

Marjut Frantsi-Lankia, Vesa Saaristo, Timo Ståhl, Arja Rimpelä

Kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuus ja sen muutos 2012–2018 toimintaohjelmien ja henkilöstövoimavarojen näkökulmasta

Suomalaista kouluterveydenhuoltoa on toteutettu yli sadan vuoden ajan (1–3). Nykyisen kouluterveydenhuollon tehtävänä on laaja-alaisesti seurata ja edistää koululaisten terveyden ja hyvinvoinnin lisäksi koko perheen hyvinvointia (1,4–6). Tätä ennen 1990-luvulla lama-ajan säästötoimet sekä kriittiset näkemykset rutiininomaisia terveystarkastuksia kohtaan johtivat monin paikoin ennaltaehkäisevän terveydenhuollon voimavarojen leikkauksiin ja terveystarkastusten vähentämiseen myös kouluterveydenhuollossa (7). Kouluterveydenhuollon palvelut eriytyivät (8–12). Kuntien ohjausta vahvistettiin uudelleen 2000-luvulla, kun huoli lasten ja nuorten hyvinvoinnin heikkenemisestä kasvoi (4–6,13–15).

Lasten ja nuorten ehkäiseviä terveyspalveluja yksityiskohteisesti säätelevä asetus annettiin, kun lisääntyneen informaatio-ohjauksen vaikutukset jäivät vähäisiksi (6,14–15). Asetuksen tavoitteena on ollut yhdenmukaistaa lasten ja nuorten ehkäiseviä terveyspalveluja, lisätä hyvinvointia sekä ehkäistä syrjäytymistä. Asetuksen toimeenpanoa tuettiin valtakunnallisen valvontaohjelman avulla vuosina 2012–2014, jolloin systemaattista valvontaa kohdistettiin ensimmäisen kerran ehkäiseviin terveyspalveluihin (16).

Kunnan tulee asetuksen mukaan järjestää kouluterveydenhuollon terveystarkastukset ikäluokittain joka vuosi peruskoulun ajan (15). 1., 5. ja 8. luokan terveystarkastukset järjestetään laajana koululaisten ja koko perheen terveyttä ja hyvinvointia tukevana tarkastuksena (17). Laajaan terveystarkastukseen kuuluu terveydenhoitajan ja lääkärin tarkastuksen lisäksi vähintään toisen vanhemman osallistuminen. Se mahdollistaa perheen tuen tarpeiden arvioimisen ja tunnistamisen varhain sekä tarpeenmukaisen tuen järjestämisen ajoissa.

Asetuksesta huolimatta kouluterveydenhuollon laajat terveystarkastukset eivät ole toteutuneet kattavasti (18–22). Terveystarkastukset ovat olleet sisällöllisesti vaihtelevia ja vanhemmat ovat osallistuneet niihin puutteellisesti (23). Riittämätön aikaresurssi, koululääkäreiden vähäisyys ja vaihtuvuus ovat vaikeuttaneet laajojen terveystarkastusten järjestämistä ja

toiminnan kehittämistä (21,23). Tarpeen mukaista tukea ja lisäkäyntejä ei aina ole voitu tarjota (21,24). Aika ajojen esittään edelleen näkemyksiä siitä, että lääkärivoimavaroja ei tulisi kohdentaa kaikkien oppilaiden tarkastamiseen (25–27).

Suurin osa suomalaisista nuorista voi hyvin. Silti merkittäväällä osalla koululaisista on hyvinvointiin vaikuttavia ongelmia

LYHENNELMÄ

Tausta. Kouluterveydenhuolto on avainasemassa koululaisten hyvinvoinnin edistämisessä. Vaikuttavat palvelut edellyttävät suunnitelmallisuutta ja riittäviä voimavaroja. Suunnitelmallisuuden varmistamiseksi on laadittava yhtenäinen toimintaohjelma. 2012 toimintaohjelmista joka kymmenes arvioitiin asetuksen mukaiseksi. Suurten terveyskeskusten toimintaohjelmat olivat hieman kattavampia. Terveystarkastajamitoitus on ollut suosituksiin nähden riittävä, lääkärimitoitus alhainen.

Tavoitteet. Tavoitteena oli arvioida kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuutta vuonna 2018 toimintaohjelmien ja henkilöstövoimavarojen avulla erikokoisissa terveyskeskuksissa, sekä suunnitelmallisuuden kehittymistä vuosina 2012–2018.

Aineisto ja menetelmät. Vuoden 2018 toimintaohjelmat kerättiin terveyskeskusten nettisivuilta ja kyselyin (N=46). Toimintaohjelmat arvioitiin aikaisemmin kehitetyn mittarin avulla ja tuloksia verrattiin vuoden 2012 arvioon. Henkilöstövoimavaroja koskevat tiedot saatiin kansallisesta tiedonkeruusta.

Tulokset. Vuoden 2018 toimintaohjelmista 13 % arvioitiin riittävän hyväksi. Toimintaohjelmapistee laskivat vuoteen 2012 verrattuna. Suurten terveyskeskusten toimintaohjelmat olivat pieniä kattavampia, mutta ero oli tilastollisesti merkitsevä vain 2012. Terveystarkastajamitoitus oli hyvä, mutta lääkärimitoitus suosituksiin nähden alhainen. Toimintaohjelmapisteeiden ja henkilöstövoimavarojen välillä ei todettu yhteyttä.

Johtopäätökset. Kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuudessa on puutteita sekä terveyskeskusten välillä eroja. On aiheellista pohtia, miten kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuutta voidaan jatkossa edistää.

Avainsanat: Kouluterveydenhuolto, suunnitelmallisuus, toimintaohjelma, henkilöstömitoitus, arviointi

Taulukko 1. Toimintaohjelmamittarin osa-alueet, ulottuvuudet ja indikaattorit

Osa-alue	Ulottuvuus	Indikaattorit
Suunnittelu ja johtaminen	Sitoutuminen	Toimintaohjelma tehty Toimintaohjelma valmisteltu yhteistyössä Toimintaohjelma hyväksytty luottamushenkilöorganisaatiossa Seuranta, arviointi ja raportointi kirjattu Vastuuhenkilö nimetty
	Johtaminen	Toimintaympäristöä kuvattu Tavoitteet kirjattu Seurantamittarit kirjattu Toimintaohjelman päivittäminen kirjattu Toiminnan kehittäminen kirjattu Toimintaohjelma on ohjaava/konkreettinen
	Yhteistyö	Oppilashuoltoyhteistyö kuvattu Kouluympäristön tarkastaminen 3 v välein kirjattu Tarkastuksissa todettujen puutteiden seuranta vuosittain kirjattu Hoitoketjuja/verkostoja kuvattu
	Voimavarat	Terveydenhoitajavoimavarat kirjattu (oppilasta/terveydenhoitaja) Terveydenhoitajavoimavarojen riittävyys arvioitu Lääkärivoimavarat kirjattu (oppilasta/lääkäri) Lääkärivoimavarojen riittävyys arvioitu
Kouluterveydenhuollon sisältö	Laaja terveystarkastus	Tarkastusten lukumäärä kirjattu (3 kpl) Laajan tarkastuksen kriteerit kirjattu Tarkastusten sisältö kuvattu Tarkastusten ajankäyttö kirjattu Laajojen terveystarkastusten yhteenveto kirjattu Vanhempien osallistuminen kirjattu Opettajan arvio oppilaasta kirjattu
	Muut terveystarkastukset ja terveysterveysneuvonta	Tarkastusten lukumäärä kirjattu (6 kpl) Tarkastuksen sisältö kuvattu Tarkastuksen ajankäyttö kirjattu Suun terveydenhuollon tarkastusten lukumäärä kirjattu (3 kpl) Terveysterveysneuvonta kuvattu Terveysterveysneuvonnan materiaali kirjattu
	Eriytynen tuki	Eriyisen tuen tarpeen tunnistaminen kirjattu Eriyisen tuen järjestäminen kirjattu Kyselylomakkeet on käytössä ennen tarkastusta Poisjääneiden tuen tarpeen arviointi kuvattu Erikoistutkimukset kirjattu Hyvinvointisuunnitelma tehdään

(28–32). Lähes joka kymmenennellä lapsella ja nuorella on jopkapäiväistä elämää häiritsevää pitkäaikaissairaus, vika tai vamma (28). Mielen terveyden oireilusta kärsii jopa joka neljäs nuori (29–30,32). Aikuisiän mielen terveyshäiriöistä noin puolet on alkanut ennen 14 vuoden ikää (30,33). Tehostettua tai erityistä tukea saa 17,5% peruskoululaisista ja jonkinlaista oppimisen tai koulunkäynnin tukea lähes kolmannes (31). Laajennetun terveystarkastuksen perusteella 40%:lle viidennen luokan oppilasta määrättiin jatkotoimenpiteitä (34).

Nuorten aikuisten syrjäytyminen on usein lapsuuden ja nuoruuden ongelmien jatkumoa (35–36). Neljällä prosentilla nuorista ongelmat kasautuvat (36). Syrjäytymisen taustalla on muun muassa mielen terveys- ja päihdeongelmia sekä oppimisen ja sopeutumisvaikeuksia. Syrjäytyneiden nuorten perheissä on usein myös ylisukupolvista tuen tarvetta. Yhteiskunnan tuki on näissä tapauksissa ollut riittämätöntä tai annettu liian myöhään (36).

Universaalina palveluna kouluterveydenhuolto on neuvolan ohella avainasemassa lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Kouluterveydenhuolto tavoittaa kaikki peruskouluikäiset lapset ja nuoret vuosittain, mikä mahdollistaa ongelmien ja tuen tarpeiden havaitsemisen varhain. Laadukkaasti järjestetyt laajat terveystarkastukset mahdollistavat myös perheiden tuen tarpeiden havaitsemisen ja tarpeenmukaisen tuen tarjoamisen systemaattisemmin (17). Ilman perheiden osallistumista moni tuentarve voi jäädä havaitsematta.

Kouluterveydenhuollon laatusuositukset edellyttivät toimintasuunnitelman ja -kertomuksen laatimista vuosittain (5). Vuonna 2009 annettiin kuntia sitova asetus, koska suositusten vaikutus kuntatason suunnitteluun ja johtamiseen oli jäänyt vähäiseksi (14–15,37). Asetuksen mukaan kuntien tulee laatia yhtenäinen toimintaohjelma lasten ja nuorten ehkäiseville terveyspalveluille sekä nimetä palvelujen kehittämiseksi, koordinoimista ja seurannasta vastaava henkilö (6,14–15). Toimintaohjelma toimii työvälineenä palveluja suunniteltaessa, johdetaessa ja kehitettäessä. Parhaimmillaan se ohjaa ammattihenkilöitä toimimaan yhdenmukaisesti ja tukee yksittäisen työntekijän työn lisäksi myös moniammatillista yhteistyötä. Se mahdollistaa myös palvelujen arvioinnin ja seurannan (6,14,37).

Vuonna 2012 toimintaohjelma puuttui vajaalta viidennekseltä ja vastuuhenkilö noin joka kymmenenneltä terveyskeskukselta (18,20). Seitsemän vuotta asetuksen voimaantulosta vastuuhenkilö puuttui kolmelta prosentilta terveyskeskuksista (21). Vuosina 2011–2012 voimassa olevat kouluterveydenhuollon toimintaohjelmat arvioitiin uuden, arviointia varten kehitetyn viitekehysten avulla. Viitekehys (toimintaohjelmamittari) sisältää 38 asetuksesta ja kouluterveydenhuollon laatusuosituksista johdettua indikaattoria. Niiden avulla toimintaohjelmat voitiin arvioida systemaattisesti ja vertailukelpoisesti (39). Ensimmäiset toimintaohjelmat vaihtelivat merkittävästi sisällöltään ja laadultaan. Toimintaohjelmamittarin avulla arviointuna vain noin joka kymmenes toimintaohjelma oli tuolloin asetuksen mukainen. Suurten terveyskeskusten toimintaohjelmat olivat jonkin verran pienten terveyskeskusten toimintaoh-

jelmia kattavampia.

Korkeatasoisen, vaikuttavan ja yhdenmukaisesti järjestetyn kouluterveydenhuollon edellytyksenä on suunnitelmallisen johtamisen lisäksi palvelutarpeeseen nähden riittävät henkilöstövoimavarat ja osaaminen. Suositus henkilöstömitoituksesta on kirjattu 2004 julkaistuihin kouluterveydenhuollon laatusuosituksiin (5). Kouluterveydenhoitajan ja koululääkärin työpanosta on seurattu ja mitattu systemaattisesti kansallisen terveyden edistämisen vertailutietojärjestelmän tiedonkeruun avulla vuodesta 2010 lähtien (40).

Ennen asetusta suosituksen mukainen terveydenhoitajamitoitus toteutui 39%:ssa ja lääkärimitoitus seitsemässä prosentissa terveyskeskuksia (41). Asetuksen voimaantulon jälkeen kouluterveydenhuollon henkilöstövoimavarat ovat kehittyneet suotuisasti, mutta edelleen koululääkäreiden mitoituksessa on ollut merkittäviä puutteita (42–45). Koululääkäreiden puute ja vaihtuvuus ovat hankaloittaneet laajojen terveystarkastusten laadukasta järjestämistä ja toiminnan kehittämistä (21). Voimavarojen niukkuus on vaikeuttanut myös lisäkäyntien ja tarpeenmukaisen tuen järjestämistä (24). Lisäksi työnkuvan laajeneminen aikaisemmasta ja perheiden pulmien monimutkaistuminen ovat haastaneet ammattilaisten osaamista (21,24).

TAVOITE

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on arvioida kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuutta vuoden 2018 toimintaohjelmien ja henkilöstön voimavariatietojen avulla suurissa ja pienissä terveyskeskuksissa. Tavoitteena on lisäksi arvioida suunnitelmallisuudessa vuosina 2012–2018 tapahtuneita muutoksia.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimus perustuu vuosien 2012 ja 2018 kouluterveydenhuollon lakisääteisiin toimintaohjelmiin sekä kouluterveydenhoitajien ja -lääkäreiden kansallisiin voimavariatietoihin (46). Tavoitteena oli kerätä kaikkien suurten yli 50000 väestöpohjan terveyskeskusten kouluterveydenhuollon toimintaohjelmat vuodelta 2018 (n=23) sekä vastaava määrä satunnaisotannalla valittuja alle 50000 väestöpohjan terveyskeskusten toimintaohjelmia.

Toimintaohjelmaa haettiin ensin terveyskeskuksen nettisivuilta syksyn 2018 aikana. Puolet suurten ja neljäsosa pienten terveyskeskusten toimintaohjelmista löytyi avoimesti nettisivujen kautta. Jos toimintaohjelmaa ei löydetty netistä tai sieltä löytnyt toimintaohjelma ei ollut voimassa vuonna 2018, pyydettiin sitä terveyskeskusten lasten ja nuorten ehkäisevien terveyspalvelujen vastuuhenkilöltä sähköpostitse tai puhelimitse. Toimintaohjelma saatiin kerättyä 38 terveyskeskukselta (83%). Näistä kahdessa toimintaohjelmassa viidestä ei ollut kirjausta toimintaohjelman voimassaolosta vuonna 2018. Kolmelta (13%) suurelta ja viideltä (22%) pieneltä terveyskeskukselta toimintaohjelmaa ei saatu. Osa näistä ilmoitti, että 2018 voimassa olevaa toimintaohjelmaa ei ollut, ja osa ei vastannut

pyyntöön lainkaan.

Toimintaohjelmat ryhmiteltiin kahteen ryhmään terveyskeskuksen koon mukaan. Niiden sisällöt arvioitiin käsitteellisen viitekehyksen (toimintaohjelmamittari) avulla. Mittari kehitettiin ja validoitiin vuoden 2012 toimintaohjelmien arvioinnin yhteydessä (39). Sen sisältö perustuu asetukseen sekä voimavarojen osalta kouluterveydenhuollon laatusuositukseen. Mittari mahdollistaa toimintaohjelmien laadun ja olennaisen sisällön yhdenmukaisen arvioinnin.

Toimintaohjelmamittari koostuu 38 indikaattorista, joille kullekin määriteltiin sisältö ja kriteerit. Indikaattorit ryhmiteltiin seitsemään ulottuvuuteen (Sitoutuminen, Johtaminen, Yhteistyö, Voimavarat, Laaja terveystarkastus, Muut terveystarkastukset ja terveysneuvonta sekä Erityinen tuki). Ulottuvuuksista muodostettiin edelleen kaksi osa-aluetta (Suunnittelu ja johtaminen sekä Kouluterveydenhuollon sisältö), jotka molemmat sisältävät saman määrän eli 19 indikaattoria. Toimintaohjelmamittari kuvataan taulukossa 1.

Kerätyt toimintaohjelmat arvioitiin ja pisteytettiin mittarin indikaattoreiden avulla. Toimintaohjelmasta identifioitiin ensin indikaattoreita vastaavat kohdat, minkä jälkeen arvioitiin sitä, miten hyvin kirjaus vastasi indikaattorin sisältöä ja kriteereitä. Arviointiasteikko oli kolmiportainen. Toimintaohjelma sai kaksi pistettä kaikista niistä indikaattoreista, joiden määritellyn sisällön mukainen kirjaus siitä löytyi. Nolla pistettä toimintaohjelma sai indikaattoreista, joista ei joko löytnyt kirjausta lainkaan tai se ei vastannut indikaattorille määritellyä sisältöä. Yhden pisteen toimintaohjelma sai indikaattoreista, jotka oli kirjattu tulkinnanvaraisesti tai vain osittain indikaattorin sisällön mukaisena.

