

Paula Kullas

Vastuulääkärimalli kotihoidossa

Vaasan kaupungin mallin arviointia

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Toimintaterapeutti (YAMK)

Sosiaali- ja terveysalan johtaminen

Opinnäytetyö

28.11.2016

| | |
|--|---|
| Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika | Paula Kullas Vastuulääkärimalli kotihoidossa – Vaasan kaupungin mallin arviointia 47 sivua + 1 liitettä 28.11.2016 |
| Tutkinto | Toimintaterapeutti (YAMK) |
| Tutkinto-ohjelma | Sosiaali- ja terveysalan johtaminen |
| Suuntautumisvaihtoehto | Sosiaali- ja terveysalan johtaminen |
| Ohjaaja(t) | Ly Kalam-Salminen, lehtori TtT Leif Holmlund, TtM, kotihoidon johtaja |
| <p>Vaasan kaupungin kotihoidossa otettiin käyttöön vastuulääkärimalli vuonna 2016. Palvelu toteutettiin etälääkäripalveluna. Vastuulääkärimallin tavoitteena oli saada toimivat lääkäripalvelut kotihoidon asiakkaille sekä taloudellista säästöä perus- ja erikoissairaanhoidon kustannuksissa.</p> <p>Tässä opinnäytetyössä verrataan, onko vastuulääkärimalli vaikuttanut kotihoidon asiakkaiden muiden terveystalouden palveluiden käyttöön sekä oliko sillä taloudellisia vaikutuksia. Opinnäytetyössä verrataan vuosien 2015 (1.1. – 31.8.2015) ja 2016 vastaavan aikajakson terveystalouden palveluiden toteumaa säännöllisen kotihoidon asiakkailla. Tutkimus on kvantitatiivinen rekisteritutkimus, jonka aineisto on kerätty johdon raportointijärjestelmällä Vaasan kaupungin ja sairaanhoitopiirin tietokannoista.</p> <p>Tutkimuksen perusteella kotihoidon asiakkaiden palveluiden käytössä ja niiden kustannuksissa saavutettiin suuria säästöjä. Perusterveydenhuollon osastohoitoa ja lääkäripalveluja käytettiin vuonna 2016 huomattavasti vähemmän ja terapiapalveluja puolestaan merkittävästi enemmän kuin vuonna 2015. Terapeuttien kotikäyntien lisääntyminen johtui siitä, että terapeuttien työskentelytapoja uudistettiin ja tehostettiin A.R.K.I –projektin myötä. Päivystyskäyntien määrään palvelulla ei ensimmäisten 8 kk:n aikana ollut merkitystä. Suurimmat rahalliset säästöt tulivat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon vuodeosastohoidosta sekä siirtoviivehoitopäivämaksuista. Yhteensä palvelujen käytön muutokset toivat Vaasan kaupungille yli 2 M€:n säästön kahdeksan kuukauden ajanjaksolla. Kuluja vastuulääkäripalvelusta aiheutuu noin 660 000 €/8 kk, joten kaupungin kokonaissäästö oli lähes 1,4 M€/8 kk.</p> <p>Tutkimustulokset antavat ymmärtää, että järjestämällä palvelut paremmin vastaamaan asiakkaiden tarpeita, voidaan saavuttaa merkittäviä kustannussäästöjä.</p> | |
| Avainsanat | Kustannus-hyötyanalyysi, kotihoitopalvelut, vastuulääkäri, telelääketiede |

| | |
|--|---|
| Author(s) Title Number of Pages Date | Paula Kullas Responsible Care Doctor in Home Care – Evaluation of City of Vaasas modell 47 pages + 1 appendices 28 November 2016 |
| Degree | Master of Health Care |
| Degree Programme | Master Degree in Health Care |
| Specialisation option | Leadership in Health Care and Social Services |
| Instructor(s) | Ly Kalam-Salminen, Doctor of Health Sciences Leif Holmlund, Master of Health Sciences, Chef of Home Care |
| <p>The Responsible Care Doctor was introduced in home care services in City of Vaasa at beginning of 2016. Responsible Care Doctor –service is mostly carried out as telemedicine service. The aim of Responsible Care Doctor is to get well-functioning over-all medical services for customers in home care services and to reduce costs in primary and secondary care services.</p> <p>The aim of this study is to assess the use of health care services and economic effects of Responsible Care Doctor services. This study is conducted by comparing the costs of health care services in two eight-month periods (jan-aug) in 2015 and 2016. This thesis is based quantitative research were data is collected by using the City of Vaasa’s and Vaasa Hospital District’s management reporting systems.</p> <p>Based on this research, there were substantial health care cost savings as the customers in home care used less health care services both in primary and secondary services. In-patient care in nursing units decreased significantly as well in primary care as in secondary care. However, the use of Physiotherapists and Occupational therapists increased from 2015 to 2016. Therapist visits increased because of a project to reform and intensify practices on therapies at home. Any major differences in emergency duty care could not be seen. The biggest financial savings were seen in primary and secondary care nursing units and in costs savings by reducing clinic ready patients in secondary care, waiting for primary care or home care. Comparing the two eight-month periods showed 2 M€ savings in health care cost for the City of Vaasa. Taking into account the Responsive Care Doctor costs of 660 000 €/ 8 months, the net savings were 1,4 M€ in eight months.</p> <p>The results of this study suggest that major gains could be achieved by organizing the medical practice services at home care in accordance to better respond with patients needs.</p> | |
| Keywords | Cost-Benefit analysis, Home Care Services, Responsible Care Doctor, Telemedicine |

Sisällys

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Johdanto | 1 |
| 2 | Kotihoito | 2 |
| 2.1 | Kotihoitoa säätelevä lainsäädäntö ja suositukset | 3 |
| 2.1.1 | Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista | 4 |
| 2.1.2 | Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi | 5 |
| 2.2 | Kotihoidon perinteiset lääkäripalvelut ja uusi vastuulääkärimalli | 5 |
| 2.3 | Kotihoidon taloudellinen johtaminen | 7 |
| 2.4 | Kustannusvaikuttavuus | 8 |
| 2.5 | Kotihoidon haasteita | 8 |
| 2.6 | Tutkimuskatsaus | 9 |
| 2.6.1 | Etäterveydenhuolto tutkimuksissa | 10 |
| 2.6.2 | Tutkimuksia kotihoidon talouden ja laadun johtamisesta | 12 |
| 3 | Toimintaympäristö | 14 |
| 3.1 | Palvelurakenteen muutoksia | 15 |
| 3.2 | Lääkäripalvelut lähtötilanteessa | 16 |
| 4 | Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimusongelmat | 18 |
| 5 | Opinnäytetyön menetelmät | 19 |
| 5.1 | Aineiston keruu | 20 |
| 5.2 | Aineistossa esiintyvien käsitteiden määrittelyä | 23 |
| 5.3 | Aineiston analysointi | 24 |
| 5.4 | Tutkimustulosten luotettavuus | 26 |
| 6 | Tutkimustulokset | 27 |
| 6.1 | Vastuulääkärin vaikutukset Vaasan kotihoidon asiakkaiden muiden terveyspalveluiden käytön määrään perusterveydenhuollossa | 27 |
| 6.2 | Vastuulääkärin vaikutukset Vaasan kotihoidon asiakkaiden erikoissairaanhoidon palveluiden käytön määrään? | 31 |
| 6.3 | Palveluiden käytön muutosten taloudelliset vaikutukset | 32 |
| 6.4 | Yhteenveto tuloksista | 35 |
| 7 | Pohdinta | 38 |

| | |
|--|----|
| 7.1 Tulosten tarkastelu | 40 |
| 7.2 Tulosten luotettavuuden arviointi | 42 |
| 7.3 Jatkotutkimusehdotukset | 42 |
| Lähteet | 44 |
| Liitteet | |
| Liite 1. Kirjallisuushaun hakuprosessi | |

1 Johdanto

Ikääntyneiden määrä yhteiskunnassamme on kasvanut huomattavasti viime vuosina eikä kasvu pysähdy tulevinakaan vuosina. Vuoden 2015 lopussa Suomen väestöstä lähes 20 % oli täyttänyt 65 vuotta. Vuoteen 2030 yli 65-vuotiaiden määrän arvioidaan nousevan jo 26 prosenttiin. (Suomen virallinen tilasto 2016.)

Uusi laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista astui asteittain voimaan 1.7.2013 ja 1.1.2015 välisenä aikana. Uuden lain tarkoituksena on varmistaa, että ikääntyneet henkilöt saavat yksilöllistä, tarpeidensa mukaista hoitoa ja huolenpitoa yhdenvertaisesti koko maassa. (Närkki 2013.) Uusi laki velvoittaa kuntia siirtämään asukkaitaan vuodeosastoilta kotihoitoon tai palveluasumiseen. Muutos aiheuttaa painetta kotihoidon resurssien riittävyden lisäksi perusterveydenhuoltoon, kun perusterveydenhuollon resurssien tulee riittää kasvavalle joukolle kotihoidon asiakkaita.

Suomessa on myös meneillään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamisprosessi. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen tavoitteena on kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta ja saatavuutta sekä hillitä kustannuksia. (Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän loppuraportti. 2013: 18-19; Sote-uudistuksen tavoitteet 2016.)

Voidakseen vastata niin asiakkaidensa tarpeisiin kuin uuden lain vaatimuksiinkin Vaasan kaupungin kotihoito otti vuonna 2016 käyttöön vastuulääkäripalvelun, joka toteutetaan etälääkäripalveluna. Sitä ennen palvelu oli otettu käyttöön jo palveluasumisyksiköissä, joissa toimintamallilla oli saavutettu merkittäviä taloudellisia säästöjä (Lindh 2015: 71). Toimintamalli lienee myös linjassa sote-uudistuksen tavoitteiden kanssa, jossa tavoitteena on mm. kustannussäästöt sekä luoda eri toimijoiden välisiä yhteistointamalleja ja palveluketjujen ja tiedon integraatioita.

Tämä työ tehtiin Vaasan kaupungin koti- ja laitoshuollon yksikön toimeksi antamana. Opinnäytetyössä selvitettiin, onko vastuulääkäripalvelu vaikuttanut kotihoidon asiakkaiden terveystalvveluiden käytön määrään sekä, onko ulkoistetulla vastuulääkäripalvelulla ollut taloudellista merkitystä. Opinnäytetyö oli kvantitatiivinen tutkimus, jonka aineisto kerättiin Vaasan kaupungin ja sairaanhoitopiirin tietojärjestelmistä.

2 Kotihoito

Kotihoidolla tarkoitetaan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tarjoamia palveluja, joilla tuetaan iäkkään, vammaisen tai sairaan henkilön kotona selviytymistä. Kotihoidon käytännöntyötä tehdään työtiimeissä, joihin kuuluu kodinhoitajia, kotiavustajia, perus- ja lähihoitajia sekä terveyden- ja sairaanhoitajia. Yksi työtiimi voi huolehtia monen kymmenen asiakkaan kotihoitopalveluista. Tiimin koko vaihtelee asiakasmäärän ja -rakenteen mukaan. Perustiimin työntekijöiden lisäksi kotikäyntejä tekevät myös fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, jalkojenhoitaja, lääkäri ja sosiaalityöntekijä. Käynnit voivat olla joko arviointikäyntejä tai hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisia peruskäyntejä. (Larmi – Tokola – Väلكkiö 2005: 14-21.) Viime vuosina useissa kunnissa on perustettu kotikuntoutuksen tai arkikuntoutuksen tiimejä, jotka työskentelevät kotihoidon tukena tarjoten kuntoutusta asiakkaan kotiympäristössä.

Asiakkaiden yksilöllinen palvelutarve vaihtelee runsaasti. Säännöllistä kotihoitoa saavaksi asiakkaaksi lasketaan asiakas, jonka luona käydään vähintään kerran viikossa. Kotihoitotyötä tehdään kahdessa tai kolmessa vuorossa, viikon kaikkina päivinä. Yhdistetyssä kotihoidossa sekä kotisairaanhoidon että kotipalvelun henkilökunta voi tuoda oman ammattitaitonsa käyttöön asiakkaan parhaaksi. Asiakkaan tarve määrittää sen, mitä ammattitaitoa kotikäynnillä tarvitaan ja sen myötä, kuka hänen luonaan käy. Vanhusbarometrien mukaan kotihoidossa tehtävästä työstä noin 75-80 % on kotipalvelutyötä eli asiakkaan perushoitoa, kodinhoitoa, asiointia sekä asiakkaan ohjaamista ja tukemista. Sairaanhoidolliset tehtävät vievät vain 20 % työajasta. Välittömän, asiakkaan kanssa tehtävän työn lisäksi osa työstä on välillistä työtä. Välillinen työ on asiakasasioiden hoitamista toimistolla, raportointia sekä hoitotiimin työn suunnittelua, organisoimista ja johtamista. Myös asiakaskäyntien väliset matkat ja tauot ovat välillistä työtä. Välillisen ja välittömän työn suhde vaihtelee kunnittain ja jopa kotihoitoalueittain. (Larmi – Tokola – Väلكkiö 2005: 14-15, 19-23.) Tutkimusten mukaan kotisairaanhoidon välitön asiakastyöaika on noin 20 - 40 % kokonaistyöajasta, lähihoitajilla välittömän työajan osuus on noin 40 - 70 %. Nykyaikaisten seuranta- ja toiminnanohjausjärjestelmien myötä moni kunta on asettanut suunnitteluohjueksi, että välittömän asiakastyön osuuden tulisi olla 60 - 70 %. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013: 44.)

Kotihoitoa myönnetään asiakkaan kotikunnan määrittelemien kriteerien perusteella. Myös Vaasan kaupungin Sosiaali- ja terveyslautakunta on määritellyt kriteerit kotihoidon myöntämiseksi. Kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn tulee olla huomattavasti alen-

tunut niin, että hän tarvitsee henkilökohtaista hoivaa ja huolenpitoa selviytyäkseen päivittäisissä toiminnoissa. Kotisairaanhoidon asiakkaan toimintakyvyn tulee olla alentunut niin, että hän ei pysty käyttämään kodin ulkopuolisia terveystalvveluja. Palveluja myönnettäessä arvioidaan myös omaishoitajan tai muiden läheisten antaman avun riittävyyttä sekä selvitetään yksityisten hoivapalveluiden ja kolmannen sektorin mahdollisuus palveluiden antamiseen. Asiakkaan tulee olla yhteistyökykyinen ja hänen on sitouduttava hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Asiakkaan tulee myös sallia hoidon kannalta olennaisten apuvälineiden käyttö kodissaan. Palvelutapahtuman aikana asiakas ei saa tulla pakoida eikä käyttää päihteitä. (Kotihoidon kriteerit koti- ja laitoshoidossa 2016.)

Asiakkaan toimintakykyä arvioidaan erilaisin mittarein, joiden perusteella myönnetään kotihoidon palveluja. Yksi tällainen mittari on RAVA-mittari. Vaasan kaupunki on määrittellyt, että kotihoitoa saavan henkilön RAVA-indeksi tulee olla yli 2, jotta hän pääsee kotihoidon piiriin. Harkintaa voidaan kuitenkin käyttää sellaisten henkilöiden kohdalla, joiden RAVA-indeksi on alle 2, tarve on vähäistä (esim. mielenterveys- tai päihdeongelma, muistihäiriö) tai yksityisten palveluiden käyttö vaarantaisi asiakkaan toimeentulon. (Kotihoidon kriteerit koti- ja laitoshoidossa 2016.) RAVA-mittari on kehitetty ikäihmisen toimintakyvyn avuntarpeen mittariksi. Se koostuu 12 kysymyksestä, jotka mitaavat päivittäisen avun tarvetta. Vastausten pohjalta lasketaan RAVA-indeksi ja –luokka. Mittari koostuu ensisijaisesti päivittäisistä perustoimista selviytymistä ja sen tueksi suositellaan käytettävän muita mittareita, kuten muistia ja mielialaa selvittäviä mittareita. (Autio 2012.)

2.1 Kotihoitoa säätelevä lainsäädäntö ja suositukset

Kotipalvelu on Sosiaalihuoltolakiin (1301/2014) perustuvaa palvelua ja kotisairaanhoidon puolestaan perustuu Terveystenhuoltolakiin (1326/2010). Kotipalvelu auttaa ja tukee silloin, kun henkilö alentuneen toimintakykynsä vuoksi tarvitsee toisen henkilön apua suoriutuakseen päivittäisistä toimistaan, kuten hygienian hoidosta tai pukeutumisesta. Kotihoidon antaman henkilökohtaisen huolenpidon lisäksi asiakkaalle voidaan myöntää tukipalveluja kotona selviytymisen tueksi. Tällaisia palveluja ovat esimerkiksi siivous-, asiointi- ja kuljetuspalvelut. Kotihoidon maksu määräytyy asiakkaan tulojen sekä sen perusteella, onko hoito tilapäistä vai pysyvää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.) Kotihoidon asiakasmaksuista säädetään asetuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (912/1992).

2.1.1 Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista tuli asteittain voimaan 1.7.2013 ja 1.1.2015 välisenä aikana. Lain tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Laki parantaa iäkkään henkilön yksilöllisiä mahdollisuuksia saada laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut tarpeidensa mukaisesti sekä ohjausta muiden palvelujen käyttöön silloin, kun hänen terveydentilansa sitä vaatii. Lain tarkoituksena on myös vahvistaa iäkkään henkilön mahdollisuutta vaikuttaa hänelle järjestettävien sosiaali- ja terveyspalvelujen sisältöön ja toteuttamistapaan sekä osaltaan päättää niitä koskevista valinnoista. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012.)

Lain mukaan kotiin annettavat palvelut ovat ensisijaisia palveluja. Pitkäaikaista laitoshoidoa voidaan toteuttaa vain lääketieteellisin perustein tai jos se muuten on iäkkään henkilön arvokkaan elämän ja turvallisen hoidon kannalta perusteltua. Iäkkäiden palveluiden on oltava laadukkaita ja turvattava iäkkäille hyvä hoito ja huolenpito. Palveluihin on myös osoitettava riittävä määrä henkilöstöä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012.)

