee vanhuspalvelulain<sup>73</sup> mukaan toteuttaa ”ilman aiheetonta viivytystä”. Lain mukaan myös palvelut on annettava ilman aiheetonta viivytystä, määraajaksi on määriteltä ”kolmen kuukauden kuluttua päätöksen teosta”. Määräaika palvelutarpeen arvioimisesta (seitsemän vuorokautta) koskee 75 vuotta täyttäneitä.

### 2.4.1 Taustaa<sup>74</sup>

Sosiaalihuoltolain<sup>75</sup> 13-15 §:n mukaan kotipalvelut kuuluvat kunnan lakisääteisiin sosiaalipalveluihin, joista kunnan on huolehdittava asukkaalleen sekä

<sup>72</sup> Sosiaali- ja terveysvirasto, terveysasemat ja sisätautien poliklinikka 23.11.2014

<sup>73</sup> 28.12.2012/980

<sup>74</sup> <http://www.hel.fi/hki/Terke/fi/Terveyspalvelut/Kotihoito>

<sup>75</sup> 710/1982



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

kiireellisissä tapauksissa tai olosuhteiden muutoin niin vaatiessa. Kotipalveluil-  
la tarkoitetaan asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon, lasten  
hoitoon ja kasvatukseen sekä muuhun tavanomaiseen ja totunnaiseen elä-  
mään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista<sup>76</sup>.  
Sosiaalihuoltoasetuksen<sup>77</sup> 9 §:n mukaan kotiin annettavina palveluina järjeste-  
tään kodinhoitajan tai kotiavustajan antamaa kodissa tapahtuvaa yksilön ja  
perheen työapua, henkilökohtaista huolenpitoa ja tukipalveluita, kuten ateria-,  
vaatehuolto-, kylvytys-, siivous-, kuljetus-, saattaja- sekä sosiaalista kanssa-  
käymistä edistäviä palveluita.<sup>78</sup>

Vanhuspalvelulain<sup>79</sup> 14 §:n mukaan ”Kunnan on toteutettava iäkkään henkilön  
pitkäaikainen hoito ja huolenpito ensisijaisesti hänen yksityiskotiinsa tai muu-  
hun kodinomaiseen asuinpaikkaansa järjestettävillä sosiaali- ja terveysterveys-  
palveluilla, jotka sovitetaan sisällöltään ja määrältään vastaamaan iäkkään henkilön  
kulloisiakin palveluntarpeita.” Jos tarve ei ole tilapäinen tai satunnainen, asi-  
akkaalle tulee laatia palvelusuunnitelma, jossa kuvataan asiakkaalle annetta-  
vat palvelut.

Kotihoito kuuluu sairaala- kuntoutus- ja hoivapalveluosaston alaisuuteen.  
Seitsemän alueellista kotihoitoyksikköä kuuluvat neljän: etelän, idän, lännen ja  
pohjoisen palvelualueen alaisuuteen. Kaupunki myöntää kotihoitoa henkilölle,  
joka tarvitsee apua päivittäisissä toiminnoissa (syöminen, peseytyminen, pu-  
keutuminen, sängystä ja tuolista siirtyminen, kävely, WC-käynnit). Asiakkaat  
saavat myös tarvitsemansa terveyden- ja sairaanhoidon kotiin, jos sen järjes-  
täminen muilla tavoin ei ole järkevää. Asiakkaalle tehdään yksilöllinen hoito- ja  
palvelusuunnitelma, jossa sovitaan kotihoidon antamista palveluista. Suunni-  
telmaa arvioidaan säännöllisin väliajoin ja/tai tarpeen mukaan.

Vuonna 2013 Helsingissä oli 65 vuotta täyttäneitä 98 828. Säännöllisen ja ti-  
lapäisen kotihoidon piirissä vuoden aikana oli 65 vuotta täyttäneitä 15 149.  
Säännöllisen kotihoidon piirissä heistä oli joulukuussa 2012 yhteensä 5 998  
henkilöä. Pelkkiä säännöllisiä kotihoidon tukipalveluita heistä sai 2 171 henki-  
löä. Kotihoidon käyntejä 65 vuotta täyttäneille oli yhteensä 2,4 miljoonaa<sup>80</sup>.

Suuri osa kotihoidon piiriin tulevista asiakkaista on sellaisia, joilla palvelutarve  
alkaa yllättäen kotisairaanhoidon kautta. Tällöin palvelu yleensä järjestetään  
saman tien. Kaupungilla ei ole kirjallista ohjetta siitä, kuinka pian asiakkaan tai  
omaisen oma-aloitteisesta yhteydenotosta palvelusuunnitelma on laadittava  
tai palvelutarpeeseen vastattava. Jonoja ei kuitenkaan ole, vaan kaikki yhteyt-  
tä ottavat saavat palvelutarpeen arvioinnin, sillä kaikkien asiakkaiden kohdalla

<sup>76</sup> 17 § ja 20 §

<sup>77</sup> 607/1983

<sup>78</sup> Kotiin annettavat palvelut ja hoito. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012–2014

<sup>79</sup> 980/2012

<sup>80</sup> Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveysterveystarpeiden kustannusten vertailu 2013.



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

pyritään noudattamaan vanhuspalvelulain mukaista seitsemän vuorokauden määräaika, vaikka laki koskeekin vasta 75 vuotta täyttäneitä.<sup>81</sup>

Kotihoidon tarvetta arvioidaan pääasiassa Arjessa selviytymisen profiili -lomakkeen avulla, joka täytetään kotikäynnin yhteydessä. Tällöin usein päädytään sopimaan siitä, tarvitaanko jotakin palvelua. Mikäli asiakas on huonokuntoinen, voidaan käyttää Rava –arviointia<sup>82</sup> ja muistiongelmia epäiltäessä MMSE muistitestiä<sup>83</sup>.

#### 2.4.2 Palvelujen piiriin pääsy

##### Lakisääteinen hoidon tarpeen arviointi 75 vuotta täyttäneille

Helsingin sosiaali- ja terveysviraston sairaala- kuntoutus- ja hoivapalvelut -osasto seuraa lakisääteisen palvelutarpeen arviointien toteutumista kerran vuodessa. Tilastoseurannan mukaan lakisääteisten palvelutarpeen arviointien peittävyys oli 2,3 prosenttia vuonna 2013. Luku vaikuttaa pieneltä, mutta se johtuu siitä, etteivät sellaiset tilannearviot, jotka tehdään asiakkaan itsensä hakiessa jotakin palvelua, tilastoidu lakisääteisten palvelutarpeen arviointien tilastoihin<sup>84</sup>. Lisäksi suurelle osalle asiakkaista riittää ohjaus ja neuvonta. Varsinainen lain velvoitteen toteutuminen tehdään erikseen lomakeseurantana. Tilastoseurannan mukaan suurin osa lakisääteisistä palvelutarpeen arvioinneista tehtiin vuonna 2013 yli 80 vuotiaalle. Aloitteen tekijänä oli yleisimmin sosiaali- tai terveysviranomaisena (465 vuonna 2013) tai lapset (236). 94 henkilöä itse haki arviointia, 57 tapauksessa muu omainen tai sukulainen ja 49 tapauksessa henkilön puoliso. Arviointi toteutetaan lähes aina kotikäyntinä.<sup>85</sup>

Kiireelliset arvioinnit toteutuivat vuonna 2013 keskimäärin kahden päivän sisällä, vaihteluväli oli 0–6 arkipäivää. Kiireettömät, seitsemän arkipäivän sisällä tehtävät arvioinnit toteutuivat vuonna 2013 keskimäärin 10,2 päivän sisällä. Kiireettömien palvelutarpeen arviointien toteutumisen seurannassa tulee huomioida se, että kotikäynnin aika sovitaan asiakkaan ja hänen omaistensa aikatauluun sopiviksi heidän toiveidensa mukaan, jolloin lakisääteinen aika saattaa ylittyä.<sup>86</sup>

##### 65 vuotta täyttäneiden palvelujen piiriin pääsy kyselyn mukaan

Tätä arviointia varten 65-vuotiaiden palveluihin pääsystä laadittiin kysely erikseen neljän alueen palvelujohtajalle sekä kotihoitopäälliköille (seitsemän hen-

<sup>81</sup> Sosiaali- ja terveysvirasto, Kehittämisen ja toiminnan tuki 27.11.2014

<sup>82</sup> päivittäisen avun, erityisesti hoivan tarvetta ja asiakkaan fyysistä toimintakykyä kuvaava mittari

<sup>83</sup> MMSE on älyllisen toimintakyvyn arvioinnissa laajalti käytetty lyhyt ja helposti suoritettava ns. minitesti

<sup>84</sup> valtaosa lakisääteisistä arvioinnista tehdään siis osana muuta arviointia

<sup>85</sup> Sosiaali- ja terveysvirasto, Kehittämisen ja toiminnan tuki 12.11.2014

<sup>86</sup> Sosiaali- ja terveysvirasto, Kehittämisen ja toiminnan tuki 12.11.2014. Puuttuvia tietoja oli 50, lisäksi tiedoissa on joitakin virheellisyksiä johtuen siitä, että toimenpiteitä tilastoidaan hieman eri tavoilla.



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

kilöä) ja kotihoidon ohjaajille (72). Palvelualuejohtajista vastasi kolme. Kotihoitopäälliköitä ilmoitti olevansa vastaajista kaksi ja kotihoidon ohjaajia 45. Jälkimmäisessä kyselyssä vastauksia saatiin kaikkiaan yhteensä 48<sup>87</sup>, eli vastausprosentti oli noin 55. Vastaukset jakautuivat varsin tasaisesti eri alueittain.

#### Asiakkaan palvelutarpeen arviointi

Kotihoitopäälliköiden ja kotihoidon ohjaajien vastausten mukaan palvelutarpeen arvioimiseksi 65 vuotta täyttäneille asiakkaille tehdään kotikäynti aina (83 prosenttia) tai lähes aina (15 prosenttia). Arjessa selviytymisen lomaketta käytetään hyvin vaihtelevasti. Kolmasosan mukaan sitä käytetään melko usein, kolmasosan mukaan harvoin. Rava -arviointi tehtiin aina 37 prosentin mukaan ja lähes aina 35 prosentin mukaan vastaajista. Muistitestiä käytti lähes aina tai melko usein jopa 66 prosenttia vastaajista. Muita menetelmiä myös käytetään paljon, tällaisia ovat esimerkiksi tiedonkeruulomake. Jonkin verran mainintoja oli myös Elämisen toiminnot -lomakkeesta, RAI -arviointista, omaisen haastattelusta ja liikkumisen selvittämisestä/liikkumistesteistä.

Arvioinnin tekee yleensä terveydenhoitaja (81 prosenttia vastaajista), noin 10 prosenttia vastasi tekijäksi kotihoidon ohjaajan. Vain vähän yli kuusi prosenttia käytti useampaa henkilöä kotihoitotiimistä palvelutarpeen arviointiin. Palvelutarpeen arvioinnin menettelytapoja pidettiin riittävinä (52 prosenttia vastaajista) tai melko riittävinä (46 prosenttia).

Ratkaisevin asia sille, että henkilölle myönnetään kotihoitoa ja tukipalveluita, on asiakkaan fyysinen ja psyykinen toimintakyky. Palvelun saantiin vaikuttaa myös sen hetkinen kunto ja erityisesti elämäntilanne ja onko olemassa turva verkostoa, läheisiä ja omaisia. Asiakkaalla tulee olla myös motivaatio asua ja pärjätä kotona. Tulorajat vaikuttavat tulosidonnaisissa kotihoidon tukipalveluissa. Mainintoja saivat myös asiakkaan ja omaisen toiveet palveluista ja omaishoitajan jaksamisen tukeminen.

#### Palvelun saanti

Kuten alla olevasta kuvioista voidaan päätellä, suurin osa kotihoitopäälliköistä ja kotihoidon ohjaajista arvioi, että vuoden aikana kotihoitoa ja tukipalvelua myönnetään 65 vuotta täyttäneistä palvelua hakevista noin 76–100 prosentille (lähes 43 prosenttia vastauksista). Vastaukset vaihtelivat: 23 prosenttia vastaajista ilmoitti palvelujen saajien osuudeksi 51–75 prosenttia, 12 prosenttia näki että palvelua saa 26–50 prosenttia. 14 prosenttia ei osannut sanoa osuutta. Keskisessä kotihoidonyksikössä kolmen, eteläisessä kahden ja läntisessä yhden vastaajan mukaan palvelua myönnetään vain 26–50 prosentille hakeneista.

<sup>87</sup> yksi ei vastannut nimike -kohtaan



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	0-25 prosentille	3	6,38%					
2.	26-50 prosentille	6	12,77%					
3.	51-75 prosentille	11	23,40%					
4.	76-100 prosentille	20	42,55%					
5.	En osaa sanoa	7	14,89%					
	<b>Yhteensä</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>					

Kuvio 21. Vuoden aikana kotihoitoa ja tukipalvelua myönnetään 65 vuotta täyttäneistä ja sitä vanhemmista palvelua hakeneista asiakkaista noin (%)

Kotihoidon tarpeen arviointi tehdään yli 60 prosentin mukaan 1–3 päivässä ja yli 35 prosentin mukaan 4–7 päivässä. Lähes kaikkien vastanneiden mukaan prosessi on riittävän nopea.