Toimintaohjelman kokonaispisteet muodostuivat indikaattoreiden yhteenlasketuista pisteistä. Pisteet kuvaavat toimintaohjelman sisältöä ja laatua. Suurin mahdollinen pistemäärä oli 76. Kokonaispisteiden lisäksi toimintaohjelmalle laskettiin kahden osa-alueen ja seitsemän ulottuvuuden pisteet sekä niiden perusjakaumat suurissa ja pienissä terveyskeskuksissa.

Taulukko 2. Toimintaohjelmapisteyden jakaumat vuonna 2012 ja 2018 (maksimi 76 pistettä).

Keskiarvo	2012	2018	2012–2018 p-arvo
	Keskiarvo Mediaani Kvartiiliväli	Keskiarvo Mediaani Kvartiiliväli	
Kaikki	44 42 33–54 n=39	41 42 30–50 n=38	p=0,29
Suuret	48 ¹ 52,5 33–62 n=20	44,5 ² 45,5 37–51 n=20	p=0,12
Pienet	40 ¹ 41 30–52 n=19	36,5 ² 37,5 24–49 n=18	p=0,32

¹ p=0,05, ² p=0,10

Vuonna 2012 voimassa olevat toimintaohjelmat kerättiin aluehallintovirastojen valvontatoimenpiteenä kaikista terveyskeskuksista 2011–2012, ja ne arvioitiin tuolloin edellä kuvatulla tavalla (39). Tämän tutkimuksen aineistoon kuuluvista 46 terveyskeskuksesta vuoden 2012 toimintaohjelma löytyi 39:ltä (85%). Kolmelta suurelta ja neljältä pieneltä terveyskeskukselta se puuttui. Molempien vuosien 2012 ja 2018 toimintaohjelma löytyi 33 terveyskeskukselta (72%), näistä 17 oli suurta ja 16 pientä terveyskeskusta. Kahdelta pieneltä terveyskeskukselta toimintaohjelma puuttui molempina vuosina.

Toimintaohjelman lisäksi kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuutta arvioitiin kouluterveydenhoitajien ja koululääkäreiden terveyskeskuskohtaisten voimavaratietojen avulla. Tiedot poimittiin kansallisesta Terveydenedistämisasiivisuksien perusterveydenhuollossa -tiedonkeruun (TEAvisari) tuloksista vuosilta 2012 ja 2018 (46). TEAvisari on suunnittelua ja

johtamista tukeva työkalu, jota käytetään osana kunnan toiminnan ja talouden suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Tiedonkeruun tulokset ovat vertailukelpoisia, ja niiden taustalla on kouluterveydenhuollon laatusuosituksen kirjattu kansallinen mitoitusuusitus.

Suunnitelmallisuuden muutosta arvioitiin toimintaohjelmapiirteissä ja henkilöstömitoituksissa vuosina 2012–2018 tapahtuneiden muutosten kautta. Lisäksi selvitettiin, oliko toimintaohjelmapiirteillä ja henkilöstövoimavaroilla yhteyttä toisiinsa.

Terveydenhuollon palvelurakenteessa vuoden 2012 jälkeen tapahtuneet muutokset huomioitiin seuraavasti: neljän maakunnan keskuskaupungin vuoden 2012 toimintaohjelman rinnalle hyväksyttiin kyseisen maakunnan alueterveyskeskuksen vuoden 2018 toimintaohjelma. Lisäksi yhden keskisuuren kuntayhtymän purkauduttua vuoden 2012 toimintaohjelman rinnalle hyväksyttiin satunnaisotantaan kuuluvan pienen terveyskeskuksen toimintaohjelmadokumentti vuodelta 2018.

Taulukko 3. Osa-alueiden pisteiden keskiarvot vuonna 2012 ja 2018 (maksimi 38 pistettä/osa-alue).

Osa-alue		2012		2018	
		n	Keski-arvo	n	Keski-arvo
Suunnittelu ja johtaminen	Kaikki	39	21	38	19
	Suuret	20	25 ¹	20	22
	Pienet	19	18 ¹	18	16
Kouluterveydenhuollon sisältö	Kaikki	39	23	38	21
	Suuret	20	26	20	25
	Pienet	19	22	18	19

1 p=0,02

TILASTOLLISET MENETELMÄT

Toimintaohjelmille laskettiin kokonaispisteiden sekä mittarin osa-alueiden ja ulottuvuuksien pisteiden perusjakaumat. Pisteiden muutosta vuosina 2012–2018 tarkasteltiin parittaisella t-testillä. Suurten ja pienten terveyskeskusten vertailussa käytettiin Welchin t-testiä, koska kyse oli kahden riippumattoman otoksen vertailusta. Toimintaohjelmapiirteiden ja henkilöstömitoituksen korrelaatiota arvioitiin Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimella (ρ). Koska erityisesti koululä-

Taulukko 4. Ulottuvuuksien keskimääräiset pisteet vuonna 2012 ja 2018 (ulottuvuuden maksimipisteet)

		Sitoutuminen (10 p)	Johtaminen (14 p)	Yhteistyö (8 p)	Voimavarat (8 p)	Laaja terveys-tarkastus (14 p)	Muut tarkastukset ja neuvonta (12 p)	Erityinen tuki (12 p)
Kaikki	2012	6,2 ¹	6,8	5,0	2,8	8,6	7,6	7,1
	2018	4,9 ¹	6,1	5,3	2,6	8,3	6,9	6,6
Suuret	2012	6,8 ²	8,2 ^{3,4}	4,9	3,7	9	7,7	8
	2018	5,3 ²	6,7 ³	5,7	3,4	9	7,2	7,4
Pienet	2012	5,6	5,4 ⁴	5,1	2	8,3	7,5	6,1
	2018	4,6	5,5	4,8	1,8	7,7	6,6	5,6

1 p=0,02, 2 p=0,01, 3 p=0,04, 4 p=0,005

Taulukko 5. Kouluterveydenhoitajien ja -lääkäreiden mitoitukset vuonna 2012 ja 2018 (oppilasta/terveydenhoitaja ja oppilasta/lääkäri)

		2012				2018			
		n	Keskiarvo	Mediaani	Vaihteluväli	n	Keskiarvo	Mediaani	Vaihteluväli
Terveydenhoitaja	Kaikki	45	514	517	317–772	45	502	487	266–811
	Suuret	23	521	517	383–772	23	514	480	379–740
	Pienet	22	507	519	317–642	22	489	492	266–811
Lääkäri	Kaikki	42	5479	4073	893–24166	45	5237	3503	1056–43957
	Suuret	20	6214	3868	2574–24166	23	4010	3032	1318–12973
	Pienet	22	4811	4154	893–13771	22	6520	4071	1056–43957

kärimitoitusten tunnuslukujen jakaumat ovat oikealle vinoja, monotonista korrelaatiota mittaava Spearmanin korrelaatiokerroin kuvaa toimintaohjelmapienien ja henkilöstömitoitusten välistä yhteyttä paremmin kuin esimerkiksi lineaarista yhteyttä mittaava Pearsonin tulomomenttikorrelaatiokerroin. Jakaumien vinoudesta johtuen henkilöstömitoituksia eri vuosina verrattiin Wilcoxonin järjestyslukujen merkkitestillä. Analyysit ja satunnaisotos pienistä terveyskeskuksista tehtiin R-ohjelmiston versiolla 3.6.0 (47).

TULOKSET

Vuoden 2018 toimintaohjelmat

Korkein vuoden 2018 toimintaohjelman pistemäärä oli 70 (92% maksimista). Vähintään kolme neljäsosaa mittarin maksimista (57 pistettä tai enemmän) sai viisi (13%) toimintaohjelmaa 38:sta vuonna 2018. Kaikkien toimintaohjelmapienien keskiarvo oli hieman yli puolet mittarin maksimipisteistä (taulukko 2).

Kahdesta saman määrän indikaattoreita sisältävästä osa-alueesta Kouluterveydenhuollon sisältö sai hieman paremmat pisteet kuin Suunnittelu ja johtaminen (taulukko 3). Tilastollisesti merkitsevää eroa kahden osa-alueen välillä ei todettu.

Seitsemästä ulottuvuudesta Yhteistyö sai korkeimmat (66% ulottuvuuden maksimista) ja Voimavarat matalimmat (33% ulottuvuuden maksimista) keskimääräiset ulottuvuuskohtaiset pisteet (taulukko 4).

Toimintaohjelmapienien muutos 2012–2018

Korkein toimintaohjelman pistemäärä oli 70 myös vuonna 2012. Niiden 33 terveyskeskuksen, joiden molempien vuosien toimintaohjelmat olivat arvioitavana, keskimääräiset toimintaohjelmapienien, osa-aluepisteet ja ulottuvuuskohtaiset pisteet laskivat vuodesta 2012 vuoteen 2018 Yhteistyö-ulottuvuutta lukuun ottamatta. Ulottuvuudessa Sitoutuminen pisteet laskivat merkitsevästi ($p=0,02$).

Toimintaohjelmapienien kokonaispisteet ja osa-alueiden pisteet laskivat systemaattisesti sekä suurten että pienten terveyskeskusten ryhmässä. Näiden pisteiden muutos ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevää. Seitsemästä ulottuvuudesta pisteet laskivat suurten terveyskeskusten ryhmässä muissa paitsi kahdessa ulottuvuudessa (Yhteistyö ja Laajat terveystarkastukset). Pienten terveyskeskusten ryhmässä ulottuvuuskohtaiset pisteet laskivat lukuun ottamatta ulottuvuutta Johtaminen. Tilastollisesti merkitsevää ulottuvuuskohtaisen laskun oli suurten terveyskeskusten ryhmässä ulottuvuuksissa Sitoutuminen ($p=0,01$) ja Johtaminen ($p=0,04$).

Ulottuvuuden Johtaminen sisältämien indikaattoreiden pisteissä tapahtui tilastollisesti merkitsevä lasku indikaattorisissa Toimintaympäristöä kuvattu ($p=0,001$), kun tarkastellaan kaikkia terveyskeskuksia. Suurten terveyskeskusten ryhmässä tilastollisesti merkitsevä muutos tapahtui indikaattoreissa Toimintaympäristöä kuvattu ($p=0,007$) ja Kehittäminen kuvattu ($p=0,04$). Pienten terveyskeskusten ryhmässä indikaattoriko-

htaiset pisteet eivät muuttuneet tilastollisesti merkitsevästi.

Vuosien 2012 ja 2018 toimintaohjelmapienien kokonaispisteet korreloivat merkitsevästi toisiinsa ($\rho=0,41$ (Spearmanin rho)). Eri vuosina osa-alueiden välinen yhteys oli heikompi (Suunnittelu ja johtaminen $\rho=0,8$ ja Kouluterveydenhuollon sisältö $\rho=0,33$). Kahden osa-alueen pisteet korreloivat sen sijaan toisensa kanssa tilastollisesti merkitsevästi saman vuoden sisällä (vuonna 2012 $\rho=0,59$ ja vuonna 2018 $\rho=0,56$).

Suurat ja pienet terveyskeskukset

Suurten terveyskeskusten keskimääräiset toimintaohjelmapienien pisteet olivat pieniä paremmat sekä 2012 että 2018 (taulukko 2). Ero oli kuitenkin tilastollisesti merkitsevä vain vuonna 2012 ($p=0,05$). Osa-aluepisteet (taulukko 3) olivat suurilla terveyskeskuksilla systemaattisesti pieniä korkeammat, mutta tilastollisesti merkitsevä ero suurten ja pienten terveyskeskusten välillä havaittiin vain osa-alueen Suunnittelu ja johtaminen pisteissä vuonna 2012 ($p=0,02$).

Suurten terveyskeskusten ulottuvuuskohtaiset pisteet olivat myös pieniä paremmat lukuun ottamatta vuonna 2012 ulottuvuutta Yhteistyö (taulukko 4). Suurten ja pienten terveyskeskusten ulottuvuuskohtaisissa ainoastaan tilastollisesti merkitsevä ero oli ulottuvuudessa Johtaminen vuonna 2012 ($p=0,005$).

Henkilöstövoimavarojen muutos ja yhteys toimintaohjelmiin

Suurten ja pienten terveyskeskusten kouluterveydenhuollon terveydenhoitajavoimavarat (oppilasta/terveydenhoitaja) olivat lähes mitoitussuosituksen mukaiset molempina vuosina (taulukko 5). Koululääkäreiden voimavarat (oppilasta/lääkäri) toteutuivat selvästi kansallista suositusta heikompana sekä 2012 että 2018. Suurten terveyskeskusten lääkärivoimavaroissa tapahtui kuitenkin tilastollisesti merkitsevää myönteistä kehitystä vuosina 2012–2018 ($p=0,001$).

Kouluterveydenhoitajien vuosien 2012 ja 2018 voimavarat olivat yhteydessä toisiinsa ($\rho=0,36$). Myös koululääkäreiden eri vuosien voimavarat korreloivat keskenään ($\rho=0,41$). Kouluterveydenhoitajien ja -lääkäreiden voimavarojen välillä ei sen sijaan todettu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä kumpanakaan vuotena. Myöskään henkilöstövoimavarojen tunnuslukujen ja toimintaohjelmapienien välillä ei todettu merkitsevää yhteyttä.

POHDINTA

Kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuudessa oli puutteita ja terveyskeskusten välillä eroja vuoden 2018 toimintaohjelmapienien avulla arvioituna. Suunnitelmallisuus ei lisääntynyt vuosina 2012–2018, mutta suurten ja pienten terveyskeskusten välinen ero kaventui. Toimintaohjelmapienien ja henkilöstövoimavarojen välillä ei todettu yhteyttä. Yhteyttä ei myöskään havaittu terveydenhoitajien ja lääkäreiden voimavarojen välillä. Kouluterveydenhuollon tai henkilöstövoimavarojen suunnittelu ei siten näyttänyt kokonaisvaltaiselta.

Toimintaohjelmapienien sisältävän asetukseen nähden

riittävät tiedot, kun se sai vähintään kolme neljäsosaa mittarin maksimipisteistä. Joka seitsemäs suuren ja joka kymmenes pienen terveyskeskuksen toimintaohjelma täytti tämän kriteerin vuonna 2018. Monissa toimintaohjelmissa oli huomattavia sisällöllisiä puutteita, eikä kaikilla terveyskeskuksilla ollut vuoden 2018 toimintaohjelmaa lainkaan. Vain pieni osa terveyskeskusten toimintaohjelmista näyttäisi siten ohjaavan kouluterveydenhuollon toimintaa asetuksen tavoitteiden mukaisesti.

Toimintaohjelman sisältöjä ja suunnitelmallisuutta kuvaavat pisteet heikkenivät sekä suurilla että pienillä terveyskeskuksilla vuoden 2012 jälkeen. Suurten terveyskeskusten toimintaohjelmapiisteet olivat molempina vuosina pieniä paremmat, mutta suurten ja pienten terveyskeskusten välinen pistero kaventui vuonna 2018. Tähän on ehkä vaikuttanut se, että vuoden 2018 toimintaohjelmaotos oli pienempi. Toimintaohjelmien taso näyttää kautta linjan heikentyneen, mitä voi osittain selittää se, että asetuksen toimeenpanoon ja valvontaan ei 2010-luvun puolivälin jälkeen ole kohdennettu voimavaroja samoin kuin aikaisemmin. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksesta käytävissä keskustelussa hoidon saatavuus ja lääkärille pääsy ovat olleet huomioin kohteena kouluterveydenhuollon tai ehkäisevien ja hyvinvointia edistävien palvelujen sijaan.

Kouluterveydenhuollon suunnittelu ja toiminnan yhdenmukaisuuden varmistaminen on erityisen tärkeää suurissa terveyskeskuksissa, joissa toimintayksiköitä on useita. Suurissa yksiköissä suunnitteluun on todennäköisesti käytettävissä myös enemmän voimavaroja kuin pienissä. Lakisääteisen toimintaohjelman puuttuminen sekä sen sisällöllinen heikkeneminen viittaavat kuitenkin siihen, että toiminnan läpinäkyvää suunnittelua ei pidetä palvelujen johtamisen ja kehittämisen näkökulmasta riittävän merkityksellisenä ja lisäarvoa omaan toimintaan käytännössä tuottavana. Kyse on samalla lakisääteisen velvoitteen laiminlyönnistä.

Kouluterveydenhuollon henkilöstövoimavaroja kuvattiin toimintaohjelmissa vain harvoin, siksi tiedot kouluterveydenhoitajien ja -lääkäreiden voimavaroista poimittiin valtakunnallisen tiedonkeruun tuloksista (46). Henkilöstömitoituksen riittävyttä väestön tarpeisiin tai kansallisiin suosituksiin nähden arvioitiin toimintaohjelmissa vain satunnaisesti, vaikka se on olennainen tieto palvelujen johtamisen sekä niiden saatavuuden ja laadun näkökulmista.