Iäkkään henkilön kokonaisvaltainen palvelutarve on selvitettävä viipymättä, kun henkilö on hakeutunut palvelutarpeen arviointiin tai on hakenut sosiaalipalveluja. Palvelutarpeen arviointia voi pyytää myös asiakkaan omainen. Henkilölle, joka tarvitsee apua palveluiden toteuttamiseen ja yhteensovittamiseen liittyvissä asioissa, on nimettävä vastuutyöntekijä. Iäkkäiden neuvontapalveluista on aiemmin säädetty terveydenhuolto-laissa, mutta nyt iäkkäiden hyvinvointia edistävistä palveluista säädetään vanhuspalvelulaissa ja neuvontapalveluiden sisältöä vahvistetaan sosiaalihuollollisilla tekijöillä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012.)

Laki asettaa vaatimuksia myös kunnan strategiatyölle. Kunnan on laadittava suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi sekä osoitettava riittävät resurssit sen toteuttamiseksi. Suunnitelma on laadittava osana kunnan strategista suunnittelua. Suunnitelman hyväksyy kunnanvaltuusto ja se tarkistetaan valtuustokausittain. Kunnan on huolehdittava, että sen käytössä on riittävästi monipuolista asiantuntemusta. Kunnan

on myös arvioitava palveluiden riittävyttä ja laatua sekä varauduttava esittämään puolivuositain tiedot sosiaalipalveluiden odotusajoista. Lain mukaan kunnan on asetettava vanhusneuvosto. Vanhusneuvoston tehtävänä on tuoda esille iäkkäiden ääni. Vanhusneuvostot ovat mukana laatimassa, seuraamassa ja arvioimassa kunnan suunnitelmia ikääntyneen väestön näkökulmasta. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012.)

2.1.2 Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut Laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Siinä käsitellään henkilöstöön ja johtamiseen liittyvät strategiset linjaukset. Kotihoidon strategisena tavoitteena on kohdentaa kotihoito sitä tarvitseville ihmisille sekä määritellä hoidon kesto. Laadukkaan ja toimivan kotihoidon edellytyksenä on kotihoidon henkilöstön käytettävissä olevan ajan ja asiakkaiden palvelusuunnitelman mukaisten tarpeiden oikeanlainen yhteensovittaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013: 44.)

Laatusuosituksessa on annettu ohjeita riittävän henkilöstömäärän määrittelemiseksi niin koti- kuin laitoshoidossa. Henkilöstömitoituksen perustana tulee olla asiakkaiden toimintakyky ja avun tarve. Työajan kohdentamiseen vaikuttavat palvelustrategiat, asiakkaiden arvioitu palvelutarve ja paikalliset olosuhteet kuten välimatkat ja käytettävissä oleva välineistö. Henkilöstön työajan suunnittelussa on huomioitava asiakkaiden hoidon keskeytykset esimerkiksi sairaalahoidon vuoksi. Henkilöstön suoran asiakastyön osuus määritellään kunkin kunnan kotihoidon strategiassa. Useissa kunnissa, joissa on käytössä toimivan toiminnanohjausjärjestelmät, välittömän asiakastyön suunnitteluohjeeksi on asetettu 60-70 %. Kotihoidon henkilöstön vähimmäistarve määritellään jakamalla asiakkaille myönnettyjen palvelutuntien yhteenlaskettu määrä yhden hoitotyöntekijän välittömään asiakastyöhön keskimääräisesti käytettävissä olevalla tuntimäärällä. Lähiesimiehet ja kuntoutushenkilökunta huomioidaan laskennassa sillä osuudella, kun he osallistuvat välittömään hoitotyöhön. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013: 44-48.)

2.2 Kotihoidon perinteiset lääkäripalvelut ja uusi vastuulääkärimalli

Kotihoidon lääkäri on vastuussa asiakkaiden lääketieteellisestä hoidosta. Kotihoidon lääkäri päättää siitä, missä ja miten asiakkaan lääketieteellinen hoito järjestetään. Mi-

käli asiakkaan hoitoa ei voida tarjota kotihoidossa, kirjoittaa lääkäri lähetteen terveyskeskukseen tai erikoissairaanhoidon. (Larmi – Tokola – Väلكkiö 2005: 93.) Kotihoidolla ei aina ole omaa nimettyä lääkäriä, vaan lääkäri on kunkin asiakkaan asuinalueen lääkäri (Tuominen 2016).

Perinteisesti terveydenhuollossa on toimittu niin, että kotisairaanhoidaja on asioinut lääkärin kanssa. On katsottu, että sairaanhoitajalla on riittävästi tietopohjaa hoitomääräysten ymmärtämiseen. Riittäväällä perehdytyksellä kuitenkin myös kouluasteen koulutuksen omaavat hoitajat pystyvät huolehtimaan hoidon toteuttamisesta ja seurannasta, sillä suurella osalla kotihoidon asiakkaista on tasapainossa oleva sairaus, jonka hoito ja kuntoutus on ohjeistettu. (Larmi – Tokola – Väلكkiö 2005: 81.)

Suomalainen yksityinen palveluntuottaja on kehittänyt vastuulääkärimallin, jotta kotihoidon ja palveluasumisen käytössä olisi vanhustyöhön erikoistuneen lääkärin palvelut vuorokauden kaikkina aikoina. Vastuulääkärimallissa hoitaja ja lääkäri tekevät jokaiselle asiakkaalle yksilöllisen hoitosuunnitelman. Lääkäri tapaa yhteistyön alkuvaiheessa kaikki asiakkaat sekä tarvittaessa asiakkaan omaisia ja hoitohenkilökuntaa. Ennen varsinaista kartoituskäyntiä lääkäri tutustuu asiakkaan sairauskertomushistoriaan, lääketykseen ja asiakkaan toimintakykyyn liittyvään tietoon, joka on saatavilla potilastietojärjestelmästä ja hoitajilta. Kartoituksissa on käytettävissä myös palveluista vastaavan geriatrin osaaminen. (Finne-Soveri – Mäkelä – Noro – Nurme – Partanen 2014: 3467-3468; Kotihoidon etälääketieteelliset palvelut tp 544-2015: 1.)

Jokaiselle kotihoitoalueelle nimetään oma vastuulääkäri, joka vastaa asiakkaiden lääketieteellisestä hoidosta. Vastuulääkäri on ensisijainen kotihoidon yhteyshenkilö eikuuteissa tilanteissa. Vastuulääkäri on hoitajien tavoitettavissa arkipäivisin. Lisäksi kotihoidon henkilökunnalla on mahdollisuus konsultoida akuuttitilanteissa päivystävää lääkäriä kaikkina vuorokauden aikoina. Päivystävällä lääkäriellä on käytössään potilastietojärjestelmä, josta hän saa tietoonsa asiakkaiden ajankohtaiset potilastiedot. (Finne-Soveri – Mäkelä – Noro – Nurme – Partanen 2014: 3467-3468; Kotihoidon etälääketieteelliset palvelut tp 544-2015: 1-2.)

Vastuulääkärimalli tuo muutoksia myös hoitajien toimenkuvaan tuomalla heille työkaluja, joilla he voivat selvittää asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia. Tällaisia ovat esimerkiksi pikadiagnostiikkalaitteet, kyky arvioida akuutteja oireita sekä mahdollisuus konsultoida lääkäriä ympäri vuorokauden. Lääkäriellä on aina käytettävissään asi-

akkaan hoitosuunnitelma ja perustiedot. Hoitaja ja lääkäri ovat viikoittain puhelinyhteydessä käyden läpi asiakkaissa tapahtuneet muutokset. Tarvittaessa he päivittävät myös sairauskertomukset. Asiakas tapaa lääkärin vuosittain, mutta mikäli tarvetta ilmenee, tekee lääkäri ylimääräisen käynnin asiakkaan luokse. Lääkäri käy henkilökohtaisesti alueella kolmen kuukauden välein. (Finne-Soveri – Mäkelä – Noro – Nurme – Partanen 2014: 3467-3468.)

Viime vuosina kotihoitoon on tullut muitakin yksityisiä lääkäripalveluiden tuottajia. Palvelutarjonta vaihtelee lääkäripalveluista kokonaisvaltaiseen kotisairaanhoidon tarjontaan. Palvelutarjontaa on niin osaksi kunnallista kotihoitoa kuin asiakkaiden omaehtoiseen terveydenhuoltoon liittyen. Etälääkäripalvelut tietotekniikan ja älylaitteiden välityksellä lisääntyy jatkuvasti tuoden lääkäripalvelut myös sellaisille paikkakunnille, joissa välimatkat ovat pitkiä.

2.3 Kotihoidon taloudellinen johtaminen

Vuonna 2014 Suomen kuntien kotihoidon käyttökustannukset olivat 905 milj. €, josta henkilöstökulujen osuus oli 538 milj. €. Kotipalveluiden osuus koko sosiaali- ja terveystoimen kustannuksista on noin 4 %. (Suomen virallinen tilasto 2014.) Sosiaalitoimen kustannukset ovat nousseet vuodesta 2014, sillä kuntien tehtäviä on lisätty lainsäädännöllä. Esimerkiksi Laki iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista sekä sosiaalihuoltolaki lisäsivät kuntien menoja kokomaan tasolla noin 150 miljoonaa euroa vuonna 2015. (Kuntaliitto 2016.) Merkittävien kustannusten lisäksi vanhusten kotihoito on tärkeä osa vanhuspalvelujen kokonaisuutta. Asiakkaat saattavat olla vuosia kotihoidon piirissä ennen laitoshoitoon ohjautumistaan. Kotihoitoon liittyviä taloudellisia tutkimuksia on vähän, sillä kotihoito ei ole helposti rajattavaa toimintaa. Kunnilla on useita vaihtoehtoja tuottaa kotihoidon palvelut sekä siihen liittyvät tukipalvelut, mikä vaikeuttaa eri kotihoidoyksikköjen vertailua keskenään. Asiakasrakenne myös vaihtelee alueittain merkittävästikin, joka voi vaikuttaa kustannuksiin ja tuottavuuteen. Kotihoidon tuotos on yksinkertaisinta mitata asiakaskäyntien määränä, sillä palvelun luonteen ja asiakkaiden erilaisten tarpeiden vuoksi tuotosta ei voi mitata hoitopäivinä tai -jaksoina. (Laine – Noro – Finne-Soveri - Björkgren 2006: 140-141.)

Varmistamalla, että oikea osaaminen on oikeassa käytössä esimies varmistaa, että henkilöstöresurssit ovat tehokkaassa käytössä. Esimerkiksi kotisairaanhoidajien työpanos kannattaa kohdentaa akuuttipotilaiden hoitoon ja palveluprosessin kriittisiin tilan-

teisiin. Sairaanhoidajan asiantuntemusta kannattaa käyttää hyväksi myös haasteellisissa kotiutustilanteissa sekä työryhmän ohjaustehtävissä hoitotyön asiantuntijana. Osallistamalla ja ohjaamalla lähihoitajia enemmän hoidollisiin toimenpiteisiin vapautuu sairaanhoidajan työaika näihin haasteellisempiin tilanteisiin. (Larmi – Tokola – Väkkiö 2005: 81.)

Kotihoidon taloudellinen tutkimus tuo uutta näkökulmaa vanhuspalveluihin liittyvien hoitoketjujen tarkasteluun. Jotta asiakkaiden tarpeiden, hoitokäytäntöjen, henkilöstömäärien sekä hoidon vaikuttavuuden väliset suhteet ymmärretään, tarvitaan useita tilastollisia analyysejä. Sen jälkeen voidaan tarkemmin määrittää, mihin ja miten hoito tulee kohdentaa parhaan mahdollisen hoidon tuottamiseksi ja minkälaisia henkilöstövoimavaroja ja kustannuksia tämä edellyttää. Työssä jaksaminen ja siihen sitoutuminen edellyttää mielekästä ja hallittavissa olevaa työmäärää. Oman yksikön tarpeiden karjoittaminen auttaa hahmottamaan osaamistarvetta ja johtaa tarkoituksenmukaisiin koulutus- ja rekrytointisuunnitelmiin. (Finne-Soveri – Noro – Björkgren 2006: 163.)

2.4 Kustannusvaikuttavuus

Kustannusvaikuttavuus kuvaa toteutuneen tai tavoitellun yhteiskunnallisen vaikuttavuuden suhdetta sen saavuttamisen kustannuksiin (Raudasoja – Johansson 2009: 196). Kustannus-vaikuttavuusanalyyseissä etsitään tehokkain tapa tuottaa terveydentilan muutos. Analyyseissä tehdään aina vertailu johonkin toiseen vaihtoehtoon. Sen perusteella voidaan sanoa, kumpi vaihtoehdoista on kustannusvaikuttavampi. (Sintonen – Pekurinen 2006: 247-273.)

2.5 Kotihoidon haasteita

Koulutetun henkilökunnan puute, niukat resurssit ja samanaikaisesti nopeasti ikääntyvä väestö tuovat haasteita niin kotihoitoon kuin muuhunkin iäkkäiden hoidon järjestämiseen Suomessa. Hoidon haasteena on yhä huonompikuntoisten ja iäkkäämpien asiakkaiden hoito, kuntoutus ja toimintakyvyn ylläpito. Haasteita tuovat asiakasvalinta, hoidon kohdentaminen asiakkaan tarpeen mukaisesti, laitoshiitoon joutumisen estäminen sekä henkilökunnan sitouttaminen ja osaamisen varmistaminen. Yhä huonokuntoisempien asiakkaiden hoitaminen aiheuttaa paineita myös terveyskeskusten palvelutuotantoon. Kun kasvavaa tarvetta ei ole ennakoitu, eivät terveyskeskusten resurssit riitä vas-

taamaan tarpeeseen, joka puolestaan johtaa siihen, että asiakkaat joutuvat avohoitoa kalliimpaan osastohoitoon. (Noro - Finne-Soveri – Björkgren – Vähäkangas - Itkonen, 2006: 20; Lindh 2015: 51.)

Kotihoidon toimintaympäristö, asiakkaan koti, tuo oman omaleimaisen piirteen kotihoiton työhön. Asiakkaalla on itsemääräämisoikeus, jota on kunnioitettava. Myös asiakkaan omaiset ovat tiiviimmin mukana hoivassa ja huolenpidossa kuin sairaalassa tai laitoksessa hoidettaessa. Ei ole itsestään selvää, että asiakkaan kotiin voidaan tuoda erilaisia hoitajan työtä helpottavia tai asiakkaan toimintakykyä lisääviä apuvälineitä ja laitteita. Hoitajalla on kuitenkin oikeus työoloihin, joissa työturvallisuus on huomioitu. Tarvittaessa esimiehen tulee keskustella asiakkaan kanssa löytääkseen kaikkia tyydyttävän lopputuloksen. Myös muita työympäristöön liittyviä haittatekijöitä, kuten tupakan savu, kotieläimet, huonepöly ja vialliset sähkölaitteet, on kotihoidon henkilöstön työympäristössä enemmän kuin kontrolloidussa laitospäristössä. Kotihoidossa työ on myös usein yksin tehtävää ja hoitajan on kyettävä tekemään itsenäisesti nopeitakin päätöksiä. (Larmi - Tokola – Välkkiö 2005: 15-18.)

Stakesin teettämän vertailukehittämishankkeen (Finne-Soveri ym. 2006: 160) tulosten mukaan kotihoidon asiakkaiden avun tarve johtui kyvyttömyydestä suoriutua välinetoiminnoista ja varhain menetettävistä ADL-toiminnoista (Activities of Daily Living) kuten kylpemisestä ja kyvystä liikkua itsenäisesti ulkona. Kotihoidon asiakasrakenne on yleensä toimintakyvyn suhteen kevyt ja kognitiivisilta kyvyiltään asiakkaat ovat normaaleja tai rajapintaisesti tai lievästi dementoituneita. Koska laitoshoidon merkittävin asiakasryhmä on vähintään keskivaikeaa dementiaa sairastavat iäkkäät henkilöt, on kotihoidon haasteena toiminnan kehittäminen niin, että myös dementiaa sairastavat voivat asua kotonaan mahdollisimman pitkään.

2.6 Tutkimuskatsaus

Tutkimushakuja tehtiin Cinahl-tietokannasta (Liite 1) sekä manuaalisella haulla kirjoista ja tutkimusten sisällysluetteloista. Hakuja tehtiin hakusanayhdistelmillä *quality and homecare or "elderly care" "cost effectiveness" and "health care" and management, homecare and management, telehealth or telemedicine and "elderly care"* ja mukaan otettiin tutkimukset, joista oli koko teksti saatavilla.

2.6.1 Etäterveydenhuolto tutkimuksissa

Etäterveydenhuolto on suhteellisen uusi palvelumalli Suomessa, joten siitä ei vielä ole runsaasti tutkimustietoa. Etälääketiede on kuitenkin lisääntyvä palvelumalli ympäri maailman. Nopeasti lisääntyvä ikäihmisten määrä luo tarvetta uudenlaisille innovaatioille myös kotihoidon alalla. Useimmat tutkimukset käsittelevät kuitenkin joko tekniikkaa asiakkaiden apuna (kuten robotiikka tai etävalvonta) tai terveystekniikkaa osana etälääkäripalvelua.

Etälääketiedettä ovat jo tutkineet Suomessa mm. Finne-Soveri ym. (2014) ja Kervinen (2015). Englanninkielellä etälääkäripalveluista puhutaan termeillä telehealth tai telemedicine (Kervinen 2015: 8). Etälääkärin kustannusvaikutuksista ja käytettävyydestä ovat kirjoittaneet Wade, Karnon, Elshaug ja Hiller (2010) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan. Heidän mukaansa etälääkäripalvelut kotihoidossa ovat kustannusvaikuttavia, mutta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä käytetyllä etälääkäripalvelulla ei ollut säästövaikutuksia. Kaikissa kirjallisuuskatsauksen tutkimuksissa oli käytetty mukana videotekniikkaa asiakkaan ja etälääkärin välillä. Tutkijoiden mukaan etälääketiedettä voidaan pitää kustannustehokkaana tulevaisuuden hoitomuotona.