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	1-3 päivässä	29	60,42%					
2.	4-7 päivässä	17	35,42%					
3.	Kahden viikon aikana	2	4,17%					
4.	Kuukauden aikana	0	0,00%					
5.	En osaa sanoa	0	0,00%					
	<b>Yhteensä</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>					

Kuvio 22. Missä ajassa kotihoidon tarpeen arviointi yleensä tehdään yhteydenotosta?

Puolessa vastauksista mainittiin, että asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan kahden viikon aikana. Kolmasosan mukaan se laaditaan viikon aikana, noin 17 prosentin mukaan 1–2 kuukauden aikana, kuten alla oleva kuvio osoittaa. Myös tätä prosessia pidettiin pääosin riittävän nopeana (80 prosenttia), joskin 17 prosenttia vastaajista näki, että se voisi olla nopeampi. Hoito- ja palvelusuunnitelma tarkistetaan kotihoidon toimesta yleensä 1–3 kuukauden välein (60 prosenttia) tai noin puolivuositain (33 prosenttia). Tämä prosessi on pääosan mielestä sopiva (72 prosenttia), mutta lähes 26 prosenttia näki, että tarkistus tulisi suorittaa useammin.



	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Viikossa	16	33,33%					
2.	Kahden viikon aikana	24	50,00%					
3.	1-2 kuukaudessa	8	16,67%					
4.	Puolen vuoden aikana	0	0,00%					
5.	En osaa sanoa	0	0,00%					
	<b>Yhteensä</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>					

Kuvio 23. Missä ajassa asiakkaalle yleensä laaditaan kotihoitoon liittyvä hoito- ja palvelusuunnitelma?

Kyselyn perusteella hoidon tarpeen arvioinnin ja palvelusuunnitelman laadinnan varhainen toteutuminen viittaavat siihen, että asiakkaat saisivat myös kiirettömän palvelunsa vanhuspalvelulain mukaisessa kolmen kuukauden määräajassa.

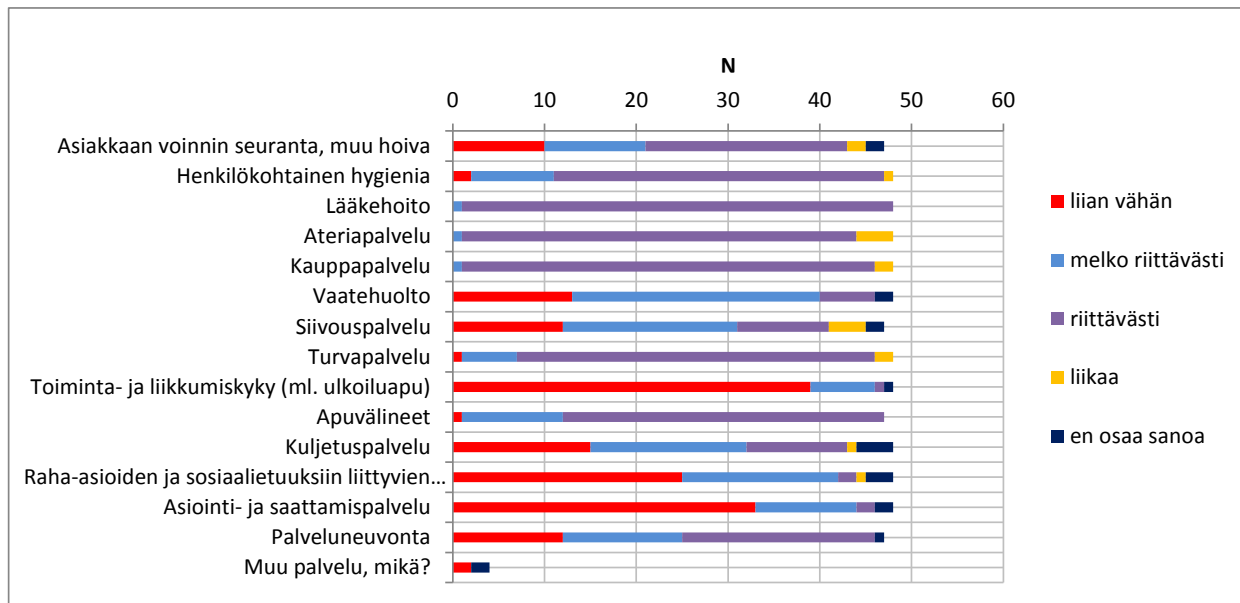
#### Palvelun riittävyys

Kotihoitopäälliköiden ja kotihoidon ohjaajien kyselyn tulosten mukaan riittävästi tai melko riittävästi myönnetään lääkehoitoa, ateriapalvelua, kauppapalvelua, turvapalvelua ja apuvälineitä. Lisäksi suurin osa vastaajista näki, että myös asiakkaan vointia seurataan, hygieniasta huolehditaan ja palveluneuvontaa annetaan riittävästi tai melko riittävästi. Joissakin yksittäisissä vastauksissa mainittiin myös eräitä palveluita myönnettävän liikaa, kuten siivous- ja ateriapalvelu, turvapalvelu, asiakkaan voinnin seuranta ja kauppapalvelu.

Kuten alla olevasta kuviosta voidaan päätellä, selvästi liian vähän palvelua annetaan toiminta- ja liikkumiskyvyn tukemiseen (esimerkiksi ulkoiluapu), vastaajista yli 81 prosenttia oli tätä mieltä. Vastaajista 69 prosentin mukaan asiointi- ja saattamispalvelua on liian vähän. Raha-asioiden ja sosiaalietuuksiin liittyvien asioiden hoitoa on liian vähän 52 prosentin mukaan. Yli 31 prosentin mukaan kuljetuspalvelua on liian vähän, 27 prosentin mukaan vaatehuolto on liian vähän, 25 prosenttia näki, että siivouspalvelua ja palveluneuvontaa on liian vähän, noin 20 prosenttia vastaajista näki, että asiakkaan vointia seurataan liian vähän.



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki



Kuvio 24. Myönnetäänkö tällä hetkellä 65 vuotta täyttäneille mielestäsi seuraavaa palvelua liian vähän, melko riittävästi, riittävästi vai liikaa?

Kaikkien palvelualuejohtajien mukaan nykytasoisella kotihoidolla on mahdollista ehkäistä tai siirtää asiakkaan joutumista ympärivuorokautiseen hoitoon. Myös kotihoitopäälliköistä ja kotihoidon ohjaajista nykyisen tasoisella kotihoidolla on mahdollista (25 prosenttia) tai jossakin määrin mahdollista (62,5 prosenttia) ehkäistä tai siirtää asiakkaan joutumista ympärivuorokautiseen hoitoon.

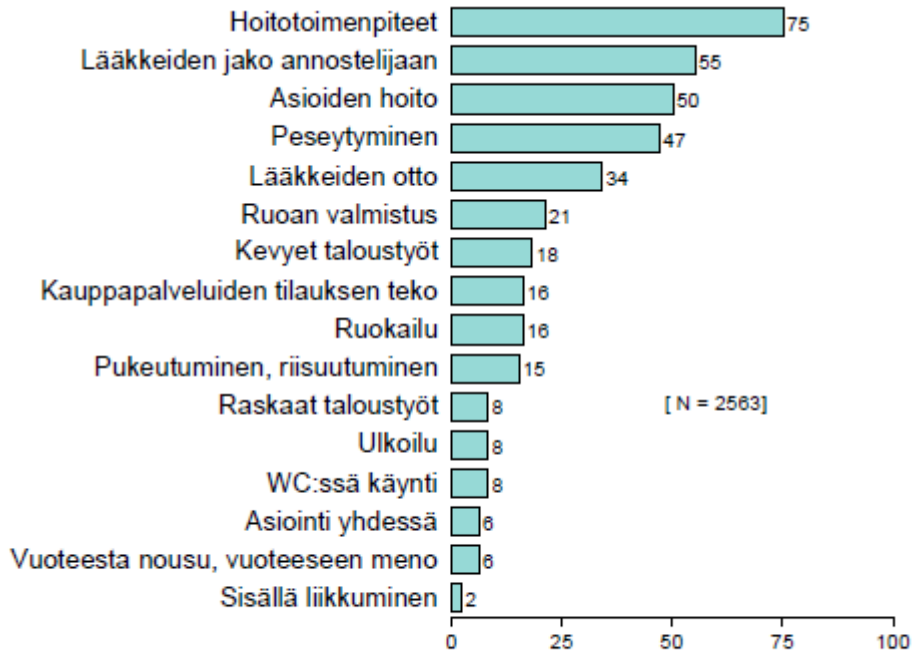
### 2.4.3 Asiakkaiden näkemykset

Kotihoidon asiakastytyväisyyskyselyjä on toteutettu vuodesta 2001 lähtien joka toinen vuosi. Kotihoito-osasto toteutti säännöllisille kuukausimaksuasiakkailleen (käynti vähintään kerran viikossa) edellisen kerran asiakastytyväisyyskyselyn loka-marraskuun vaihteessa 2012. Tutkimuslomakkeita jaettiin 3 887 kappaletta ja vastausprosentiksi saatiin 61 prosenttia.

Seuraavasta kuviosta voidaan havaita, että vastaajista peräti 70 prosenttia oli sitä mieltä, että kotihoidon palveluja saa joustavasti tarpeen mukaan. Yleisin kotihoidon palvelu ovat hoitotoimenpiteet. Yleisiä palveluita ovat myös lääkkeiden jako, asioiden hoito ja peseytymisessä avustaminen. Asiakkaat antoivat yleisarvosanaksi kotihoidosta 8,19 vuonna 2012. Tyytyväisyys on laskenut edellisistä mittauksista noin 0,10 yksiköllä.<sup>88</sup>

<sup>88</sup> Säännöllisen kotihoidon asiakaskysely 2012





Säännöllisen kotihoidon asiakaskysely 2012 / TNS Gallup Oy PGraphics

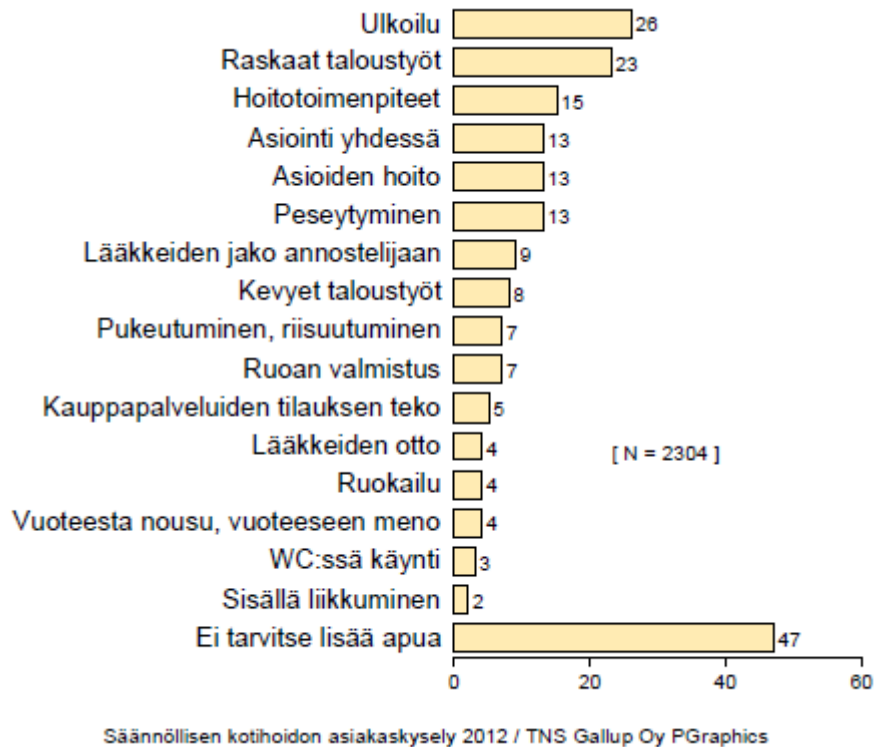
Kuvio 25. Missä asioissa kotihoidon työntekijät auttavat säännöllisesti (%)<sup>89</sup>

Tämänhetkisen avun lisäksi asiakkaat kokivat tarvitsevansa eniten apua ulkoiluun ja raskaisiin taloustöihin. Myös hoitotoimenpiteisiin, yhdessä asiointiin, asioiden hoitoon ja peseytymiseen toivottiin enemmän apua, kuten alla olevasta kuvioista voidaan päätellä.

<sup>89</sup>Säännöllisen kotihoidon asiakaskysely 2012



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki



Kuvio 26. Tarvitseeko eri asioissa enemmän apua kuin nyt saa (%)<sup>90</sup>

#### 2.4.4 Palveluketjun kehittäminen

Kyselyssä vastaajilta pyydettiin ehdotuksia kotihoidon kehittämiseksi. Näkemykset kehittämisestä on koottu liitteeseen 6.