Kouluterveydenhoitajamitoitus on toteutunut lähes kansallisten mitoitussuosistusten mukaisesti molempina vuosina. Koululääkärimitoituksella on sen sijaan suosituksiin nähden alhainen edelleen vuonna 2018. Suurissa terveyskeskuksissa lääkärimitoituksella on kehittynyt myönteisesti vaikkakin riittämättömästi suosituksiin verrattuna. Suuremmissa terveyskeskuksissa tilanne voi olla parempi myös siksi, että kouluterveydenhuoltoon on viime vuosina perustettu omia lääkärivakansseja. Pienissä terveyskeskuksissa kouluterveydenhuolto on useammin vain yksi osa lääkärin monipuolisesta työnkuvasta, ja siksi se voi helpommin jäädä voimavarojen jaossa jälkeen.

Korkeatasoinen kouluterveydenhuolto vaatii pitkäjänteistä

suunnittelua ja väestön tarpeeseen nähden riittävät henkilöstövoimavarat sekä osaamista. Vain harvassa toimintaohjelmassa kuvattiin henkilöstövoimavaroja tai arvioitiin niiden riittävyttä suhteessa väestön tarpeeseen. Koululääkärimitoituksella ei myöskään monin paikoin toteudu kansallisten mitoitussuosistusten mukaisena. Enemmistö vuoden 2018 toimintaohjelmista oli asetukseen nähden puutteellisia, eikä toimintaohjelmapiisteiden ja henkilöstövoimavarojen välillä havaittu yhteyttä. Tulosten perusteella on arvioitavissa, että laajat terveystarkastukset eivät toteudu kaikkialla suunnitelmallisesti, yhdenmukaisesti ja laadukkaasti.

Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet

Tutkimukseen valittiin kaikki yli 50 000 väestöpohjan terveyskeskukset sekä vastaava määrä satunnaisotannalla valittuja pienempiä terveyskeskuksia. Otosta voidaan siten pitää edustavana ja erikokoisten terveyskeskusten vertailun mahdollistavana. Arvioinnissa käytetty toimintaohjelmamittari perustuu asetukseen ja kouluterveydenhuollon laatusuosituksiin. Mittari on testattu ja validoitu aiemmin vuoden 2012 toimintaohjelma-arvioinnin yhteydessä (39). Sama tutkija on arvioinut molempien vuosien toimintaohjelmat, mikä myös lisää tulosten luotettavuutta ja vertailtavuutta. Tulokset ovat lisäksi linjassa aikaisempien havaintojen kanssa (39,41–44).

Tutkimuksen heikkoutena voidaan pitää sitä, että terveyskeskuksia, joilla oli molempien vuosien toimintaohjelmat, oli melko vähän. Tilastollisia eroja olisi ehkä saatu enemmän esiin, jos otoskoko olisi ollut suurempi. Tutkimuksessa ei myöskään ollut mahdollista huomioida terveyskeskuksissa mahdollisesti toimintaohjelman lisäksi olevia muita kouluterveydenhuoltoon ohjaavia dokumentteja kuten erillisiä toimintaohjeita, tarkastuslauluja tai perehdytysmateriaaleja. Toimintaohjelma on kuitenkin ainoa kouluterveydenhuollon suunnittelua ohjaava ja kuvaava lakisääteinen dokumentti, mikä siten pitäisi jokaisessa terveyskeskuksessa olla.

Päätelmä

Asetuksen mukainen toimintaohjelma tukee parhaimmillaan kouluterveydenhuollon paikallista suunnittelua ja kehittämistä sekä mahdollistaa toiminnan arvioinnin ja seurannan. Kouluterveydenhuollon suunnittelusta tässä tutkimuksessa syntyneitä kuvia voidaan jatkossa täydentää, jos toimintaohjelman lisäksi arvioidaan myös muita toimintaa ohjaavia dokumentteja.

Kouluterveydenhuollon kehittämisessä tarvitaan käytännönläheisiä työkaluja ja mittareita. Toimintaohjelman arviointiin kehitettyä viitekehystä on mahdollista hyödyntää paikallisesti toiminnan suunnittelussa, kehittämisessä ja omavalmionnassa. Sitä voidaan käyttää tarkastuslistan tapaan, sillä se kokoaa ja tiivistää olennaiset vaatimukset ja sisällöt yhteen. Kouluterveydenhuollon suunnittelua tulisi myös valtakunnallisesti ohjeistaa ja seurata, muuten se uhkaa jäädä paikoin vähäiseksi. Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistuksessa on tärkeä kiinnittää huomiota myös toiminnan ohjaukseen,

erityisesti, kun tavoitellaan yhdenmukaisia, laadukkaita ja vaikuttavia lasten ja nuorten hyvinvointia edistäviä palveluja.

Marjut Frantsi-Lankia

LL, asiantuntijalääkäri, Kela
marjut.frantsi(at)kirkkonummi.fi

Vesa Saaristo

FM, asiantuntija, THL

Timo Ståhl

FT, dosentti, johtava asiantuntija, THL

Arja Rimpelä

LT, professori (kansantervystiede), Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta, terveystieteiden yksikkö ja Tampereen yliopistollinen sairaala, nuorisopsykiatrian vastuualue

ENGLISH SUMMARY

Action plan and human resources of school health service in Finnish municipalities in 2012 and 2018

Background. Universal school health service, organized by local governments, is a key service for promoting health and wellbeing of school-aged children. According to the Act on Maternity and Child Health Clinics, School and Student Health Care, Preventive Oral Health Care for Children and Young people (2009), local governments are required to prepare an action plan for organizing and carrying out these services. Only 10% of action plans in 2012 had a high quality when using a measurement tool developed to assess the quality of plans and implementation of the Act.

Aim. The aim of this study was to assess the development of the quality of school health services from 2012 to 2018 using action plans and human resources of school health service as indicators. We also compared the development in larger and smaller units.

Methods. The action plans were collected from local governments with large and smaller population (N=46). All action plans were evaluated with same measurement tool as earlier; seven dimensions were assessed i.e. commitment, management, collaboration, human resources, comprehensive health examination, traditional school health procedures and special support. A total score was calculated. The results of the years 2012 and 2018 were compared. Data of human resources were collected by electronic data collection form.

Results. Only 13% of the action plans of the year 2018 was high quality and there was a large variation between organisers. The total score of the action plans of 2018 decreased compared to 2012. The action plans of the larger populations' units scored higher than those with smaller populations but the difference was statistically significant only in 2012. The resources of school physicians were still inadequate in 2018. The score of the action plans and the level of human resources did not correlate.

Conclusions. The action plans for school health service varies significantly between the local organisers which suggests a shortage of planning and management of school health service still in 2018. We have to consider how to enhance planning and quality of school health services in the future.

Keywords: School health services, action plan, human resources, planning, evaluating

KIRJALLISUUSVIITTEET

- Rimpelä A, Vakkuri J. Kouluterveydenhuolto ja vaikuttavuus. Kirjassa: Sinervo LM, Vakkuri J (toim.). Inhimillinen kuntatalous. Johtamiskorkeakoulu, Tampereen yliopisto. Tampere 2012.
- Ruononen A. Lasten terveyden edistämisen kehitys valtion ohjauksessa. Väitöskirja Tampereen yliopisto, 2013.
- Lehtonen R, Hillska L, Arve O. Kouluterveydenhoitajan työnkuva Suomen alakoulussa. Opinnäytetyö Turun ammattikorkeakoulu, 2016.
- Stakes. Kouluterveydenhuolto 2002. Opa kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Oppaia 51. Helsinki 2002.
- Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto. Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Oppaia 2004:8. Helsinki 2004.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. STM 2009:20. Helsinki 2010.
- Latikka AM, Perälä ML, Hemminki E, ym. Kouluterveydenhuollon muutokset 1992–1994. Suom Lääkäril 1995;50:34–53.
- Kivimäki H, Saaristo V, Kosunen E, ym. Kouluterveydenhuollon käynnit 1994–2005 – Toteutiko tasa-arvo terveystieteiden välillä informaatio-ohjauksen aikakaudella? Sos lääkäri 2007;44:207–15.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto. Kouluterveydenhuollon laatusuositus – suosituksen ohjauksivaikutukset kuntien toimintaan. Tarkastuskertomus 136/2006. Helsinki 2006.
- Jonkka J. Kouluterveydenhuollossa ongelmia. Tiedote 16.2.2007. Oikeuskanslerin virasto 2007. <https://www.okv.fi/fi/tiedotteet-ja-puheenvuorot/187/apulais-oikeuskansleri-jaakko-jonkkakouluterveydenhuollossa-ongelmia/> (luettu 9.2.17)
- Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle lasten ja nuorten hyvinvoinnista <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70096/selonteko.pdf?sequence=1> (luettu 22.11.19)
- Happonen H, Saaristo V, Rimpelä A, ym. Kouluterveydenhuollon laajat tarkastukset vuonna 2007. Suom Lääkäril 2010;65(16):1435–42.
- Hansson AL. Selvitys sosiaali- ja terveyspalvelujen ohjauksesta ja valvonnasta. Selvityshenkilön raportti. STM 2002.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Asetus neuvola-toiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Työryhmän muistio. Selvityksiä 2008:37. Helsinki 2008.
- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 6.4.2011/338. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>
- Valvira. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012–2014. Valvontaohjelmaa 1:2012. Helsinki 2012. http://www.valvira.fi/files/tiedostot/n/e/Neuvolatoiminta_valvontaohjelma. (luettu 27.10.2016).
- Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Hastrup A, ym. Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. THL Opa 22. Helsinki 2012.
- Wiss K, Frantsi-Lankia M, Koskinen H, ym. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2011. Asetuksen (338/2011) toimeenpanon seuranta ja valvonta. THL Raportti 71/2012. Tampere 2012.
- Wiss K, Frantsi-Lankia M, Pelkonen M, ym. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2014. Asetuksen (338/2011) toimeenpanon seuranta ja valvonta. THL Ohjaus 21/2014. Tampere 2014.
- Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Bloigu A, ym. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta sekä kouluterveydenhuolto. Valtakunnallinen seuranta 2012. THL Raportti 12/2014. Helsinki 2014.
- Hakulinen T, Hietanen-Peltola M, Vaara S, ym. Ajanmukaiset käytännöt ja pitkät perinteet neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa. Palvelujen seuranta tutkimus 2016–2017. THL Raportti 11/2018. Helsinki 2018.
- Hietanen-Peltola M, Hakulinen T, Vaara S, ym. Laajoista terveystarkastuksista hyötyvät sekä perheet että kouluterveydenhuollon henkilöstö - ammattilaisten kokemuksia. THL Tutkimuksesta tiiviisti 22/2017.
- Hietanen-Peltola M, Vaara S, Hakulinen T, ym. Kouluterveydenhuollon terveystarkastukset - sisällöt yksilöllisiä, järjestämistavat vaihtelevat. THL Tutkimuksesta tiiviisti 26/2019.
- Hietanen-Peltola M, Vaara S, Hakulinen T, ym. Tuen järjestäminen ja yhteistyö kouluterveydenhuollossa – työn edellytyksissä kehitettävää. THL Tutkimuksesta tiiviisti 27/2019.

- 25 Opiskeluterveydenhuollon kehittäminen. Työryhmän raportti. Raportteja ja muistioita 2014:10. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2014.
- 26 Nikander K, Kosola S, Kaila M, ym. Who benefit from school doctors' health checks: a prospective study of a screening method. *BMC Health Services Research* 2018, 18:501
- 27 Nikander K, Kosola S, Vahlberg T ym. Associating school doctor interventions with the benefit of the health check: an observational study. *Eur J Public Health* 2020;30:5
- 28 Rimpelä A. Suomalaisnuorten terveys. Kirjassa: Nuorten hyvin- ja pahoinvointi. Konsensuskokous 2010. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia. 2010.
- 29 Aalto-Setälä T. Nuorten mielenterveydenhäiriöt. Kirjassa: Nuorten hyvin- ja pahoinvointi. Konsensuskokous 2010. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia. 2010.
- 30 Aalto-Setälä T. Depressive disorders among young adults. Academic dissertation. Helsinki 2012.
- 31 Suomen virallinen tilasto (SVT): Erytisopetus [verkkójulkaisu]. ISSN=1799-1595. Tilastokeskus. Helsinki 2017. https://www.stat.fi/til/erop/2017/erop_2017_2018-06-11_tie_001_fi.html (luettu 15.2.19)
- 32 Ristikari T, Törmäkangas L, Lappi A, ym. Suomi nuorten kasvuympäristönä. 25 vuoden seuranta Suomessa vuonna 1987 syntyneistä nuorista aikuisista. Raportti 9/2016 Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, verkkójulkaisu 101 https://www.nuorisotutkimusseura.fi/images/julkaisu/suomi_nuorten_kasvuymparistona.pdf (luettu 22.11.19)
- 33 Kessler RC, Berglund P, Demler O, ym. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62: 593-602.
- 34 Salonen P, Aromaa M, Rautava P, ym. Miten suomalainen koululainen voi? Viidennen luokan laajennetun terveystarkastuksen keskeisiä löydöksiä. *Duodecim* 2004;120:563-9.
- 35 Notkola V, Pitkänen S, Tuusa M, ym. Nuorten syrjäytyminen. Tietoa, toimintaa ja tuloksia? Eduskunnan tarkastusvaliokunnan julkaisu 1/2013. Helsinki 2013.
- 36 Paajanen R, Surakka A, Kainulainen S, ym. Nuorten aikuisten syrjäytymiseen liittyvät tekijät ja sosiaali- ja terveyspalveluiden ajoittuminen. *Sos lääk aikakauslehti* 2019;56(2).
- 37 Kivimäki H, Kosunen E, Rimpelä A, ym. Suunnitelmallisuus puuttuu peruskoulujen kouluterveydenhuollosta. *Suom Lääkärilehti* 2007;(1-2)62:61-7.
- 38 Toimintaohjelma neuvolatoiminnalle sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuololle. THL nettisivut https://thl.fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ ja_ lastenneuvola/toimintaohjelma_neuvolatyolle (luettu 24.1.20).
- 39 Frantsi-Lankia M, Kivimäki H, Wiss K, ym. Kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuus ja yhtenäinen taso kouluterveydenhuollon toimintaohjelmien valossa. *Sos lääk aikakauslehti* 2018;55:106-116.
- 40 Saaristo V, Alho L, Ståhl T, Rimpelä M. Terveystieteiden tutkimuskeskuksesta perusterveydenhuollossa kuvaavat tunnusluvut ja niiden raportointi – menetelmäraportti. *THL* 10/2010. Helsinki 2010.
- 41 Wiss K. Henkilöstövoimavarat perusopetuksen kouluterveydenhuollossa. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos. Tampereen yliopisto 2007.
- 42 Wiss K, Hakamäki P, Hakulinen T, ym. Äitiys- ja lastenneuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon henkilöstövoimavarat terveyskeskuksissa 2004-2015. *THL Tutkimuksesta tiiviisti* 19/2016.
- 43 Wiss K, Hakamäki P, Hakulinen T, ym. Äitiys- ja lastenneuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitaja- ja lääkärivoimavarat maakunnissa vuonna 2015. *THL Tutkimuksesta tiiviisti* 14/2017. Helsinki.
- 44 Wiss K, Ståhl T, Saaristo V, ym. Terveystieteiden tutkimuskeskuksesta perusterveydenhuollossa vuosina 2008-2015. *Suom Lääkäril* 2017;72(3):127-31.
- 45 Wiss K, Hakamäki P, Hakulinen T, ym. Äitiys- ja lastenneuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon henkilöstövoimavarat terveyskeskuksissa 2004-2017. *THL Tutkimuksesta tiiviisti* 32/2018. Helsinki.
- 46 TEAviisari. Tiedonkeruut. Perusterveydenhuolto. <https://teaviisari.fi/perusterveydenhuolto> (luettu 24.1.2020)
- 47 R Core Team (2019). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Wien. <https://www.R-project.org/>.

Ilmoitus

Klas Winell, Martti Arffman, Reijo Sund, Ilmo Keskimäki

Diabeteksen komplikaatiot Suomessa – mitä rekisteritutkimus paljastaa?

Diabeetikoiden riskitekijöiden hyvä hoito työllistää yleislääkäreitä. Hyvällä hoidolla tähdätään diabeteksen lisäsairauksien ja ennen aikaisten kuolemien ehkäisyyn. Hoidon vaikuttavuuden seurantaan on perustettu Diabetes Suomessa -tutkimusaineisto, jonka avulla on määritetty hoidon laatuindikaattoreita, vertailtu hoidon alueellista kehittymistä Suomessa ja osallistuttu kansainvälisiin tutkimuksiin muun muassa epäiltäessä lääkkeiden haittavaikutuksia. Artikkeleihin on kerätty yleislääkärin työn kannalta tärkeitä tutkimustuloksia.

Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelmassa 2000–2010 (DEHKO) tavoiteltiin kansallista diabetesrekisteriä. Silloinen lainsäädäntö esti pysyvän rekisterin perustamisen. Kun DEHKO-hankkeessa kävi selväksi, ettei tavoiteltua diabetesrekisteriä voida perustaa, rekisterille asetetut tavoitteet selvitettiin. Selvityksessä esitettiin kahdeksan erillistä toimenpidettä, joista yksi oli diabeteskomplikaatioiden seurantaraportti (1). Stakes ja sittemmin Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on ylläpitänyt ja päivittänyt Diabetes Suomessa (FinDM) -tutkimusaineistoa (2), josta on julkaistu diabeteksen komplikaatioista useita tutkimusraportteja. Aineiston avulla on määritetty diabeteksen hoidon vaikuttavuuden mittaamiseen soveltuvia indikaattoreita, tehty alueellisia vertailuja hoidon laadusta ja julkaistu uutta diabetekseen liittyvää tutkimustietoa. Artikkelimme kuvaa pääkohtia tutkimustuloksista, jotka ovat relevantteja yleislääkärin työn kannalta.

Tutkimusaineisto on koottu valtakunnallisista lakisääteisistä rekistereistä. Työ käynnistyi vuonna 2003. Diabeeti-

kot tunnistettiin hoitoilmoitusrekisteristä (Hilmo) vuodesta 1969 alkaen ICD-diagnoosikoodien ja perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisteristä (Avohilmo) vuodesta 2011 ICD-koodien tai ICPC-koodien avulla sekä syntymärekisteristä ICD-koodien avulla vuodesta 1987 alkaen, Kelan erityiskorvausrekisteristä vuodesta 1964 alkaen diabeteslääkityksmyönnön perusteella sekä reseptitiedostoista vuodesta 1993 alkaen diabeteslääkkeiden ATC-koodien perusteella. Lisäksi osa diabeetikoista tunnistettiin kuolemansyyrekisteristä ICD-koodien perusteella vuodesta 1971 alkaen.

Stakes julkaisi ensimmäisen raportin diabetekskomplikaatioista vuonna 2005 (3). Sittemmin tietoja on täydennetty FinDM-aineistoon yllä mainituista rekistereistä useaan otteeseen uusimman version kattaessa tiedot diabeetikoista vuoteen 2017 saakka. Tutkimusaineistosta on julkaistu yli 70 artikkelia, suurin osa kansainvälisissä tieteellisissä julkaisuissa.

Diabeteksen hoidon vaikuttavuuden indikaattorit

Diabeteksen lisäsairauksia kuvaaviksi in-

dikaattoreiksi, joita tutkimusaineistosta voidaan seurata toiminnan laadun arvioimisessa, ovat tähän mennessä valikoituneet alaraaja-amputaatioiden, sydämfarktien ja iskeemisten aivohalvauksien ilmaantuvuudet. Tutkimusten myötä selvisi, että rekisteritutkimuksessa on selkeintä seurata diabeetikon kunkin lisäsairauden ensimmäistä sairastumisepisodeja, koska sama diagnoosi saattoi toistua aineistossa ilman, että uutta sairastumista oli tapahtunut.

Amputaatioista on seurattu erikseen nilkan alapuolisten ja nilkan yläpuolisten amputaatioiden ilmaantumista sekä näiden suhdelukua. Selkeimmiksi laadun indikaattoreiksi osoittautuivat ensimmäisten nilkan yläpuolisten amputaatioiden ilmaantuvuudesta kertovat tiedot sekä samanaikainen ensimmäisten nilkan alapuolisten ja yläpuolisten amputaatioiden suhdeluku. Näiden avulla saatiin kuva siitä, vähenevätkö nilkan yläpuoliset amputaatiot ilman, että nilkan alapuolisten amputaatioiden määrässä tapahtuu liian suuria muutoksia. Amputaatioiden määrään vaikuttavia tekijöitä ovat valtimo- tautien riskitekijöiden aktiivinen hoito ja verisuonikirurginen hoito.

Tehostunut diagnostiikka ja havainto siitä, että diabetes todetaan usein juuri sydäninfarktiin sairastumisen yhteydessä, ovat heijastuneet ensimmäisten sydäninfarktien ilmaantuvuuslukuihin. Tämä vaikeuttaa todellisen kehityksen seuranta-aikasarjoista. Aivohalvausten osalta seurantaan otettiin diabetekselle tyypilliset iskeemiset aivohalvaukset.

Lisäsairauksien ilmaantumiseen on vaikuttanut paljon myös diabeetikoiden määrän nopea kasvu. Kun vuosittainen lisäsairauksien ilmaantuminen on suhteutettu diabeetikoiden kokonaismäärään, on kehitys näyttänyt suotuisalta, vaikka lisäsairauksien kokonaismäärä on voinut samanaikaisesti lisääntyä. Voisi siis ajatella, että diabeteskomplikaatioiden ilmaantumista seurattaisiin myös suhteutettuna kokonaisväestöön, jolloin vaikuttavuudella mitattaisiin samanaikaisesti myös diabeteksen ehkäisyn onnistumista.

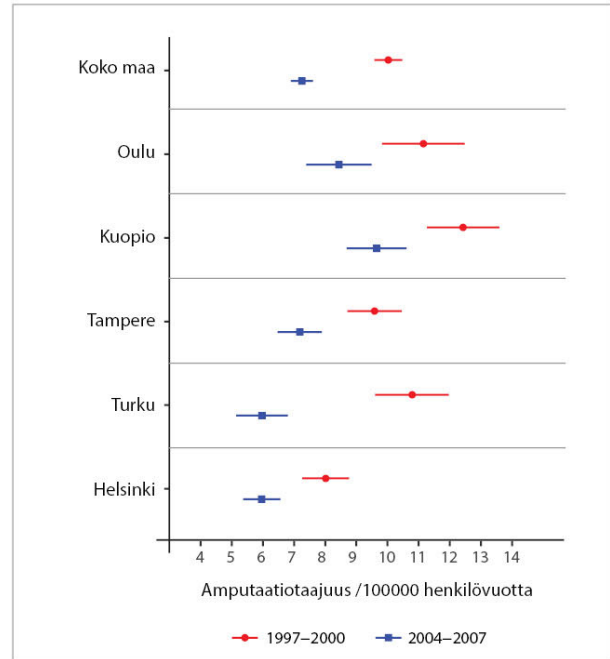
Diabeteksen lisätautien alueellinen ilmaantuminen

Diabeetikoiden ensimmäisten amputaatioiden alueellisesta ilmaantumisesta Suomessa on julkaistu artikkelit vuosina 2005 ja 2013 (1,4). Jälkimmäisessä artikkelissa on verrattu kehitystä erityisvastuualueilla (erva) vuosina 1997–

2000 ja 2004–2007 (kuva 1). Kaikilla erva-alueilla tilanne oli merkittävästi parantunut. Parhaat tulokset nilkan yläpuolisten amputaatioiden vähenemisessä saatiin jälkimmäisellä jaksolla TYKSin ja HYKSin erva-alueilla, ja paras kehitys oli tapahtunut TYKSin erva-alueella. Hoidon oikeaa kohdentumista mitattiin lisäksi kahden vuoden eloonjäämisellä leikkauksen jälkeen. Koko maassa oli kaksi vuotta ensimmäisen nilkan alapuolisen amputaation jälkeen elossa 65% diabeetikoita. Niitä, jotka olivat pysyneet hengissä siten, ettei nilkan alapuolisen amputaation

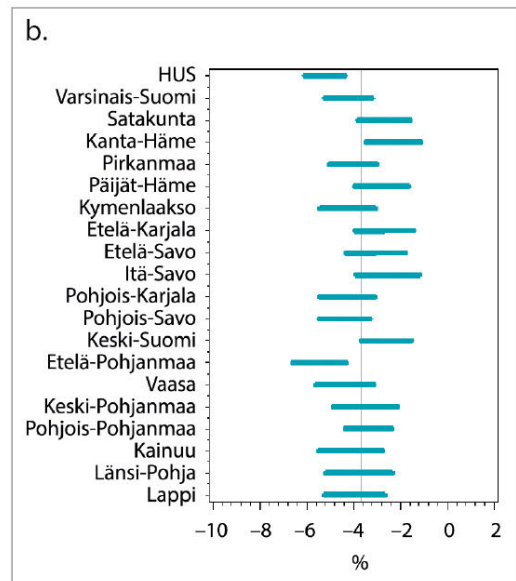
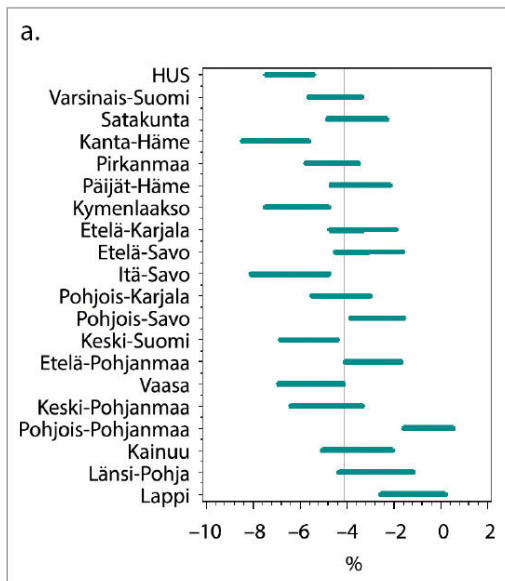
jälkeen ollut tehty nilkan yläpuolista amputaatiota, oli 55% diabeetikoista. Erva-alueiden välillä ei eloonjäämisluvuihin ollut tilastollisesti merkittäviä eroja (4).

Diabeetikoiden ensimmäisen sydän-



Kuva 1. Diabeetikoiden ensimmäisten nilkan yläpuolisten amputaatioiden ilmaantuvuus erityisvastuualueittain vuosina 1997–2000 (ylempi) ja 2004–2007 (alempi). Ilmaantuvuus 100 000 asukasta kohti vuodessa on vakioitu ja suhteutettu koko väestöön. Muokattu alkuperäisjulkaisun pohjalta (4).

Kuva 2. Diabeetikoiden keskimääräinen ensimmäisten sydäninfarktien (a) ja aivoinfarktien (b) ilmaantumisen muutos sairaanhoitopiireittäin verrattuna koko maan vähenemään vuosina 2000–2011. Alkuperäinen kuva julkaistu Aikakauskirja Duodecimissa (6).



infarktin ja aivohalvauksen alueellisesta ilmaantuvuudesta Suomessa on julkaistu tuloksia vuosina 2005, 2018 ja 2020 (1,5,6). Vuonna 2020 Duodecimissa julkaistussa artikkelissa verrattiin diabeetikoiden ensimmäisen sydäntapahtuman ja ensimmäisen aivohalvauksen ilmaantumista sairaanhoitopiireittäin vuosina 2000–2002 ja 2009–2011. Kuvassa 2 on kuvattu diabeetikoiden ensimmäisten sydäninfarktien ja aivoinfarktien keskimääräinen vuosittainen muutos vuosina 2000–2011 verrattuna koko maan vähenemään (6).

Edellä kuvatut diabeetikoiden vakavat valtimotautien ilmentymät selittyvät monilla tekijöillä. Kliinikko voi toki pohtia, mitkä ovat terveyskeskusten mahdollisuudet estää mainittuja diabeteksen lisätauteja, ja kuinka paljon eroja selittävät perusterveydenhuollossa tehty potilaiden ohjaus ja hoito.

Muita diabetestutkimusaineiston tuloksia yleislääkärin kannalta

FinDM-tutkimusaineisto on osoittanut diabeteksen nopean lisääntymisen Suomessa (kuva 3) ja siihen liittyvän sairastavuuden ja kuolleisuuden (2). Ei-insuliinihoitoisilla todettiin lähes kaksinkertainen kuolleisuus ja insuliinihoitoisilla noin nelinkertainen kuolleisuus verrattuna ei-diabeetikoihin 2000-luvun alussa (7,8). Ylikuolleisuutta selittää pitkälti sydän-

ja verisuonitautikuolleisuus, mutta myös syöpäkuolleisuus. Insuliinihoitoisilla naisilla todettiin merkittävä ylikuolleisuus syöpään kaikissa ikäryhmissä.

Diabeetikoiden estettävissä olevia sairaalahoitoja on onnistuttu vähentämään merkittävästi vuodesta 1996 vuoteen 2011 (9). Suurin muutos on tapahtunut pitkäaikaisissa lisäsairauksissa kuten sydän- ja verisuonitaudit, mutta myös lyhytaikaisissa komplikaatioissa kuten hypo- ja hyperglykemiat. Suuret erot pitkäaikaisten lisäsairauksien ja lyhytaikaisten komplikaatioiden aiheuttamissa sairaalahoitoissa selittyivät lähinnä terveyskeskusten välisillä eroilla, ei niinkään sairaanhoitopiirien välisillä eroilla.

FinDM-aineiston avulla on myös todettu, että diabetes on vaikuttanut hoidon saantiin. Sepelvaltimotauodin toteamisen jälkeen miesdiabeetikoille tehty sepelvaltimotoimenpiteet lisääntyivät vähemmän kuin ei-diabeetikoille tehtyt toimenpiteet, mutta diabeetikkoisille toimenpiteet lisääntyivät enemmän kuin ei-diabeetikoille vuosina 1995–2002 (10). 2000-luvun alussa diabeetikoille tehtiin selvästi vähemmän revaskularisaatioita kuin ei-diabeetikoille, ja he päätyivät toimenpiteeseen usein vasta päivystystilanteissa (11).

FinDM-aineiston avulla on selvitetty myös sosioekonomisen aseman merkitystä lisätautien ilmaantumiseen ja diabeetikkojen kuolleisuuteen (12,13). Dia-

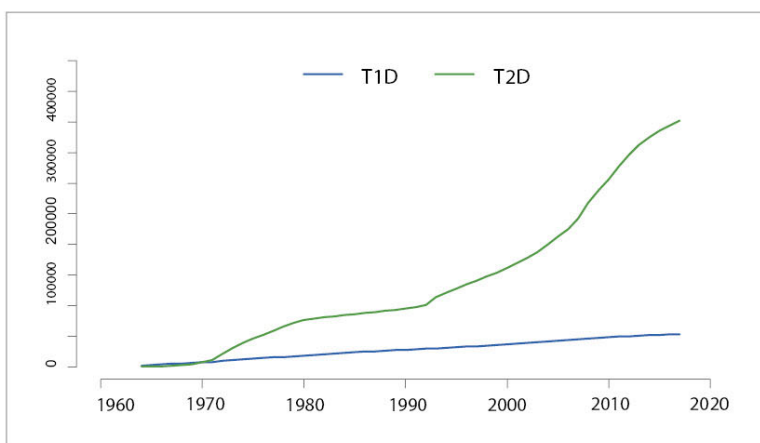
beetikkomiesten kuolleisuutta lisäsivät 2–4-kertaiseksi pitkäaikaistyöttömyys verrattuna työllistyneisiin ja lähes kaksinkertaiseksi alhaiset tulot verrattuna hyvätuloihin. Tyypin 1 diabeetikkoisilla pitkäaikaistyöttömyyden ja alhaisen tulotason vaikutus oli samanlainen kuin miehillä, mutta tyypin 2 diabeetikkoisilla tärkeimmät kuolleisuutta lisäävät tekijät olivat alhainen tulotaso ja alhainen koulutus, jotka 1,5-kertaistivat kuolleisuuden (13). Alimmissa sosiaaliryhmässä diabeetikoilla oli kaksinkertainen riski joutua nilkan yläpuoliseen amputaatioon (14).

Tutkimusaineiston avulla on voitu tutkia myös diabeteksen vaikutusta muuhun sairastavuuteen. Diabeetikot käyttävät Suomessa 1,5–2-kertaisesti masennuslääkkeitä verrattuna ei-diabeetikoihin (15). Sepelvaltimotauodin sekundaaripreventiota selvittävä tutkimus osoitti, että vielä 2000-luvun alussa diabetesta sairastavat miehet käyttivät merkittävästi vähemmän lipiditasoa alentavaa lääkitystä kuin ei-diabeetikkomiehet (16). Vuoteen 2007 ulottuvassa diabeetikkokohortissa ei enää vastaavaa sukupuolten välistä eroa todettu ja lipiditasoa alentava lääkitys oli hyvin käytössä, mutta edelleen huonoimmin alimmissa tuloryhmässä (17).

FinDM-aineistolla on osallistuttu myös kansainvälisiin tutkimuksiin. Rekisteritutkimuksen perusteella glitatsonein käyttö ei ollut yhteydessä rakkosyöpään (18). Monikansallisessa tutkimuksessa selvitettiin tyypin 1 diabeetikoiden syöpien ilmaantumista (19). Miehillä ei todettu suurempaa sairastavuutta kaikkiin syöpiin, mutta naisilla todettiin pieni lisääntyminen. Suurimmat lisärisikit olivat maksasyövässä, miehillä lisäksi haimasyövässä ja naisilla mahalaukun syövässä. Näissä kaikissa riski oli ainakin 1,5-kertainen. Pienentynyt riski todettiin diabeetikkomiehillä eturauhassyövässä ja diabeetikkoisilla rintasyövässä (19).