Micke Lindh (2015) on arvioinut hoivakotien lääkäripalveluiden kustannusvaikuttavuutta Vaasan kaupungin palveluasumisyksiköissä. Tutkimuksessaan Lindh arvioi kahta vaihtoehtoista lääkäripalvelua vertaamalla niiden kustannuksia. Vertailun kohteena oli kuntien perinteinen tapa järjestää lääkäripalvelut hoivakodeissa sekä ostopalveluna toteutettu vastuulääkärimalli. Perinteisessä lääkärimallissa ongelmana on se, että perusterveydenhuollon lääkärit vaihtuvat usein, heillä ei ole geriatrian erikoisosaamista eikä heillä välttämättä ole kokonaiskuvaa asiakkaan tilanteesta. Siitä voi seurata asiakkaan ylilääkitystä ja tiedonkulun puutteita. Tutkimuksen mukaan lääkärit joutuvat usein priorisoimaan potilaita niukkojen resurssien vuoksi ja tällöin palveluasumisen asukkaat ovat ensimmäisten joukossa, joilta palveluita vähennetään. Tutkimuksen mukaan järjestämällä palvelu paremmin vastaamaan potilaiden tarpeita voidaan saavuttaa merkittäviä kustannussäästöjä. Kun hoivakodeissa parannettiin lääkäripalveluiden saatavuutta voitiin huomattavasti vähentää kalliiden erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palvelujen käyttöä. Vaasan kaupungin säästi vastuulääkärimallin myötä noin 500 000 € vajaassa vuodessa (11 kk). Rahallisen säästön lisäksi asiakkaiden turhia siirtoja hoitopaikasta toiseen pystyttiin vähentämään.

Rachakrishnan, Xie, Berkley ja Kim (2016: 54-68) ovat tehneet systemaattisen kirjallisuuskatsauksen etälääketieteen palveluiden vaikuttavuudesta kroonisesti sairaiden kotihoidossa. Tutkimuksen mukaan etälääketieteen käyttöönotto kotihoidossa lisäsi asiakkaan osallisuutta päätöksen tekoon sairautensa hoidossa ja lisäsi niin asiakkaan kuin hänen läheistensä turvallisuuden tunnetta. Päivittäinen asiakkaan terveydentilasta raportoiminen myös auttoi hoitajia huomaamaan asiakkaan terveydentilassa tapahtuneet muutokset aikaisemmin, jotta niihin pystyttiin puuttumaan varhaisessa vaiheessa. Toisaalta, hoitajat kokivat, että sairauksien etenemisen havaitseminen ja siihen puuttuminen viivästyivät etälääketieteen vuoksi. Tutkimuksissa havaittiin myös, että yhteydenpito eri ammattiryhmien välillä ei ollut ongelmattonta, mutta se parani yhteistyön myötä. Etälääketiede muutti perinteisen kotihoiton luonnetta. Hoitajien työnkuva laajeni teknisten välineiden mukanaan tuomien tehtävien myötä sekä erilaisen kommunikointitavan myötä. Etälääketieteessä käytettävän laitteiston toimivuudella ja visuaalisuudella oli suuri merkitys siinä, kuinka uusi hoitomuoto koettiin.

Guise, Andersen ja Wiig (2014) ovat tutkineet kirjallisuuskatsauksessaan kotihoitoon ja kotona tapahtuvaan etälääketieteeseen liittyviä turvallisuusriskejä. Heidän mukaansa osassa tutkimuksista tuli esille, että etälääketiede voi johtaa huonoihin hoitopäätöksiin ja akuutissa tilanteessa hoitopäätöksen tekeminen voi olla vaikeaa. Huono järjestelmän tuntemus johti muun muassa tiedonkulun puutteisiin. Asiakkaat eivät kertoneet oireistaan kotihoiton henkilökunnalle, koska he pelkäsivät, että tiedot raportoidaan välittömästi eteenpäin. Myös henkilökunnan tiedoissa etälääketieteen tavoitteista ja tarkoituksesta oli puutteita, joka johti väärinkäsityksiin henkilökunnan välillä. Useissa tutkimuksissa nostettiin esiin huonon tekniikan vaikutus etälääketieteen käytettävyyteen ja turvallisuuteen. Esille nousi myös, että etälääketieteellä oli haitallinen vaikutus hoitajien perinteisten taitojen käyttöön ja vastuun ottamiseen. Useissa tutkimuksissa tuotiin myös esille huonon tai toimimattoman tekniikan sekä sen saavutettavuuden negatiivinen vaikutus hoidon laadulle ja asiakasturvallisuudelle. Kahdessa tutkimuksessa nousi myös esiin, että kotona tapahtuva terveydenseuranta provosoi joidenkin asiakkaiden ahdistusta ja heidän kohdallaan etälääkäripalvelun käyttö jouduttiin lopettamaan. Kirjallisuuskatsauksen yhteenvedossa todetaan, että turvallisuusriskit on usein nostettu esiin tutkimuksissa, jonka ansiosta niihin on helpompi puuttua ja kiinnittää huomiota. Yleisimmät turvallisuusriskit, jotka tutkimuksissa nousivat esiin liittyivät persoonaan, taitoihin sekä tekniikkaan ja työkaluihin. Myös henkilökohtaisen suhteen puute, visuaalisen havainnoinnin ja suullisen kommunikoinnin puute asiakkaan ja lääkärin välillä on nähty riskinä puutteelliselle diagnosoinnille. Myös etälääketieteen henkilökunnan työvireen

vaihtelut koettiin turvallisuusriskinä. Etätöiden myötä koetaan, että lääkäreiden on työmäärä on kasvanut huomattavasti ja heidän on tehtävä nopeampia päätöksiä, josta voi seurata asiakkaan kannalta epäedullisia hoitopäätöksiä. Toimintaohjeet ja käyttöohjeet mainittiin erittäin tärkeinä turvallisuutta lisäävänä tekijänä.

2.6.2 Tutkimuksia kotihoidon talouden ja laadun johtamisesta

Finne-Soveri, Noro ja Björkgren (2006:161-162) ovat tutkineet kotihoidon laatua Suomessa. Tutkimuksessa ilmeni, että kunnissa ei panosteta kotihoidon asiakkaiden toimintakykyyn, vaikka asiakkaalla vaikutti olevan kuntoutuspotentiaalia. Tutkimuksen mukaan hoito- ja palvelutyöstä riippuvaisista tekijöistä selvittää tyydyttävästi tai hyvin, mutta johtamiseen ja kokonaisvaltaiseen terveys- ja sosiaalipalvelujen suunnitteluun liittyvät laatutekijät olivat vaihtelevasti hallinnassa. Lääkäreiden puute näkyi kotihoidossa puutteellisessa diagnostiikassa, tarkastamattomissa lääkelistoissa sekä mahdollisesti runsaassa akuuttisairaalan käytössä. Tutkimuksen mukaan kotihoidon asiakkaista lähes puolet käytti akuuttisairaanhoidon palveluja vähintään kerran kolmessa kuukaudessa ja joka toisen terveydentila oli vähintään lievästi epävakaa. Myös asiakasta koskevan tärkeän tiedon siirtyminen hoitopaikasta toiseen on tärkeää ellei hoitopaikoilla ole yhteensopivia tietojärjestelmiä.

Asianmukainen kotihoito vaatii toimiakseen tehokkaasti kuntatason strategiaa. Iäkkäiden kotihoito on merkittävä tekijä vanhuspalveluissa ja sen vaihtoehtona on kallis laitoshoido. Tutkimuksessa ilmeni myös, että vaikka mielialaan liittyvät tekijät olivat yleisiä toimintakyvyn rajoitteita kotihoidon asiakkailla myös ympäristön (pääsy kotiin ja pois, lattiapintojen esteettömyys, liikuntaesteetön ympäristö) puutteet olivat merkittäviä ongelmia. Laadukkaassa kotihoidossa siis tarvitaan toimenpiteitä yli toimialarajojen. (Finne-Soveri – Noro - Björkgren 2006: 161-162.)

Antonsson, Eriksson-Korjonen ja Rosengren (2012: 737-746) ovat tutkineet vanhus-tenhuollon lähiesimiehen taloudenjohtamisen keinoja. Ruotsalaiseen tutkimukseen osallistui sekä yksityisen palveluntuottajan että julkisen sektorin lähiesimiehiä. Yksityisen palveluntuottajan lähiesimiehet kokivat julkisen sektorin lähiesimiehiä useammin saavansa tukea omalta esimieheltään. Yksityisen sektorin lähiesimiehillä oli kuukausittain tapaaminen johtoryhmän kanssa. Niissä tapaamisissa he saivat raportteja toiminnan tuloksista sekä palautetta ja neuvoja, kuinka he voivat ylläpitää laatua taloudellisuus huomioiden. Valinnanvapauslain myötä tulleen kilpailun koettiin tuoneen enem-

män tasa-arvoa palveluntuottajien kesken, koska kaikille palveluntuottajille maksetaan asiakasmäärän perusteella sama korvaus. Myös hoidon laadun koettiin parantuneen valinnanvapauslain myötä.

Julkisen sektorin lähiesimiehet eivät kokeneet saavansa tarpeeksi tukea esimieheltään. He kokivat jäävänsä yksin talouden vaatimusten edessä. He eivät kokeneet saavansa tukea johdolta, mutta kokivat, että heiltä vaaditaan entistä enemmän taloudellista johtamista, kirjanpitoa, seurantaa ja dokumentointia. Budjetointi ja taloudellinen raportointi oli tullut yhä tärkeämmäksi osaksi niin yksityisellä kuin julkisellakin sektorilla. Julkisen sektorin esimiehet kokivat myös, että työntekijät eivät ymmärtäneet vallitsevaa yksityisen ja julkisen sektorin välistä kilpailutilannetta eikä talouden merkitystä toimintatapoihin. Julkisen sektorin lähiesimiehet kokivat yksityisen sektorin edustajia useammin, että päätösten teko oli hidasta ja byrokratia vaikeutti palveluntuottajan vaihtamista. Jotta lähiesimiehellä on edellytykset talouden johtamiseen, edellyttää se myös tehokkuutta päättäjien ja yrityksen johdon tasolta. Lähiesimiehet kokivat raportoinnin ja kirjallisen arvioinnin tärkeäksi myös, jotta he voivat osoittaa, että lakia ja säädöksiä on noudatettu. Haastateltavat painottivatkin läpinäkyvyyden merkitystä niin dokumentoinnissa, raportoinnissa, seurannassa kuin valvonnassakin. (Antonsson - Eriksson-Korjonen - Rosengren 2012: 737-746.)

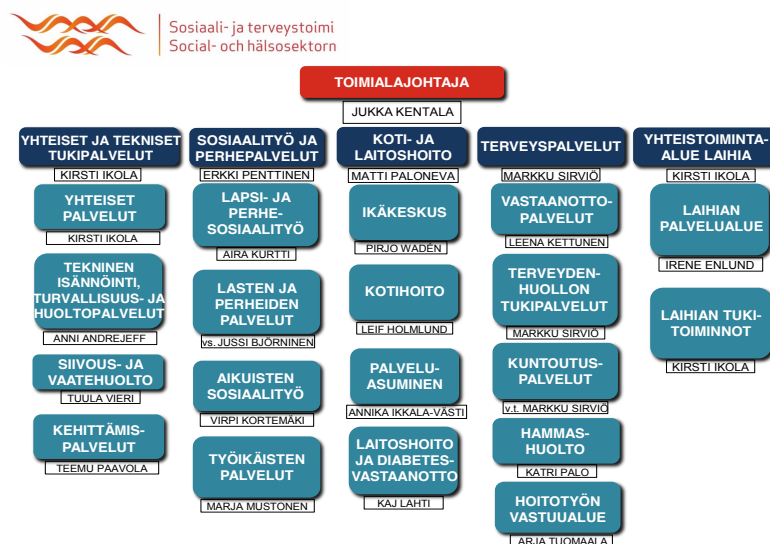
Julkisen sektorin lähiesimies tuki ja ohjasi työntekijöitä sekä valoi luottamusta uusien toimintatapojen edessä. He kokivat roolikseen henkilökunnan kannustamisen ja työn tärkeyden esille tuomisen. Yksityisen sektorin lähiesimiehet puolestaan kokivat roolinsa yrityksen kasvoiksi ulos päin, tärkeäksi osaksi markkinointia ja myyntiä sekä luoda henkilöstön arvoja ja kulttuuriperustaa. Lähiesimiehet kokivat, että jos he onnistuvat saamaan hyvän ilmapiirin henkilöstön kesken ja he viihtyvät työssään, vaikuttaa se positiivisesti myös asiakastyöhön. Henkilöstön tyytyväisyys vaikuttaa asiakastyytyväisyyteen ja toisinpäin ja sitä kautta se vaikuttaa taloudelliseen menestykseen. Yhteen vetona tutkijat toteavat, että yksilökeskeinen hoitotyö ja kannustava työyhteisö ovat avain toimivaan organisaatioon. Lähiesimiehillä koetaan olevan erittäin tärkeä rooli uusien toimintatapojen juurruttamisessa sekä linkkinä asiakkaiden, henkilökunnan ja johdon välillä. Tutkimuksen tärkeimpänä tuloksena painotettiin, että jotta lähiesimiehet voivat huomioida kustannus-hyötysuhteen toiminnassa, kehittää organisaatioitaan asiakaskeskeisiksi, oppiviksi organisaatioiksi, on lähiesimiesten saatava tukea ja ohjausta johtotasolta. Taloudellisen näkökulman ei tulisi hallita, kun tuotetaan ja suunnitellaan vanhusten hoitoa, vaan pääosassa tulisi olla valinnanvapauden, laadun, organi-

saattorakenteen ja markkinatilanteen. Niitä tarkastelemalla tulisi löytää vaihtoehtoiset, taloudellisemmat tavat tuottaa laadukasta palvelua. (Antonsson - Eriksson-Korjonen – Rosengren 2012: 742-746.)

3 Toimintaympäristö

Tämä opinnäytetyö tehdään Vaasan kaupungin koti- ja laitoshoidon yksikköön. Vaasan asukkaista vuonna 2015 oli 75 vuotta täyttäneitä yhteensä 5765 (8,5 % koko väestöstä), 10 vuoden kuluttua heitä arvioidaan olevan 7942. Dementian esiintyvyys Suomen väestössä kasvaa voimakkaasti iän myötä niin, että 85 vuotta täyttäneistä joka kolmas on keskivaikeasti tai vaikeasti dementoitunut. (Koti- ja laitoshoidon 2016: 2.) Tilastokeskuksen (2016) mukaan Suomen väkiluvusta vuonna 2015 oli 8,8 % yli 75-vuotiaita.

Vaasan kaupungin Sosiaali- ja terveystoimeen kuuluu viisi tulosaluetta (Kuvio 1). Tulosalueita ovat Sosiaalityö ja perhepalvelut, Koti- ja laitoshoidon, Terveystoimen, Laihian yhteistoiminta-alue sekä Yhteiset ja tekniset tukipalvelut. Koti- ja laitoshoidon tulosalue puolestaan on jaettu neljään palvelualueeseen, jotka ovat kotihoito, ikäkeskus, palveluasuminen sekä laitoshoidon ja diabetesvastaanotto. (Sosiaali- ja terveystoimen 2016.)



Kuvio 1. Vaasan kaupungin Sosiaali- ja terveystoimen organisaatiokaavio.

Vaasan kaupungin koti- ja laitoshoidon käyttömenot vuonna 2015 oli 70,8 M€, josta kotihoidon osuus oli noin 23 M€ (kotihoiton osuus saatu kaupungin tuloslaskelmasta). Koti- ja laitoshoidon tulosalueen työntekijämäärä 31.12.2015 oli 1114 henkilöä ja henkilöstömenot 42,0 M€. Vuoden 2015 aikana kotihoitossa oli 1557 asiakasta (tässä tutkimuksessa asiakkaat, jotka olleet kotihoitossa 1.1. – 31.8.2015). Vaasan sairaanhoitopiirin laskuttamien siirtoviivepäivien (asiakas, joka ei enää tarvitse erikoissairaanhoidoa, mutta odottaa jatkohoitopaikkaa keskussairaalassa) määrä oli 3100 ja ne ovat lisääntyneet noin 40 % edellisestä vuodesta. Rahallisesti tämä tarkoittaa 2,3 M€:n laskua Vaasan kaupungille. Sisäinen jonotus ja yhteispäivystyksen uudelleenjärjestely ovat vaikuttaneet negatiivisesti siirtoviivepäivien määrään. (Tilinpäätös 2015: 92-93.)

Koti- ja laitoshoidon palvelujen tarkoituksena on tukea ikääntyneiden ja toimintarajoitteisten vaasalaisten itsenäistä ja turvallista elämää sekä toimintakyvyn ylläpitämistä ja parantamista sekä hyvinvointia. Kotihoidon palvelualueeseen kuuluu alueellinen kotipalvelu, kotisairaanhoido, omaishoido, kotisairaala, kotiuttamisyksikkö ja kotona asumista tukevat tukipalvelut. Kotipalvelu tarjoaa palveluja henkilöille, joiden toimintakyky on alentunut, jotta he voisivat elää mahdollisimman täysipainoista elämää omassa kodissaan. Kotiapua voi saada ympäri vuorokauden ja se voi olla tilapäistä tai pysyvää. Kotihoitossa korostetaan kuntouttavaa työtettä ja asiakkaita kannustetaan omatoimisuuteen omien voimavarojensa mukaan. (Koti- ja laitoshoido 2015: 1-2, 15.)