Kyselyn avovastauksissa korostui se, että toimintaa tulisi kehittää tekemällä palvelutarpeen arviointia moniammatillisesti siten, että arvioinnista tulisi alusta asti kattava. Moniammatillisuus toteutettaisiin terveyden/sairaanhoitajan ja sosiaaliohjaajan yhteistyönä. Tarvittaessa käyttöön tulisi saada myös muuta, kuten psykiatrian ja fysio- ja toimintaterapiaosaamista. Moniammatillinen ryhmä kykenisi kartoittamaan asiakkaiden tilanteen kokonaisvaltaisesti: mitkä ovat asiakkaan omat voimavarat ja verkostot, onko tukihenkilöitä, minkälainen on taloudellinen tilanne ja sosiaalipalvelujen ja tukien tilanne. Kotihoitoa annettaisiin tämän jälkeen asiakkaan tarpeista lähtien ja suunnitelmallisesti.

Kotihoitoa ehdotettiin keskitettävän sitä eniten tarvitseville henkilöille ja heille, joilla ei ole varaa tai kykyä hankkia palvelua muualta. Henkilöstöressurssien, muun muassa lääkäreiden saatavuutta tulee vastaajien mukaan parantaa.

<sup>90</sup> Säännöllisen kotihoidon asiakaskysely 2012



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

---

## 2.5 Strategian mukaisten tavoitteiden toteutuminen

Strategian 2013–2016 mukaisten tavoitteiden etenemistä tiedusteltiin sähköpostikyselyllä sosiaali- ja terveystieteiden vs. virastopäälliköltä, terveys- ja päihdepalvelut ja sairaala- kuntoutus- ja hoivapalvelut –osastojen osastopäälliköiltä marraskuussa 2014.

Kyselyssä tiedusteltiin, onko virastossa strategian mukaisesti määritelty mielenterveys- ja päihdepalveluihin liittyvät odotusajat, useita palveluja tarvitseville palveluohjaaja, tunnistettu hoidon jatkuvuuden kannalta kriittiset asiakasryhmät, kehitetty moniammatillisia toimintamalleja monisairaiden hoitoon ja lisätty kotiin vietäviä palveluita.

Sosiaali- ja terveystieteiden vastauksen mukaan mielenterveys- ja päihdepalvelut on rakennettu siten, että hoitoon pääsy on mahdollisimman kynnykseltä. Päivystykseen ja tarvittaessa myös sairaalaan pääsee kaikkina viikonpäivinä ympäri vuorokauden. Psykiatria- ja päihdekeskusten vastaanotot toimivat päihdepotilaille ilman ajanvarausta joka päivä. Mielenterveyspotilaille tarkoitettuun akuuttiryhmään pääsee 1–3 päivässä. Lähipäivinä toimintansa aloittaa kiirevastaanotto kaikille hoitosuhteessa oleville potilaille. Lähetteellä saapuvien potilaiden osalta Helsingissä toteutuvat hoitoon pääsyn velvoitetut aikarajat.

Vastauksen mukaan mielenterveyspalvelujen hoidontarpeen ohjauksen osalta mallin valmistelu on kesken sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon kanssa. Mallit valmistuvat vuoden 2014 loppuun mennessä. Viraston mukaan psykiatria- ja päihdepalveluissa vastuutyöntekijä määrittää hoitosuunnitelmassa. Ikäihmisten palveluissa ei palveluohjaaja-nimikettä ole Helsingin kaupungilla, mutta palveluohjauksen katsotaan kuuluvan kaikkien työntekijöiden toimenkuvaan. Vanhuspalvelulain mukaisen vastuutyöntekijän määrittäminen edistää useita palveluja tarvitsevien palveluohjausta

Sosiaali- ja terveystieteiden mukaan päivystyksessä kaikille sinne tuleville laaditaan hoidon tarpeen kiireellisyyden arvio, jonka mukaan asiakas hoidetaan päivystyksessä tai annetaan palveluohjausta muista palveluista. Kriittisiä asiakasryhmiä ovat syrjäytymisvaarassa olevat, runsaasti päivystystä käyttävät, päihdeongelmaiset ja vanhukset. Terveystieteiden kriittisiä asiakasryhmiä ei ole kattavasti tunnistettu tietotekniikan ja tietosuojan toistaiseksi ratkaisemattomien kysymysten vuoksi. Joitakin vuosia sitten yritettiin rakentaa Pegasoksen raportointia siten, että hoidon tulokset voitaisiin raportoida yksilö- ja ryhmätasolla. Tällöin resurssien puutteen ja tietosuojan vuoksi ratkaisua ei löytynyt. Nyt kuitenkin terveys- ja päihdepalvelut -osastolla ollaan luomassa integ-



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

roituja palvelukokonaisuuksia etenkin avosairaanhoidon, mielenterveys- ja päihdepalvelujen sekä suun terveydenhuollon kanssa.<sup>91</sup>

Viraston mukaan kansainvälisesti onnistuneita kokemuksia kansansairauksien kehittyneistä hoitomalleista, joissa asiakassegmentointi perustuu asiakkaan terveysriski- ja pitkäaikaissairautietoihin sekä hoitotuloksiin, jotka näkyvät erityisesti kansansairauksien ilmaantumisessa ja esiintymisessä. Palvelut voidaan räätälöidä segmenteille palvelumuotoilulla. Tämä työ on vauhdittumassa Helsingissä loppuvuodesta 2014. Ikäihmisten palveluissa käytetään hyväksi niin sanottua RAI-arviointia (Resident Assessment Instrument). Vanhuspalvelulain mukaisen vastuutyöntekijän määrittäminen auttaa jatkossa tässä asiassa

Viraston vastauksen mukaan iäkkäiden päihde- ja mielenterveysasiakkaiden moniammatillista palveluketjua on kehitetty yli osastorajojen. Päivystyksessä on ollut jo muutaman vuoden kotiutushoitaja linkkinä ja yhteydenpitäjänä kotihoitoon. Myös päivystyksessä toteutetaan moniammatillista työtettä, johon osallistuvat muun muassa eri lääketieteen erikoisalajat, fysioterapeutit, sosiaalityöntekijät, päihdehoitajat ja psykiatrikonsultit päivystyksessä. Kun psykiatrien ja somaattinen päivystys ovat integroituneet, psykiatristen- ja päihdepotilaiden päivystyshoitoketju yksinkertaistuu, koska päivystyksellinen hoito ei ja kaudu erikseen psykiatriseen ja somaattiseen päivystykseen.

Sosiaali- ja terveysviraston mukaan Helsinki on kansallinen edelläkävijä monisairaahan potilaan hoitomallin luojana. Moniammatillinen toimintamalli on kuvattu ja se löytyy Helmesta: päihdepotilaan hoitomalli, monisairaahan hoitomallissa oleva diabeetikon seurantamalli. Siinä on mallinnettu kriteerit hoidon kohdentamiselle ja toteuttamiselle. Espoolla on vastaava malli. Nykyinen malli on moniammatillinen avosairaanhoidon henkilöstön osalta. Haasteena on laajentaa moniammatillisuus muun muassa psykiatrian ja päihdepalveluiden suuntaan. Tämä on käynnistynyt Pohjoisen terveysasemien alueella jalkautuvan psykiatrian ja päihdepalveluiden muodossa vuonna 2014. Mallia levitetään vuoden 2015 aikana muille alueille.

Virasto- ja osastopäälliköiltä kysyttiin myös, onko kaupungin strategian, sosiaali- ja terveysviraston strategiasuunnitelman ja kaupungin talousarvion 2014 mukaisesti iäkkäiden ja alle 65-vuotiaiden toimintakyvyltään alentuneiden kotiin annettavia ja kotona asumista tukevia palveluita lisätty. Viraston vastauksen mukaan lyhytaikaishoidossa, arviointi- ja kuntoutustoiminnassa ja ympärivuorokautisessa hoidossa (myös alle 65-v) on lisätty palvelukeskustoimintaa ja päivätoimintaa, yhteistyötä on tiivistetty alueellisesti palvelualuemallissa, laitoshoidon ja sairaalapaikkoja vähennetty, voimavaroja siirretty kotona asu-

<sup>91</sup>Tietosuojaongelman voisi viraston mukaan ratkaista luomalla tutkimusasetelma kriittisten asiakasryhmien tunnistamiseksi, jota varten tietoja voitaisiin kerätä. Nykyinen raportointi ei sitä kuitenkaan välttämättä tue, vaan tiedot jouduttaisiin keräämään esimerkiksi lomakkeella (verenpaine, verensokeri, painoindeksi, päihteen käyttö, tupakointi).



mista tukeviin palveluihin ja muistikoordinaattoritoimintaa ja muistipoliklinikkatoimintaa on vahvistettu.

Virasto- ja osastopäälliköiltä kysyttiin, onko talousarvion 2014 mukaista mielenterveystyön vastaanottopalvelujen palvelulupausta määritelty ja palvelun saantia parannettu, onko käynnistetty seuranta psykiatria- ja päihdekeskusten asiakkaiden hoitosuunnitelmista sekä hoidon keskeyttäneistä potilaista ja asiakkaista, onko lakisääteisten määräaikojen toteutuminen kaikissa toiminnoissa varmistettu, kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmän käyttö vakiinnutettu kaikilla alueilla ja lisätty virtuaalihoidon piirissä olevien kotihoidon asiakkaiden määrää.

Viraston mukaan palvelulupausta ei sellaisenaan ole määritelty, mutta viraston vastauksen mukaan psykiatrinen päivystys ja psykiatrinen neuvontapuhelin toimivat kaikkina viikonpäivinä ympäri vuorokauden. Akuuttityöryhmät psykiatria- ja päihdekeskuksissa ottavat vastaan 1–3 päivässä ja jatkossa toimii myös hoidossa oleville potilaille akuuttivastaanotto päivittäin. Kaikki avohoidon lähetteet käsitellään 1–3 päivässä. Auroran sairaalaan pääsee jonottamatta.

Mielenterveyspalvelujen saanti on parantunut viraston mukaan useasta syystä. Konsultaatiopalveluja on lisätty muun muassa perusterveydenhoitoon terveysasemille. Sekä avohoidon että sairaalahoidon hoitoprosesseja on selkeytetty, millä on ollut palvelujen saantia parantavaa vaikutusta. Liikkuvaa avohoidtoa lisättäessä on havaittu potilasryhmiä, jotka hyötyvät tästä palvelusta. Psykiatria- ja päihdepalvelujen integraatio tekee mahdolliseksi yhteisten hoitosuunnitelmien laadinnan, minkä seurauksena päihdeongelmaiset potilaat saivat tehokkaammin psykiatrasta apua. Psykiatristen hoitajien ja päihdehoitajien sijoittuminen psykiatria- ja päihdepalvelujen toimistoon on parantanut yhteyksiä psykiatriseen erikoissairaanhoidon, päihdeklinikoille ja vieroitusosastoille parantaen potilaiden palvelujen saantia.

Psykiatria- ja päihdekeskusten asiakkaiden hoitosuunnitelmista sekä hoidon keskeytyksistä tehdään parhaillaan asiakasvirta-analyysia, joka selvittää hoitoprosessiin ja hoidon keskeytyksiin liittyviä seikkoja. Lisäksi työprosesseja on kehitetty.

Hoitoon pääsyn lakisääteinen seuranta on varmistettu seuraamalla hoitoon pääsyä tietojärjestelmien avulla ja raportoimalla niistä THL:lle. Ikäihmisten palveluissa tiedotetaan verkkosivuilla kolme kertaa vuodessa (terveydenhuollon ja vanhuspalvelulain/sosiaalihuollon mukaiset velvoitteet). Lisäksi seurataan tietojärjestelmien kautta hoitoon pääsyä ja raportoidaan THL:lle.

Kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmä on otettu käyttöön ja sitä vakiinnutetaan parhaillaan. Virtuaalihoidon piirissä olevien kotihoidon asiakkaiden määrä on lisääntynyt ja tavoitteena on laajentaa toimintaa edelleen. Maaliskuusta lähtien on eri asiakkaita ollut yhteensä noin sata niin, että kuukausitasolla on



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

ollut keskimäärin 40 aktiivista asiakasta. Vuodelle 2015 on asetettu tavoitteeksi keskimäärin 300 aktiivista käyttäjää kuukausitasolla.

## 2.6 Kokoavat havainnot

Tähän lukuun on koottu vastaukset arvioinnin tarkentaviin kysymyksiin kohdittain.

(1) Ensimmäinen tarkentava kysymys oli, toteutuuko hoidon tarpeen arviointi terveysasemalla lakisääteisessä ajassa. Kysymykseen voidaan vastata kyllä. Tilastoista voidaan päätellä, että välitön yhteydensaanti terveyskeskukseen toteutuu erittäin hyvin vuorokauden aikana. Hoidon tarpeen arviointi terveysasemalla toteutuu lakisääteisessä ajassa.

(2) Toinen tarkentava kysymys oli, toteutuuko kiireettömään hoitoon pääsy terveysasemalle lakisääteisessä ajassa. Kysymykseen voidaan vastata kyllä. Tilastojen mukaan kiireettömään hoitoon pääsy toteutuu lakisääteisessä ajassa. Suurimmassa osassa käynneistä aikaa jouduttiin kuitenkin odottamaan 15–30 päivää tai sitäkin enemmän. Asiakkaiden mukaan ajan saamisessa olisi parantamisen varaa. Asiakkaiden näkemykset hoitoon pääsystä ovat kuitenkin hyvät ja parantuneet parin vuoden aikana. Terveysaseman voi valita tällä hetkellä vuosittain. Mikäli valintamahdollisuus olisi tiheämmin, tämä saattaisi lyhentää jonoja.