Lopuksi

Kansallinen FinDM-tutkimusaineisto on mahdollistanut diabeteksen ja sen lisätautien ilmaantumisuuden seurannan. Tieto mahdollistaa kohdennettuja dia-



Kuva 3. Diabeteksen esiintyvyys Suomessa vuosina 1964–2017 (2).

beteksen hoidon alueellisia tehostamistoimia. Tutkimusaineisto on muodostunut lähinnä hoitoilmoitustiedoista, min-kä takia esimerkiksi diabeteksen lisätautiin joidenkin tärkeiden riskitekijöiden (esim. painoluokka, tupakointi, HbA1c) seuranta ei ole voitu tehdä. Niiden seuranta käynnistyy Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen perustettavan Diabeteslaurekisterin myötä. FinDM-tutkimusaineisto on tuottanut merkittäviä tuloksia, joita voidaan hyödyntää myös laurekisterin perustamisessa. Erityisen tärkeää on ollut vaikuttavuusindikaattorien määrittely. Yleislääkärinä palvellee eniten alueellinen diabeteksen lisäsa-rauksien ilmaantuvuustieto. Uusimmas-sa julkaisussa diabeetikoiden sydän- ja aivoaltimolisäsairauksien sekä diabeet-tisen retinopatian ilmaantuvuudet olivat laskeneet vuosien 2000 ja 2017 välillä, mutta kroonista munuaisten vajaatoimin-taa todetaan yhä useammin. Neuropatioiden ilmaantuvuus on myös lisääntynyt hoitoilmoituksissa (20).

Klas Winell

LT, laatu-kouluttaja, tutkija, Conmedic ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Martti Arffman

VTM, tilastotutkija, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Reijo Sund

VTT, rekisteritutkimuksen professori, Itä-Suomen yliopisto

Ilmo Keskimäki

LT, tutkimusprofessori, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Kirjallisuus

- 1 Winell K, Winell K. Diabeteksen hoidon laatu ja seuranta-järjestelmät. DEHKO-raportti 2002:2, Suomen Diabetesliitto ry, Tampere 2002.
- 2 Arffman M, Ilanne-Parikka P, Keskimäki I, ym. FinDM database on diabetes in Finland. Finnish Institute for Health and Welfare (THL). Discussion Paper 19/2020. Helsinki, Finland 2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-492-9>
- 3 Niemi M, Winell K. Diabetes Suomessa. Esintyyvyyt ja hoidon laadun vaihtelu. Stakes Raportteja 8/2005, Helsinki 2005.
- 4 Winell K, Venermo M, Ikonen T, ym. Indicators for comparing the incidence of diabetic amputations: a nationwide population-based register study. Eur J Vasc Endovasc Surg 2013;46:569-74.

- 5 Winell K, Arffman M, Pietilä A, ym. Regional differences in the incidence of diabetic cardiovascular events reflect the quality of care. Scand Cardiovasc J 2018;52:232-7.
- 6 Winell K, Arffman M, Salomaa V. Diabeetikoiden akuuttien sydäntapahdusten ja aivoinfarktien ilmaantumisessa suuria alueellisia eroja. Duodecim 2020;136:561-8.
- 7 Forssas E, Sund R, Manderbacka K, ym. Increased cancer mortality in diabetic people treated with insulin: a register-based follow-up study. BMC Health Services Research 2013;13:267.
- 8 Forssas E, Sund R, Manderbacka K, ym. Diabeetikoilla yhä suuri ylikuolleisuus muuhun väestöön verrattuna. Suom Lääkäril 2010;65:2359-67.
- 9 Manderbacka K, Arffman M, Lumme S, ym. Regional trends in avoidable hospitalisations due to complications among population with diabetes in Finland in 1996-2011: A register-based cohort study. BMJ Open 2016;6:e011620.
- 10 Vehko T, Manderbacka K, Arffman M, ym. Increasing resources effected equity in access to revascularizations for patients with diabetes. Scand Cardiovasc J 2010;44:237-44.
- 11 Vehko T, Sund R, Manderbacka K, ym. Pathways leading to coronary revascularisation among patients with diabetes in Finland: a longitudinal register-based study. BMC Health Services Research 2011;11:180.
- 12 Forssas E, Arffman M, Koskinen S, ym. Socioeconomic differences in mortality among diabetic people in Finland. Scand J Public Health 2010;38:691-8.
- 13 Forssas E, Manderbacka K, Arffman M, ym. Socio-economic predictors of mortality among diabetic people. Eur J Public Health 2012;22:305-10.
- 14 Venermo M, Manderbacka K, Ikonen T, ym. Amputations and socioeconomic position among persons with diabetes mellitus. BMJ Open 2013;3:e002395.
- 15 Manderbacka K, Sund R, Koski S, ym. Diabetes and depression? Secular trends in the use of antidepressants among persons with diabetes in Finland in 1997-2007. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2010;20:338-43.
- 16 Vehko T, Manderbacka K, Arffman M, ym. Changing patterns of secondary preventive medication among newly diagnosed coronary heart disease patients with diabetes in Finland: a register-based study. Scand J Public Health 2010;38:317-24.
- 17 Vehko T, Sund R, Arffman M, ym. Monitoring the use of lipid-lowering medication among persons with newly diagnosed diabetes: a nationwide register-based study. BMJ Open 2013;3:e003414.
- 18 Levin D, Bell S, Sund R, ym, on behalf of the Scottish Diabetes Research Network Epidemiology Group and the Diabetes and Cancer Research Consortium. Pioglitazone and bladder cancer risk: a multipopulation pooled, cumulative exposure analysis. Diabetologia 2015;58:493-504.
- 19 Carstensen B, Read SH, Friis S, ym, on behalf of the Diabetes and Cancer Research Consortium. Cancer incidence in persons with type 1 diabetes: A 5-country study of 9,000 cancers in persons with type 1 diabetes. Diabetologia 2016;59:980-8.
- 20 Arffman M, Ilanne-Parikka P, Keskimäki I, ym. Tyypin 1 ja 2 diabeteksen ja niiden lisäsairauksien ilmaantuvuus ja esiintyvyys Suomessa vuosina 2000-2017. Tutkimuksesta tiivistä 8/2020. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-501-8>

Kutsu Suomen yleislääkärit GPF ry:n vuosikokoukseen

Suomen yleislääkärit ry:n sääntömääräinen vuosikokous pidetään perjantaina 28.5.2021 klo 16.15.

Kokouspaikka on Teams.

Kokouksessa käsitellään yhdistyksen sääntöjen 7 §:ssä määrättyt asiat. Sääntöjen 14 §:n mukaan äänioikeuden käyttäminen yhdistyksenkokouksessa edellyttää ennakoilmoittautumista.

Ilmoittaudu GPF:n toimistoon yleislaakarit@fimnet.fi 17.5.2021 mennessä.

Osallistumislinkit ilmoittautuneille lähetetään muutama päivä ennen kokousta.



Kiusana emättimen kuivuus ja kirvely, yhdyntäkivut tai toistuva virtsatietulehdus?

Näiden oireiden taustalla saattaa olla vaihdevuosien aiheuttama estrogeenin puute.



Vagifem®

10 mikrog emätinpuikko, tabletti

Helppo- ja siistikäyttöinen* Vagifem®-emätinpuikko on jo lähes 30 vuoden ajan auttanut suomalaisia naisia vaihdevuosisoireiden hoidossa. Lue lisää: vagifem.fi

Vagifem® 10 mikrog emätinpuikko, tabletti 18 emätinpuikkoa. Vaihdevuosien aikana estrogeenin määrä vähenee. Vagifem® 10 mikrog emätinpuikko on hoito estrogeenin puutteesta johtuviin emättimen paikallisoireisiin. Vaikuttava aine on estradioli. Ei sovi naisille, joilla on tai on ollut emättimen tai kohdun sairaus, rintasyöpä, alttius veritulppiin tai maksasairaus. Keskustele lääkärin kanssa ennen käyttöä, tai jos oireesi eivät lieviy 2–4 viikossa. Tutustu pakkausselosteeseen ennen käyttöä. Markkinoija Novo Nordisk Farma Oy. Vagifem® on Novo Nordisk Health Care AG:n omistama tavaramerkki.

*Dugal R, et al. Comparison of usefulness of estradiol vaginal tablets and estriol vagitories for treatment of vaginal atrophy. Acta Obstet Gynecol Scand. 2000;79:293-297.

FI20VGG00043 08/2020


novo nordisk® novonordisk.fi

Vagifem®10
10µg 17β-estradioli

Seppo Miilunpalo, Toni Honkakorpi, Juho Lehto, Tiina Surakka

Asumispalveluyksiköiden asiakkaat ja toiminnan laatu

Vanhusten asumispalveluja tarjoavia yksiköjä otettiin vuonna 2019 laatuongelmien takia viranomaisvalvontaan. Tavoitteena oli selvittää yksiköiden henkilöstömitoitusta, asukkaiden avun tarvetta sekä arvioida hoidon laatua. Tutkimukseen valittiin kaikki Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintoviraston (LSSAVI) toimialueen tehostetun asumispalvelun yksiköt (n=348). Kyselyyn vastasi 81 % kohderyhmästä.

Suuria, yli 36 asukkaan yksiköitä oli 29%. Lähes 80% henkilöstöstä oli perus-, lähi- tai sairaanhoitajia. Sosiaalihuollon ammattihenkilöitä oli vähän. Valtaosa ylitti henkilöstömitoituksessa 0,5 työntekijän rajan. Lähes kaikissa yksiköissä oli käytössä omalääkärijärjestelmä. Käytetyn ”hoidon tarve” -mittarin mukaan hoidon tarve oli huomattavan suuri, sillä suuressa osassa yksiköitä asukkaista yli puolet luokiteltiin vuodepotilaiksi tai ”kahden autettaviksi”. Palvelujen teknistä laatua selvitettiin laaditun väittämälistan avulla. Esimerkiksi päivittäinen ohjattu liikunta tai ulkoilu siihen kykenevillä asukkailla ei kolmanneksessa yksiköistä toteudu. Käytettyä teknisen laadun mittaristoa kehitettiin laatutyöhön soveltuvaksi työkaluksi.

Vain pienessä osassa yksiköitä ei henkilöstömitoituksen vähimmäissuositus toteutunut. Osalla yksiköistä on puutteita laadussa. Kunnallisen ja yksityisen tahon yksiköissä ei ollut eroja toimintakäytännöissä.

Taustaa

Vanhustenhuollon yksi keskeinen tavoite on turvata kotona tai kodinomaisissa

olosuhteissa asumisen mahdollisuus toimintakyvyltään heikkenevillä ikäihmisillä. Vanhustenhuolto sijoittuu kunnissa sosiaali- ja terveydenhuollon rajapintaan. Hallinnollisesti kotipalvelut ja kotisairaanhoito kuuluvat sosiaalitoimelle. Jos vanhuksen selviäminen kotonaan heikkenee asianmukaisesti käytössä olevista kotipalveluista huolimatta, jää sosiaalitoimen vaihtoehdoksi tehostettujen asumispalveluiden järjestäminen.

Kuntatalouden ahdingosta johtuen viime vuosina on kuntien asumispalveluita ulkoistettu yksityisille yrityksille. Yritykset ovat myös perustaneet yksiköitä kuntien sosiaalitoimen sopimusasiakkaita varten. Useiden kuntien alueella on sekä kunnan että yksityisten yritysten ylläpitämiä vanhusten asumispalveluyksiköitä. Vuoden 2019 alussa uutisoitiin vanhustenhuollon puutteista tehostetun asumispalveluiden yksiköissä.

STM:n asettama palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämisen ohjausryhmä tarkasteli saattohoitoa terveydenhuollossa koskevan kyselynsä tuloksia keväällä 2019. Tuolloin STM:n virkamiehet esittivät kysymyksen siitä, mitä tiedetään saattohoidon toteutumisesta tehostetun asumispalveluiden yksiköissä. Käydyn keskustelun seurauksena STM

pyysi LSSAVI:ta tekemään aiheesta selvityksen. Yksiköiden saattohoitokäytäntöjä koskevat tulokset on julkaistu toisaalla (1). Tämä raportti keskittyy asiakkaiden avun tarpeeseen, henkilöstömitoitukseen ja toiminnan laatuun.

Tavoitteena oli selvittää tehostettujen asumispalveluyksiköiden henkilöstömitoitusta, niiden asukkaiden avun tarvetta, arvioida hoidon teknistä laatua sekä kehittää käytännön laatutyöhön asumispalveluyksiköissä soveltuvaa työkalua.

Aineisto ja menetelmät

Tehostetun asumispalveluyksiköiden toiminnan laatua tarkasteltiin Grönroosin (2) määrittelemän teknisen laadun käsitteillä. Käsitteistön vahvuutena on niiden todennettavuus (”asukkailla on tarjolla vähintään neljä ateriaa/välipalaa päivässä”), vaikka menetelmällä ei saadakaan selville koettua laatua (esimerkiksi asiakkaiden kokemusta ruuan mausta) tai sen ravitsemuksellista arvoa. Palvelujen teknisen laadun arviointi edellyttää useiden väittämien käyttöä, jotka yhdessä muodostavat palvelua kattavan kokonaisuuden.

Selvitys perustuu huhtikuussa 2019

LSSAVI:n toimialueen asumispalveluyksiköille (n=348) sähköpostilla (Webropol) tehtyyn kyselyyn. Vastaajaksi toivottiin yksikön vastaavaa hoitajaa, jonka voi olettaa tuntevan yksikön asukkaat ja käytännöt. Kysymykset pyrittiin muotoilemaan siten, että niihin pystyy arvovapaasti vastaamaan asteikolla 1) toteutuu, 2) pääosin toteutuu, 3) osittain toteutuu tai 4) ei toteudu.

Laadun arvioinnin väittämiä voi käyttää yksikön laadun kehittämisen työkaluna, jonka avulla voi herättää henkilökunnan keskuudessa laatu tietoisuutta ja -tavoitteita. Menetelmää voi käyttää myös sopimusohjauksen välineenä: sen kriteerit voivat palvella sekä järjestämistä vastuussa olevaa kuntaa että ohjaus- ja valvontavelvollisuuttaan toteuttavia viiranomaisia.

Kyselyyn vastasi yhteensä 282 (81%) asumispalveluyksikköä. Niistä kunnallisia yksiköitä oli 145 ja yksityisen tahon ylläpitämiä yksiköitä oli 137 kappaletta. Vastausprosentti kunnallisilla yksiköillä oli 73% ja yksityisillä 92%. Kolmannen sektorin ylläpitämiä yksiköitä oli vain neljä, ja ne on laskettu edellä yksityisten yksikköjen joukkoon. LSSAVI:n alueella on yhteensä 85 kuntaa. Niistä kolme on suomalaisittain suurta kaupunkia (Tampere, Vaasa, Jyväskylä), kaksi on muuta maakuntapäätävää kaupunkia (Kokkola ja Seinäjoki) ja useita suuria kehyskuntia sekä lukuisia määriä pieniä tai harvaan asuttuja maaseudun kuntia.

Laadun arvioinnin mittarin kehittäminen

Tulosten analyysivaiheessa aluehallintoylilääkäri esitteli erilaisille asiantuntijatahoille rakennettua teknisen laadun mittaristoa ja sillä saatuja tuloksia. Mittaristo esiteltiin palautteen saamiseksi muutamalle THL:n vanhuspalvelujen tutkijalle, Pirkanmaan terveyskeskusten johtaville ylilääkäreille, tarkastuskäynnin yhteydessä erälle tuetun asumisyksikön toimivalle johdolle sekä aluehallintoviraston omille asiantuntijoille. Saatua palautteen avulla mittaristoa edelleen kehitettiin. Laadun väittämiä lisättiin tai muotoiltiin uudelleen, jotta ne sopivat paremmin nykyisiin käsityksiin hoidon

Taulukko 1. Kyselyssä käytetyt teknisen laadun mittarit ja niihin saadut vastausjakaumat vastauksissa (n=282) tehostetun asumispalvelujen yksiköissä. Lihavoidut luvut ovat kirjoittajien painotuksia tuloksista.

