

**AIVOVERENKIERTOHAIRIÖPOTILAAN SOSIAALIETUUDET JA –PALVELUT  
POTILASASIAKIRJOJEN KERTOMINA**

KAARINA ESKOLA  
Tampereen yliopisto  
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö  
Sosiaalityön pro gradu –tutkielma  
Syyskuu 2011

ESKOLA, KAARINA: Aivoverenkiertohäiriöpotilaan sosiaalieluudet ja –palvelut  
potilasasiakirjojen kertomina

Pro gradu –tutkielma, 61 s., 9 liites.

Sosiaalityö

Ohjaaja: Kyösti Raunio

Syyskuu 2011

---

Tämä tutkielman tarkoituksena on selvittää miten aivoverenkiertohäiriöpotilaan sosiaalieluudet ja sosiaalipalvelut kirjautuvat terveydenhuollon potilasasiakirjoihin. Tutkimuksessa haetaan tietoa terveydenhuollon eri työntekijäryhmien sosiaaliturvan kirjauksista ja niiden laadusta. Lisäksi selvitetään onko potilasasiakirjoissa nähtävissä saamatta jääneitä sosiaalieluuksia ja/tai sosiaalipalveluja.

Aineistona ovat eräässä terveyskeskuksessa yhden vuoden aikana hoidossa olleiden aivoverenkiertohäiriöpotilaiden (n=41) potilas- ja sairauskertomukset. Potilasasiakirjat on analysoitu induktiivisella sisällönanalyysillä.

Sosiaalieluuksien ja/tai –palveluiden kirjaaminen potilasasiakirjoihin oli erilaista eri ammattiryhmillä. Yksittäisten kirjaajien motivaatio sosiaalieluuksien ja sosiaalipalveluiden kirjaamiseen oli heidän terveydenhuollon profession kannattelemaa asiantuntijuutta, potilaan asemointia johonkin palvelukategoriaan tai terveydenhuollon organisaation valtarakenteen muodostamaa toimintakäytäntöä, jossa lääkäreiden kirjaukset olivat avun tarpeen selvityspyyntöjä, toteamista, lausuntoja palvelutarpeelle tai päätöksiä. Sosiaalieluudet ja sosiaalipalvelut näkyvät potilasasiakirjoissa perusteluina palvelun tai etuuden saamiselle sosiodemografisten tietojen kuvauksena, potilaan kategorisointina tietyn palvelun saajaksi ja toimintakykykuvauksina sekä ammatillaisen, omaisen tai potilaan mielipiteinä. Sosiaalipalveluita oli kirjattu enemmän asiakirjoissa kuin sosiaalieluuksia, mikä kertoo perusterveydenhuollon intressistä potilaan kotona pärjäämiselle varmistamalla sosiaalipalvelut. Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden saamat tai saamatta jääneet sosiaalieluudet oli aineistossa kirjattu erittäin vähäisesti. Aineistossa 14,6 prosentilla oli jäänyt sosiaalieluus saamatta tai kirjaamatta. Heillä olisi somatiikan, kognition ja toimintakyvyn kirjausten perusteella ollut oikeus sosiaalieluuteen.

Terveydenhuollon moniammatillisessa työympäristössä psykososiaaliin ongelmiin tarttuvat työntekijät aineiston kirjausten perusteella monenlaisista lähtökohdista: lääkärit sosiaaliturvan portinvartijoina tehden lausuntoja ja halliten kokonaisuutta, erityistyöntekijät toimimalla asiantuntijoina omalla erityisalueellaan ja hoitohenkilökunta toteuttamalla hoitoprosessia sairaanhoidollisen ammattikäytännön mukaisesti. Psykososiaalisen tilanteen kokonaisvaltainen haltuunotto on ajoittaista ja puutteellista, eikä toteudu kaikkien potilaiden kohdalla. Lähellä potilasta työskentelevät, kuten kotihoito ja kotisairaanhoito, huolehtivat myös potilaiden sosiaalisista asioista. Sosiaalityöntekijöiden interventiot ovat terveydenhuollon toimintaympäristöstä käsin määriteltyjä tapahtuen lääkärin läheteinä ja muun henkilökunnan, potilaan tai omaisen yhteydenottoina.

Avainsanat: aivoverenkiertohäiriö, sosiaalieluus, sosiaalipalvelu, kirjaaminen

University of Tampere  
School of Social Sciences and Humanities

ESKOLA, KAARINA: Social security benefits and social services of stroke patient's as documented in patient documents

Master's Thesis, 61 pages., 9 appendix pages

Social Work

Supervisor: Kyösti Raunio

September 2011

---

The purpose of this Master's Thesis is to evaluate how stroke patient's social security benefits and social services are documented to be seen in Municipal Health Centres medical records. This study researches social security documentation done by multiprofessional health care employees. Additionally research is carried out in order to understand can one deduct from patient documents missed social security benefits or social services.

The research material is composed of patient documents of 41 stroke patients having received care during one year in one health care center in Finland. Patient documents have been analysed using inductive content analysis.

Documentation of social security benefits or social services varied from different health care professional group to another. The motivation of a given health care professional documenting social security benefits or social services was driven by their professional expertise within the health care field, categorization of a patient as a social service recipient, or working practice established within the health care structure in which physicians referrals were clarification requests for understanding the need for assistance, medical certificates or treatment decisions. Social security benefits or social services are seen in patient documents as justifications for receiving service or benefit by sociodemographic description, categorization of a patient as a social service recipient, description of ability to function, as well as opinions expressed by professionals, relatives and patient him/herself. Social services had been documented more than social security benefits in the patient document which expresses the interest of primary health care to secure social services for stroke patients to ensure coping at home. Social security benefits granted or not granted for stroke patients were documented in a minimal fashion. According to the research material 14,6 per cent of the patients had neither received a social security benefit or it had not been documented. These patients had an entitlement to a social security benefit on the ground of somatic disease, cognitive status or ability to function.