(3) Kolmas tarkentava kysymys oli, pääsevätkö päihdeongelmaiset viiveettä päihdepalveluihin. Kysymykseen voidaan vastata kyllä. Kyselyjen perusteella päihdeongelmaiset pääsevät viiveettä päihdepalveluihin sekä terveysasemalla että päihdepoliklinikalle. Asiakastyytyväisyysmittauksen 2012 mukaan päihdepoliklinikan palveluihin pääsy sujuu melko nopeasti ja vaivattomasti. Poliklinikan toiminta on matalan kynnyksen toimintaa, jossa hoidontarpeen arviointiin pääsee välittömästi ilman lähetettä. Omahoitajista ja –lääkäreistä 25 prosenttia oli kuitenkin sitä mieltä, että päihdeongelma seulotaan melko huonosti tai huonosti terveysasemalla. Yli kolmasosa omahoitajista ja –lääkäreistä oli sitä mieltä, että hoitosuunnitelma laadittaisiin vain puolelle tai alle puolelle päihdeongelmaisista asiakkaista. Päihdehoitajan ensikäynnin jälkeiset käynnit toteutuvat liian harvaksen. Yhtenä suurena ongelmana ja kehitettävänä asiana pidettiin asiakkaan omaa heikkoa sitoutumista hoitoon. Päihdehoitajan prosessikuvauksessa mainitaan, että asiakas pyrittäisiin tavoittamaan puhelimitse mikäli hän ei saavu vastaanotolle. Tämä toteutuu kuitenkin vaihtelevasti.

(4) Neljäs tarkentava kysymys oli, pääsevätkö mielenterveysongelmaiset (depressio) viiveettä mielenterveyspalveluihin. Kysymykseen voidaan vastata, että osittain. Kyselyjen perusteella depressiopotilaat pääsevät hyvin terveysasemalle, mutta siellä psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle tai eteenpäin



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

psykiatrian poliklinikalle pääsyssä koettiin olevan ongelmia. Kaupungin oma ohjeistus psykiatriselle sairaanhoitajalle hoitoon pääsystä toteutuu vaihtelevasti. Tilastojen mukaan lakisääteiset hoitopääsykriteerit psykiatrian poliklinikalle kuitenkin toteutuvat. Vuoden 2012 asiakastyytyväisyysmittauksen mukaan hoitoon pääsee melko hyvin. Omahoitajista ja -lääkäreistä 20 prosenttia oli kuitenkin sitä mieltä, että depressio tunnistetaan melko huonosti terveysasemalla. Huolestuttavaa on myös, että peräti 38 prosenttia omahoitajista ja -lääkäreistä uskoi hoitosuunnitelman laadittavan vain puolelle tai alle puolelle potilaista.

Kyselyissä kävi ilmi, että psyykkisen ja päihdeongelman samanaikainen hoito, sen suunnittelu ja yhteisiin tavoitteisiin pyrkiminen on vielä hyvin alussa, vaikka psykiatria- ja päihdekeskukset toimivat nykyisin samassa organisaatiossa. Usea vastaaja näki, ettei kaksoisdiagnoosiasiakkaista edelleenkään ota mitään taho vastuuta. Erityisesti päihdeongelmaisen pääsy mielenterveyspalveluihin on hankalaa.

(5) Viides tarkentava kysymys oli, pääsevätkö aikuistyyppin (T2) diabeetikot viiveettä hoitoon. Kysymykseen voidaan vastata, että terveysasemalle pääosin kyllä. Jonot kontrollikäynteihin ovat kuitenkin pidentyneet. Ratkaisuksi tähän ehdotettiin tarpeenmukaisiin seurantakäynteihin siirtymistä. Myös jatkohoitoon sisätautien poliklinikalle läheteet käsitellään varsin pian, mutta ongelmia esiintyy hoitoon pääsyssä. Jopa lähes neljäsosa omahoitajista ja -lääkäreistä näki, että hoitosuunnitelma laaditaan vain puolelle tai alle puolelle potilaista. Lisäksi kolmasosa uskoi, että potilaat tuntevat hänelle laaditun hoitosuunnitelmansa huonosti, vaikka hoitosuunnitelma olisi sairauden hoidon kannalta erittäin tärkeä. Potilaan omaa motivaatiota tulee parantaa tihentämällä alkuvaiheen käyntejä hoitajien vastaanotoilla. Nähtiin myös, että diabetesta tulisi seuloa nykyistä tehokkaammin ja omahoitotarvikkeiden jakelua parantaa.

(6) Kuudenteen tarkentavaan kysymykseen siitä, saavatko 65 vuotta täyttäneet kotona asuvat tarvitsemansa kotihoidon palvelut, voidaan vastata osittain kyllä. Palvelun saanti toteutuu varsinaisen hoidon osalta hyvin. Palvelu ei kuitenkaan ole riittävää tukeakseen kotona asuvan asiakkaan omaehtoista toimintaa (raskaat kotityöt, omien asioiden hoito, liikkuminen). Asiakkaiden näkemykset olivat samanlaiset. Palvelutarpeen arviointi, palvelusuunnitelman laadinta ja palvelun saanti vaikuttaa toteutuvan ”ilman aiheetonta viivytystä”, mutta palvelutarpeen arviointi ei toteudu moniammatillisesti kuten vanhuspallvelulaki edellyttää. Ratkaisuna esitettiin kokonaisvaltaista palvelusuunnittelua ja palveluohjausta moniammatillisesti. Erityisesti mukaan koettiin tarvittavan sosiaalityöntekijän työpanosta. Esitettiin myös sitä, että kotihoito tiedottaisi aktiivisesti vapaaehtoistoiminnasta, jolla voitaisiin tukea asiakkaan omia verkostoja ja voimavaroja. Muutoin kotihoitoa esitettiin keskitettävän eniten apua tarvitseviin.



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

(7) Seitsemäs tarkentava kysymys oli, ovatko strategian 2013–2016 mukaiset tavoitteet (määritelty mielenterveys- ja päihdepalveluihin liittyvät odotusajat, useita palveluja tarvitseville palveluohjaaja, tunnistettu hoidon jatkuvuuden kannalta kriittiset asiakasryhmät, kehitetty moniammatillisia toimintamalleja monisairaiden hoitoon ja lisätty kotiin vietäviä palveluita) toteutuneet. Kysymykseen voidaan vastata, että ne ovat toteutuneet osittain, mutta toisaalta strategiakausi on vielä kesken. Perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa käytetään lakisääteisiä hoitoon pääsyn kriteereitä, jotka toteutuvat hyvin. Kriteerit koskevat myös päihde- ja mielenterveysongelmaisia ja T2 diabeetikkoja, mutta ei hoito- tai kontrollikäyntejä. Omia tavoitteita hoitoon pääsulle ei ole asetettu lukuun ottamatta terveysaseman sisäistä ohjeistusta päihdehoitajan ja psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle pääsystä. Päihdepalveluihin ei ole olemassa odotusaikoja, mutta hoitoon pääsy toteutuu, koska päihdepoliklinikalle pääsy on lähetteetöntä matalan kynnyksen palvelua.

Palveluohjaajia ei ole määritelty, vaan on katsottu, että hoitosuunnitelman vastuutyöntekijä vastaa tästä. Ikäihmisten palveluissa palveluohjaus on määritelty kaikkien työntekijöiden toimenkuvaan kuuluvaksi. Huono-osaisten asiakkaiden aktiivisesta ajanvaraus- ja palveluohjauksesta hoitosuunnitelman laatimiseksi ei saatu vastausta, joten toistaiseksi voidaan tulkita, että strategian tavoite palveluohjaajasta ei toteudu. Mielenterveyspalvelujen hoidontarpeen valmistelu on kesken. Kyselyjen mukaan juuri psykiatrian hoitoketju kaipaa kehittämistä. Kriittisten asiakasryhmien tunnistaminen on osoittautunut ongelmaksi lähinnä tietosuojakysymysten ja sen vuoksi, ettei nykyinen tiedonkeruu tue tätä.

Helsinki on edelläkävijä monisairaana potilaan hoitomallin luoja ja moniammatillisia palveluketjuja on kehitetty ikääntyneiden palveluissa ja päivystyksissä, mutta kyselyjen mukaan moniammatillisuus ei toteudu riittävästi terveyskeskuksissa, psykiatria- ja päihdepoliklinikoilla eikä kotihoidossa. Lähes kaikilla arvioinnin piirissä olevilla asiakkailla on useita ongelmia tai sairauksia, jolloin yhden työntekijän ammattitaito ei riitä hoito- tai palvelusuunnitelman tekemiseen siten, että se ottaa huomioon asiakkaan kokonaisuutena ja hoidosta tulisi vaikuttavaa.

(8) Kahdeksas tarkentava kysymys oli, onko strategian ja talousarvion 2014 mukaisesti iäkkäiden ja alle 65-vuotiaiden toimintakyvyltään alentuneiden kotiin annettavat ja kotona asumista tukevat palvelut lisääntyneet. Kysymykseen voidaan vastata kyllä. Voimavaroja on siirretty laitoshoidosta kotihoitoon iäkkäiden ja alle 65-vuotiaiden toimintakyvyltään alentuneiden palveluissa. Kotiin annettavia palveluja ei ole suuressa määrin lisätty, mutta kotona asumista tukevia palveluita (palvelukeskustoimintaa, päivätoiminta, muistikoordinaattorit ja –poliikklinikka) on lisätty sosiaali- ja terveysviraston strategiasuunnitelman 2014–2016 mukaisesti.





Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

(9) Yhdeksäs tarkentava kysymys oli, ovatko talousarviossa 2014 asetetut tavoitteet toteutuneet ao. palveluiden osalta. Kysymykseen voidaan vastata, että enimmäkseen ovat. Vaikka mielenterveystyön vastaanottopalveluille ei ole määritelty palvelulupausta, palvelun saannin raportoidaan parantuneen. Psykiatria- ja päihdekeskuksissa laaditaan asiakasvirta-analyysejä hoitoprosessista ja keskeytyksistä. Lakisääteisten määräaikojen toteutuminen kaikissa toiminoissa pyritään varmistamaan tietojärjestelmien seurannan avulla. Kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmä on käytössä ja virtuaalihoidon piirissä olevien kotihoidon asiakkaiden määrää on lisätty ja lisätään edellen.

Hoitoon pääsyn seuranta kaupungilla ja Valviran virallisen ohjelman mukaan THL:llä poikkeavat toisistaan. Kaupungin toteutumat hoitoon pääsystä kaupungin sitovan tavoitteen toteutumisen seuraamiseksi ja THL:n raportit hoitoa odottavista antavat hoitoon pääsyn tilanteesta erisuuntaista tietoa. Tiedon keruu on varsin monimutkaista ja havaittu ongelmalliseksi erityisesti kaupungin omien tietojen luotettavuuden osalta. Myöskään kotihoidossa lakisääteisestä palvelutarpeen arvioinnista ei saada luotettavaa tietoa.

### 3 JOHTOPÄÄTÖKSET

Arvioinnin pääkysymyksenä oli, saako päihdeongelmainen, mielenterveysongelmainen, ikääntynyt kotona asuva tai aikuisiän diabeetikko tarvitsemansa palvelun tai hoidon lakisääteisessä ajassa ja/tai joustavasti ja viiveettä kaupungin kyseisistä palveluista vastaavilta tahoilta. Kysymykseen voidaan vastata, että osittain kyllä.

Yhteydensaanti terveysasemalle toteutuu ja hoidon tarpeen arvioinnit terveyskeskuksissa, psykiatrian poliklinikoilla ja sisätautien poliklinikoilla tehdään lakisääteisissä ajoissa. Samaten hoitoon pääsy toteutuu lakisääteisissä ajoissa kaikkiin näihin palveluihin, vaikka sisätauteihin on ollut enemmän jonottajia. Henkilökunnalle suunnattujen kyselyjen mukaan terveysasemalle sinänsä pääsee hyvin, oli kyse päihde- tai mielenterveysongelmasta tai diabeetikosta. Paikoin asiakas joutuu odottamaan hoitoon pääsyä tilanteissa, jossa nopea apu olisi tarpeen.

Se, miksi hoidon tai palvelun saannin katsottiin toteutuvan vain osittain, on se, että arvioinnin piiriin kuuluneissa ryhmissä suurin ongelma ei ole hoitoon pääsy, vaan hoidon tarpeen tunnistaminen ja toteutuminen käytännössä. Tarve tälle on suuri, sillä näiden monisairaiden ja moniongelmaisten määrä on kasvava.