3.1 Palvelurakenteen muutoksia

Vaasan kaupungin vanhustenhuollon palvelurakennetta on lähdetty muuttamaan valtakunnallisen suosituksen mukaiseksi, jossa ikääntyneet pyritään siirtämään laitoshoidosta palveluasumiseen tai kotihoitoon. Vuoden 2015 aikana valmistui uusi palvelutalo sekä käynnistyi toisen palvelutalon ja palvelukeskuksen rakentaminen. Pitkäaikashoitoa on lähdetty muuttamaan asteittain palvelutalojen valmistumisen myötä. Siirtoviivepäivien vähentämiseksi vuodeosastoille on perustettu 10 uutta joustopaikkaa. Vaasan keskussairaalan kanssa yhteistyössä on myös perustettu yhteinen työryhmä parantamaan hoitoketjujen sujuvuutta. Uuteen palvelurakenteeseen siirryttäessä haasteelliseksi on osoittautunut, että ympärivuorokautiseen palveluasumiseen jonottaa runsaasti huonokuntoisia ikäihmisiä. (Koti- ja laitoshoido 2015:2.)

Kotihoidossa uusittiin vuoden 2015 aikana toiminnanohjausjärjestelmä, joka helpottaa työajan seurantaa. Sen myötä työn tuottavuutta ja hoitajien välittömän työajan osuutta

työajasta on lähdetty parantamaan. Myös kotihoidon vastuulääkärijärjestelmän käyttöön ottoa ryhdyttiin valmistelemaan elokuussa 2015 asiakkaiden kartoituskäynneillä ja hoitajien koulutuksella siten, että vastuulääkäri aloitti varsinaisen toimintansa 1.1.2016 (Holmlund 2016). Kotihoidossa on myös kehitetty tiimimallia. Tiimeihin kuuluvat myös toiminta- ja fysioterapeutit. Vaativien kotiutusten tueksi on perustettu tehostettu kotiutustiimi, jossa työskentelee kuusi työntekijää. Kotihoidon toiminnassa painotetaan kotona asuvien ikäihmisten toimintakyvyn ylläpitämistä ja kuntoutusta. (Koti- ja laitoshoido: 2.)

Toukokuussa 2015 Vaasan kaupungin kotihoidossa alkoi A.R.K.I -projekti, jonka tarkoituksena on ollut kehittää tehokkaasti toimiva kotihoidon kotikuntoutus. Projektin tuloksilla tähdätään niin taloudellisiin kuin humanitäärisiinkin etuihin. Kotihoitoon oli saatu fysio- ja toimintaterapeutteja vuonna 2014, mutta heidän työtapansa ja tiimityöskentelynsä oli vakiintumatonta ja sen organisoimiseksi tarvittiin A.R.K.I. -projekti. Vuodesta 2015 vuoteen 2016 kuntoutushenkilökunnan määrää ei ole lisätty, vaan toimintaa tehostamalla on saatu enemmän tulosta aikaan. Toukokuussa 2016 kuntoutushenkilökunta sai mobiiliin asiakastietojärjestelmän, joka helpottaa heidän reaaliaikaista kirjautamista ja sen myötä antaa luotettavampaa tietoa heidän työskentelystään. Projektin myötä on voitu havaita kotikuntoutuksen positiiviset vaikutukset niin asiakkaiden toimintakyvyn ja kotona selviytymiseen kuin hoitotyöntekijöiden kuntouttavan työotteen käytön lisääntymiseen. A.R.K.I. -projekti päättyi elokuussa 2016. (Olin 2016: 4, 12, 16, 22-23.)

3.2 Lääkäripalvelut lähtötilanteessa

Lääkäritilanne Vaasassa on ollut haastava jo vuosia. Vuonna 2015 lääkärivaje oli Suomen suurin Vaasan sairaanhoitopiirissä, missä tehtävistä oli täyttämättä 18,2 %. Vaasan terveyskeskuksessa tuolloin oli täyttämättä 21 lääkärin virkaa 66:sta. Koko Suomen lääkärintehtävistä oli täyttämättä 4,4 %. Heikkoon tilanteeseen vaikuttaa alueen kaksikielisyys, pitkä etäisyys lääkärinkoulutusta tarjoavasta yliopistosta sekä syrjäinen sijainti. (Lääkäriliitto 2016; Terveyskeskusten lääkäritilanne 7.10.2015). Niukat lääkäriresurssit ovat heijastuneet myös kotihoitoon.

Vuoden 2015 loppuun saakka Vaasan kotihoidon asiakkaat kuuluivat asuinalueensa terveysaseman lääkäripalveluiden piiriin. Terveysasemilla oli käytössä omalääkärijärjestelmä ja pyrittiin siihen, että asiakas pääsisi omalääkärin vastaanotolle. Mikäli asiak-

kaalla oli lääkärin hoitoa tai konsultaatiota vaativa asia, kotihoidon työntekijä tai asiakas tilasi lääkäriajan omalääkärille. Lääkärtilanne oli haastava ja kiireettömiä lääkäriajoja oli vaikea saada. Joskus asiakas joutui odottamaan lääkäriaikaa viikkoja tai jopa kuu-kausia, vaiva saattoi muuttua akuutiksi ja asiakas joutui turvautumaan lääkäripäivys-tyksen palveluihin. (Tuominen 2016.) Vaasan kaupungin heikko lääkäritilanne heijastui myös kotihoidon asiakkaiden palveluiden saantiin. Lääkäriliiton tekemän selvityksen mukaan lokakuussa 2014 Vaasan sairaanhoitopiirin lääkärivakansseista oli täyttämättä 18,2 %. Vaasan kaupungilla lääkärivaje oli 21 lääkäriä, terveyskeskuksessa oli 66 lää-
kärin virkaa tai toimea. (Lääkäriliitto 2016; Terveyskeskusten lääkäritilanne 2016.)

Kotihoidossa oli tavoitteena, että jokaisella kotihoitoalueella oli hoitotiimi, johon kuului palveluohjaaja, lähihoitaja, kotisairaanhoidon hoitaja sekä lääkäri. Tiimin oli tarkoitus kokoontua kerran kuukaudessa, mutta järjestelmän toimivuus vaihteli eri alueilla riippu-en resurssien saatavuudesta. Haasteellisten asiakkaiden kohdalla muodostettiin mo-niammatillisia hoitotiimejä, joiden vastuu oli terveyskeskuksen vuodeosastolla. (Tuomi-nen 2016.)

1.1.2016 alkaen kotihoidossa otettiin käyttöön ostopalveluna tuotettu vastuulääkärijär-jestelmä. Vastuulääkäripalvelu toteutetaan etälääkäripalveluna. Palvelun tavoitteena oli kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden lääkärihoidon saatavuus ja elämänlaadun pa-rantaminen, vähentää erikoissairaanhoidon käyttöä ja kustannuksia, vähentää sairaan-kuljetusten määrää sekä terveyskeskuksen ja keskussairaalan kuormitusta. Myös siir-toviivepäivien väheneminen oli yhtenä tavoitteena. Siihen päästään sillä, että asiakkai-ta ei tarvitse siirtää erikoissairaanhoidosta terveyskeskuksen vuodeosastolle toipu-maan, vaan heidät voidaan vastuulääkärin turvin kotiuttaa suoraan erikoissairaanhoi-dosta. Näin ei synny tilannetta, jossa asiakkaat joutuvat odottamaan kalliilla erikoissai-raanhoidon paikalla jatkohoitopaikkaa. (Kotihoidon etälääketieteelliset palvelu tp 544-2015.)

Asiakkaille tehtiin perusteellinen alkukartoitus ja hoitosuunnitelma, joiden tavoitteena oli parempi dokumentaatio ja hoidon tavoitteiden saavuttaminen. Tavoitteena oli, että pal-velun myötä säästytään asiakkaan siirtymisiltä vieraisiin hoitoympäristöihin, joka lisää asiakkaan turvallisuutta. Ajatuksena oli myös, että kun kotihoidon henkilökunnalla on helposti ja nopeasti käytettävissään pikadiagnostiikka, lääkärikonsultaatio ja lääkehoito, saa asiakas paremman ja nopeamman hoidon ongelmaansa. (Kotihoidon etälääketie-teelliset palvelu tp 544-2015.)

Vastuulääkärillä on aina käytössään potilastietojärjestelmä, josta hän näkee asiakkaiden ajankohtaiset tiedot. Lääkäri voi myös kirjata asiakasta koskevat tiedot niin, että hoitajat näkevät tiedot. Teknisistä syistä etälääkäri ei voi kirjata tietojaan suoraan samaan potilastietokantaan, kuin terveydenhuollossa on käytössä, vaan kotisairaanhoidaja kopioi lääkärin tekstit potilastietojärjestelmään, josta ne on saatavilla niin kotihoidossa kuin terveydenhuollon hoitopaikoissakin. (Sallialmi 2016.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimusongelmat

Opinnäytetyön tarkoituksena on verrata, onko vastuulääkärin käyttöönotto vaikuttanut kotihoidon asiakkaiden terveystietojärjestelmien käytön määrään. Tarkoituksena on myös kartoittaa sitä, onko kotihoidon vastuulääkärin käyttöönotto ollut taloudellista merkitystä. Kustannusvaikutuksissa huomioidaan vastuulääkärin käyttöönotosta syntyneet kustannukset. Vastuulääkärin käyttöönottoa alettiin valmistella elokuussa 2015. Tällöin vastuulääkäripalveluita tuottava yritys aloitti valmistelemaan työn muun muassa asiakkaiden palvelusuunnitelmien päivittämällä jatkaen niitä vuoden loppuun saakka. Kotihoidon henkilökunnan koulutukset aloitettiin myös syksyn aikana siten, että koko henkilöstö oli saanut tarvittavan koulutuksen joulukuun loppuun mennessä. Vastuulääkäripalvelu kotihoidon asiakastyössä aloitettiin 1.1.2016.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa Vaasan kaupungin kotihoidon asiakkaiden terveystietojärjestelmien käytöstä ennen ja jälkeen vastuulääkärin käyttöönottoa. Tavoitteena on tuottaa sellaista tietoa, jota Vaasan kaupungin koti- ja laitoshoidon tulosalue voi käyttää hyödykseen tehdessään päätöksiä kotihoidon asiakkaiden lääkäripalveluiden järjestämisestä ja palveluprosessien kehittämisessä.

Opinnäytetyössä verrataan vuosien 2015 (1.1. - 31.8.2015) ja 2016 vastaavan aikajakson terveystietojärjestelmien toteumaa säännöllisen kotihoidon asiakkailla. Näitä palveluita ovat perusterveydenhuollon vuodeosastohoito, lääkärivastaanotto, yhteispäivystys ja fysio- ja toimintaterapeuttien käynnit sekä Vaasan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon poliklinikka-, osastohoito- ja päivystyskäynnit. Perusterveydenhuollon yhteispäivystyksen järjestää sairaanhoitopiiri, mistä johtuen sitä koskevat tiedot kerätään sairaanhoitopiirin tietokannasta.

Tutkimuksella haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Onko vastuulääkäri muuttanut Vaasan kotihoidon asiakkaiden muiden terveyspalveluiden käytön määrää:
 - a. perusterveydenhuollossa
 - b. erikoissairaanhoidossa?
2. Minkälaisia taloudellisia vaikutuksia palveluiden käytön määrän muutoksella on ollut?

5 Opinnäytetyön menetelmät

Opinnäytetyö prosessi käynnistyi kesäkuussa 2016 koti- ja laitoshoidon tulosaluejohtajan sekä kotihoidon johtajan erillisillä tapaamisilla. Niissä keskusteltiin kotihoidon tarpeesta evaluoida heidän vastuulääkäritoimintaansa. Tapaamisissa käytiin läpi opinnäytetyön tarkoitusta ja tutkimusongelmia. Elokuussa käytiin myös keskustelua vastuulääkäripalvelua tarjoavan yrityksen edustajien kanssa sekä johdon raportointijärjestelmän toimittajan kanssa. Näissä keskusteluissa käytiin läpi erilaisia tutkimusasetelmia, otosjoukkoa sekä sitä, minkälaista tietoa raportointijärjestelmästä löytyy. Elokuussa 2016 käytiin vielä koti- ja laitoshoidon tulosaluejohtajan, kotihoidon johtajan sekä raportointijärjestelmän toimittajan kanssa läpi tutkimusasetelmaa ja tutkimusjoukkoa koskevia kysymyksiä. Tapaamisessa tarkentuivat sekä tutkimusjoukko että tutkimusasetelma. Siinä sovittiin myös siitä, että ohjelmistotoimittaja toimittaa sairaanhoitopiiriä koskevat tilastotiedot opinnäytetyön tekijälle. Vaasan sairaanhoitopiiriltä oli pyydetty lupa näiden tietojen hakemiseen. Syyskuussa 2016 tutkimukselle saatiin tutkimuslupa Vaasan kaupungilta. Sen jälkeen opinnäytetyön tekijä allekirjoitti vaitiolositoumuksen sekä sai käyttäjätunnukset Vaasan kaupungin johdonraportointijärjestelmään. Tutkimusmateriaali kerättiin lokakuussa vuonna 2016. Ennen varsinaisen tutkimusmateriaalin keräämistä johdon raportointijärjestelmästä tehtiin useita koehakuja. Niiden tarkoituksena oli varmistaa, että järjestelmässä määritelty perusjoukko ei sisällä tutkimusaineiston ulkopuolisia asiakkaita, mutta sisältää kaikki tutkimusaineiston asiakkaat. Opinnäytetyön edessä Vaasan kaupungin edustajiin on oltu yhteydessä esittäen tarkentavia kysymyksiä sekä heille on esitelty alustavia tuloksia.

Tutkimusta tehdessä on oleellista saada mahdollisimman kattava aineisto (Kankkunen – Vehviläinen – Julkunen 2013: 57). Siitä syystä tämä opinnäytetyö toteutettiin kvantita-

tiivisena kokonaistutkimuksena. Tutkimusmateriaali on johdon tietojärjestelmistä kerättyä tilastotietoa, jonka avulla pyritään selvittämään toiminnassa tapahtuneita muutoksia ja niiden välisiä yhteyksiä. Tutkimuksen tekemistä helpotti, että Vaasan kaupunki ja sairaanhoitopiiri käyttävät yhteensopivia, saman toimittajan raportointijärjestelmiä. Tutkimus tehdään kokonaistutkimuksena, jotta siinä tulisi mahdollisimman hyvin esille kotihoidolle tyypilliset asiakkaiden palveluntarpeiden muutokset ja asiakaskunnassa tapahtuvat muutokset.

5.1 Aineiston keruu

Arvioinnilla eli evaluaatiolla tarkoitetaan yhden tai useamman toiminnon tai toimenpiteen hyvyyden arviointia. Jotta nykyisten tai kehitettävien vaihtoehtojen joukosta pystyttäisiin valitsemaan tehokkaimmat, on pyrittävä mittaamaan toimenpiteiden vaikuttavuutta ja kustannuksia. Arviointitutkimus voidaan jakaa taloudelliseen ja ei-taloudelliseen arviointiin. Taloudellisen arvioinnin ajatuksena on, ettei toimintoa voida asettaa etusijalle yksinomaan sillä perusteella, että se on vaikuttavampi tai halvempi, vaan on otettava huomioon sekä vaikuttavuus että kustannukset. Pyrkimys tehokkuuteen eli siihen, että toiminnan tavoitteet saavutetaan annettujen rajoitusten mukaisesti, on taloudellisessa arvioinnissa oleellista. (Sintonen - Pekurinen 2006: 248-250.)

Tässä opinnäytetyössä arvioidaan kotihoidossa käyttöön otetun vastuulääkärimallin hyötyä. Siinä arvioidaan sekä toiminnassa tapahtuneita taloudellisia muutoksia että palveluiden käyttömäärissä tapahtuneita muutoksia. Näitä verrataan vastuulääkäritoiminnasta aiheutuneisiin kustannuksiin.

Suomessa on erinomaiset mahdollisuudet tehdä rekistereihin perustuvaa yhteiskunta- ja terveystieteellistä tutkimusta, sillä meillä on korkealaatuisia tietorekistereitä runsaasti. Rekisteripohjainen tutkimus on kuitenkin vähäistä siksi, että rekistereitä pidetään usein hallinnollisiin tarkoituksiin, eikä organisaation ulkopuolelta tulevien välttämättä ole helppo saada rekistereitä käyttöönsä. Rekisteritietojen tarjoamia mahdollisuuksia ei myöskään tunneta eikä aina tulla ajatelleeksi, että tutkimusongelmaan saattaisi ratkaisu löytyä jo olemassa olevasta rekisteriaineistosta luotettavammin kuin esimerkiksi tutkimusta varten kerätyn kysely- tai haastatteluaineiston pohjalta. Rekisteritiedoilla tarkoitetaan yleensä hallinnollisia tarpeita varten kerättyjä tietoja, jotka koskevat yksilöitä tai muita havaintoyksiköitä. Rekisteritiedot poikkeavat haastattelu- ja kyselyaineistoista siinä, että tiedot on kerätty ensisijaisesti hallinnollisia toimia varten. Rekseite-

reitä voidaan käyttää monin eri tavoin tutkimuksessa. Yksinkertaisinta on käyttää rekistereitä yksittäin. Rekisteriin voidaan myös liittää riskiväestötietoja tai rekistereitä voidaan yhdistellä antamaan monipuoliset mahdollisuudet pelkkiin rekisteritietoihin perustavalle tutkimukselle. (Valkonen – Koskinen – Martelin 1998:13-15.)