Laadun teknisiä mittareita	Toteutuu %	Pääosin toteutuu %	Osittain toteutuu /Ei toteudu %
Yksikön suunnitelmallisuuden arviointi			
1. Asukkaille laaditaan yksilöllinen ja kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma	92	7	2
2. Hoito- ja palvelusuunnitelman toteutumista seurataan ja se päivitetään tarvittaessa	75	23	3
3. Asukkailla on suun hoitosuunnitelma (tai se sisältyy hoito ja palvelusuunnitelmaan)	38	30	33
Ruokailu ja ravitsemus			
4. Vähintään neljä ateriaa/välipalaa päivässä	100		1
5. Ateriointiin käytettävissä aikaa tarvittaessa vähintään 30 min / asukas ja ateria.	80	17	4
6. Tarvittaessa ruokailuapu ja soseutettu ruoka.	100		
7. Yöaikainen ateriaväli alle 12 tuntia	61	26	13
Intiimihygienia			
8. Asukkailla on suun 'hoitokori', jossa on yksilölliset suun puhdistusvälineet	68	23	10
9. Jos on pidätysongelma, vaipan vaihto vähintään 3 x vrk ja tarvittaessa	96	4	1
10. Alapesu ja vaipan vaihto ulostamisen jälkeen 30 minuutin kuluessa	64	35	2
Ehkäisevä hoito ja kuntoutus			
11. Ihon kunnon säännölliset tarkastukset vuodepotilailla	99	1	0
12. Säännöllisiä istuma- ja liikeharjoituksia vuodepotilailla päivittäin	42	40	19
13. Toistuvia asennonvaihtoja paine- haavaumien ehkäisemiseksi	95	6	0
14. Yksiköllä kirjallinen viikoittainen virike-ohjelma ja osallistumisen seuranta	56	25	6
Liikunta ja liike			
15. Ohjattua liikuntaa ja/tai ulkoilua siihen kykeneville päivittäin	24	44	33
Hyvinvoinnin seuranta			
16. Painon mittausta 2 vk – kuukauden välein, ja painokäyrät ovat käytössä	50	23	27
17. Omahoitajan ja lääkärin säännölliset tapaamiset (min. 3 kk:n välein)	46	21	24
18. Asukkaan suostumuksella yhteydenpito omaisiin vähintään 3 kk välein	74	19	8
19. Hyvinvoinnin, pirteyden ja/tai jaksamisen kurva (esim. masennustesti)	30	31	40
Henkilöstön täydennyskoulutus			
20. Geriatriasta tai gerontologista täydennyskoulutusta vuosittain	35	31	35
21. Hoitotyön arvoja ja asenteita käsittelevää keskustelua ja koulutusta vuosittain	57	23	21
22. Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa koskevaa täydennyskoulutusta vuosittain	23	29	49

Taulukko 2. Laadun arviointiin tehostetuissa asumispalveluyksikössä suositellut teknisen laadun väittämät

<p>Asumisyksikön toiminnan suunnitelmallisuus ja resurssit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asukkaille laaditaan yksilöllinen ja kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma. - Yksiköllä on sopimuslääkäri, joka toimii yksikön lääkärinä ja terveyspalveluista vastaavana johtajana. - Yksiköllä on sovittu menettelytavoista kotisairaalan kanssa esim. saattohoitotilanteita varten. - Yksiköllä on kirjallinen ohje konsultoivan lääkärin tavoittamiseksi iltaisin ja viikonvaihteisin. - Yksiköllä on normien mukainen henkilöstörakenne ja hoitajamäärä.
<p>Asiakastoiminnan suunnitelmallisuus ja yksilöllisyys (1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoito- ja palvelusuunnitelman toteutumista seurataan ja sitä päivitetään tarvittaessa (esim. elämän loppuvaiheen suunnitelma). - Yksikön lääkäri käy säännöllisesti ja tapaa hoidossaan olevat asukkaat vastaanotolla vähintään puolen vuoden (tai esimerkiksi 3–4 kk:n) välein - Yksiköllä on menettelytapa yksikön lääkärin kutsumiseksi tarvittaessa paikalle tai puhelin-konsultaation tekemiseksi. - Yksiköllä on kuolemaa koskevat toimintaohjeet ja kirjalliset ohjeet omaisille (esim. kuolin-todistus ja hautauslupa).
<p>Ruokailu ja ravitsemus (1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asukkaille on tarjolla vähintään neljä ateriaa/välipalaa päivässä. - Ateriointiin käytettävissä aikaa tarvittaessa vähintään 30 min asukas/ateria. - Tarvittaessa ruokailuapu ja soseutettu ruoka. - Yöaikainen aterioväli alle 12 tuntia.
<p>Intiimihygienia (1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asukkailla on suun 'hoitokori', jossa on yksilölliset suun puhdistusvälineet. - Jos asukkaalla on pidätysongelma, vaipan vaihto vähintään 3 x /vrk ja tarvittaessa. - Alapesu ja vaipan vaihto ulostamisen jälkeen enintään 30 minuutin kuluessa.
<p>Ehkäisevä hoito ja kuntoutus (1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ohjattua liikuntaa ja/tai ulkoilua siihen kykeneville päivittäin. - Säännöllisiä istuma- ja liikeharjoituksia vuodepotilailla päivittäin. - Ihon kunnon säännölliset (päivittäiset) tarkastukset vuodepotilailla. - Vuodepotilailla päivittäin useita toistuvia asennonvaihtoja tai painepatja painehaavaumien ehkäisemiseksi. - Todetun kroonisen sairauden seurantamittaukset (esimerkiksi fB-gluk, RR) tehdään säännöllisesti.
<p>Hyvinvoinnin seuranta (1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Yksiköllä on viikoittainen virikeohjelma ja siihen osallistumisen tarkoituksenmukainen seuranta. - Omahoitajan säännölliset tapaamiset ja terveydentilan seuranta sekä akuutin hoidontarpeen arviointi. - Painon mittaus noin kuukauden välein, ja painokäyrät ovat käytössä. - Hyvinvoinnin, pirteyden ja/tai jaksamisen kurva käytössä. - Asukkaan suostumuksella yhteydenpito omaisiin vähintään 3 kk välein.
<p>Henkilöstön täydennyskoulutus ja työhyvinvointi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geriatriasta tai gerontologista täydennyskoulutusta vuosittain. - Hoitotyön arvoja ja asenteita sekä kuntouttavaa työtettä koskevaa keskustelua ja koulutusta vuosittain. - Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa koskevaa täydennyskoulutusta vuosittain. - Työnohjausta on saatavissa. - Työhyvinvoinnista keskustellaan ja yksiköllä on päivitetty suunnitelma sen edistämiseksi.

(1) merkityt ovat asiakaskohtaisen laadun kriteerejä

tasosta. Näin alkuperäisestä arviointimittarista (taulukko 1) jalostui taulukossa 2 esitetty mittaristo.

Tulokset

Yksikön koko

Yksityisten yksiköiden asukasmäärä oli keskimäärin 28,3 asukasta ja kunnallisten yksiköiden 31,5 asukasta. Yksityiset ja kunnalliset yksiköt eivät tilastollisesti merkitsevästi eronneet toisistaan. Pieniä, enintään 12 asukkaan yksiköitä oli noin 9%, 13–24 asukkaan yksiköitä oli noin 33%, 25–36 asukkaan yksiköitä oli noin 31% ja yli 36 asukkaan yksiköitä oli 29%. Suurimmassa yksikössä oli 88 paikkaa, pienimmässä oli kuusi paikkaa. Pienimpään yksikköön oli laskettu mukaan vain sen tehostetussa asumispalvelussa olevat asukkaat.

Toinen tapa arvioida yksikön kokoa on siellä työskentelevien lukumäärä. Selvästi suurin ammattiryhmä oli perus- ja lähihoitajat (noin 69%), ja toiseksi suurin ryhmä oli sairaanhoitajat (noin 9%). Terveystieteiden ammattihenkilöitä oli kyselyyn vastanneissa yksiköissä keskimäärin 20,8 henkilöä.

Seuraavaksi suurimpaan ammattiryhmään kuuluivat koulutetut ohjaajat tai hoito- ja hoiva-avustajat, laitoshoitajat ja keittiötyöntekijät. Näihin ryhmiin kuului kaikissa yksiköissä keskimäärin kolme henkilöä (keskihajonta 2,6, mediaani 2, minimi 0). Sosiaalihuollon ammattihenkilöitä, kuten sosiaalityöntekijät ja sosionomit tai mahdolliset ohjelmatyöntekijät, oli kaikissa yksiköissä keskimäärin 1,6 henkilöä (mediaani 1, hajonta 1,8, minimi 0, maksimi 11,5).

Yksiköiden henkilöstön mitoistusta tarkasteltiin jakamalla henkilöstön lukumäärä (kokoaikaisina työntekijöinä) tuetun palvelun asukkaiden lukumäärällä. Henkilöstömitoitus oli näin laskettuna keskimäärin 0,69 (hajonta 0,165). Suurimmassa osassa yksiköitä henkilöstömitoitus oli välillä 0,5–0,8.

Vapaaehtoisten määrä

Sellaisten omaisten ja vapaaehtoisten työntekijöiden lukumäärä, jotka käyvät yksikössä päivittäin, lähes päivittäin

tai vähintään viikoittain, vaikka eivät ole yksikön palkkaamia, oli yksityisissä yksiköissä 111 henkilöä, keskimäärin 1,3 henkilöä yksikköä kohti (3,5% henkilöstöstä). Kunnallisissa yksiköissä työskenteli vastaavasti yhteensä 106 vapaaehtoista, keskimäärin 0,95 henkilöä yksikköä kohti (2,8% henkilöstöstä).

Omahoitaja- ja -lääkärijärjestelyt

Yhteensä 98%:ssa yksiköistä on käytössä omahoitaja- ja -lääkärijärjestelmä. Avoimessa kysymyksessä kuvailtiin omahoitajajärjestelmää ja kerrottiin sen käytännön toteutuksesta ja toimivuudesta muun muassa seuraavasti:

”Omahoitaja koordinoi asukkaan hoitoa, päivittää hoito- ja palvelusuunnitelmat ja viettää asiakkaan kanssa ylimääräistä aikaa. Omahoitaja päivittää myös RAI-arvioinnit ja hoitaa yhteydenpidon omaisiin.”

”Jokaiselle asukkaalle on nimetty omahoitaja, joka huolehtii hoito- ja palvelusuunnitelmat, RAI-arvioinnit, perhepalaverit ja pääasiassa yhteydenpidon omaisiin.”

Omalääkärin tehtävää ja roolia kuvattiin muun muassa seuraavasti:

”Vastuulääkäri tapaa asukkaan säännöllisesti ja vastaa omien asiakkaidensa lääketieteellisestä hoidosta. Vastuulääkäri voi olla kaikkien yksikön asukkaiden vastuulääkäri, tällöin pyritään siihen, että sama lääkäri käy yksikössä säännöllisesti.”

”Vastuulääkäri vastaa asukkaan lääketieteellisestä hoidosta ja tekee lähikiertopäivän jokaisen asukkaan luona kolmen kuukauden välein. Vastuulääkäri vastaa aina omien asukkaiden hoidosta.”

”Palvelutalolla on omalääkäri, joka hoitaa ensisijaisesti asukkaiden asiat ja huolehtii vuositarkastuksesta sekä lääkkeiden tarkistuksesta. Pienkodeilla on oma sairaanhoitaja (talossa vain kuitenkin yksi palveluesimies), joka vastaa etusijassa lääkäriyhteistyöstä.”

Asukkaiden hoidon tarve

Asukkaiden hoidon ja huolenpidon tarvetta eli hoitoisuutta arvioitiin 5-portaisen asteikon avulla, jonka portaiden kuvaajat olivat seuraavat:

- 1) omatoiminen (satunnainen avun tarve),
- 2) osittain autettava (toistuva avun tarve),
- 3) autettava (huomattava avun tarve),
- 4) kahden autettava, ja
- 5) erittäin runsas avun ja hoivan tarve (käytännössä vuodehoitoinen).

Noin kahdessa kolmasosassa yksiköistä hoitoisuusryhmän keskiarvo, laskeutena hoitoryhmälle annetun numeerisen arvon 1–5 avulla, oli yli 3. Asukkaiden hoitoisuutta tarkasteltiin myös kahden eniten hoitoa ja hoivaa vaativan asiakasryhmän (ryhmät 4 ja 5) prosentuaalisena osuutena yksikön asukkaista. Osuus oli keskimäärin 39% kaikista asukkaista. Kaikista yksiköistä huomattava osa oli sellaisia, joista yli puolet yksikön asukkaista kuului joko ”kahden autettaviin” tai ”vuodepotilaisiin”.

Palvelujen laatu

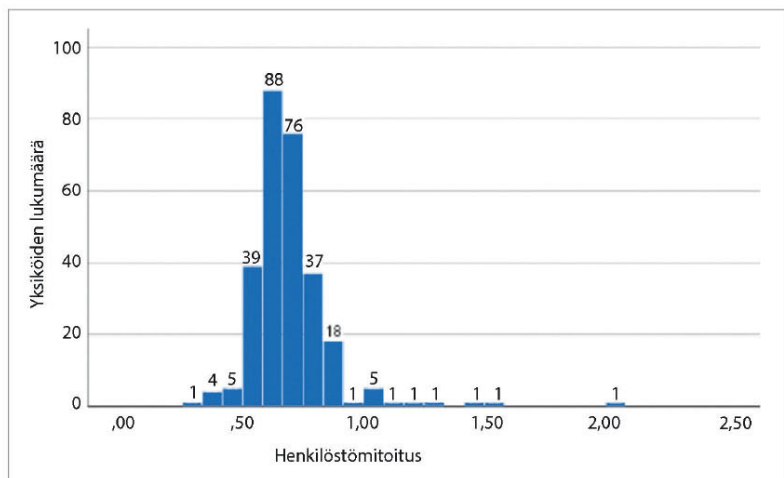
Toiminnan suunnitelmallisuuden, ruokailun ja ravitsemuksen, intiimihygienian sekä ehkäisevän hoidon ja kuntoutuksen sisältöalueet toteutuivat parhaiten. Esimerkiksi yhdeksällä kymmenestä asukkaasta laaditaan yksilöllinen ja kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma, pidätysongelmallisilla vaippa vaihdetaan vähintään kolme kertaa vuorokaudessa, ja asennonvaihdot ovat säännöllisiä painehaavaumien ennalta ehkäisemiseksi. Kaikilla toteutuivat määritelty ateriamäärä sekä ruokailuapu tai tarvittaessa ruoan soseuttaminen (taulukko 1).

Sen sijaan kolmanneksella suunhoito ei toteutunut suunniteltuna (kysymys 3). Kaiken kaikkiaan hyvinvoinnin seurannassa tai henkilöstön täydennyskoulutuksessa esiintyi runsaasti hajontaa. Neljällä kymmenestä asukkaasta ei arvioida henkisiä voimavaroja (kysymys 19). Kolmasosa ei saa säännöllisesti ohjattua liikuntaa tai ulkoilua (kysymys 15). Noin puolessa vastaajayksiköistä ei toteutunut henkilökunnan osaamista tukeva täydennyskoulutus.

Selvitys toteutettiin tietokoneavusteisena kyselynä. Siihen liittyy kutaquinkin kaikki kyselylomakkeen käyttöön tiedonkeruun välineenä kytkeytyvät harhat. Niihin kuuluvat sekä kysyjän tiedoista tai asenteellisyydestä seuraavat kysymyksen asetelut ja valinnat, sekä vastaavasti vastaajan tulkinnat kysymyksen soveltuvista vastauksista. Kysely pyrittiin laatimaan objektiivisesti ja ilman vastauksia ohjailevaa tarkoitushakuisuutta, mutta epäilemättä vastaajiin on voinut vaikuttaa muun muassa tietoisuus kysyjän viranomaisasemasta (taulukko 1).

Kyselyn vastausprosentti oli korkea, ja ilman merkittävää eroa julkisten ja yksityisten yksiköiden vastausprosentissa, eikä juuri merkittävää eroa – vastoin ehkä yleistä käsitystä – ollut julkisten ja yksityisten yksiköiden toimintaa kuvaavissa tiedoissakaan. Valtaosa yksiköistä täytti nykysuositusten mukaiset suositukset henkilöstömäärästä, mutta muutamien yksiköiden henkilöstömitoituksen jääminen alle 0,5 työntekijää asukasta kohti viittaa siihen, että joko tietoisesta syystä yksikössä pyritään säästämään henkilös-

työntekijää asukasta kohti viittaa siihen, että joko tietoisesta syystä yksikössä pyritään säästämään henkilös-



Kuva 1. Henkilöstömitoitusten jakauma eri yksiköissä.

tökuluissa, tai että rekrytoinnissa ei ole onnistuttu. Pätevän henkilöstön rekrytointi on jo varsin yleinen ongelma.

Kyselyn sairastavuutta, toimintakykyä ja hoitoisuutta koskevien vastausten perusteella tehostetun asumispalvelun asukkaista suuri osa on monisairaita ja toimintakyvyltään huomattavan rajoituneita, ja he tarvitsevat runsaasti hoivaa. Kansainväliseen tutkimusyhteistyöhön perustuvien RAI-arviointikriteerien avulla olisi saatavissa fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä tieteellisesti validoidut, mutta useaan kysymykseen perustuvat hoitoisuuden arviot (3,4). Monia arviointikohtia sisältävän RAI-kriteeristön ei katsottu soveltuvan tähän selvitykseen.

Palvelujen laadun kehittämiseksi ja seuraamiseksi on tärkeää kehittää järjestämissivastuussa olevan kunnan sopimusohjausta ja asumispalveluyksiköiden omaa laatutyötä. Tähän tarkoitukseen tässä hankkeessa kehitettiin toiminnan laadun arviointikriteeristö, jonka tarkoituksena on kuvata monipuolisesti asumisyksiköiden teknistä laatua. Sen avulla voi kertoittaa myös henkilökunnan käsityksiä yksikön vahvuuksista, heikkouksista tai mahdollisista puutteista. Menetelmää voi käyttää myös sopimusohjauksen välineenä, sillä teknistä laatua koskevat väittämät voi kirjata tarjouspyyntöön tai sopimukseen, ja niiden toteutuminen voidaan valvonnassa selvittää.

Tämän julkaisun myötä laadun arvioinnin kriteeristö annetaan asumispalveluyksiköiden, kuntien ja valvontaviranomaisten käyttöön (taulukko 2) ja käyttäjäkokemusten myötä edelleen kehitettäväksi.