Arvioinnissa tuli esille, että diabeetikoiden sekä mielenterveys- ja päihdeongelmaisten hoidossa ei aina laadita hoitosuunnitelmaa, tai sitä ei ole laadittu siten, että se ottaa asiakkaan tilanteen huomioon kokonaisuutena ja asiakkaan kanssa yhdessä siten, että asiakas tuntisi sisällön ja sitoutuisi hoitoon. Hoitosuunnitelmassa hoidon ajallinen kesto saattaa myös puuttua tai hoitoon



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

ei sitouduta tai siitä ota vastuuta myöskään hoitohenkilöstö<sup>92</sup>. Tällöin strategian mukainen palveluohjaajan määrittely, joksi on ajateltu hoito- tai palvelusuunnitelmassa mainittu vastuutyöntekijä, ei toteudu käytännössä. Tarvitaan siis systemaattisesti moniammatillisesti laadittuja selkeitä hoitosuunnitelmia, jotka tehdään yhdessä potilaan tai asiakkaan kanssa. Strategian mukainen kriittisten asiakasryhmien seulonta edellyttää käytännön tietosuoja- ja tiedonkeruuongelmien ratkaisua.

Moniammatillisuutta on pyritty kehittämään ja monisairaiden hoitomalli on kuvattu strategian mukaisesti, mutta arvioinnin perusteella voidaan sanoa, että moniammatillisuus ei toteudu riittävästi. Mikäli asiakkaalla on useita sairauksia tai ongelmia, sekä hoidon tarpeen arviointi että hoito tulisi toteuttaa tarvittaessa moniammatillisesti. Depression, päihdeongelman, T2 diabeteksen ja ikään-tyvien kotihoitotarpeiden tunnistamisen ja seulonnan tulisi toteutua nykyistä paremmin, jolloin hoitoon ohjaus ja hoidon aloittaminen tehostuisi. Tarvetta on myös rutiininomaisten kontrollien tai käyntien korvaaminen tarvepohjaisella hoidolla, jolloin hoito tehostuisi.

Päihdeongelmaisen pääsy päihdepoliklinikoille toteutuu hyvin, vaikka siihen ei ole määritelty lakisääteisiä hoitoon pääsyn kriteereitä. Terveysaseman päihdehoitajalle pääsee, mutta toisinaan potilasta ei saada sitoutumaan pitkäaikaiseen hoitoon. Terveysasemien ja päihdepoliklinoiden yhteistyötä ja työnjakoa tulee kehittää ja asiakkaille laatia tarvittaessa moniammatillisesti asiakkaan kanssa yhdessä hoitosuunnitelma, jolloin huomiota tulee kiinnittää myös asiakkaan motivaatioon.

Strategian mukaisesti päihde- ja mielenterveyspalveluihin pääsyä on parannettu, joskin yhdistämisprosessi on vielä kesken. Vaikka psykiatrian poliklinikoille pääsee lakisääteisissä ajoissa, hoitoketjussa on ongelmia. Terveysasemien psykiatrisen sairaanhoitajaresurssin saatavuutta tulee parantaa. Erityisesti depressiosta kärsivän hoitoon pääsyn tulisi olla nopeaa, jotta ongelma ei pahene. Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoitoon pääsy ja hoidon saanti koettiin muuta huonompana, joten päihde- ja psykiatrian alan asiantuntijoiden yhteistyötä vastaanotoilla terveysasemilla ja psykiatria- ja päihdekeskuksissa tarvittaisiin. Kyseisten potilaiden kanssa työskenteleville voisi myös antaa nykyistä laajemmin oikeuksia hyödyntää sekä asiakas- että potilastietoja.

Ikääntyvät saavat kotihoidon tarpeen arvion, tarvittaessa palvelusuunnitelman ja palvelut hyvin ja joustavasti tarpeen mukaan ilman odotusta. Kotihoitoa tukevia palveluja on kehitetty ja talousarviossa 2014 mainitut tavoitteet ovat enimmäkseen toteutuneet. Kotihoidossa koetaan kuitenkin, että asiakasta ei aina saada hoidetuksi niillä hoiva- ja tukipalveluilla, joita kotihoitajan on mahdollista antaa. Kotihoidon tarpeen arvioinnin tulee olla nykyistä moniammatilli-

<sup>92</sup> lääkäri voi kirjoittaa PKV-lääkkeitä vaikka hoitosuunnitelmassa ohjeistetaan toisin tai päihdehoitajan vastaanotolta poisjääneeseen asiakkaaseen ei oteta yhteyttä, kuten prosessikuvauksessa mainitaan



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

sempi asiakkaan hoidon tehostamiseksi. Kotihoidon ja sosiaali- ja lähityön palveluita tulisi yhdistää säännölliseksi käytännön työksi. Kotona asuvan verkostot ja voimavarat tulee kartoittaa ja kotihoidon tulisi toimia aktiivisesti vapaaehtoistyön välittäjänä asiakkaalle. Kotihoidossa on syytä käydä keskustelu asiakkaiden priorisoinnista ja mahdollisesta palvelun keskittämisestä.

Hoitoon pääsyyn liittyvä kaupungin oma ja valtakunnallinen seuranta antavat erisuuntaisen kuvan hoitoon pääsyn tilanteesta. Hoitoon pääsyn seurannan ja tilastoinnin luotettavuutta on edelleen kehitettävä kaupungin omassa toiminnassa. Hoitoon pääsyn lisäksi olisi syytä kehittää mittareita, joilla voitaisiin seurata monisairaana tai -ongelmaisen hoidon toteutumista ja onnistumista kokonaisuutena, että voidaan varmistua hoidon tehokkuudesta ja vaikuttavuudesta.

Hoitoon pääsyn seurannan ohella tulee huolehtia hoidon vaikuttavuudesta, eli siitä, että potilas tai asiakas tulee hoidetuksi ja että hänen terveytensä tai hyvinvointinsa paranee. Hoitotakuu ei koske pitkäaikaissairaita ja moniongelmaisia ja heidän hoitoonsa liittyviä hoito- ja kontrollikäyntejä, mutta kansanterveyden edistämässä juuri perusterveydenhuollon toimivuus, tehokkuus ja vaikuttavuus ovat keskeisessä asemassa. Tämän vuoksi sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiota terveysasemilla, päihde- ja psykiatriakeskuksissa ja kotihoidossa tulee voimakkaasti kehittää käytännön työn tasolla, sillä nykyinen organisaatio antaa siihen mahdollisuuden.

#### 4 TOIMENPIDE-ESITYS JA LISÄTIEDOT

Tarkastuslautakunnan 2. jaosto merkitsee muistion tiedoksi.

Arviointia koskevia lisätietoja antavat kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen, puhelin 310 36606, Jari J. Ritari, puhelin 310 36542 ja Tarja Palomäki, puhelin 310 36479.

Liisa Kähkönen

Jari J. Ritari

Tarja Palomäki

JAKELU Tarkastuslautakunnan 2. jaosto



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

---

## LÄHTEET

### **Kyselyt:**

Terveysasemien omahoitajat ja omalääkärit  
Terveysasemien päihdehoitajat  
Terveysasemien psykiatriset sairaanhoitajat  
Palvelualuejohtajat  
Kotihoitopäälliköt ja kotihoidon ohjaajat  
Sisätautien poliklinikan diabeteshoitajat ja –lääkärit  
Psykiatria- ja päihdekeskusten poliklinikoiden ylilääkärit, ylihoitajat, psykososiaalisen työn päälliköt ja poliklinikoiden lähiesimiehet

### **Sähköpostitiedustelut:**

Avosairaanhoidon kehittämissyhmä, Terveysasemat ja sisätautien poliklinikka, Sosiaali- ja terveysvirasto  
Sisätautien poliklinikka, Terveysasemat ja sisätautien poliklinikka, Sosiaali- ja terveysvirasto  
Psykiatria- ja päihdepalvelut, Sosiaali- ja terveysvirasto  
Henkilöstöpalvelut, Sosiaali- ja terveysvirasto  
Kehittämisen ja toiminnan tuki, Sosiaali- ja terveysvirasto  
Tietohuolto- ja tilastopalvelut, Sosiaali- ja terveysvirasto  
Vs. virastopäällikkö Hannu Juvonen, vs. osastopäällikkö Seija Hiekkänen, Terveys- ja päihdepalvelut, osastopäällikkö Juha Jolkkonen, Sairaala- kuntoutus- ja hoivapalvelut, Sosiaali- ja terveysvirasto 20.11.2014

### **Muut lähteet:**

Helsingin kaupungin talousarvio 2014

Helsingin kaupungin strategiaohjelma 2013–2016

Hoitosuunnitelmat pitkäaikaishoidossa ja ensihoito. Ohje 30.4.2013. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira.

Keskinen, V., Tasaista menoa, Helsingiläisten tyytyväisyys kuntapalveluihin 2012 ja 2008. Helsingin kaupungin tietokeskus, tutkimuskatsauksia 1/2013.

Kiireettömään hoitoon pääsy, valtakunnallinen valvontaohjelma 2012–2014. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira, Valvontaohjelmia 8/2012.

Kiireettömään hoitoon pääsyn selvitys. Nykytila ja toimenpide-ehdotuksia. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:27.



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

---

Kotiin annettavat palvelut ja hoito. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012–2014. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira, Helsinki 2012.

Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten vertailu 2013. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 7/2014.

Laine, Mikä on kustannusvaikuttavaa terveyden edistämistä? Terveyden edistämisen vaikuttavuusseminaari, Jyväskylä 28.1.2013

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000

Lyly, A., Terveysasema kuntalaisen käyttöliittymänä –hanke, loppuraportti 3.12.2012.

Mielenterveyslaki 1116/1990

Osastokohtaiset käyttösuunnitelmat 2014, sosiaali- ja terveysvirasto

Päihdehuollon asiakaskysely 2012

Päihdehuoltolaki 41/1986

Päihdepalveluihin pääsy suurissa kunnissa 2011 ja 2012. Kuljukka, L., Niskala, M., Partanen, A., Kuussaari K. & Vormaa, H. 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 38/2013.

Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 7/2011.

Selvitys diabeteksen hoidon käytännöistä. Helsingin sosiaali- ja terveyslautakunta 18.2.2014 § 42.

Sosiaali- ja terveysviraston talousarvio 2014

Sosiaali- ja terveysviraston toiminnallinen tilinpäätös 2013

Sosiaalihuoltoasetus 607/1983

Sosiaalihuoltolaki 710/1982

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä (33/2008)

Sosiaali- ja terveysviraston strategiasuunnitelma 2014-2016

Säännöllisen kotihoidon asiakaskysely 2012. Helsingin kaupungin terveyskeskus. TNS Gallup Oy.



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

---

Terveydenhuoltolaki 1326/2010

Terveysaseman psykiatrisen sairaanhoitajan avosairaanhoidon vastaanotto. Helsingin kaupungin terveyskeskus, prosessityöryhmä 8.9.2010.

Terveysaseman päihdetyöntekijän avosairaanhoidon vastaanotto. Helsingin kaupungin terveyskeskus, prosessityöryhmä 19.4.2012.