Rekisteriaineisto ei yleensä ole valmis aineisto sellaisenaan tutkimuskäyttöön, vaan se on muokattava tutkimusaineistoksi. Aineiston muokkaaminen vaatii henkilöstöresurssia ja tietosuojasta on huolehdittava. Rekisteritutkimusten luotettavuutta lisää se, että rekisterit peittävät yleensä koko väestön, kun esimerkiksi haastattelututkimuksessa kato aiheuttaa virhettä. (Valkonen – Koskinen – Martelin 1998:17-18.)

Tämä opinnäytetyö on rekisteritutkimus, jonka aineisto kerätään Vaasan kaupungin ja Vaasan sairaanhoitopiirin johdonraportointijärjestelmällä kaupungin ja sairaanhoitopiirin eri järjestelmistä (Taulukko 1). Vaasan kaupungilla ja Vaasan sairaanhoitopiirillä on saman toimittajan johdonraportointijärjestelmä, joka helpottaa luotettavan tiedon keräämistä. Raportointijärjestelmässä on tietoja mm. perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitajaksoista, päivystyskäynneistä, lääkärikontakteista ja kotihoidon palveluiden käyttämisestä. Raportointijärjestelmässä on myös kaupungin tuloslaskelma, josta voidaan noutaa tiedot vastuulääkäripalvelun kustannuksista ja tietoja perusterveydenhuollon palveluiden kustannusten arvioimiseksi. Raporttigeneraattorilla voidaan luoda vertailukelpoista tietoa niin taloudellisista kuin kohderyhmän palvelujen käytön toteumista. Järjestelmän raportointiosassa on toiminto, jonka avulla tähän tutkimukseen voidaan hakea tarvittavat tiedot juuri kyseisen asiakasryhmän kohdalta. Raportoitajan määrittelemät tiedot voidaan tallentaa Exceliin valmiisiin taulukoihin.

Taulukko 1. Aineistonkeruu johdonraportointijärjestelmistä.

| Muuttuja | Arvo | Lähde (kaupunki/esh) | Asiakaskäyntien lkm/päivät | Taloudelliset kustannukset/laskutus |
|--|-------------|-----------------------------|-----------------------------------|--|
| Perusterveydenhuollon (pth) vuodeosastojaksot | | Kaupunki | Lkm | - |
| Pth vuodeosasto, hoitopäivät | | Kaupunki | Päivät | Arvioitu yksikköhinta |
| Pth lääkäriin vastaanotto | | Kaupunki | Lkm | Arvioitu hinta (THL-raportti) |
| Toimintaterapia | | Kaupunki | Lkm | - |
| Fysioterapia | | Kaupunki | Lkm | - |
| Vastuulääkäri | | Kaupunki | Kokonaishinta | Tuloslaskelma |
| Yhteispäivystys (Pth) | | Esh | Lkm | Laskutus |
| Erikoissairaanhoidon (esh) vuodeosastojaksot / Drg-paketit | | Esh | Lkm | Laskutus |
| Esh psykiatria, hoitopäivät | | Esh | Päivät | Laskutus |
| Esh poliklinikkakäynnit | | Esh | Lkm | Laskutus |
| Esh päivystyskäynnit | | Esh | Lkm | Laskutus |
| Siirtymiset päivystyksestä | | Esh | Lkm | - |
| Siirtoviivepäivät | | Esh | Päivät | Laskutus |

Kaupungin lääkäri-, fysioterapia- ja toimintaterapiakustannuksia ei ole tuotteistettu, joten niiden kustannuksia ei löydy valmiina kaupungin sisäisistä järjestelmistä. Lääkärikäyntien kustannusten vertailussa käytetään sen sijaan THL:n tekemää raporttia ”Terveyden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011”. Yksikkökustannusraportti on tehty yhteistyössä Kelan, Lääketeollisuuden ja THL:n Menetelmien ja käytäntöjen arviointiyksikön (MEKA) kanssa. Raportti on tarkoitettu heille, jotka tekevät Suomen terveyden- ja sosiaalihuoltoa koskevaa taloudellista arviointia. Raportin tiedot perustuvat perusterveydenhuollon APR (avohoidon potilasryhmitys) –tietokannan kustannustietoihin ja sisältävät kaikki käynteihin kohdistuvat kustannuserät. Raportin mukaan perusterveydenhuollon avohoidon lääkärin vastaanottokäynti maksaa 110 euroa, kuntoutushenkilöiden vastaanottokäynnin hinta on 76 €. (Kapiainen – Väisänen – Hau-la 2014: 3, 25-27.)

Tutkimusaineisto sisältää tiedot sellaisten kotihoidon asiakkaiden palveluista, jotka ovat olleet kotihoidon asiakkaina osittain tai kokonaan ajalla 1.1. - 31.8.2015. Vertailuaineiston tiedot sisältävät tiedot kotihoidon asiakkaiden palveluista, jos asiakas on ollut kotihoidon asiakkaana osittain tai kokonaan ajalla 1.1. - 31.8.2016. Näiden asiakkaiden palveluiden käyttöä ja niistä aiheutuneita kustannuksia analysoidaan ajalta 1.1. - 31.8.2015 ja vertailujakson vastaavat tiedot kerätään ajalta 1.1. - 31.8.2016. (Kuvio 2.) Aineistoon otetaan asiakkaat, joilla on Pegasos-järjestelmässä palvelusuunnitelmapää-

tös palvelukoodilla Kh-palveluseteli2012, Kopa, Kotisairaanhoito, Kp-kotipalvelu, Kotisairaanhoito maks, Kp. Kotipalvelu palv tai Kp. Ostopalvelu.



Kuvio 2. Tutkimusaineiston määrittely.

5.2 Aineistossa esiintyvien käsitteiden määrittelyä

Perusterveydenhuollolla (pth) tarkoitetaan kunnan järjestämää väestön terveydentilan seurantaa, terveyden edistämistä ja terveysneuvontaa sekä terveystarkastuksia. Perusterveydenhuoltoon sisältyy hammashoito, lääkinnällinen kuntoutus, työterveyshuolto, ympäristöterveydenhuolto sekä päivystys, avosairaanhoito, kotisairaanhoito, mielenterveystyö ja päihdetyö. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Erikoissairaanhoidolla (esh) tarkoitetaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja (Terveydenhuoltolaki 1326/2010).

Drg (Diagnosis Related Groups) -paketti tarkoittaa kansainvälistä, sairaaloissa käytettävää potilasluokitusta, joka jakaa hoidetut potilaat ryhmiin diagnoosin perusteella. Vaasan sairaanhoitopiiri on määritellyt hinnat kullekin drg-paketille. Drg-hinta sisältää potilaan sairaalahoitajakson aikana tapahtuvan toimenpiteen, tutkimukset ja ylläpidon.

Outlier-päivällä tarkoitetaan erikoissairaanhoidon hoitopäiviä, jotka potilas on ollut drg-paketin sisältämien hoitopäivien lisäksi sairaalassa. Drg-paketteihin on sisällytetty keskimääräisen hoitoajan vaatimat hoitopäivät. Mikäli potilaan hoito vaatii pidemmän sairaalassaoloajan, esim. huonokuntoisuuden vuoksi, laskutetaan tämä aika outlier-päivinä.

Hoitojakso on ajanjakso, jonka potilas on kirjattuna sairaalahoidon ajaksi. Hoitojakso alkaa siitä, kun potilas kirjataan sisälle sairaalaan ja päättyy, kun hänet kirjataan sairaalasta ulos. Osastojakso on puolestaan hoitojakson osa, jonka aikana osasto ei muutu. Se on siis aika, jonka potilas on tietyllä vuodeosastolla hoidettavana.

Nettohoitopäivät tarkoittaa potilaan hoitopäivien lukumäärää, joista on vähennetty lähtöpäivä. Bruttohoitopäiviin on laskettu myös lähtöpäivä. Jos tulo- ja lähtöpäivä on sama, hoitojaksosta muodostuu yksi hoitopäivä.

Siirtoviivemaksulla tarkoitetaan maksua, jonka potilaan kotikunta joutuu maksamaan sairaanhoitopiirille, mikäli kunnalla ei ole erikoissairaanhoidon hoidontarpeen päätyttyä osoittaa jatkohoitoa paikkaa, vaan potilas joutuu odottamaan sitä erikoissairaanhoidon osastolla.

5.3 Aineiston analysointi

Kustannus-hyötyanalyysi on yksi taloudellisen arvioinnin menetelmä. Menetelmässä arvioidaan toimenpiteellä tai ohjelmalla saavutettuja tuloksia sekä kulutettuja voimavaroja. Taloudellista arviointia tehdään siltä pohjalta, mitä taloudellisesti menetetään tai mitä hyötyjä toiminnalla saavutetaan. Rahallisen panoksen lisäksi myös esimerkiksi terveysvaikutus on panos, joka menetetään, jos rahallisia voimavaroja ei käytetä parhaalla vaihtoehtoisella tavalla. Menetetyistä terveysvaikutuksista syntyy vaihtoehtois-kustannuksia. Kustannukset ja hyödyt muutetaan mahdollisimman pitkälle rahamääräi-siksi ja sen perusteella analysoidaan kustannus-hyötysuhde. Jos kustannus-hyötyanalyysissä jonkun vaihtoehdon hyöty-kustannussuhde osoittautuu suuremmaksi kuin yksi tai nettohyöty positiiviseksi, vaihtoehdon voidaan sanoa olevan tehokkaampi, parempi, kannattavampi tai edullisempi. Taloudelliset arvioinnit tulisi tehdä yhteiskun-nallisesta näkökulmasta, riippumatta siitä, kenelle vaikutukset koituvat. (Sintonen - Pe-kurinen 2006: 251-253.)

Vertailtaessa lukuja, joiden väliset erot ovat suuria voi muutosten vertailu olla vaikeaa. Erojen muuttaminen prosentuaaliseksi muutoksiksi voi helpottaa lukujen ja muutoksen vertailua. (Curvin – Slater 2004: 27-28.) Erityisesti osastohoidossa ja hoitopäivissä diagnoosiryhmien väliset käyttömäärät vaihtelevat suuresti. Siitä syystä tapahtuneita muutoksia on vaikea vertailla keskenään. Muutoksista on laskettu prosentuaalisia muu-toksia, jotta muutoksen syitä ja merkitystä on helpompi vertailla.

Mediaani on keskiluku, joka ilmoittaa suuruusjärjestykseen asetettujen lukujen keskimmäisen arvon. Mediaanin hyöty keskilukuna on, että siihen eivät vaikuta muista muuttujan arvosta huomattavasti poikkeavat suuret tai pienet arvot. (Tilastokeskus 2016a.) Erikoissairaanhoidon kustannuksista on hyvä laske kustannusten mediaani. Erikoissairaanhoidossa voi olla yksittäisiä asiakkaita, joiden erikoissairaanhoidon kustannukset ovat olleet huomattavan korkeat tai matalat. Mediaania laskettaessa muista arvoista huomattavasti poikkeavat suuret tai pienet arvot eivät vaikuta tulokseen.

Tässä tutkimuksessa selvitetään, vaikuttaako yhden toiminnan muuttaminen muiden palveluiden käyttöön sekä kuinka kustannukset muuttuvat palveluiden käytön muuttuessa. Aineiston analyysissä (kuvio 3) kuvaillaan eri muuttujissa tapahtuneita eroja niin taloudellisilla luvuilla kuin käyntimäärienkin suhteen. Samoin vertaillaan eri palveluiden asiakkaiden käyttömäärissä tapahtuneita muutoksia. Sen jälkeen aineistoa vertaillaan keskenään ja verrataan ovatko käyttömäärissä ja taloudellisissa luvuissa tapahtuneet muutokset yhteneväisiä. Analyysissä huomioidaan myös vastuulääkäripalvelusta syntyneet kustannukset. Koska tutkimusaika on lyhyt, vaihtoehtoiskustannuksia ei voida arvioida laajasti.



Kuvio 3. Tutkimusaineiston analysointi.

Tiedot käsitellään ryhmänä niin, että yksittäisen henkilön tiedot eivät käy ilmi tutkimuksessa. Opinnäytetyön tekijä allekirjoittaa vaitiolositoumuksen Vaasan kaupungin menettelyohjeiden mukaisesti, jossa hän sitoutuu käsittelemään tietoja luottamuksellisesti. Tutkimusta varten kerätty materiaali joko hävitetään tai luovutetaan Vaasan kaupungin koti- ja laitoshoidon yksikölle tutkimuksen valmistuttua.

5.4 Tutkimustulosten luotettavuus

Tutkimusaineiston ja vertailuaineiston asiakkaissa on tapahtunut muutoksia, kuitenkin 73 % vertailuaineiston asiakkaista on ollut molemmilla jaksoilla kotihoidon asiakkaana. Kotihoidon asiakkaat ovat pääasiassa iäkkäitä henkilöitä, joiden toimintakyvyn odotetaan heikkenevän ajan myötä. Kotihoitoon tulevat uudet asiakkaat ovat yhä heikkokuntoisempia, vastuulääkärin käyttöönoton myötä Vaasan kaupungin kotihoitoon on pystytty ottamaan heikkokuntoisempia asiakkaita kuin ennen vastuulääkärin mallia. Uuden lain velvoitteiden mukaisesti laitoshoidon puretaan ja kotihoitoonkin siirtyy asiakkaita, joita ennen on hoidettu vuodeosastoilla. Näin ollen voidaan olettaa, että vertailuaineistossa olevat asiakkaat tarvitsevat kesimääräisesti enemmän terveydenhuollon palveluja kuin tutkimusaineiston asiakkaat.

Kotihoidon luonteeseen kuuluu se, että asiakaskunnassa tapahtuu äkillisiä muutoksia. Kotona asuvan henkilön terveydentila voi äkillisesti muuttua niin, että hän tarvitsee kotihoidon palveluita. Vastaavasti kotihoidon piirissä olevan asiakkaan tila voi muuttua äkillisesti niin, että hän tarvitsee enemmän palveluita tai joutuu sairaala- tai laitoshoidon. Myös sairaalasta kotiutetaan lyhyellä varoitusaikalla monenkuntoisia asiakkaita kotihoidon piiriin. Koska nämä muutokset ovat kotihoidon luonteeseen kuuluvia, ovat ne osa kustannus- ja palvelurakennetta ja vaikuttavat joka vuosi samalla tavalla kustannuksiin ja palveluiden käyttöön. On tärkeää saada tutkimuksessa esiin tämä vaihtelu ja sen mahdollinen vaikutus palveluiden käyttöön. Siksi tutkimukseen otettiin mukaan kaikki asiakkaat, jotka olivat tutkimusjakson joko kokonaan tai osittain kotihoidon asiakaina.

Tutkimusmateriaalia ei ole kerätty nimenomaan tätä tutkimusta varten, vaan se on palvelutoiminnassa kerättyä tilastotietoa. Koska tilastotieto on kerätty jo aiemmin, ei esimerkiksi kyselytutkimuksille ominaista vastaajakatoa synny. Tutkimus pystytään myös tekemään kokonaistutkimuksena, jolloin ei synny otoksesta mahdollisesti johtuvaa harhaa. Tilastotieto on myös puolueetonta, koska sitä ei ole voitu ohjata haluttuun suuntaan tiedon keräysvaiheessa kysymyksen asettelulla tai muulla vastaavalla. Tutkimusmateriaalia kerättyä on tarkistettu satunnaisesti useita kertoja, että kerätty tieto sisältää tiedot kaikkien tutkimusaineistoon kuuluvien asiakkaiden palveluiden käytöstä

6 Tutkimustulokset

Vaasan kaupungin kotihoidossa oli osittain tai kokonaan ajalla 1.1.2015 - 31.8.2015 asiakkaana 1161 henkilöä. Osittain tai kokonaan ajalla 1.1 - 31.8.2016 asiakkaana oli 1193 henkilöä, joista 73 % (870) oli ollut kotihoidon asiakkaana jo vuonna 2015. Asiakkaista yli 75-vuotiaita oli vuonna 2015 82 % ja vuonna 2016 yli 75-vuotiaita oli 81 % kotihoidon asiakkaista.

Tutkimustulokset raportoidaan tutkimusongelmittain ja lopussa on yhteenveto tuloksista.

6.1 Vastuulääkärin vaikutukset Vaasan kotihoidon asiakkaiden muiden terveysterveysten käytön määrään perusterveydenhuollossa

Vastuulääkärin tavoitteena oli, että kotihoidon asiakkaat saavat tarvitsemansa kokonaisvaltaisen lääkärinhuollon oikea-aikaisesti ja sen myötä muiden palveluiden käyttö vähenee. Taulukossa 2 on kuvattu Vaasan kotihoidon asiakkaiden perusterveydenhuollossa käyttämien palveluiden määrää ja niissä tapahtuneita muutoksia. Taulukossa on vertailtu asiakkaiden hoitopäiviä, hoitajaksoja ja osastojaksoja perusterveydenhuollon hoitolaitoksissa sekä lääkäreiden, fysio- ja toimintaterapeuttien vastaanotto- ja kotikäyntien käyntimääriä.

Taulukko 2. Perusterveydenhuollon palveluiden käyttö.

| | 2015 | 2016 | Muutos | Muutos-% |
|-----------------------------|--------|--------|--------|----------|
| Hoitojaksot, pth | 873 | 728 | -145 | -17% |
| Osastojaksot, pth | 1071 | 841 | -230 | -21 % |
| Hoitopäivät, pth | 19 238 | 14 910 | -4328 | -22 % |
| Lääkärikäynnit, pth | 929 | 392 | -537 | -58 % |
| Toimintaterapia, pth | 359 | 921 | +562 | +157 % |
| Fysioterapia, pth | 688 | 1294 | +606 | +88 % |
| Yhteispäivystys, pth | 859 | 873 | +14 | +2 % |

Vaasan kotihoidon asiakkaiden lääkärikäynnit perusterveydenhuollossa ovat vähentyneet 58 %:lla. Lääkärikäynnit ovat asiakaskäyntejä, jotka kotihoidon asiakkaat ovat tehneet perusterveydenhuollon lääkärivastaanotolle. Lääkärikäynti voi myös olla perusterveydenhuollon lääkärin kotikäynti. Lääkärikäyntien määrässä ei ole mukana reseptien uusimisista ja muista kotihoidon hoitajien tekemistä konsultaatiopyynnöistä aiheutuneet lääkärikontaktit, koska niitä ei ole tilastoitu tietojärjestelmiin käynteinä. Todellisuudessa siis terveyskeskuslääkäreiden aikaa on säästynyt tilastoitua tietoa enemmän muiden asiakkaiden hoitamiseen.