Seppo Miilunpalo

*LT, dosentti, terveydenhuollon erikoislääkäri
Aluehallintoylilääkäri, LSSAVI
seppo.miilunpalo@hotmail.fi*

Toni Honkakorpi

*Hallintotieteiden maisteri, sairaanhoitaja
Projektitutkija, LSSAVI, (virka vapaa sh, Tays)*

Juho Lehto

*LT, dosentti, erikoislääkäri
Klininen opettaja, Tampereen yliopisto*

Tiina Surakka

*TtT, MBA
Hallintoylihoitaja, Tays, PSHP*



Pätevän henkilöstön rekrytointi on jo varsin yleinen ongelma.

Kirjallisuus

- 1 Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68.
- 2 Grönroos, Christian. 2000. Palveluiden johtaminen ja markkinointi. Porvoo: WS Bookwell Oy
- 3 Fries BE, Schneider DP, Foley JW, ym. 1994. Refining a Case-Mix Measure for Nursing Homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). *Medical Care* 32(7): 668–85.
- 4 Björkgren MA, Häkkinen U, Finne-Soveri UH, ym. 1999. Validity and Reliability of Resource Utilization Groups (RUG-III) in Finnish Long-Term Care Facilities.

Scandinavian Journal of Public Health 27: 228–34.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2013:11.

Saarto T ja asiantuntijaryhmä: Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44.

Surakka T, Mattila KP, Åstedt-Kurki P, ym. 2015. Palliatiivitaulukko 1. Kyselyssä käytetyt teknisen laadun mittarit ja niihin saadut vastausjakaumat vastanneissa (N=282) tehostetun asumispalvelujen yksiköissä. Lihavoidut luvut ovat kirjoittajien painotuksia tuloksista.

Ilmoitus

Valtimotautipotilaan lipidihoito

1) STATIINI

+

2) ETSETIMIBI

+

3) PCSK9-ESTÄJÄ

Jos potilas
ei pääse
LDL-tavoitteeseen
tai ei siedä
hoitoa

Jos potilas
ei pääse
LDL-tavoitteeseen
tai ei siedä
hoitoa

LDL-TAVOITE¹ alle 1,4 mmol/l

Lähteet

¹ Dyslipidemat. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Sisätautilääkärien Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020 (viitattu 5.11.2020). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

AMGEN



Perusterveydenhuollon päihdetyö lisääntyy

Päihdepalveluiden käytössä on tapahtumassa suuri muutos. Siihen vaikuttavat alkoholin käytön väheneminen ja huumeiden käytön lisääntyminen, ikäluokkien pienentyminen ja kaupungistuminen.

Päihdeiden käytössä on tapahtunut runsaan 10 vuoden aikana huomattavia muutoksia. Alkoholin kokonaiskulutus on laskenut systemaattisesti vuodesta 2008. Huumeiden käyttö puolestaan on lisääntynyt. Samanaikaisesti suuret ikäluokat ovat paljolti väistyneet päihdepalveluiden piiristä, ja nuoremmat ikäluokat suhtautuvat päihteisiin edeltäjiään pidättyväisemmin. Nämä muutokset yhdessä ovat vähentäneet päihdehuollon erityispalvelujen kysyntää, mutta lisänneet päihde-ehdoista asiointia terveydenhuollon palveluissa, erityisesti perusterveydenhuollon avopalveluissa.

Päihdekuntoutuksella ymmärretään Suomessa sekä toiminnallisesti, lainsäädännöllisesti että hallinnollisesti kaikkea sosiaali- ja terveyspalveluissa tehtävää työtä, jonka tavoitteena on päihdehaittojen ehkäisy ja päihdeasiakkaiden tai heidän läheistensä toimintakyvyn turvaaminen tai lisääminen. Päihdehuoltoon kuuluvat siten niin sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen päihde-

ehtoinen työ kuin erityisesti päihdeongelmallisille tarkoitetut palvelut. Jälkimmäisiin luetaan avohoitopoliklinikat, vieroitushoitoa tarjoavat katkaisuhoidon asemat sekä pidempikestoisen kuntoutuksen hoito-ohjelmiltaan vaihtelevissa laitoksissa. Erityispalveluiksi luetaan niin ikään päihdeongelmallisille tarkoitetut terveysneuvontapisteet, päivätoiminnot, ensisuoajat sekä asumispalvelut. Käytännössä yhteydessä synonyymeina käsitteitä päihdekuntoutus, päihdehuolto ja päihdetyö.

Historiallisista syistä päihdehuolto on Suomessa ymmärretty ja jäsenetty paljolti sosiaalitoimen ja erityispalvelujen näkökulmasta. Erityispalvelulähtöinen järjestelmä toimikin hyvin aina 1990-luvun alkuun saakka. Sillä oli myös vankka yhteiskunnallinen perusta kasvavan alkoholin kulutuksen ja nopean rakennemuutoksen yhteiskunnassa.

Vasta vuonna 1987 voimaan tullut päihdehuoltolaki avasi päihdehuollon käsitteen ja täsmensi vastuun koko sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän kattavaksi.

Tällä vuosituuhannella sekä päihdekulttuuri että monet muut yhteiskunnalliset tekijät ovat muuttuneet, osin yllättävin seurauksin. Arvioin seuraavassa kes-

keisiä muutoksia ja niiden vaikutuksia päihdehuoltoon, sen toimintaan ja työnjakoon. Käytän aineistoina julkisia tilasto- ja rekisteriaineistoja sekä päihdetapauskaslojen tietoja.

Päihteiden käytön muutokset

Vuoden 2007 jälkeen alkoholin kokonaiskulutus on laskenut johdonmukaisesti, kokonaisuutena lähes neljänneksen vuoteen 2019 tultaessa. Tällaista kehitystä ei ole tapahtunut milloinkaan aiemmin itsenäisyyden aikana. Koronavuotena 2020 kulutus on laskenut entisestään, kun alkoholin jakelukanavat supistuivat. Matkustajatuonnin ja anniskelukulutuksen rajoitteet ovat luonnollisesti olleet huomattavia.

Alkoholin kulutus siirtyi ravintoloista koteihin jo aikaisemmin, ja jää nähtäväksi, mitä kaikkea tämä muutos aiheuttaa pidemmällä aikavälillä. Ennakoimatonta kuitenkin on, että väestötasolla alkoholin kulutustaan ovat vähentäneet erityisesti nuoret, mutta myös keski-ikäiset. Kokonaan raittiiden osuus on sekin kasvanut.

Samanaikaisesti huumeiden kokeilu ja käyttö on yleistynyt, erityisesti kannabiskokeilut nuorten aikuisten (25–34-vuotiaiden) ikäryhmässä. 1980-luvulla syntyneistä yli 40% on kokeillut kannabista. Kaikki kokeilijat eivät kuitenkaan muodosta huumeriippuvuutta eivätkä koe hoidon tarvetta. Kokonaisuutena päihdehoidon tarve ja kysyntä ovat joka tapauksessa vähentyneet varsinkin päihdehuollon erityispalveluissa (kuva 1).

Asiakasmäärät avohoidossa ovat vähentyneet kymmenessä vuodessa lähes viidenneksen. Kuntoutuksessa laitoshoidossa asiakasmäärien väheneminen on tätäkin suurempaa, noin neljänneksen luokkaa. Pääosin tämä johtuu perinteisesti eniten palveluja käyttäneiden (35–64-vuotiaiden) määrän puolittumisesta laitospalveluissa.

Osa tästä muutoksesta johtuu alentuneesta päihteiden kulutuksesta, mutta osa myös väestön ikärakenteen muutoksesta, joka on ollut edellisellä vuosikymmenellä erittäin nopeaa.

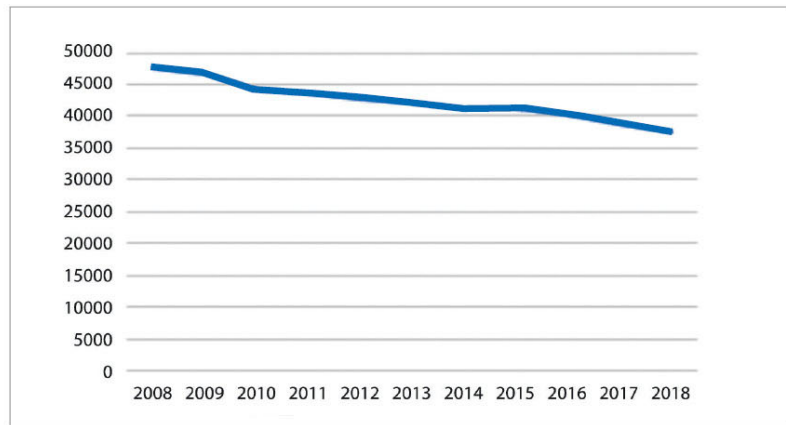
Väestön ikärakenteen muutos ja päihdepalveluiden kysyntä

Suuret ikäluokat (vuosina 1945–1950 syntyneet) muodostivat Pekka Sulkusen klassisen määrittelyn mukaan ”määrän sukupolven”, joka tuli juomaikään samaan aikaan liberaalimman alkoholilainsäädännön säätämisen ja sallivampaan suuntaan vieneen kulttuurisen muutoksen myötä. Kasvava tasa-arvoajattelu toi myös naiset alkoholin kulutuksen piiriin.

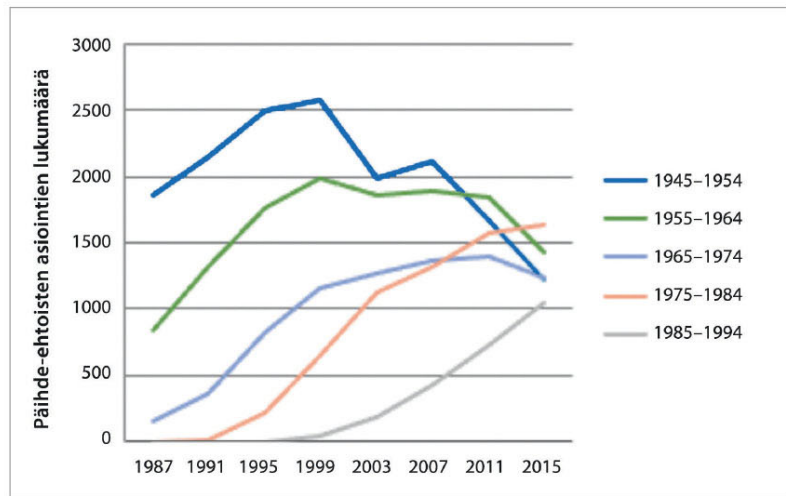
Nyt suurten ikäluokkien nuorimmatkin edustajat ovat 70-vuotiaita, ja vaikka kohtalaisen suuria ikäluokkia syntyi vielä 1960-luvulla, kokonaisuudessaan päihdehaitoista kärsivien joukko on

pienentynyt tuntuvasti siksi, että 1970-luvulta alkaen ikäluokat ovat olleet puolta pienempiä kuin edeltäjänsä. Päihteiden käytön pitäisi lisääntyä todella paljon, että niistä rekrytoituisi palveluihin entisiä määriä palvelujen tarpeessa olevia ongelmakäyttäjiä.

Tämä näkyy sosiaali- ja terveydenhuollossa asioineiden päihteiden käyttäjien ikäprofiilissa (kuva 2). Suomessa on tehty päihdetapauskasloja neljän vuoden välein vuodesta 1987 alkaen. Laskennoissa on anonyymisti kirjattu kaikki erilaisissa sosiaali- ja terveystieteissä käsitellyt tai päihteisiin liittyneistä syistä asioineet henkilöt yhden vuoro-



Kuva 1. A-klinikoiden asiakasmäärien kehitys 2008–2018 (9).



Kuva 2. Miesten päihde-ehtoiset asiointit sosiaali- ja terveystieteissä 1987–2015 syntymäikäryhmittäin (10).

kauden poikkileikkauksena. Laskennat ovat palvelleet hyvin aikana, jolloin rekistereihin kertynyt tieto oli paikoittaisista eikä toistuviin erillistutkimuksiin ollut käytännön mahdollisuuksia. Toistettuihin laskennat ovat antaneet riittävää tietoa päihde-ehdoitosen asiointin muutoksista koko palvelujärjestelmässä.

Kuviossa on kuvattu selvyiden



Näyttää siltä, että perusterveydenhuollossa asioineet päihdepotilaat ovat keskimäärin nuorempia kuin päihdehuollon erityispalveluihin hakeutuneet: noin 65 % potilaista oli alle 50-vuotiaita.

vuoksi vain miespuolisten asiakkaiden tai potilaiden asiointit. Naisten asiointin osalta käyrät ovat saman muotoisia, mutta asiointimäärät pienempiä, koska naisia on ollut päihdepalveluissa vain noin kolmannes kaikista.

Kuviosta näkyy, miten suurten ikäluokkien edustajat (tässä jaottelussa vuosina 1945–1954 syntyneet) ovat olleet päihdepalveluiden suurkäyttäjiä, mutta heidän asiointinsa alkoi vähentyä nopeasti 1990-luvun lopusta lähtien. Seuraavan ikäryhmän kohortit (joista vanhimmat ovat nyt yli 65-vuotiaita) ovat olleet myös suuria (yli 60 000 syntynyttä/

vuosi), mutta heidänkin asiointinsa alkoi vähetä viimeistään 10 vuotta sitten.

Nuoremista ikäluokista muodostaa eräänlaisen kulttuurisen poikkeuksen vuosina 1975–1984 syntyneet, jotka edustavat tässä tarkastelussa viimeistä humalahakuista ikäryhmää. Heidän suhteensa alkoholiin on ollut saman tyyppinen kuin heidän vanhemmillaan, mutta

kiinnostusta on riittänyt myös muihin päihteisiin.

Syntymäkohorttien koko alkoi pienentyä jo 1970-luvun alussa, joten heidänkin osaltaan palvelukysyntä alkoi taittua kymmenisen vuotta sitten. Heidän palvelutarpeensa eivät koskaan tule kokonaisuutena olemaan yhtä massiivisia – tai ehkä edes samanlaisia – kuin heitä edeltävien sukupolvien. Puhumattakaan seuraavasta ikäryhmästä, jonka päihdepalvelujen käytön kasvukäyrä taittunee noin viiden vuoden kuluessa.

Syntymäkohorttien pieneneminen koskee koko väestöä. Siihen liittyen

on sosiaali- ja talouspolitiikassa puhuttu kestävyysvajeesta, kun aktiivi-ikäisiin kuuluu yhä pienempi osa vanhenevasta väestöstä. Huoltosuhde heikkenee.

Tämä on johtanut myös alueellisten erojen aikaisempaan nopeampaan kasvuun. Vaikka Suomi on aikaisemminkin jakautunut muuttovoitto ja -tappiokuntiin, viime vuosikymmenen aikana muutos on nopeutunut, koska muuttoaktiivisimmat ikäryhmät ovat liikkuneet sekä maakuntien välillä että sisällä aktiivisesti, eikä kehyskunnissa enää ole aikaisempaan tapaan muuttoikäistä ja -aktiivista väkeä.

Koska päihdehuollon erityispalveluita on saatavissa vain suurimmissa kunnissa – ja varsinkin laitostuntoutuksen saatavuudessa on myös byrokraattista harkintaa – palvelukysyntä on ohjautunut aiempaa enemmän perusterveydenhuollon palveluihin.

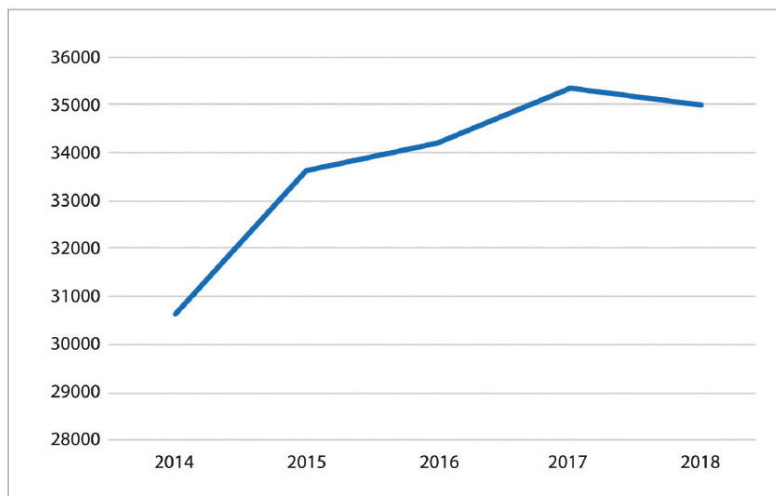
Perusterveydenhuollon päihdetyö lisääntynyt

On epäilty, että päihdehuollon erityispalvelujen aiempaa vähäisempi käyttö johtaa sairaaloiden kuormittumiseen. Näyttää kuitenkin siltä, että ensisijaisesti alkoholisairauksien vuoksi toteutetut hoitajaksot sairaaloissa eivät ole oleellisesti lisääntyneet. Ensisijaisesti huumesairauksien perusteella hoidettujen potilaiden määrä sairaaloissa on kasvanut, mutta määrät ovat tuntuvasti pienempiä kuin alkoholisairauksista johtunut hoidon tarve.