Vanhuspalvelulaki 980/2012



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

LIITTEET

Liite 1 Arvioinnin toteuttamissuunnitelma

Arviointiaihe																														
Päihde-, mielenterveyspalveluihin, kotihoitoon ja diabeetikkojen hoitoon pääsy sosiaali- ja terveydenhuollossa																														
Suunnitelman laatijat		Pvm																												
Liisa Kähkönen, Jari J. Ritari		9.5.2014																												
Päätös arvioinnista																														
Tarkastuslautakunta 7.5.2014																														
Arvioinnin ohjausryhmä																														
Tarkastuslautakunnan 2. jaosto																														
Aloittamisaika	Valmistumisaika	Vastaava valmistelija, muut valmistelijat																												
6/2014	1/2015	Liisa Kähkönen, Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki																												
Arviointiaiheen tausta																														
<p>Kuntien vastuulla oli vuonna 2012 sosiaali- ja terveydenhuollon toimialalla 194 tehtävää (Kuntien tehtävien kartoitus, 2012). Sosiaali- ja terveyspalveluihin pääsy on yhteiskunnallisesti sitä tärkeämpää, mitä merkittävimmistä inhimillisistä ja taloudellisista kustannuksista on kysymys. Kunnat tuottavat suuren määrän sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, joilla ehkäistään ennalta mahdollisesti suuria, sairaudesta tai sosiaalisesta ongelmasta jälkikäteen syntyviä kustannuksia.</p> <p>Palveluita, joissa ennaltaehkäisevät kustannukset ovat tutkitusti jälkikäteisiä kustannuksia huomattavasti matalampia, ovat esimerkiksi päihdepalvelut, mielenterveyspalvelut ja eräät kansansairaudet. Sairauksista diabeteksen hoito on kalleinta, kun lasketaan suorat ja epäsuorat (tuotannon menetys) vuodessa. Toiseksi kalleinta ovat mielenterveysongelmat, erityisesti skitsofrenian hoito. Elintapoihin liittyvistä kustannuksista pelkästään alkoholiongelma aiheuttaa mittavat vuosittaiset kustannukset. Useimmiten ongelmat liittyvät toisiinsa ja ovat kytköksissä sairauksiin, joihin elintavat vaikuttavat, kuten aikuisiän diabetekseen.</p> <p><b>Esimerkkejä sairauksien ja terveyttä uhkaavien ongelmien taloudellisesta taakasta Suomessa – missä määrin näihin voidaan vaikuttaa terveyden edistämistoimilla?</b></p>																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sairaus</th> <th>Suorat (1000€)*</th> <th>Epäsuorat (1000€)**</th> <th>Yhteensä (1000€)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nivelreuma (2004)</td> <td>70 000</td> <td>130 000</td> <td>200 000</td> </tr> <tr> <td>Skitsofrenia (2004)</td> <td>350 000</td> <td>950 000</td> <td>1 300 000</td> </tr> <tr> <td>Rintasyöpä (2005)</td> <td>90 000</td> <td>70 000</td> <td>160 000</td> </tr> <tr> <td>Astma (2005)</td> <td>130 000</td> <td>66 000</td> <td>196 000</td> </tr> <tr> <td>Diabetes (2010)</td> <td>1 351 000</td> <td>1 332 000</td> <td>2 683 000</td> </tr> <tr> <td>Aivohalvaus (2008)</td> <td>1 100 000</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>			Sairaus	Suorat (1000€)*	Epäsuorat (1000€)**	Yhteensä (1000€)	Nivelreuma (2004)	70 000	130 000	200 000	Skitsofrenia (2004)	350 000	950 000	1 300 000	Rintasyöpä (2005)	90 000	70 000	160 000	Astma (2005)	130 000	66 000	196 000	Diabetes (2010)	1 351 000	1 332 000	2 683 000	Aivohalvaus (2008)	1 100 000	-	-
Sairaus	Suorat (1000€)*	Epäsuorat (1000€)**	Yhteensä (1000€)																											
Nivelreuma (2004)	70 000	130 000	200 000																											
Skitsofrenia (2004)	350 000	950 000	1 300 000																											
Rintasyöpä (2005)	90 000	70 000	160 000																											
Astma (2005)	130 000	66 000	196 000																											
Diabetes (2010)	1 351 000	1 332 000	2 683 000																											
Aivohalvaus (2008)	1 100 000	-	-																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ongelma</th> <th>Suorat (1000€)*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lihavuus</td> <td>190 000 – 260 000</td> </tr> <tr> <td>Vähäinen liikunta</td> <td>200 000-250 000</td> </tr> <tr> <td>Tupakointi</td> <td>246 000</td> </tr> <tr> <td>Alkoholi</td> <td>123 000 - 226 000</td> </tr> <tr> <td>Tapaturmat</td> <td>207 000 - 240 000</td> </tr> </tbody> </table>			Ongelma	Suorat (1000€)*	Lihavuus	190 000 – 260 000	Vähäinen liikunta	200 000-250 000	Tupakointi	246 000	Alkoholi	123 000 - 226 000	Tapaturmat	207 000 - 240 000																
Ongelma	Suorat (1000€)*																													
Lihavuus	190 000 – 260 000																													
Vähäinen liikunta	200 000-250 000																													
Tupakointi	246 000																													
Alkoholi	123 000 - 226 000																													
Tapaturmat	207 000 - 240 000																													



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

Lähde: Laine, Mikä on kustannusvaikuttavaa terveyden edistämistä? Terveyden edistämisen vaikuttavuus-seminaari, Jyväskylä 28.1.2013

Väestön ikääntymisen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon menot kasvavat. Vanhusten kotihoito on ympärivuorokautista hoitoa huomattavasti edullisempi ratkaisu ja kotihoidon lisääminen on ollut vanhustenhuollossa valtakunnallinen tavoite jo pitkään. Kun valtakunnallisesti kotipalveluiden kustannukset olivat 635 miljoonaa euroa, ympärivuorokautisen hoivan (tehostettu palveluasuminen, vanhainkoti, terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoito) kustannukset olivat 2 680 miljoonaa euroa vuonna 2013 (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013). Sosiaali- ja terveyspalvelujen yksikkökustannukset kuudessa suurimmassa kaupungissa vuonna 2012 olivat kotihoidossa keskimäärin (oma käynti, ilman tukipalveluja, brutto) 38 euroa/käynti ja keskiraskaassa palveluasumisessa oman tuotannon kustannus asumisvuorokautta kohden oli 82 €/vrk (Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelujen ja kustannusten vertailu vuonna 2012). Noin kaksi kotihoidon käyntiä vuorokaudessa tulisi siis vielä edullisemmaksi kuin keskiraska palveluasuminen. Kotihoidolla on mahdollista ennaltaehkäistä tai siirtää ympärivuorokautiseen hoitoon joutumista.

Helsingin strategiaohjelmassa 2013–2016 on tavoitteena, että mielenterveys- ja päihdepalveluihin pääsee joustavasti ja tarvittaessa lähetteettömästi. Päihde- ja mielenterveyspalveluja tarvitsevan asukkaan tulee saada hoidon tarpeen arvio jonottamatta sekä hoitosuunnitelma, hoito, kuntoutus ja palvelut viiveettä oikeassa paikassa. Tätä varten määritellään palveluketjun optimaalinen palvelurakenne ja odotusajat sekä nimetään useita palveluja tarvitseville asiakkaille palveluohjaaja. Strategiaohjelmassa asiakkaiden hoidon jatkuvuus on tarkoitus turvata henkilöstön työtapoja uudistamalla. Toimenpiteenä tälle tunnustetaan hoidon jatkuvuuden kannalta kriittiset asiakasryhmät ja esimerkiksi monisairaiden hoitoon kehitetään moniammatillisia toimintamalleja. Lisäksi huono-osaisten asiakkaiden aktiivisesta ajanvaraus- ja palveluohjauksesta hoitosuunnitelman laatimiseksi huolehditaan. Sosiaali- ja terveysviraston strategiasuunnitelmassa 2014–2016 ”lökkäiden ja alle 65-vuotiaiden toimintakyvyltään alentuneiden kotiin annettavat ja kotona asumista tukevat palvelut lisääntyvät ja laitoshoidon vähenee”. Tämän toimenpiteenä mainitaan kotiin vietävien ja kotona asumista tukevien palvelujen lisääminen. Kotihoidon piirissä olevien 75 vuotta täyttäneiden osuus on ollut kaupungilla sitovana tavoitteena muun muassa vuosina 2000–2004 ja jälleen 2010–2014. Terveysasemien ns. hoitotakuu on ollut aiemman terveyskeskuksen ja nykyisen sosiaali- ja terveysviraston sitova toiminnallinen tavoite myös hyvin pitkään (pl. vuosi 2012).

Kunta vastaa asukkaidensa mielenterveyden häiriöiden ehkäisystä, varhaisesta tunnistamisesta, hoidosta ja kuntoutuksesta. Helsinkiläisille ensisijainen paikka mielenterveysongelmissa on terveysasema. Terveysasemalta asiakas voidaan ohjata psykiatrian poliklinikalle tai hän voi tulla tai hänet voidaan ohjata psykiatrian poliklinikan akuuttityöryhmään suoraan. Päihdepalveluja ovat ehkäisevä päihdetyö sekä päihdehoidon avo- ja laitospalvelut. Ennaltaehkäisevää työtä tehdään usealla taholla. 24 vuotta täyttäneille alkoholiongelmaisille avohoitoa ja hoitoon ohjausta Helsingin kaupungilla toteutetaan terveysasemilla ja päihdekliniikoilla. Diabeteksen hoito on yhteiskunnallisesti kallein. Diabeetikon hoidon kokonaisuus käsittää erittäin paljon ennaltaehkäisevää työtä, johon liittyy useita tahoja. Aikuksiän diabetes on nuoruusiän diabetesta yleisempi. Diabeteksen toteutuksen jälkeen hoi-





Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

to tapahtuu Helsingissä terveysasemilla ja vaikeissa tapauksissa sisätautien poliklinikalla.

Terveysasemat huolehtivat muun muassa kiireellisestä ja kiireettömästä avosairaanhoidosta sekä perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdetyöstä. Hoitoon pääsystä säädetään terveydenhuoltolaissa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Arkisin terveyskeskuksen aukioloaikana sinne on saatava välittömästi puhelinyhteys tai sinne on voitava mennä käymään. Jos hoidon tarpeen arviointi vaatii terveyskeskuksessa käyntiä, sinne on saatava aika kolmen arkipäivän kuluessa yhteydenotosta. Hoitoon on terveyskeskuksessa päästävä viimeistään kolmessa kuukaudessa.

Taloudellinen näkökulma

Arvioinnin piiriin on syytä valita palveluita, joilla ehkäistään ennalta suuria jälkikäteisiä tai ongelman hoitamatta jättämisestä syntyviä kustannuksia.

Asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulma

Arvioinnin materiaalina käytetään hoitoon pääsyyn ja asianomaisiin palveluihin liittyviä asiakaskyselyjä ja mahdollisia tutkimuksia. Arvioinnissa tultaneen haastattelemaan tai tekemään kysely palvelusta vastaaville tahoille. Näissä pyritään mahdollisuuksien mukaan ottamaan huomioon se, miten asiakkaiden kanssa työtä tekevän henkilöstön näkemys saadaan mukaan arviointiin.

Aiheeseen liittyvien suositusten jälkiseuranta

Ei ole aiempia suosituksia.

Arvioinnin tavoitteet

Tavoitteena on arvioida, miten päihde-, mielenterveyspalveluihin, kotihoitoon ja diabeetikkojen hoitoon pääsy toteutuu sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Koska päihde-, mielenterveys-, vanhustenhoitoon ja diabeetikon hoito voi olla moniulotteinen ja asiakas moniongelmainen, ensimmäinen hakeutuminen palvelun piiriin, palvelukontakti tai hoitoonohjaus voi tapahtua myös muualla kuin siihen varsinaisesti määritellyllä hoitavalla taholla. Jotta arviointi voidaan toteuttaa, hoitoon pääsyn arvioinnissa keskeisin tarkasteltava rajapinta on asiakkaan ja ensisijainen asiassa tai ongelmassa hoitoa antava taho. Tällöin arvioinnin piiriin valikoituisivat kaupungin palveluista terveysasemat (päihde- ja mielenterveyspalvelut, aikuistyyppin T2 diabeteksen hoito), psykiatrian poliklinikat (mielenterveyspalvelut), sisätautien poliklinikat (T2 diabeteksen hoito), päihdeklinitikat, avohoito ja laitoshoidot (päihdepalvelut) sekä kotihoito ja sen tukipalvelut (65 vuotta täyttäneet).

Arvioinnin pääkysymyksenä on, saako päihdeongelmainen, mielenterveysongelmainen, ikääntynyt kotona asuva tai aikuisiän diabeetikko tarvitsemansa palvelun tai hoidon lakisääteisessä ajassa, joustavasti ja viiveettä kaupungin kyseisistä palveluista vastaavilta tahoilta.

Arvioinnin osakysymykset ovat:

- toteutuuko hoidon tarpeen arviointi terveysasemalla lakisääteisessä ajassa



- toteutuuko kiireettömään hoitoon pääsy terveysasemalle lakisääteisessä ajassa
- pääsevätkö päihdeongelmaiset viiveettä päihdepalveluihin
- pääsevätkö mielenterveysongelmaiset viiveettä mielenterveyspalveluihin
- pääsevätkö aikuistyyppin diabeetikot viiveettä hoitoon
- saavatko ikääntyneet kotona asuvat tarvitsemansa kotihoidon palvelut
- onko sosiaali- ja terveysvirastossa määritelty mielenterveys- ja päihdepalveluihin liittyvät odotusajat, useita palveluja tarvitseville palveluohjaaja, tunnistettu hoidon jatkuvuuden kannalta kriittiset asiakasryhmät, kehitetty moniammatillisia toimintamalleja monisairaiden hoitoon ja lisätty kotiin vieviä palveluita strategian mukaisesti.

Arviointia varten selvitetään aluksi terveysasemista vastaavien asiantuntijoiden kanssa, miten päihdeongelmaisen, mielenterveysongelmaisen tai aikuistyyppin diabetesta sairastavan hoitoon pääsyä voitaisiin parhaiten arvioida terveysasemilla (haastattelu, kysely, kohdistaminen).

Arviointiin liittyy arviointikäynti sosiaali- ja terveysvirastoon.

#### Rajaukset

Kaikkiin edellä mainittuihin palveluihin liittyy runsaasti ennaltaehkäisevää työtä, jota tehdään laajasti eri palveluissa. Jotta aihe voidaan rajata toteuttamiskelpoiseksi, ennaltaehkäisevä työ joudutaan jättämään arvioinnin ulkopuolelle.

Arviointi on syytä rajata päihde- ja mielenterveysongelmien osalta aikuisten palveluihin, sillä lasten ja nuorten mielenterveyspalveluita on arvioitu vuonna 2010 ja päihdehoitoa vuonna 2013. Lisäksi lasten ja nuorten palveluita koskevat myös erilaiset hoitoon pääsyn lakisääteiset aikarajat. Diabeteksen hoito on tarpeen rajata aikuistyyppin diabeteksen hoitoon, sillä se liittyy tiiviimmin elintapaohjaukseen ja on nuoruusiän (T1) diabetesta yleisempi. Kotihoidon palveluihin pääsy rajataan 65 vuotta täyttäneisiin, koska halutaan tarkastella nimenomaan ikääntyneiden kalliin ympärivuorokautisen hoidon ehkäisyä tai siirtämistä.