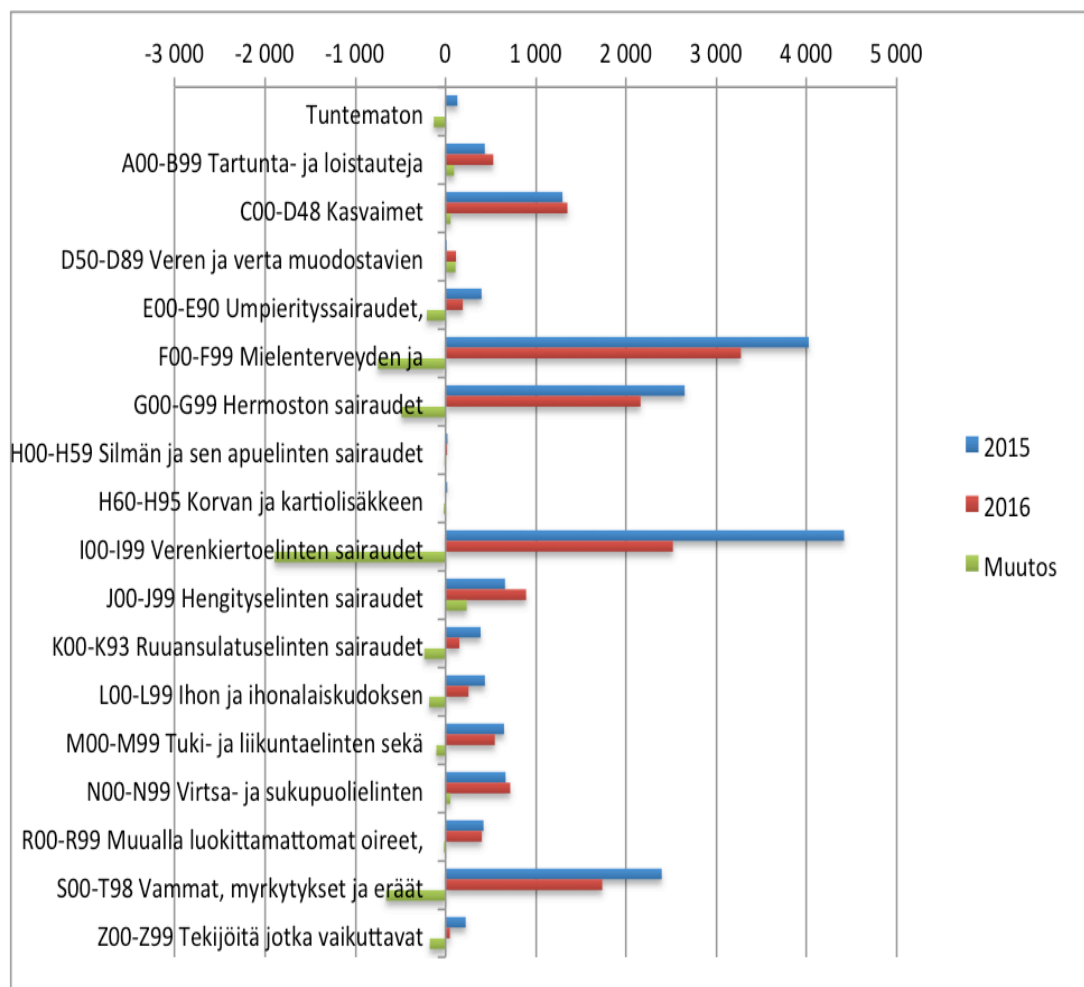
Sairaanhoitopiiri järjestää Vaasan kaupungin perusterveydenhuollon päivystyksen yhteispäivystyksenä. Päivystyskäynnit ovat pysyneet edellisen vuoden tasolla. Käyntimäärissä on tapahtunut 2 %:n kasvu, mutta asiakasmääräkin on kasvanut, joten todellisuudessa käynnit ovat pysyneet samalla tasolla. Yhtenä vastuulääkärin tavoitteena oli päivystyskäyntien väheneminen, mutta siihen tavoitteeseen ei päästy ainakaan ensimmäisten kahdeksan kuukauden aikana.

Perusterveydenhuollon osasto- ja hoitojaksot sekä hoitopäivät perusterveydenhuollon laitoksissa ovat vähentyneet huomattavasti. Hoitojaksojen pituudet ovat keskimääräi-

sesti lyhentyneet, sillä vuonna 2015 hoitopäiviä oli hoitojaksoa kohden keskimäärin 22 ja vuonna 2016 vastaava luku oli 20 hoitopäivää/hoitojakso.

Kuviossa neljä on vertailtu kotihoidon asiakkaiden hoitopäivien määrää diagnoosiryhmien mukaan luokiteltuna. Diagnoosiluokat on määritelty asiakkaiden päädiagnoosin mukaan. Siitä voidaan todeta, että hoitopäivät ovat vähentyneet eniten verenkiertoelinten sairauksien ja mielenterveyden sairauksien kohdalla. Hoitopäivien määrä on lisääntynyt puolestaan hengityselinten sairauksien, veren ja vertamuodostavien elinten sairauksien sekä tartunta- ja loistautien kohdalla, mutta kasvumäärät ovat hyvin pieniä.

Kuvio 4. Kotihoidon asiakkaiden hoitopäivät diagnoosiryhmittäin.



Laki ikääntyneiden palveluista tähtää siihen, että ikääntyneitä ei hoideta vuodeosastoilla tai sairaaloissa, vaan heidän kotonaan tai kodinomaisessa palveluasumisessa. Tilastotiedon mukaan Vaasan kaupungissa ollaan hyvin edetty kohti tätä päämäärää (tau-

lukko 3). Kotihoidon asiakkaiden kaupunginsairaalassa tarvitsema hoitoaika on vähentynyt yhteensä lähes 5300 hoitopäivää. Hoitopäivät ovat sen sijaan lisääntyneet kotiutusyksikössä ja kotisairaalassa. Kotiutusyksikkö, kotisairaala ja kotikuntoutus (fysio- ja toimintaterapia) sekä vastuulääkäripalvelu ovat osaltaan mahdollistaneet sen, että asiakkaita ei ole tarvinnut hoitaa kaupunginsairaalassa.

Taulukko 3. Perusterveydenhuollon hoitopäivien muutos 2015-2016

| Toimipiste | Muutos | Muutos-% |
|---|--------|-------------------------|
| KOTYKS Kotiutusyksikkö | 639 | 39 |
| LVSAL Lahian / Vähänkyrön sairaalat | 16 | Vuonna 2015 ei käyntejä |
| SAIKOT Sairaala kotona PTA | 323 | 69 |
| SAIRAALA Kaupunginsairaala/Stadssjukhus | -5260 | -31 |
| Yhteensä | -4282 | -22 |

Kotihoidon asiakkaiden fysio- ja toimintaterapeuttien käynnit ovat lisääntyneet huomattavasti tutkimusajanjaksolla. Fysio- ja toimintaterapiakäynnit sisältävät sekä kotihoidon terapeuttien kotikäynnit että muiden perusterveydenhuollon terapeuttien vastaanotoille tehdyt käynnit ja käynnit osastojakson aikana (Taulukko 4). Toimintaterapeutin vastaanottokäynnit ovat suurelta osalta apuvälineasioihin liittyviä käyntejä. Kun kotikuntoutusta on lisätty, kiinnittävät terapeutit huomiota myös asiakkaiden apuvälinetarpeeseen ja sen myötä apuvälinekäynnitkin kasvavat. Fysio- ja toimintaterapeutit, jotka tekevät kotikäyntejä, ovat kotihoidon palkkalistoilla, heidän käyntimääriensä lisääntyminen ei ole aiheuttanut kustannusten lisääntymistä sillä heidän määränsä on pysynyt samana molempina vuosina. Terapeuttien kotikäyntien käyntimäärissä tapahtuneet muutokset on saatu aikaiseksi pääasiassa toimintatapoja muuttamalla.

Taulukko 4. Fysio- ja toimintaterapeuttien kotikäyntien ja vastaanottokäyntien määrät

| | 2015 | | | 2016 | | |
|--------------------|------------|----------------------------|-----------------|------------|----------------------------|-----------------|
| | Kotikäynti | Vastaanottokäynti / osasto | Kotikäyntejä, % | Kotikäynti | Vastaanottokäynti / osasto | Kotikäyntejä, % |
| Fysioterapeutti | 420 | 268 | 61 | 1141 | 153 | 88 |
| Toimintaterapeutti | 118 | 241 | 33 | 659 | 262 | 72 |

Vaasan kaupunki on kehittänyt kotikuntoutusta ja se näkyy asiakasmäärien kasvuna. Kuntoutushenkilökunnan kokonaismäärässä ei ole tapahtunut muutosta vaan, uuden henkilöstön toimintatapoja on kehitetty ja tehostettu A.R.K.I. -projektin myötä. Kun 1.1. – 31.8. 2015 fysioterapeutit tekivät noin 320 asiakaskäyntiä ja toimintaterapeutit noin 120 asiakaskäyntiä, oli vastaavat luvut vuonna 2016 fysioterapeuteilla noin 1300 käyntiä ja toimintaterapeuteilla noin 920 käyntiä. Näistä käynneistä fysioterapeutin kotikäyn- tejä oli vuonna 2015 61 % ja vuonna 2016 88 %. Toimintaterapeutin kotikäyn- tejä oli vuonna 2015 33 % ja vuonna 2016 niitä oli 72 % kaikista käynneistä.

6.2 Vastuulääkärin vaikutukset Vaasan kotihoidon asiakkaiden erikoissairaanhoidon palveluiden käytön määrään?

Vastuulääkärin yhtenä tavoitteena erikoissairaanhoidon suhteen oli, että asiakkaat voisivat siirtyä erikoissairaanhoidosta suoraan kotiin eikä pääsisi syntymään siirtoviive- päiviä jatkohoitopaikkaa odottaessa. Siirtoviivepäivien määrää onkin pystytty vähentä- mään huomattavasti. Niiden määrä on laskenut 54 %:lla kahdeksan kuukauden aikana.

Kotihoidon asiakkaiden erikoissairaanhoidon somaattisten sairauksien hoitajaksojen (Drg-paketit) määrässä tapahtunut muutos oli noin -10 % (Taulukko 5). Psykiatrian hoi- topäivät puolestaan ovat kasvaneet 65 %. Psykiatrian ja akuuttilääketieteen hoitopäivät on raportoitu erikseen, koska sairaanhoitopiiri ei ole määritellyt niitä drg-paketeiksi. Akuuttilääketieteen diagnoosilla lasketut hoitopäivät ovat tulleet uutena ryhmänä vuonna 2016. Akuuttilääketieteen hoitopäivät ovat hoitopäiviä, jolloin selvitetään, onko asiakas vielä erikoissairaanhoidon tarpeessa vai kuuluuko hän siirtoviivepotilaaksi.

Taulukko 5. Erikoissairaanhoidon palveluiden käytössä tapahtunut muutos

| Palvelu | 2015 Lkm | 2016 Lkm | Muutos Lkm | Muutos- % |
|---|----------|----------|------------|-----------|
| Erikoissairaanhoidon (esh) Drg- paketit | 867 | 781 | -86 | -10 |
| Esh psykiatria, hoitopäivät | 550 | 910 | +360 | +65 |
| Siirtoviivepäivät | 1409 | 650 | -759 | -54 |
| Esh akuuttilääketiede, hoitopäivät | - | 159 | +159 | |
| Esh poliklinikkakäynnit (pl. Päivystys) | 2684 | 2811 | +127 | +5 |
| Esh päivystyskäynnit | 144 | 138 | -6 | -4 |

Myös erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynnit ovat kasvaneet, kasvua on noin 5 % edellisvuoteen verrattuna. Jälleen tulee kuitenkin huomioida, että asiakasmäärä on kasvanut lähes 3 %, joten muutos on lähes olematon. Poliklinikkakäynnit vähenivät eniten psykoosiklinikalla, sisätautien poliklinikalla, korva- nenä ja kurkkutautien poliklinikalla sekä fysiatrian poliklinikalla. Käynnit lisääntyivät puolestaan eniten syöpätautien poliklinikalla, sädehoito-osastolla, lääkinnällisessä kuntoutuksessa ja dialyysiosastoilla. Erikoissairaanhoidon päivystyskäynnit ovat pysyneet lähes edellisen vuoden tasolla.

6.3 Palveluiden käytön muutosten taloudelliset vaikutukset

Vastuulääkäripalvelusta aiheutuu Vaasan kaupungille kiinteät kustannukset. Maksu määräytyy kotihoidon asiakasmäärän mukaan ja sen perusteena oleva asiakasmäärä tarkistetaan neljännesvuosittain ja kustannusta muutetaan tarvittaessa. Vastuulääkärimallista aiheutuva kustannus on kiinteä summa, eikä se muutu sen mukaan, kuinka paljon yrityksen palveluita on käytetty. (Paloneva 2016.) Vuonna 2016 maksu oli 82 950 €/kk eli vertailujakson ajalta kustannus on 663 600 €.

Perusterveydenhuollon keskimääräinen hoitopäivämaksu on laskettu vuoden 2015 tuloslaskelmasta. Laitoshoidon osastojen käyttömenot sekä laitoshoidon hallinnolliset kulut laskettiin yhteen ja jaettiin osastojen yhteenlasketulla hoitopäivien määrällä. Näin saatiin hoitopäivän vuorokausihinnaksi noin 230 €.

Lääkärikäyntien sekä fysio- ja toimintaterapian vastaanottokäyntien hintana on käytetty THL:n raportin (2014) arviota vastaanottokäynnin kustannuksista, jotka olivat 110 euroa lääkärikäynniltä ja 76 € kuntoutushenkilön käynniltä.

Fysio- ja toimintaterapeuttien lisääntyneet kotikäynnit ei lisänneet kotihoidon kustannuksia, koska heistä aiheutuneet palkkakustannukset olivat samat sekä vuonna 2015 että 2016. Kustannusten muutos on laskettu vastaanotto- ja osastokäynneistä tapahtuneiden käyntien kustannuksista.

Perusterveydenhuollon osastojaksojen ja hoitajaksojen yksikköhintaa ei voida laittaa vertailutaulukkoon, koska perusterveydenhuollossa niitä ei ole tuotteistettu kuten erikoissairaanhoidossa (vrt. DRG-paketit). Hoitajakson pituus ja sisältö voi täten vaihdella huomattavasti eikä jaksolle voida määritellä yleistä pakettihintaa.

Taulukosta 6 voidaan todeta, että perusterveydenhuollon palveluissa sekä hoitopäivien että lääkärikäyntien kustannukset ovat laskeneet huomattavasti. Niiltä osin vastuulääkärimalli vaikuttaa täyttäneen odotukset.

Taulukko 6. Perusterveydenhuollon palveluiden käytön taloudellinen muutos tutkimusajanjaksoilla (8 kk).

| Palvelu | 2015 € | 2016 € | Muutos € | Muutos- %, € |
|---|------------------|------------------|-------------------|-----------------|
| Hoitopäivät, pth | 4 424 740 | 3 429 300 | - 995 440 | -22 % |
| Lääkärikäyn- nit, pth | 102 190 | 43 120 | -59 070 | -58 % |
| Yhteispäivys- tys (Pth) | 105 700 | 135 058 | +29 358 | +28 % |
| Fysioterapia, vast.otto | 20 368 | 11 628 | -8 740 | -43 % |
| Toimintater- apia, vast.otto | 18 316 | 19 912 | +1 596 | +9 % |
| Yhteensä | 4 671 314 | 3 639 018 | -1 032 296 | -22 % |

Päivystyskäyntien kustannuksissa on tapahtunut 28 prosentin kasvu siitä huolimatta, että käyntimäärät laskivat muutamalla käynnillä. Kustannusten nousu johtuu siitä, että sairaanhoitopiirin laskuttamat päivystyskäyntien yksikköhinnat ovat nousseet saman verran. Kahdeksan kuukauden aikana perusterveydenhuollon palveluiden kustannuksissa säästyivät reilu 1 M€, joka tarkoittaa 22 %:n kustannusten laskua.