Sen sijaan avoterveydenhuollon vastaanotoilla on ollut aikaisempaa useammin päihdepotilaita. Valitettavasti perusterveydenhuollon avohoidon tilastointia alettiin toteuttaa syyperustaisesti tällä tarkkuudella vasta vuodesta 2014, mutta ainakin muutaman vuoden trendi on ollut kasvava (kuva 3).

Sama suuntaus näkyy erikoissairaanhoidon avohoidossa. Pääosa sairauksista on johtunut alkoholin käytöstä, mutta myös huumeiden käytön vuoksi asiointi on lisääntynyt parilla tuhannella potilaalla samana ajanjaksona.

Perusterveydenhuollon avohoidossa asioi suunnilleen yhtä paljon potilaita kuin päihdehuollon erityispalvelujen avohoidossa asiakkaita. Tiedossa ei ole,



Kuva 3. Päihdepotilaat perusterveydenhuollon avohoidossa 2014–2018 (9).

missä määrin asioinneissa on päällekkäisyyttä. Näyttää kuitenkin siltä, että perusterveydenhuollossa asioineet päihdepotilaat ovat keskimäärin nuorempia kuin päihdehuollon erityispalveluihin hakeutuneet: noin 65% potilaista oli alle 50-vuotiaita. Saattaa siis olla, että perusterveydenhuolto tavoittaa päihteiden käyttäjiä hiukan varhaisemmassa vai-

veluita on ollut etenkin alueellisesti nuoremmin saatavissa. Vaikka päihde-ehdotin sairaalahoito ei ole oleellisesti lisääntynyt, terveydenhuollon avohoidon kysyntä on kasvanut. Muutos on selkeä, mutta tuskin rasittaa terveystaloutta kohtuuttomasti: avoterveydenhuoltoon tehdään noin 10 miljoonaa käyntiä vuositain, näistä noin puolet lääkärin vas-

hakevat tai saavat. Tiedetään, että perusterveydenhuollon ja yleislääketieteen keinovalikoimalla on mahdollista auttaa tehokkaasti alkoholin riskikukuttajia (käynnistämällä lyhytneuvontaa ja seurantaa) tai toteuttaa tarpeen mukaisia korvaushoitoja opioidiriippuvaisille. Jo kontakti on tärkeä, kun tarvitaan työtä toimintakyvyn arviointia tai halutaan varmistaa, että potilas ohjautuu tarpeen mukaiseen jatkohoitoon.



Huumeiden kokeilun ja käytön kasvu on välittynyt palveluihin vain kohtuullisesti lisääntyneenä palvelukysyntänä, sitäkin enemmän lisääntyneenä monipäihteisyytenä.

heessa kuin päihdehuollon erityispalvelut, mutta käytettävät aineistot eivät anna mahdollisuutta vertailla ikäjakamia tarkemmin.

Yhteenvetoa ja arviointia

Alkoholin kokonaiskulutus on laskenut poikkeuksellisesti ja jatkuvasti vuodesta 2008 alkaen lukuisten veronkorotusten myötä, mutta väestön juomatavoissa on tapahtunut myös trendinomaista muutosta alkaen nuorimmista ikäryhmistä. Kulutuksen vähenemistä on ollut nähtävissä myös aktiivi-ikäisillä aina myöhäiseen keski-ikään saakka.

Päihteiden käyttökulttuuri Suomessa on kokonaisuutena muuttumassa. Huumeiden kokeilussa ja käytössä on ollut jatkuvaa kasvua. Se on välittynyt palveluihin vain kohtuullisesti lisääntyneenä palvelukysyntänä, sitäkin enemmän lisääntyneenä monipäihteisyytenä.

Päihdepalveluiden kysynnän väheneminen johtuu alentuneen alkoholin kulutuksen lisäksi väestön ikärakenteen muutoksesta. Sodan jälkeisten ikäluokkien (määrän sukupolven) nuorimmatkin elossa olevat edustajat ovat yli 70-vuotiaita. Heidän kuntouttavien päihdepalvelujen tarpeensa on vähentynyt, vaikka muu palvelutarve voikin olla kasvanut. Muutos vaikuttaa lähitulevaisuudessa myös päihdehuollon palvelujen rakenteeseen.

Se on voinut vaikuttaa myös päihdepalvelujen työnjakoon, kun erityispal-

taanotolle. Päihdeasiakkaat muodostavat tästä vain pienen osan.

Kehityksellä saattaa olla myönteisiä seurauksia, koska päihteitä runsaasti käyttävät ovat keskimäärin muutoinkin huono-osaisia. Fyysinen ja psyykinen sairastavuus on muuta väestöä selvästi suurempaa, joten myös palvelujen tarve on ilmeinen.

Päihteiden kulutus on edelleen hyvin kasautunutta. Noin 10% alkoholin käyttäjästä juo puolet kaikesta alkoholista. Huumeiden käyttö on sitäkin kasautuneempaa. Sekä kulutus että haitat ovat lisäksi sosiaalisesti valikoituneita: päihdehaittoihin kuolee noin seitsemän kertaa todennäköisemmin alimpaan kuin ylimpään tuloviidennekseen kuuluva henkilö, eikä ero johdu juomatapojen tai -määrien eroista.

Valtaosa päihde-ehdoituksesta sosiaali- ja terveystaloudessa asioivista on työelämän ulkopuolella, työttömiä tai eläkkeellä. Työssä käyvillä on tavallisesti käytettävissään sekä julkiset terveystaloudet että työterveyshuolto, tarvittaessa myös yksityiset palvelut. Sairaimmat potilaat ovat riippuvaisia julkisesta terveydenhuollosta riippumatta siitä, asuvatko he muuttovaihto- vai -tappiokunnissa. Ehkä terveystaloudellisten saatavuuden sosioekonomiset erot kaventuvat edes hiukan, kun terveystaloudet tavoittavat päihteiden käyttäjiä aiempaa paremmin.

Tilastot ovat sairaussyyperustaisia, mutta ne eivät kerro, mitä hoitoa potilaat

Olavi Kaukonen

VTT, dosentti (HY),

A-klinikkasäätiön toimitusjohtaja

Kirjallisuus

- 1 Kaukonen O (2019): Päihdehuollon kehitys ja sosiaaliset oikeudet. Teoksessa Pehkonen, Aini & Taru Kekoni & Katja Kuusisto (toim.) (2019): Oikeus päihdehuoltoon. Tampere, Vastapaino: 23–48.
- 2 Tigerstedt C, Mäkelä P, Karlsson T. (2018): Mikä on muuttunut 2000-luvulla, mikä ei? Teoksessa Mäkelä, Pia & Janne Härkönen & Tomi Lintonen & Christoffer Tigerstedt & Katarina Warpenius (toim.): Näin Suomi juo. Suomalaisen muuttuvat alkoholikäyttötavat. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. s. 250–7
- 3 Härkönen J, Mäkelä P (2018, 147 – 157): Miten alkoholin käyttö muuttuu elämäntilanteen ja syntymäkohortin mukaan? Teoksessa Mäkelä, Pia & Janne Härkönen & Tomi Lintonen & Christoffer Tigerstedt & Katarina Warpenius (toim.): Näin Suomi juo. Suomalaisen muuttuvat alkoholikäyttötavat. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2018.
- 4 Karjalainen K, Hakkarainen P, Salasuo M (2019): Suomalaisen huumeiden käyttö ja huumeasenteet 2018. THL, Tilastoraportti 2/2019.
- 5 Sulkunen P (1981): Märkä sukupolvi, alkoholin kulutus ja alkoholipolitiikka 1980-luvulla. Alkoholipolitiikka Vol. 46: 240–6.
- 6 Kuussaari, K, Kaukonen O, Partanen A, ym (2014) Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Yhteiskuntapolitiikka 79 (2014):3, 264–77.
- 7 Piispa M (2018): Yhdeksän sanaa Y-sukupolvesta. Kustannusosakeyhtiö Teos, Helsinki.
- 8 Aro T (2020): 2010-luvun muuttoliike on ollut alueellisesti keskittävää, valikoivaa ja polarisoivaa. Teoksessa Sorsa, Tiia (toim.) (2020): Kestävän väestönkehityksen Suomi. Väestöliitto, Helsinki: 169–86.
- 9 Päihdetilastolliset vuosikirjat (2009–2019), Alkoholi ja huumeet. SVT, Sosiaaliturva, THL.
- 10 Päihdetaloustilastot 1991–1995. THL, Tietoaarkisto, Tampere.
- 11 Mäkelä P, Martikainen P, Peltonen M (2017): Sosioekonomiset erot alkoholinkäytössä ja alkoholin käytössä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, tutkimuksia tiivistä 4: maaliskuuta 2017.



Terminaalivaiheen hoito ei aina takaa arvokasta kuolemaa."



Marja Ahava
Eija Huttunen
Joonas Joensuu
Jyrki Järvinen
Katriina Lähteenmäki
Elina Paloniemi
Jaana Puhakka
Marianne Rieki
Kaarina Röning
Johanna Salmio
Tuire Saloranta
Päivi Slama
Jaana Takala

kaarina.roning@soite.fi

Oikeus kuolla

Ensin tiedoksi, että tässä kolumnissa esittämäni mielipiteet ovat puhtaasti omiani.

Lääkäriliitto teki kyselyn eutanasiasta. Puolesta vai vastaan? Kyselyn saatesanoina oli ”Potilaan surmaaminen”. Jo tämän ilmaisen vuoksi moni jätti keskusteluun osallistumatta.

Keskustelua tulee toki jatkaa muidenkin kuin ammattijärjestön, seurakunnan ja virkamiesten toimistoissa. Uskontoihin perustuvat mallit ja opit eivät edusta nykyaikaa saati sitten lääketieteen kehitystä.

Eutanasiaa voidaan kutsua avustetuksi armokuolemaksi, ei tapoksi eikä murhaksi. Lääkäriin tulisi muistaa, että tuloksetonta hoitoa tai tutkimuksia ei pidä jatkaa, vaikka se antaisikin pari kuukautta lisää kärsimysaikaa.

Miksi metastasoitunutta maksasyöpää sairastava potilas joutuu muistitesteihin tai pään tietokonetomografiaan? Tai *metast prostata ca* -potilas kuolee kolonoskopiathyjennyksen? Onko taustalla potilaan tai hänen omaistensa painostus? Tarvitsemme rohkeutta kuoleman kohtaamiseen – kaikki me kuolemme, vaikka järjestys ja aikataulu on epävarma. Entä ALS? Parantavaa hoitoa ei ole tarjolla. Onko käytävä kärsimysnäytelmä (ahdistus, tuska, toivottomuus) loppuun asti? Tai joka paikkaan metastasoitunut syöpä?

Terminaalivaiheen hoito ei aina takaa arvokasta kuolemaa.

Kun miettii elämää, niin aika monesta asiasta voi päättää. Otanko rokotteen? Teenkö abortin sosiaalisin perustein, kun raskaus on kestänyt alle 12 viikkoa? Tai abortin, kun raskaus on kestänyt vähintään 12+1 ja enintään 20+0 viikkoa, ja lapsen synnyttäminen ja hoito olisivat minulle elämänoloni vuoksi huomattava rasitus? Tai aina, kun on syytä otaksua, että sikiöllä on tai odotettavalle lapselle kehittyisi vaikea sairaus, kehitysvammaisuus tai rakenteellinen poikkeavuus? Tai kun edellinen on jo todettu ja raskaus on kestänyt enintään 20+0 viikkoa (sikiöperuste)?

Lääkärilehdessä ollut Kaksoisraskauden osakeskeytyksen -artikkeli herätti hämmennystä (1). Eettisyys?

Mistä muusta saan päättää? Sterilisaatioon Suomessa riittää ikä, kun asiakas on täyttänyt 30 vuotta. Ruotsissa, Norjassa

ja Tanskassa sterilisaation ikäraja on 25.

Mistä muusta voin päättää? Armokuolemasta? Oikeus päättää omasta elämästä, omasta kehosta on olemassa.

Maailmassa on muutama valtio/osavaltio, jotka sallivat avustetun armokuoleman parantumattomasti sairaille ihmisille (Belgia, Hollanti, Luxemburg, Kolumbia ja Victorian osavaltio Australiassa). Esimerkiksi Hollannissa eutanasia on lain mukaan sallittua, jos se täyttää seuraavat ehdot: potilas on pyytänyt eutanasiaa toistuvasti, ja potilas kokee sietämätöntä kärsimystä, eikä tilanteen paranemisesta ole toivoa.

Mielipiteeni on, että eutanasiaa tulisi voida pyytää parantumattomasti sairas 18 vuotta täyttänyt, joka kärsii sietämättömistä ja pitkäkestoista kivuista. Lisäksi potilaan täytyy itse pystyä päättämään asiasta.

Palliativinen hoito ja eutanasia kuuluvat tietyllä tavalla yhteen. Eutanasia ei ole ensimmäinen vaihtoehto, mutta siihen tulee olla mahdollisuus. Kuolema on parempi kuin sietämätön kärsimys.

Kesä ja koronan helpottumista odotellessa,

Kaarina Röning

LL, Kokkola

1 Räsänen J. Kaksoisraskauden osakeskeytyksen synnyttää eettisiä pulmia. Suomen Lääkäriliitto 8/2021 vsk 76 s. 478–9

PS. Mainos täältä Kokkola-Karlebystä: Ostamalla KUK-KULA -tuotteen (kangaskassi, t-paita) tuet nuorisotyötä.



Tutussa nopeatempoisessa PechaKucha-formaatissa



Kevätkoulutus

28.5.2021 • Taltioituna + Live Chat

8:00–8:30 **Aamiaissymposium, Novo Nordisk: Miten kohtaan ja hoidan lihavan potilaan?**,
Milla Rosengård-Bärlund, sisät. ja endokr. erl, HUS

8:40 Koulutuspäivän avaus, Jaana Puhakka, pj, GPF

8:45 **Psykosomatiikkaa**

Fysiologinen näkökulma, Markku Sainio, neur. erl, ylil., TTL

Psykologinen näkökulma, Anita Saariaho, apulaisylii., Raahen seudun hyky

Psykosomaattisen sairauden toipumisen edellytykset, Helena Liira, yleislääket. erl, ylil., HUS

Hoitosuunnitelman laatiminen perusterveydenhuollossa, Joonas Joensuu, yleisl. erl, osastonl., HUS

Tauko ja chat

10:05 **Yleislääkärin työ**

Virheisiin altistavat tekijät ja keinoja niiden välttämiseen,

Minna Halinen, yleislääket. erl, osastonl., yle-kouluttaja, HUS Akuutti

Väkivallan uhka työssä, Jyrki Järvinen, yleislääket. erl, apulaisylii., Jämsän Terveys

Konsultoinnin taito, Johanna Louhimo, gastrokir. erl, kliininen opettaja, HY/HYKS

Potilaskohtaaminen, Risto Koskinen, yleislääket. erl, Terveystalo

Tauko ja chat

11:25 **Iskemian monet kasvot**

Sepelvaltimotaudin uudistunut diagnostiikka, Helena Rajala, kardiologi, osastonylii., HUS

Epätyypillinen rintakipu ja sydäninfarkti ilman ahtauttavaa koronaaritautia,

Juho Viikilä, kardiologi, HUS

Diabeetikon iskeeminen sydän, Merja Laine, yleislääket. erl, tutkimusjohtaja, HUS, HY

Iskeeminen sydämen vajaatoiminta, Jyri Lommi, kardiologi, ylil., HUS

12:25 **Lounassymposium, Boehringer-Ingelheim: SGLT2-estäjät, enemmän kuin diabeteslääke?** Juhani

Airaksinen, prof., Tyks Sydänkeskus ja TY + *Lounastauko*

13:25 **Iho ja allergiat**

Lasten allergioiden selvittelyn indikaatiot, Anna Pelkonen, osastonylii., HUS

Allergioiden komponenttidiagnostiikka, Anna Pelkonen, osastonylii., HUS

Pistossiedätyshoidot, Paula Kauppi, osastonylii., HUS

Kielenalussiedätyshoidot, Paula Pallasaho, osastonylii., HUS

Tauko ja chat

14:45 **Ikääntyvien hyvä hoito**

Muistisairauden varhainen tunnistaminen,

Pentti Saarinki, ger., yleisl. erl, ylil., Geriatriinen osaamiskeskus, Siunsoite

Ikäihmisen hyvä ravitsemus, Merja Suominen, ETT, toiminnanjoht., Gerontologinen ravitsemus Gery ry

Vanhan ihmisen sydämen vajaatoiminta, Harri Hietanen, kardiol. erl, Malmin sairaala, Hki

Loppuvaiheen hoito pitkäaikaispotilailla, Pauli Lamppu, tkI, väitöskirjatutkija, Helsingin kaupunki, HY

15:45 Päätössanat

16:15 Vuosikokous (Teams)

Ilmoittaudu osoitteessa www.yleislaakarit.fi

Päivän hinta

95,00

Nyt myös ryhmähinnat



HENGITYS.FI

Hengitystiesairauksien
tietopankki verkossa



GSK, Piispansilta 9 A, 02230 Espoo, puh. 010 3030 30,
www.gsk.fi, GSK-tuoteinfo 010 3030 100.

11/2019, NP-FI-CPU-ADVT-190001