Suunnitelman laatimiseksi sosiaali- ja terveysvirastosta kysyttiin, onko olemassa luokitusta tai tilastoa siitä, millä perusteella asiakas hakeutuu terveysasemalle, sisältyykö kiireellisen ja kiireettömän hoidon arviointiin diagnoosi- tai ongelmaluokittelua, löytyykö hoitopääsyyn liittyviä tietoja luokiteltuna diagnoosin tai ongelman mukaan tai onko olemassa tilastoa siitä, mihin palveluihin terveysasemilta ohjataan eteenpäin. Tällaista tietoa ei ole saatavissa mistään valmiina, joten ongelma- tai diagnoosipohjainen hoitoon pääsyn arviointi terveysasemille on toteutettava haastattelun tai kyselyn avulla.



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

## Liite 2. Depressiopotilaan hoitoketjun parantaminen

### Omahoitaja- ja -lääkärikysely, kysely psykiatrisille sairaanhoitajille, avovastaukset

#### Hoitoon pääsy

- ajanvarausjonot on saatava lyhyemmäksi, koska depressioasiakas tarvitsee apua välittömästi ja jotta he eivät päätyisi tarpeettomasti ruuhkauttamaan päivystyksiä
- enemmän vastaanottoaikoja sekä hoitajille että lääkäreille tilanteen arvioimiseksi puhelinarvion sijasta
- tarvitaan paikalla oleva psykiatrin sairaanhoitaja, jolle on mahdollista päästä ja saa aikoja. Tällä hetkellä ammattiapua ei ole saatavissa, sillä psykiatrisille sairaanhoitajille on pitkät jonot
- psykiatrisen sairaanhoitajan tulisi voida konsultoida lääkäriä/psykiatria tarvittaessa.
- jalkautuvan psykiatrisen sairaanhoitajan ja psykiatrin vastaanoton lisääminen
- terveysasemalle tarvitaan lisää mielenterveyshoitajia ja psykiatrista konsultaatiota
- jo ensikontaktissa tulisi olla ammattilainen depressiopotilaan kohtaaja esim. terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja. Hoitoa tai tutkimustuloksia koskevat kysymykset tulisi selvittää terveydenhoitajan, sairaanhoitajan tai lääkärin kanssa.
- lääkäreiden vastaanottoajat tarvittaessa riittävän pitkäksi
- Nykyinen hoidon porrastus on liian jyrkkä. Psykiatrian poliklinikalle matalampi kynnyksen joidenkin potilaiden kohdalla
- Jatkohoitoon pääsyn parantaminen (terapiat ym.).
- Suurin osa jää roikkumaan ilman apua, hoito on lapsenkengissä. Nuoret eivät pääse hoidon piiriin, joskus on ollut pakko ohjata yksityiselle nuoria, jotta saisivat esim. terapiaa varten psykiatrin todistuksen Kelaa varten. Maksut ovat kalliita. Kriisipisteessä on ruuhkaa ja välillä tukossa.

#### Moniammatillisuus

- Moniammatillisuutta tulisi hyödyntää perusterveydenhuollossa nykyistä enemmän, koska asiakkaatkin usein moniongelmaisia tai -sairaita. Yhteistyötä potilaiden hoidossa tulee tehdä psykiatristen sairaanhoitajien lisäksi päihdetyöntekijän, fysioterapeutin, toimintaterapeuttien, vertaistukiryhmien ja sos.työntekijöiden kanssa
- yhteistyötä psykiatristen sairaanhoitajien ja muun terveysaseman kanssa tulee parantaa

#### Hoidon toteutuminen ja ammattitaito

- Hoidon jatkuvuus ja seuranta: määrittelemättä on esimerkiksi hoitosuunnitelman pituus. Tuleeko hoitosuunnitelma tehdä viisivuotiskaudeksi vai kymmenvuotiskaudeksi vai aluksi vain viikoksi tai pariiksi?
- Seuloja (EPDS, audit yms) osataan käyttää kyllä kohtuu hyvin, mutta muutoin koetaan riittämättömyyttä tunnistamisessa ja hoidossa
- lääkärit tulee saada ottamaan vastuuta myös depression hoidosta. Vaikka tunnistaminen tehty, voidaan aloittaa harvakseltaan seuranta ja lääkitys, vaikka asiakkaan hoito saattaisi hoitua paremmin muualla. Pitäisi löytää myös muita vaihtoehtoja, kuten psykoterapiaa
- Terveysasemat eivät ole saaneet järjestää ryhmäohjausta depression ja uupumuksen hallintaan, vaikka siihen saatiin aikoinaan koulutus. Tarvetta olisi.
- Tarvitsisin lisää tietoa kolmannen asteen sektorin palveluista depression hoitoon liittyen.
- tarvitaan enemmän lyhytterapiapalveluita ja lyhytinterventiota ja ryhmäohjausta erityisesti masennuksen lisäksi muita ongelmia omaaville potilaille
- mielenterveyslain 4 § mukaisen työnohjauksen antaminen terveysasemien hoitajille ja lääkäreille



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

### Liite 3. Päihdeongelmaisen hoitoketjun parantaminen

#### Omahoitaja- ja -lääkärikysely, kysely päihdehoitajille, avovastaukset

##### Puutteellinen tunnistaminen

- tunnistaminen eli kysyminen/asian esille otto on vielä puutteellista
- hoitohenkilökunnan aktiivisuutta lisättävä päihdeasioiden puheeksi ottamisessa, jotta tulisi rutiiniksi
- suuri ongelma sosiaalisesti hyvätuloiset jotka käyttävät runsaasti alkoholia ja peittävät sen kauan ja iäkkäät suurkuluttajat, jotka saavat herkästi tapaturmia
- osalla hoitajista erittäin huono asenne päihdeongelmaisia kohtaan
- pitäisi ohjata potilaita päihdehoitajan vastaanotolle heti ajanvarauksesta tehdessä. Päihdehoitajalla on yleensä pidemmät vastaanottoajat
- päihdehoitajalle pääsyn pitäisi olla helpompaa, vastaanottoaikoja on oltava enemmän

##### Potilaan motivaatio

- hoitoketju toimii hyvin, mutta päihdeongelmaisten pitkäaikaiseen hoitoon motivointiin voisi kiinnittää huomiota
- hoitoon pitäisi ottaa heti, kun potilas hakee apua, tällöin hän on myös motivoitunein hoitoon
- päihdeongelmaiset eivät myönnä ongelmaansa ja jos myöntävätkin, eivät halua siihen päihdetyöntekijän apua
- hoitoon hakeutuva, joka aidosti haluaa hoitoa, saa avun, mutta näitä tässä ryhmässä harvassa.
- potilaat eivät tule päihdetyöntekijän vastaanotolle tai muillekaan vastaanotolle, aikoja jää käyttämättä, joka aiheuttaa tehottomuutta
- potilaat usein lääkehakuisia eivätkä motivoituneita muunlaiseen hoitoon

##### Päihdeasiantuntemuksen saatavuus ja työnjako

- Päihdehoitajia voisi olla useampia, välimatka on joskus ongelma asiakkaalle
- Päihdehoitajien tarve on suurempi kuin tarjonta. Ensikäynnille pääsee, mutta jatko on harvempi kuin olisi suotavaa. Varsinaiset huumeikäyttäjät pitää saada pois päihdehoitajalta.
- Päihdehoitajalle pitäisi olla myös akuuttiaikoja
- Tarvitaan myös päihdelääkärin asiantuntemusta
- Päihdepoliklinikan ja terveysaseman työnjakoa olisi hyvä selventää
- Päihdepoliklinikan tekstit ja hoidot eivät näy terveysasemalla ja tulee päällekkäistä hoitoa helposti (eri tietojärjestelmät, tietosuojat)
- Päihdepoliklinikalta tarvittaisiin enemmän tukea. Keskinäinen kommunikointi on tällä hetkellä surkeaa.
- Terveysaseman sijaan pitäisi kehittää asiantuntevampaa hoitomuotoa ja hoitotahoa.
- nykyään katkaisuhuolto on päihdepoliklinikalla ja sinne tarvittaessa ohjataan, mutta katkaisuhuolto on alueella huomattavasti vähentynyt.

##### Päihdehoidon toimivuus

- Selkeitä hoitosuunnitelmia ei ole systemaattisesti tehty
- lääkäri laatii hyvin harvoin hoitosuunnitelmaa, päihdehoitaja aina. Usein lääkäri tukeutuu hoitajan suunnitelmaan.
- jokaiselle alkoholin suurkuluttajalle pitäisi kirjata kertomukseen suositus täysraittiuteen
- Lääkärit kirjoittavat aivan huolettomasti PKV lääkkeitä. Lääkärit eivät noudata päihdehoitajan ohjeistuksia vieroitukseen ja lääkkeiden vähentämiseen.



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

---

- Lääkärit eivät tarpeeksi hyvin tunnista runsaan kipulääkityksen takana olevaa päihdeongelmaa. Saa-  
tetaan vuosikautia hoitaa epämääräisiä kipuja esim. kodeiinia sisältävillä lääkkeillä, puhumattakaan  
vahvemmista PKV-lääkkeistä.
- Epäselviä ohjeistuksia siitä, missä hoito toteutetaan ja milloin.
- Lääkkeiden myöntämiseen tarvitaan tiukempi seula.

#### Jatkohoito

- Palautetta pitäisi saada terveysasemalle, kun potilas palautuu jostain muualta, nykyisin sitä ei näe  
koskaan. Esimerkiksi monikäyttäjien / huumausaineiden käyttäjien hoitoon pääsy on vaikeaa ja hei-  
dän on hyvin helppo palata terveysasemalle takaisin selittäen, että hoito ei onnistunut. Pitäisi tiuken-  
taa sitoutumista huumeyksikön hoitoon ja kaikki lääkitys sieltä. Tietoa yksittäisen potilaan hoidosta  
vaikea saada terveysasemalla, tiedon pitäisi kulkea molempiin suuntiin.
- Jatkohoitopaikkoja tarvitaan enemmän
- Hoitopääsyä pitäisi yksinkertaistaa ja paikkoja pitäisi olla lisää. Myös avohoitopaikkoja tulisi lisätä  
ja tietoa niistä
- Tarvittaisiin selkeämmät ohjeet milloin ja mihin potilaat ohjataan.



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

#### Liite 4. Kaksoisdiagnoosipotilaanhoitoketjun parantaminen

Omahoitaja- ja -lääkärikysely, kysely psykiatrisille sairaanhoitajille ja päihdehoitajille, avovastaukset

##### Tunnistaminen

- sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanotolla olisi tehtävä enemmän seulontaa (BDI, BAI ja AUDIT), joiden perusteella on helpompi tunnistaa potilaan ongelma-alue
- hoitohenkilökunnan asenteiden muutos myös käytännön tasolla olisi tarpeellista.

##### Hoitoketju ja hoitoon pääsy

- hoitoketju ei ole selkeä. En tunne koko hoitoketjua.
- jos asiakkaalla on sekä psyykinen ongelma, että päihdeongelma, niin psykiatria sulkee herkästi hoitoon pääsyn päihdeongelmaan vedoten; myös erikoissairaanhoidon pääsy ontuu
- psykiatrisen puolen hoitoon pääsyssä on koko ajan ongelmaa, vaikeastikin oireilevat potilaat jäävät terveysasemalle. Itsemurhauhkaus tuntuu olevan ainoa asia joka saa lähetteet menemään läpi.
- kaksoisdiagnoosipotilaiden nöyryyttäminen psykiatrian ammattilaisten toimesta tulisi lopettaa.
- tarvitaanko välttämättä lähetteitä?
- tarvitaan myös yhteistyötä psykiatrian poliklinikan ja päihdepoliklinikan välillä
- moniongelmaiset voitaisiin keskittää psykiatrian poliklinikalle, sillä päihdepuolella ei ole riittävästi välineitä

##### Moniammatillinen erityisosaaminen

- kaipaisi psykiatrian ja päihdepuolen erityisosaamista, saumatonta yhteistyötä. Liian haastava terveydenhoitaja-lääkäriyöparille hoidettavaksi.
- psykiatriselle sairaanhoitajalle ja päihdehoitajille pitäisi olla hyvin matala kynnyks, ei myöskään erotte-lua siitä, kummasta ongelmasta on kyse. Joka terveysasemalla pitäisi olla läsnä psykiatrinen sai-raanhoitaja ja päihdehoitaja. Kaksoisdiagnoosipotilaat useimmiten niin haastavia, että hoito olisi vai-kuttavampaa keskitetysti osaavissa käsissä
- tarvitaan henkilökunnan lisäkoulutusta. Työpaineiden alla nämä asiakkaat putoavat hoidon piiristä, ellei heitä osata tunnistaa.
- terveysasemille pitäisi saada työnohjausta ja yhteistapaamisia erikoissairaanhoidon työntekijän kans-sa näiden vaikeimpien potilaiden auttamiseksi, koska nämä eniten avun tarpeessa olijat eivät usein kykene käyttämään muita kuin mahdollisimman matalan kynnyksen päivystysluonteisia palveluita.