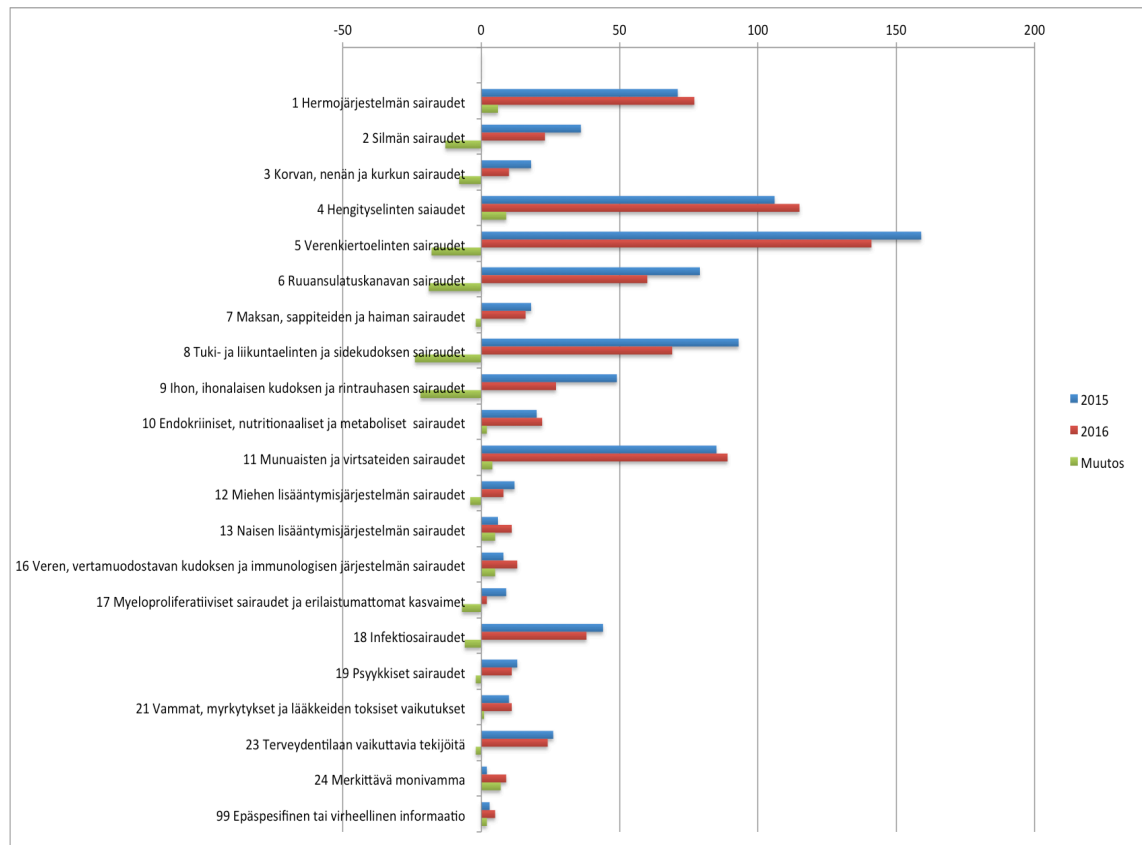
Erikoissairaanhoidon kuluista säästyivät yhteensä noin 1 011 000 € (18 %) kahdeksan kuukauden vertailujaksolla (Taulukko 7). Suurin säästö tuli somaattisten sairauksien hoitopakettien (drg-pakettien) laskutuksesta. Kustannukset kasvoivat psykiatrian hoitopäivissä. Myös akuuttilääketieteen hoitopäivät aiheuttavat kustannusten kasvua, se on uusi diagnoosiryhmä erikoissairaanhoidossa, joka ei ollut käytössä vielä vuoden 2015 tutkimusaineiston keruujaksolla.

Taulukko 7. Erikoissairaanhoidon kustannuksissa tapahtunut muutos vertailuajanjaksolla (8 kk).

| Palvelu | 2015 € | 2016 € | Muutos € |
|---|------------------|------------------|-------------------|
| Erikoissairaanhoidon (esh) Drg-paketit | 3 585 849 | 2 763 210 | -822 639 |
| Esh psykiatria, hoitopäivät | 298 324 | 543 803 | +340 495 |
| Esh akuuttilääketeide, hoitopäivät | - | 95 016 | +95 016 |
| Siirtoviivepäivät | 1 058 950 | 485 250 | -573 700 |
| Esh poliklinikakäynnit (pl. päivystys) | 670 772 | 721 194 | +50 422 |
| Esh päivystyskäynnit | 64 400 | 58 798 | -5 602 |
| Yhteensä | 5 678 295 | 4 667 271 | -1 011 024 |

Vastuulääkärin yhtenä tavoitteena oli siirtoviivepäivämaksujen pieneneminen. Tässä tavoitteessa onnistuttiinkin hyvin, sillä ensimmäisten kahdeksan kuukauden aikana siirtoviivepäivien laskutus laski 54 %:lla ja rahallisesti se merkitsee noin 570000€:n säästöä Vaasan kaupungille.

Kuviosta 5 voidaan tarkastella diagnoosiryhmäkohtaisia kustannusten muutoksia. Suurimmat rahalliset muutokset ovat tapahtuneet Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien, verenkiertoelinten sairauksien ja ruuansulatuskanavan sairauksien kohdalla. Taulukossa ei ole mukana psykiatrian hoitojaksoja, koska niitä ei tuoteta drg-paketteina.



Kuvio 5. Drg-ryhmien kustannuksissa tapahtuneet muutokset

Laskettaessa mediaani kaikista tutkimusaineistoon kuuluvista erikoissairaanhoidon kustannuksista voidaan todeta, että asiakaskohtaiset erikoissairaanhoidon kustannukset ovat laskeneet vuoden aikana. Vuonna 2015 erikoissairaanhoidon kustannusten mediaani oli 4154 €/asiakas, kun se vuonna 2016 oli 3586 €/asiakas.

6.4 Yhteenveto tuloksista

Vaasan kotihoidon asiakkaiden palveluiden käytössä ja niistä aiheutuneissa kustannuksissa on tapahtunut suuria muutoksia kahdeksan kuukauden vertailujakson aikana. Perusterveydenhuollon kustannukset (Taulukko 8) yhteispäivystyskustannuksia lukuun ottamatta perustuvat käyntimääriin ja kirjanpitoon perustuviin laskelmiin. Käyntimäärisä tapahtuneet muutokset kertovat kuitenkin siitä muutoksesta, jota kotihoidon asiakkaiden palveluiden käytössä on tapahtunut.

Taulukko 8. Yhteenveto kotihoidon asiakkaiden perusterveydenhuollon palveluiden käytön ja kustannusten muutoksista (8 kk:n ajanjakso).

| Palvelu | Muutos, lkm | Muutos, € | Muutos-%, lkm | Muutos-%, € |
|------------------------|--------------------|-----------------------|----------------------|--------------------|
| Hoitopäivät | -4328 | -995440 | -22 | -22 |
| Lääkärikäynnit | -537 | -59070 | -58 | -58 |
| Toimintaterapia | +562 | +1 596 (vast.otto) | +157 | +9 |
| Fysioterapia | +606 | -8 740 (vast.otto) | +88 | -43 |
| Yhteispäivystys | +14 | +29358 | +2 | +28 |
| Yhteensä, € | | -1 032 296 | | |

Lääkärikäyntien väheneminen 58 %:lla kertoo siitä, että vastuulääkärin käyttöön otto on vähentänyt huomattavasti kotihoidon asiakkaiden tarvetta hakeutua terveyskeskuslääkärille. Fysio- ja toimintaterapiakäyntien lisääntyminen tukee asiakkaiden kotona selviytymistä. Terapiakäyntien lisääntyminen johtuu lähinnä siitä, että vuonna 2014 alkanut kotikuntoutus on kehittänyt toimintatapojaan vuonna 2015 ja kehitystyön tulokset alkavat näkyä vuoden 2016 käyntimäärissä. Fysio- ja toimintaterapian kotikäyntien kustannukset eivät ole kasvaneet, vaan toimintaa on tehostettu. Terapeuttien vastaanotto- ja vuodeosastokäyntien muutokset puolestaan vaikuttaa kokonaiskustannuksiin ja se on huomioitu laskelmassa.

Erikoissairaanhoidon tulokset (Taulukko 9) perustuvat raportoituihin kustannuksiin ja käyntimääriin ja on näin ollen todellisia Vaasan kaupungin kotihoidon maksamia kuluja. Tulokset ovat positiivisia ja osoittavat toimintatapojen muutosten tuomista taloudellisista säästöistä ja asiakkaiden vähentyneestä sairaalahoidon tarpeesta. Kaikista tutkimuksen perusjoukon erikoissairaanhoidon kuluista laskettu mediaani on laskenut 568 €/asiakas, kun mediaani vuoden 2015 kuluista oli 4154 €/asiakas ja vuonna 2016 se oli 3586 €/asiakas.

Taulukko 9. Yhteenveto kotihoidon asiakkaiden erikoissairaanhoidon palveluiden käytön ja kustannusten muutoksista (8 kk:n ajanjakso)

| Palvelu | Muutos, kpl | Muutos, € | Muutos-%, kpl | Muutos-%, € |
|-------------------------------------|-------------|-----------|------------------------------|------------------------------|
| Drg-paketit | -86 | -822639 | -10 | -23 |
| Hoitopäivät, psykiatria | +360 | +245479 | +65 | +82 |
| Hoitopäivät, akuuttilääketiede | +159 | +95016 | Ei laskettavissa, uusi tuote | Ei laskettavissa, uusi tuote |
| Esh päivystyskäynnit | -6 | -5602 | -4 | -9 |
| Poliklinikkakäynnit (pl. Päivystys) | +127 | +50422 | +5 | 8 |
| Siirtoviivepäivät | -759 | -573700 | -54 | 54 |
| Yhteensä | | -1011024 | | -18 |

Vastuulääkärin yksi tavoitteista oli, että asiakkaat voitaisi kotiuttaa suoraan sairaalasta ja sen myötä siirtoviivepäivät laskevat. Siirtoviivepäivien kulut ja käyttö laskivat yli 50 %, jonka perusteella voidaan tulkita, että kaupunki on onnistunut löytämään asiakkailleen paremmin jatkohoitopaikkoja ja voinut hoitaa heitä paremmin heidän omassa kodissaan.

Taulukossa 10 on vielä yhteenvetona vastuulääkärin toiminta-aikana saavutetut taloudelliset säästöt. Siitä voidaan todeta, että perus- ja erikoissairaanhoidossa säästettiin molemmissa lähes saman verran. Vaasan kaupungin kotihoidon asiakkaiden terveyspalveluiden kustannuksissa säästettiin noin 1,4 M€ kahdeksan kuukauden aikana.

Taulukko 10. Yhteenveto saavutetuista kustannussäästöistä

| | Muutos 8 kk |
|--|--------------------|
| Perusterveydenhuollossa saavutettu säästö | -1 032 296 |
| Erikoissairaanhoidossa saavutettu säästö | -1 011 024 |
| Vastuulääkäripalvelusta aiheutuvat kustannukset | 663 600 |
| Yhteensä | -1 379 720 |

Tutkimustulosten perusteella vastuulääkärimallin myötä saavutettu kustannus-hyöty – suhteen voidaan katsoa olevan hyvä. Kustannukset ovat laskeneet huomattavasti vertailuajanjaksolla. Kustannuksissa tapahtuneet muutokset ovat niin suuria, että vaikka niissä olisi tilastollisia heittoja, voidaan kuitenkin katsoa, että säästöä on saavutettu. Kotikuntoutuksen määrä on lisääntynyt ja kodin ulkopuolista sairaalahoitoa ja terveyskeskuslääkärin palveluja on tarvittu vähemmän. Siitä voidaan päätellä, että asiakkaan saama hyöty on lisääntynyt. Se, että koko kustannushyöty on saavutettu vastuulääkärimallin avulla, ei ole kiistaton. Toimintaympäristössä on tapahtunut myös muita muutoksia, jotka vaikuttavat saavutettuun tulokseen.

7 Pohdinta

Opinnäytetyön aihe on hyvin ajankohtainen. Uusi laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta velvoittaa asiakkaiden siirtämistä laitoshoidosta kotihoitoon. Laki velvoittaa kuntia vähentämään ikääntyneiden laitoshoidoa ja lisäämään palveluasumisen ja kotihoidon määrää. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012.) Ikääntyneen väestön määrä jatkaa kasvuaan lähivuosina lisäten myös kotihoitoa tarvitsevien asukkaiden määrää. Suomessa meneillään oleva sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamisprosessi tulee myös asettamaan kuntien palvelut suurten muutosten eteen. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen tavoitteena on kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta ja saatavuutta sekä hillitä kustannuksia (Sote-uudistuksen tavoitteet 2016).

Valinnanvapauslaki asettaa kuntien palvelut samalle viivalle kilpailussa yksityisten palveluntuottajien kanssa. Palveluita on tehostettava ja niiden kustannus-hyötysuhteeseen

on kiinnitettävä huomiota. Nykyaikaiset tilastointi- ja raportointijärjestelmät antavat kuitenkin palvelujohtajille hyvät työkalut palveluiden kehittämiseen (Valkonen – Koskinen – Martelin 1998). Ajantasainen tilastotieto antaa vertailukelpoista tietoa niin palveluiden käytöstä kuin kustannuksista. Niitä hyväksikäyttäen päästään syventymään palveluprosessien toimivuuteen ja kustannusrakenteeseen. Tätä työtä tehdessä esille tuli lukemattomat mahdollisuudet tilastoidun tiedon käytöstä palveluiden kehittämisessä ja johtamisessa. Se näkyikin monina jatkotutkimusehdotuksina tämän työn lopussa.

Muutosten edessä ja taloudellisessa johtamisessa esimiehiä ei kuitenkaan saa jättää yksin. Antonssonin, Eriksson-Korjosen ja Rosengrenin (2012) tutkimuksessa tuli esille, että kotihoidon lähiesimiehet tarvitsevat tukea ja ohjeistusta niin johtoryhmältä kuin omalta esimieheltäänkin talouden johtamiseen liittyvissä kysymyksissä. Tutkimuksen mukaan erityisesti julkisen sektorin lähiesimiehet kokivat, että he jäävät yksin talouden kysymysten äärellä. Onkin tärkeää, että lähiesimiehet saavat neuvoja ja tukea niin talouden asiantuntijoilta, johtoryhmältä kuin esimieheltäänkin omassa organisaatiossaan.

Tutkimuksissa tuodaan usein esille sitä, että julkisen sektorin kotihoito on kalliimpaa kuin yksityisten palveluntuottajien tuottama palvelu. Myös Antonsson, Eriksson-Korjonen ja Rosengren (2012) nostivat tämän asian esille tutkimuksessaan. Tulee kuitenkin muistaa, että niin kotihoidossa kuin terveydenhuollon palveluissakin julkiselle sektorille ohjautuvat usein vaikeahoituisimmat asiakkaat. Yksityinen palveluntuottaja voi todeta, että heidän palvelunsa eivät riitä haastavan asiakkaan hoitamiseen, mutta julkisella sektorilla tämä valinta ei ole mahdollista vaan heidän on hoidettava kaikki asiakkaat, jotka täyttävät kotihoidon kriteerit. Toivottavasti tämä ei tule vain lisääntymään entisestään Sote-uudistuksen myötä. Jos tämän hetkinen suunnitelma valinnanvapauslaista toteutuu, asiakkaalle tulee oikeus valita omien sosiaali- ja terveyspalveluidensa tuottaja. Tuottajalle maksetaan kiinteä asiakaskohtainen summa. Kuinka houkutteleva asiakas on monisairas, kallishoitoinen asiakas? Voiko palveluntuottaja kieltäytyä ottamasta asiakkaan vastaan vai onko heidän otettava kaikki heille pyrkivät asiakkaat? Vai jäävätkö ne kalleimmat asiakkaat julkisen terveydenhuollon hoidettavaksi?

Tässä työssä tulee hyvin esille se, että kun palveluketjuja kehitetään ja palvelut saadaan toimiviksi, saavat asiakkaat parempaa palvelua ja kunnalta säästyy rahaa. Tutkimustuloksiin vaikuttavat monet seikat. Vastuulääkärimallin lisäksi kotihoidossa on kehitetty tiimityötä, jonka myötä muun muassa fysio- ja toimintaterapeutit ovat tulleet oleelliseksi osaksi kotihoidon tiimejä. Lisääntyneen kotikuntoutuksen myötä asiakkaat voivat

paremmin ja selviävät päivittäisistä toimistaan itsenäisemmin. Sen myötä hoitajien työ kevenee ja he saavat ohjeistusta kuntouttavaan työotteeseen ja hyvään työergonomiaan (Olin 2016).

7.1 Tulosten tarkastelu

Kotihoidon asiakasmäärä on noussut hieman vuodesta 2015. Siitä huolimatta kahdeksan kuukauden ajalta tehty palveluiden käytön ja kustannusten vertailu osoittaa palveluiden kustannusten laskua. Opinnäytetyössä ei ole selvitetty kotihoidon asiakasrakenteen muutosta, onko asiakkaiden toimintakyky muuttunut uusien toimintamallien ja laitoshoidon vähentämisen myötä.

Eriyksen merkittävää tuloksissa oli se, että erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon kustannuksista tuli huomattavia säästöjä. Se on huomionarvoista, että lisäämällä resursseja perustasolle kotihoitoon, voidaan huomattavasti vähentää raskasta erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitoa. Sen myötä saavutetaan Sosiaali- ja terveysalan palvelurakennemuutoksenkin tavoittelemia kustannussäästöjä (Sote-uudistuksen tavoitteet 2016).

Finne-Soverin, Noron ja Björkgrenin (2006: 161-162) tutkimuksen mukaan lääkäreiden puute näkyy kotihoidossa puutteellisessa diagnostiikassa, tarkastamattomissa lääkelistoissa sekä mahdollisesti runsaassa akuuttisairaalan käytössä. Tähän haasteeseen ollaan Vaasan kotihoidossa lähdetty vastaamaan vastuulääkärillä. Lääkärikäyntien huomattava väheneminen on merkittävä toimintatavan muutos alle vuoden vertailujaksolla. Terveyskeskuslääkäreiden työmäärä ei ole vähentynyt pelkästään tilastotiedon osoittaman käyntimäärien vähenemisen verran vaan heidän työtaakastaan on jäänyt pois hoitajien konsultaatioista ja reseptien uusimisista aiheutuva työ, joita ei tilastoida asiakaskäynteinä. Vaikuttaa siltä, että vastuulääkärin myötä kotihoidon asiakkaat ovat saaneet tarvitsemansa lääkäripalvelut vastuulääkärin kautta. Erilaisten vaivojen lisäksi vastuulääkärit ovat uusineet asiakkaiden lääkeresepitejä, päivittäneet hoitosuunnitelmia ja vastanneet kokonaisvaltaisesta lääkeshoidosta. Opinnäytetyötä tehdessäni pohdin syitä terveyspalveluiden käytön vähenemiseen. Onko syynä se, että vastuulääkärin ammattitaidon ja konsultaatiomahdollisuuden myötä kotihoidossa voidaan hoitaa entistä vaativampia asiakkaita? Vai voiko syynä olla se, että vastuulääkärin myötä asiakkaiden lääkitykset on saatu ajan tasalle, he saavat ajoissa hoitoa vaivoihinsa, on-

gelmiin voidaan puuttua ajoissa, vaivat eivät pääse komplisoitumaan ja sitä myötä sairaalahoidon tarve vähenee?

Vastuulääkäripalvelun alussa asiakkaille tehtävässä hoitosuunnitelmassa on käyty läpi asiakkaan kokonaisvaltainen tilanne ja lääkitys. Kun hoitosuunnitelma on ajanmukainen, voidaan mahdollisiin ongelmiin puuttua ajoissa ja vuodeosastohoidon tarpeen voidaan odottaa vähenevän. Kun asiakkaan lääkitys on ajan tasalla, vaikuttaa se asiakkaan hyvinvointiin kokonaisvaltaisesti. Lääkityksellä voi olla merkitystä myös kaatumisonnettomuuksien ennaltaehkäisyssä. Ei pidä kuitenkaan unohtaa Guisen, Anderseinin ja Wiigin (2014) tutkimuksessaan esiin nostamaa turvallisuusriskiä. Kun lääkäri tapaa vain harvoin asiakkaansa, hänellä ei ole mahdollisuutta visuaaliseen havainnointiin ja suullinen kommunikointi puuttuu asiakkaan ja lääkärin väliltä. Kun lääkärillä ei ole henkilökohtaista kontaktia eikä näköyhteyttä asiakkaaseen, kasvaa virhearvioinnin vaara. Hoitajan vastuu havainnoinnin ja arvioinnin suhteen kasvaa entisestään.

Päivystyskäynnit eivät ole vähentyneet toivotulla tavalla. Koska tämä tutkimus ei käsittele yksittäisten asiakkaiden tietoja, syytä tälle ei voida selvittää tämän tutkimuksen puitteissa. Tietoihin pitäisi syventyä asiakastiedostojen kautta, jotta voitaisiin analysoida päivystyskäyntien syitä ja mitä kautta päivystykseen on hakeuduttu.

Finne-Soverin, Noron ja Björkgrenin (2006: 161-162) tutkimuksessa tuli esille myös, että kotihoidon asiakkaiden merkittävänä ongelmina olivat ympäristöön liittyvät puutteet, kuten pääsy kotiin ja pois, lattiapintojen esteettömyys ja liikuntaesteetön ympäristö. Vaasan kotihoidossa on panostettu kuntoutushenkilökuntaan, jonka myötä pystytään paremmin puuttumaan edellä mainittuihin seikkoihin. Kuten tämän tutkimuksen tuloksista voimme lukea, fysio- ja toimintaterapeuttien käynnit ovat lisääntyneet huomattavan paljon, mikä ei voi olla vaikuttamatta asiakkaiden toimintakykyyn ja sen kautta ehkäisee kalliiseen laitoshoidon joutumista. Tutkimuksen osoittama osastohoidon hoitopäivien väheneminen voi olla osaltaan myös lisääntyneen kotikuntoutuksen ja moniammatillisen yhteistyön ansiota.

Säästyneiden rahavarojen lisäksi ei tule vähätellä muutosten merkitystä yksilölle. Uuden mallin myötä asiakkaat saavat oikea-aikaista lääkäripalvelua, jota heille oli harvoin tarjolla ennen vastuulääkärimallin käyttöönottoa. Vaikka lääkäripalvelu toteutetaan etälääkäripalveluna, saa asiakas silti hoitotyön ammattilaisen kautta nopeasti yhteyden lääkäriin, joka pystyy tarvittaessa määräämään asianmukaisen hoidon ja tutkimukset. Toisaalta, jos asiakkaan vaiva on hoidettavissa kotoa tai se ei ole akuutti, säästyy asia-

kas turhilta siirtymisiltä kodin, päivystyksen ja hoitopaikkojen välillä. Erityisesti heikkokuntoiselle henkilölle ylimääräiset siirtymiset voivat olla hyvinkin raskaita ja huonontaa hänen olotilaansa.

7.2 Tulosten luotettavuuden arviointi

Tutkimustulokset antavat tuloksia vastuulääkäritoiminnan alkuvaiheen muutoksista ja kustannuksista. Tutkimusaika oli kuitenkin lyhyt, joten se saattaa vaikuttaa tulosten luotettavuuteen. Tulokset kertovat ne välittömät vaikutukset, jotka toimintatapojen muutokset aiheuttivat kotihoidon asiakkaiden palveluiden käytössä ja niiden kustannuksissa. Tulokset ovat suuntaa antavia ja niitä voidaan käyttää hyväksi toiminnan jatkoa mietittäessä.

Tutkimusaikana vastuulääkärimallin käyttöönotto ei ollut ainoa toimintaympäristössä tapahtunut muutos. Toiminta- ja fysioterapeuttien toiminnan tehostaminen on osaltaan vaikuttanut siihen, että asiakkaat pärjäävät paremmin omassa kodissaan, he ovat fyysisesti paremmassa kunnossa ja selviytyvät päivittäisistä toimistaan paremmin. Sen myötä tällä voidaan olettaa olevan vaikutusta myös tapaturmiin.

Toimintaympäristön muutoksien ja taloudellisen muutoksen tutkimiseen tällainen rekisteritutkimus soveltui erinomaisesti. Johdon tietojärjestelmästä saatiin aineistoa, jota pystyttiin vertailemaan luotettavasti ja jonka perusteella pystyttiin arvioimaan toiminnassa tapahtuneita muutoksia. Tämän tyyppinen rekisteritutkimus soveltuu erinomaisesti myös muualla tehtävään kustannus-hyötyanalyysiin. Tutkimusaineiston luotettavuutta lisäsi se, että Vaasan kaupunki ja sairaanhoitopiiri käyttävät saman toimittajan johdon raportointijärjestelmää. Se mahdollisti asiakasryhmä-hakujen tekemisen ja osaltaan varmisti tutkimustietojen oikeellisuuden.

7.3 Jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksen seuranta-aika oli hyvin lyhyt, jotta tuloksista voisi tehdä luotettavia päätelmiä pysyvistä muutoksista. Tutkimus olisikin hyvä tehdä uudelleen vuoden-parin vuoden kuluttua, jolloin voidaan arvioida vastuulääkärimallin pitkäaikaisia vaikutuksia. Myös toimintamallin muutoksesta seuranneet vaihtoehtoiskustannukset voidaan arvioida tarkemmin sitten, kun vastuulääkärimallin on ollut useamman vuoden käytössä.

Raskaasta erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidosta (drg-paketit) tuli suurimmat säästöt jo heti ensimmäisten 8 kk:n aikana. Olisi mielenkiintoista tehdä kliininen tutkimus siitä, miten vastuulääkärin hoito on vaikuttanut raskaan erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon vähenemiseen.

Työntekijöiden kokemuksia vastuulääkärimallista olisi hyvä tutkia sitten, kun toiminta on vakiintunut kotihoitoon. Tutkimuksessa olisi hyvä huomioida niin työntekijöiden näkemys palvelun saavutettavuuteen, laatuun kuin myös heidän kokemukseensa oman ammattitaidon ja koulutuksen riittävydestäkin. Samoin laadullista tutkimusta asiakkaiden kokemuksista niin palveluiden saatavuuden kuin asiakkaan äänen kuulumisestakin olisi tärkeä tehdä. Tarvitaan myös tutkimusta siitä, onko hoitoon ohjaaminen viivästynyt sen vuoksi, että lääkäri ei tapaa henkilökohtaisesti asiakasta, vaan hoitoonohjaus tapahtuu pääasiassa hoitajan valppauden ja tilannearvion perusteella.

Tilastotieto antaa paljon mahdollisuuksia monipuoliseen tutkimukseen. Vertailemalla vastuulääkäritoiminnan palveluntuottajan ja Vaasan kaupungin tilastotietoja keskenään voidaan arvioida esimerkiksi palvelumallin toimivuutta sekä toimintaohjeiden riittävyttä ja selkeyttä. Vastuulääkärimallin tavoitteeseen päivystyskäyntien vähenemisestä ei päästy vaan ne pysyivät samalla tasolla. Olisikin tärkeä tutkia tarkemmin, mistä tämä johtuu. Selvittämällä syitä asiakkaiden päivystyskäynteihin saadaan selville, onko vastuulääkärimallilla mahdollista vaikuttaa tähän. Tilastoja vertailemalla voidaan tutkia, onko toimintaohjeita noudatettu esimerkiksi asiakkaan hoitoon ohjauksessa.

Lähteet

Antonsson, Helen – Eriksson-Korjonen, Susanne – Rosengren, Kristina 2012. First-line managers' experiences of alternative modes of funding in elderly care in Sweden. *Journal of Nursing Management* 20. 737-747.

Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 912/1992. Annettu Helsingissä 9.10.1992.

Autio, Tiina 2012. RAVA-mittari. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. Päivitetty 7.6.2012. <<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/93/>> Luettu 25.10.2016.

Curvin, Jon – Slater, Roger 2004. *Quantitative Methods: A Short Course*. London: Thomson Learning.

Finne-Soveri, Harriet – Mäkelä, Matti – Noro, Anja – Nurme, Pia – Partanen, Soili 2014. Vanhusten hoidon kustannustehokkuutta ja laatua voidaan parantaa. *Suomen lääkäri-lehti* 69 (50-52/2014). 3467-3473.

Finne-Soveri, Harriet – Noro, Anja – Björkgren, Magnus 2006. Tulosten tarkastelua. Teoksessa Finne-Soveri, Harriet – Björkgren, Magnus – Vähäkangas, Pia – Noro, Anja (toim.): *Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu.- RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä*. Helsinki: Stakes.

Guise, Veslemoy – Anderson, Janet – Wiig, Siri 2014. Patient safety risks associated with telecare: a systematic review and narrative synthesis of the literature. *BMC Health Services Research*. 14:588

Holmlund, Leif 2016. Kotihoidon johtaja. Vaasan kaupunki. Suullinen tiedonanto 21.11.2016.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen – Julkunen, Katri 2013. *Tutkimushoitotieteessä*. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kapiainen, Satu – Väisänen, Antti – Haula, Taru 2014. Terveiden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011. Raportti 3/2014. Tampere: THL.

Kervinen, Elina 2015. Vanhusten palvelutalo videolääkäripalvelun käyttöympäristönä. Opinnäytetyö. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Tekniikan ja liikenteen ala. Hyvinvointiteknologian tutkinto-ohjelma.

Kotihoidon etälääketieteelliset palvelut tp 544-2015. Hankinnan tavoite ja palvelun kuvaus. Vaasan kaupunki.

Kotihoidon kriteerit koti- ja laitoshoidossa (Sotela 02.02.2016 § 12) 2016. Sosiaali- ja terveystoimi. Vaasan kaupunki. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <https://www.vaasa.fi/sites/default/files/kotihoidon_kriteerit_2016_suomeksi_ja_pa_svenska.pdf>.

Koti- ja laitoshoido 2016. Laaja toimintakertomus 2015. Sosiaali- ja terveystoimi. Vaasan kaupunki.

Kuntaliitto 2016. Kuntien sote-menot kasvoivat, syynä velvoitteiden lisääntyminen. Tiedote. Verkkodokumentti < <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/asiakasmaksut-talous-rahoitus/talous/sotekust/kustannukset-vuonna-2015/Sivut/default.aspx#anchor-details>> Luettu 21.11.2016.

Laine, Juha – Noro, Anja – Finne-Soveri, Harriet – Björkgren, Magnus 2006. Kotihoidon organisointi, henkilöstö ja tuottavuus. Teoksessa Finne-Soveri, Harriet – Björkgren, Magnus – Vähäkangas, Pia – Noro, Anja (toim.): Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu.- RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Helsinki: Stakes.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. Annettu Helsingissä 28.12.2012.

Lindh, Micke 2015. Performance assessment of nursing home medical practice services. Diplomityö. Espoo: Aalto-yliopisto. Sähkötekniikan korkeakoulu. Bioinformaatioteknologian tutkinto-ohjelma.

Lääkäriliitto 2016. Terveyskeskusten lääkärivaje enää neljä prosenttia. Verkkojulkaisu. Päivitetty 19.4.2016. < <http://www.laakariliitto.fi/uutiset/ajankohtaista/terveyskeskusten-laakarivaje-ena-nelja-prosenttia/>> Luettu 1.9.2016

Larmi, Aini – Tokola, Eeva – Välkkiö, Heleena 2005. Kotihoidon työkäytäntöjä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Noro, Anja – Finne-Soveri, Harriet – Björkgren, Magnus – Vähäkangas, Pia – Itkonen, Tarja 2006. Johdanto. Teoksessa Finne-Soveri, Harriet – Björkgren, Magnus – Vähäkangas, Pia – Noro, Anja (toim.): Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu.- RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Helsinki: Stakes.

Närkki, Aino 2013. Vanhuspalvelulaki voimaan 1.7.2013 – Mikä muuttuu? Sosiaalialan työnantajat. Verkkodokumentti. <<http://www.sosiaaliala.fi/vanhuspalvelulaki-voimaan-1-7-2013-mika-muuttuu/>> Luettu 6.7.2016.

Olin, Paula 2016. Loppuraportti A.R.K.I. Projektin loppuraportti.

Paloneva, Matti 2016. Koti- ja laitoshoidon tulosaluejohtaja. Vaasan kaupunki. Suullinen tiedonanto 24.11.2016.

Radhakrishnan, Kavita - Xie, Bo - Berkley, Amy - Kim, Miyong 2016. Barriers and Facilitators for Sustainability of Tele-Homecare Programs: A Systematic Review. Health Services Research 51:1 (February 2016). 48-75.

Raudasoja, Kaisa – Johansson, Marja-Leena 2009. Esimies talouden johtajana julkishallinnossa. Helsinki: WSOYpro Oy.

Sallisalmi, Mikaela 2016. Palvelupäällikkö. Doctagon. Suullinen tiedonanto 18.11.2016.

Sintonen, Harri – Pekurinen, Markku 2006. Terveystaloustiede. 1.-2. Painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Annettu Helsingissä 30.12.2014.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:45. 2013. Sosiaali- ja terveysministe-

riö. Verkkojulkaisu. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114502/URN_ISBN_978-952-00-3461-0.pdf?sequence=1> Luettu 18.8.2016.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. Kotihoito ja kotipalvelut. Verkkojulkaisu. <http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut> Luettu 8.9.2016.

Sosiaali- ja terveysministeriön linjaus terveydenhuollossa annettavista etäpalveluista 2015. Kirje 3756/2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveystalot 2016. Vaasan kaupungin verkkosivut. <<https://www.vaasa.fi/kaupungin-organisaatio/sosiaali-ja-terveystalot>> Luettu 18.7.2016.

Sote-uudistuksen tavoitteet. 2016. Sote- ja aluehallintouudistus. Verkkodokumentti. <<http://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet>>. Luettu 17.1.2016.

Suomen virallinen tilasto (SVT) 2014. Kuntien ja kuntayhtymien talous ja toiminta. Liite- taulukko 1. Kuntien käyttökustannukset ja -tuotot tehtävittäin (pl. liikelaitokset) vuonna 2014 ja muutos edellisestä vuodesta. Helsinki: Tilastokeskus. Verkkodokumentti <http://www.stat.fi/til/ktt/2014/ktt_2014_2015-11-20_tau_001_fi.html> Luettu 26.9.2016.

Suomen virallinen tilasto (SVT) 2016. Väestöennuste. Helsinki: Tilastokeskus. Verkkodokumentti <http://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tie_001_fi.html> Luettu 18.8.2016.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Annettu Helsingissä 30.12.2010.

Tilastokeskus. 2016a. Tilastojen ABC. Verkkodokumentti. <http://tilastokoulu.stat.fi/verkkokoulu_v2.xql?page_type=sisalto&course_id=tkoulu_tlkt&lesson_id=4&subject_id=4> Luettu 22.11.2016.

Tilastokeskus. 2016b. Väestö. Verkkodokumentti. <http://tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html> Luettu 8.11.2016.

Tilinpäätös 2015. Vaasan kaupungin talous- ja omistajaohjaus. Kaupunginhallitus 31.3.2016.

Terveyskeskusten lääkäritilanne 7.10.2015. 2016. Lääkäriliitto. Verkkojulkaisu <http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1268/tk_julkaisulista_2015.pdf> Luettu 1.9.2016.

Tuominen, Birgitta 2016. Sairaanhoidopalveluyksikön johtaja. Vaasan kaupunki. Suullinen tiedonanto 29.8.2016.

Valkonen, Tapani – Koskinen, Seppo – Martelin, Tuija 1998. Rekisteriaineistot yhteiskunta- ja terveystutkimuksessa. Helsinki: Yliopistokustannus.

Wade, Victoria A. – Karnon, Jonathan – Elshaug, Adam G. – Hiller, Janet E. 2010. A systematic review of economic analyses of telehealth services using real time video communication. BMC Health Services Research 10:233.

Kirjallisuushaun hakuprosessi

Taulukko 1. Hakuprosessin kuvaus.

| Tietokanta | Hakusanat | Otsikkotasolla luet- tuja | Tiivistelmä- tasolla luet- tuja | Kokotek- stasolla luettuja | Lopulli- nen valinta |
|--------------------|---|------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| Cinahl v. 2006- | quality and homecare or "elderly care" | 72 | 42 | 10 | 4 |
| Cinahl v. 2006- | homecare and mana- gement | 9 | 5 | 1 | 1 |
| Cinahl v. 2010- | "cost effecti- veness" and "health care" and mana- gement | 35 | 3 | 2 | 0 |
| Cinahl v. 2010- | telehealth or telemedicine and "elderly care" | 7 | 6 | 1 | 0 |