##### Hoidon toimivuus ja jatkohoito

- kaksoisdiagnoosiasiakkaille kirjoitetaan PKV lääkkeitä löysin rantein. Lääkäri pääsee helpolla kun kir-joiittaa AINA potilaalle kaikkea mitä potilas haluaa. Terveysasemille tarvittaisiin päihdelääkäreiden vastaanottoja, jotta tämä ongelma edes jotenkin saataisiin kuriin.
- potilaalle tulee saada pysyvä lääkärisuhde
- erikoissairaanhoidotasoisia palveluita pitäisi olla ulottuvilla ja pitäisi olla läpinäkyvyyttä ja jatkuvuutta avoterveydenhuollon ja erikoispalveluiden välillä. Nykyisin sitä ei ole ollenkaan.
- onko hoito perusterveydenhuollon tasolla edes mahdollista?
- erikoissairaanhoidon tulisi seuloa aktiivisemmin sinne lähetettyjä kaksoisdiagnoosin varalta, etenkin persoonallisuushäiriöt tulisi selvittää paremmin ja useammin kuin nykyisin.
- psykiatrian poliklinikalta tai muulta hoitotasolta selkeämmät jatkohoito-ohjeet



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

---

## Uusien terveys- ja hyvinvointikeskusten kehittäminen

- Suunnitelmissa olevien uusien terveys- ja hyvinvointikeskusten ajatuksena on palvelujen keskittäminen ja integraatio. Näissä keskuksissa tulisi saada kuntoon työnohjaus- ja suoran konsultaation tuki perusterveydenhuollon työntekijöille ja mielenterveyspotilaiden hoidon tehostuminen. Tähän voisi soveltua jo muualla maailmassa käytössä oleva PCBH-malli, joka on tutkimuksin todettu kustannustehokkaaksi ja perusterveydenhuollon saatavuutta parantavaksi. Mallissa lisätään myös vertaistukea sisältävää ryhmämuotoista hoitoa moniongelmaisille potilaille.



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

## Liite 5. Aikuistyyppin diabeetikkojen hoitoketjun parantaminen

### Omahoitaja- ja lääkärikysely, avovastaukset

#### Potilaan motivointi ja vastuuttaminen

- hoitosuunnitelman laadinta kaikille
- sitoutumista parantaisi, jos potilas olisi hoitosuunnitelman tekemisessä vahvasti mukana
- nykyistä yksilöllisempi hoitosuunnitelma, joka tulostetaan potilaalle ja on saatavissa Kanta-arkistosta
- alkuvaiheessa kunnollinen perehdytys sairauteen sekä selkeä ohjeistus esimerkiksi diabetesohjaukseen
- hoitosuunnitelma tulisi olla kaikilla kirjattuna potilastietojärjestelmään ja potilaan itsensä/ omaisen tulisi olla suunnitelmasta tietoinen
- potilaan motivaation huolehtia itsestään paneuduttava. Alkoholi suuri haaste
- standardoitujen ohjausten lisääminen
- ryhmäohjausten lisääminen
- ennaltaehkäisyä pitäisi lisätä. Suuri hyöty saavutetaan, jos lisäsairauksia ei tule
- Keskitetty DM keskus KAIKILLE diabeetikoille!

#### Lääkärin ja hoitajan yhteistyön parantaminen ja hoitoketju

- pysyvät hoitaja-lääkäriparit potilaalle
- lääkärin ja hoitajan yhteisvastaanotto ja hoitosuunnitelman laadinta yhdessä
- potilaat varaavat ajan suoraan lääkärille, kun pitäisi ensi mennä hoitajan vo:lle -> työnjaon toimivuus
- lääkärin parempi paneutuminen asiakkaaseen ja hänen hoitosuunnitelmaansa
- lääkäriaikojen puute on ongelma. Tai konsultaatiomahdollisuuden puute
- jokin alusta Pegasoksessa voisi selkeyttää hoitosuunnitelmaa.
- hoitajille paremmin aikoja puhelinneuvonnan sijasta
- vuosikontrolleihin vaikeuksia löytää aikoja, koska niitä nyt todella vähän. Suurin osa ajasta menee puhelimesta ja päivystysaikoihin.
- DM pkl:n ja omahoitotarvikejakelun välinen yhteistyö puuttuu; vaikeus tehdä omahoitotarvikelähete puuttellisista tiedoista terveysasemalta. Lähete pitäisi voida lähettää DM pkl:ta suoraan omahoitotarvikejakeluun
- Lääkäreille ja hoitajille työnohjausta ja tutortoimintaa diabeteksen hoitoon liittyen, erikoisosaamisen varmistaminen mm. diabeteslääkäri kullakin terveysasemalla

#### Selkeät kirjaamiskäytännöt ja hoitosuunnitelmat

- hoitosuunnitelmat vielä selkeämmäksi, yksilölliset hoitotavoitteet mm. pitkäsoik. + RR suhteen
- hoitosuunnitelmaan potilaalle selkeät tavoitteet (paastogluk, 2 h aterian jälkeen, RR-tavoite, LDL-kol tavoite ym) + seuraavat lab.kontrollit
- pitäisi sopia selkeämmin, milloin on kontrollit th:lla ja lääkärillä ja milloin otetaan lab.kontrolleja.
- kirjaaminen Pegasokseen selvä suunnitelma –osio, joka olisi helpompi löytää ja pitää ajantasalla
- tarpeettoman moninkertaisen kirjaamisen vähentäminen ja oikeiden hoidon laadun mittareiden löytäminen
- huonossa hoitotasapainossa olevat ilman lähetettä "diabetespkl:lle" Työparilta loppuu näiden kanssa energia ja neuvot.
- huonossa hoitotasapainossaoleville automaattinen kutsujärjestelmä kontrolleihin
- hyvässä hoitotasapainossa olevien rutiinimaisia kontrolleja voidaan vähentää: selkeästi vuorottelu hoitajan ja lääkärin välillä, esim. joka toinen vuosi hoitajalle ja toinen lääkärillä, jos hoito tasapainossa. Tai selkeästi, ensin hoitajan vo:lle ja tarvittaessa lääkärille jos hoito epätasapainossa.





Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

## Liite 6. Kotihoidon kehittämisehdotukset

Palvelualuejohtajien, kotihoidon päälliköiden ja kotihoidon ohjaajien kyselyt, koonti yksittäisistä avovastauksista

### Työtapojen muuttaminen

Kotihoidossa tulisi siirtyä kokonaisvaltaiseen palvelusuunnitteluun ja palveluohjaukseen, jossa myös sosiaalipalvelut ovat kiinteästi mukana lähipalvelualueilla, sillä tällä hetkellä kotihoidon asiakkailta puuttuu sosiaaliohjaus. Moniammatillisuutta tarvitaan enemmän. Tiimeihin tulee saada erityisesti sosiaalityöntekijöitä, mutta myös fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja ja psykiatrisia sairaanhoitajia. Myös muiden ammattiryhmien jalkautuminen kotiin myös auttaisi (hammashoito, ravitsemusneuvonta, erikoislääkäripalvelut). Kotihoito tarvitsee tuekseen kotikäynneille myös mielenterveys- ja päihdetiimejä. Asiakaskunnassa on paljon päihde- ja mielenterveysasiakkaita. Tällä hetkellä heidän hoidon tarpeeseensa ei pystytä vastaamaan siten, että hoito olisi asiakkaan toimintakykyä ja hyvinvointia tukevaa.

Se, että palveluita jalkautuu kotiin, ei ratkaise kaikkea. Suuri ongelma vanhuksilla on yksinäisyys. Asiakkaiden kotoa ulos lähtemiseen tulee etsiä tukea (kuka saattaa, mistä rahaa taksimatkoihin, onko ryhmätoimintaa lähellä kotia). Vanhuksille tulisi olla nykyistä enemmän päivätoimintaa, sosiaalisia kontakteja ja aktiviteetteja. Asiakkaat eivät kuitenkaan pääse itsenäisesti harrasteisiin, eikä kotihoidolla ole mahdollisuuksia saatella/järjestää kyytejä. Kotihoito voisi olla apuna sosiaalisen verkoston kartoittamiseksi esimerkiksi vapaaehtoistoiminnan kautta. Toinen vaihtoehto on se, että muu kuin kotisairaanhoidon liittyvä kotona asumista tukeva toiminta, keskitettäisiin esimerkiksi palvelutalojen järjestettäväksi. Kuntoutus- ja fysioterapia tulee saada kotiin nykyisen laitoshoidon sijasta.

Vanhusten kotona asumisen tukemista varten tulisi ottaa käyttöön tehostetun kotihoidon tiimi. Tämä edellyttää muun muassa mahdollisuutta saada akuuttilääkäripalvelu kotiin. Yökotihoito tulee suunnitella uudestaan, sillä se tukee tällä hetkellä vain kotisairaalan asiakkaita. Kotisairaaloimintaa myös tulisi kehittää siten, että kotisairaanhoidon olisi tiiviimmin yhteistyössä kotihoidotiimiin, koska kotisairaalla on mahdollisuus tarjota sairaalatasoista hoitoa kotona, jolloin moni asiakas voisi olla sairaalan sijaan kotona halutessaan. Ehdotettiin jopa palaamista malliin, jossa palvelua voidaan tarjota erikseen kotisairaanhoidon ja erikseen kotipalveluna, sillä kaikki asiakkaat eivät tarvitse molempia.

Henkilöstöresursseja tulisi pystyä siirtämään nykyistä nopeammin tehokkaammin tarvitsevalle lähipalvelualueelle. Lisäksi tulisi olla järjestely esimerkiksi lähihoitajista (lähihoitajapooli), josta saisi tarvittaessa esimerkiksi sairauspäiväsjaisen.

### Resurssien lisääminen

Henkilöstöresursseja tulee lisätä lähipalvelualueille, jotta yhä huonokuntoisempia asiakkaita voitaisiin hoitaa ja lisätä kuntouttavaa otetta kotihoidossa. Henkilöstörakennetta tulisi muuttaa siten, että kotihoidossa olisi käytettävissä enemmän sosiaaliohjaajia, toimintate-



Kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen,  
Jari J. Ritari ja Tarja Palomäki

rapeutteja ja fysioterapeutteja. Myös sairaanhoitajia ja lähihoitajia tarvittaisiin lisää. Lisäksi tarvittaisiin monenlaista tukea esimerkiksi arjen askareisiin, ruokailuun, liikkumiseen, hygienian hoitoon.

Lääkäriresurssit ovat tällä hetkellä kotihoidossa täysin alimitoitettut. Jotta turhilta sairaalaan lähettämisiltä ja laitostumiselta voitaisiin välttyä, kotihoidon lääkäreiden määrää tulisi vahvistaa. Tämä edellyttää myös nykyistä selkeämpiä pelisääntöjä kotihoidon lääkäreiden ja terveysasemalääkäreiden kanssa. Erittäin tärkeänä nähtiin kotihoidon lääkäreiden saavutettavuus ja jalkautuminen asiakkaiden luokse.

Omaisista tulee tukea nykyistä yksilöllisemmin tarjoten lyhytaikaishoitajaksoja ja kotiapua omaishoitajille.

Erityisesti muistisairaat yksinäiset vanhuksat tarvitsevat terveysteknologiaa koteihin, kuten gps -paikantimen sekä esim. videoyhteyden johonkin hoitajaan. Toimivampia turvajärjestelmiä on saatavissa kohtuuhinnoin ja toimitusjärjestelyin. Tällaisia ovat esimerkiksi palo-hälytint-, hellavahti- ja kaatumishälytint ja nopeammalla auttamisviiveellä toimiva ovihälytint.

#### Palvelujen priorisointi

Kotihoitoa tulisi keskittää eniten tukea tarvitseviin, raskaampiin hoidettaviin. Etusijalle tulisi asettaa heikompiosaiset ja vähävaraiset. Kotihoidon asiakkuuden kriteerit tulisi saada nykyistä tiukemmiksi ja muutoin nostaa hintoja siten, että hoitoa saisivat juuri ne, jotka sitä eniten tarvitsevat. Henkilöt, joilla on varaa ostaa palvelu, tulisi ohjata ostamaan se yksityiseltä. Vastuuta asiakkaan tilanteesta tulee antaa myös hänelle itselleen ja lähipiirilleen, sillä yhteiskunta ei voi olla kaikesta vastuussa. Asiakkaat tulisi pyrkiä velvoittamaan ottamaan vastaan esimerkiksi apuvälineitä ja kodin muutostöitä, jotka tekevät olosuhteet turvalliseksi. Myös omahoidon tukeminen tulee saada aktiiviseksi osaksi kotihoitoa.

Kotihoidon tulisi pystyä tarjoamaan asiakkaalle aikaa. Käyntien pituutta tulisi systemaattisesti lisätä ja vähentää ns. tempukeskeisyyttä lyhyiden käyntien muodossa. Kotihoidossa esiintyy yhä asenneongelmaa ja kotihoidon rajaamista hoitajista lähtöisin olevista tarpeista. Tulisi päästä tilanteeseen, jossa avun tarvetta tarkastellaan nimenomaan asiakkaan näkökulmasta ja etsitään siihen sopivia ratkaisuja. Päivystysluonteisesta toiminnasta tulee luopua ja keskittyä suunnitelmalliseen asiakkaiden auttamiseen.