In the multiprofessional working environment of health care psychosocial problems are being handled by employees of health care from many different points of view provided by the documentation: physicians governing the overall domain by generating statements as gatekeepers of social security benefits, health care experts from their own special domain and nursing staff by executing the health care profession. The holistic management of psychosocial environment is intermittent and defective and does not realize for all of the patients being treated. The health care professionals taking care of patients everyday needs, such as home aid or visiting nurse, also take care of stroke patients social needs. The patient interventions by social workers are defined from the point of view of health care environment: as physicians referrals, as well as references by health care staff, patient him/herself or relative.

Keywords: stroke, cerebrovascular disease, social security benefit, social service, documentation

# SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	1
2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT .....	3
2.1 Aivoverenkiertohäiriö .....	3
2.2 Sosiaalietaudet ja sosiaalipalvelut .....	6
2.2.1 Sosiaalipalvelut .....	6
2.2.2 Sosiaalipalveluiden myöntämisedellytykset .....	11
2.2.3 Sosiaalietaudet ja niiden myöntämisedellytykset .....	14
2.2.4 Aivoverenkiertohäiriöpotilas sosiaalietauksien ja -palveluiden tarvitsijana.....	18
2.3 Terveystenhoidon potilasasiakirja – ja sairauskertomuskäytännöt .....	21
2.4 Dokumenttien tutkiminen sosiaali- ja tervetystenhoidossa .....	25
3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	28
3.1 Tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset.....	28
3.2 Aineiston keruu .....	29
3.3 Aineiston analyysi.....	31
3.3.1 Sisällönanalyysi.....	31
3.3.2 Analyysin toteutus.....	33
3.4 Tutkimuksen luotettavuus .....	34
4 TUTKIMUSTULOKSET .....	36
4.1 Potilaan taustatiedot .....	36
4.2 Potilaalla olemassa olevat sosiaalietaudet ja/tai sosiaalipalvelut .....	39
4.3 Sosiaalietauksien ja/tai sosiaalipalveluiden vireille laittaminen.....	41
4.4 Sosiaalietauksien ja/tai sosiaalipalveluiden hakemiseen vaikuttavat taustatiedot.....	45
4.5 Mielipide sosiaalietaudesta ja/tai sosiaalipalvelusta.....	46
4.6 Sosiaalietauksien ja/tai sosiaalipalveluiden toteutuminen .....	48
4.7 Potilaan ohjaus sosiaalietauksiin ja/tai sosiaalipalveluihin .....	50
4.8 Aineiston piilosisällöt .....	51
5 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	53
6 POHDINTA .....	58

LÄHTEET.....	62
LIITTEET.....	72

# 1 JOHDANTO

Aivoverisuonitukoksen tai aivoverenvuodon sairastaneita elää Suomessa noin 82 000. Vuosittain näihin sairauksiin sairastuu noin 14 000 ihmistä. (Aivoliitto 2011.) Aivoverenkiertohäiriön aiheuttama kudosvaurio vaikuttaa monin tavoin sairastuneen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Sairastumisen seuraukset ovat aina yksilölliset. Aivoverenkiertohäiriö voi tuottaa pysyviä tai ohimeneviä kehon halvausoireita, häiriöitä kielellisissä toiminnoissa sekä muussa henkisessä suoriutumisessa. Aivohalvauksen sairastaneella on usein vaikeuksia arkielämässä: liikkumisessa, syömisessä, pukeutumisessa ja hygienian hoidossa sekä sosiaalisten suhteiden luomisessa ja ylläpitämisessä. Aivoverenkiertohäiriöpotilaat ovat sosiaali- ja terveydenhuollossa iso sairausryhmä, joka tarvitsee monenlaisia sosiaaliturvaan kuuluvia etuuksia ja palveluita poistamaan sairauden aiheuttamia esteitä ja luomaan tasa-arvoisia mahdollisuuksia elämässä toimintakyvyn rajoitteista huolimatta.

Aivoverenkiertohäiriöpotilaille annetaan informaatiota sairauteen ja kuntoutukseen liittyvistä asioista heti sairastumisen jälkeen moniammatillisesti, mutta tiedon perille menemiseen vaikuttaa vahvasti aivoverenkiertohäiriön oireiden moninaisuus. Potilaiden heikentynyt keskittymiskyky, alentunut tarkkaavaisuus ja vireystila sekä sairastumisen shokki estävät usein tiedon perille menemistä. Sairauteen liittyy usein myös aloitteettomuutta ja vierellä kulkijan avun tarvetta. Tällöin erityisesti taloudellisten etuuksien ja sosiaalisten palveluiden hakeminen jää huomiotta somaattisen tilanteen varjolla. Myös potilaan varhainen kotiutuminen terveydenhuollosta tai vähäiset oireet aiheuttavat palveluiden tai etuuksien tunnistamatta jättämistä. Nämä huomiot tulevat omasta työkokemuksestani aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutuksessa, mutta myös useissa aihealueen tutkimuksissa nostetaan esiin kotiutumisen jälkeinen tuen tarve, tukihenkilön tärkeys sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmän pirstaleisuus (ks. Aaltonen 1997; Purola 2000; Leinonen 2000; Ruotsalainen 2001.). Annetusta potilasohjauksesta huolimatta tuen tarvetta esiintyy välineellisessä toimintakyvyssä eli asioinneissa.

Terveydenhuollon moniammatillisesta luonteesta huolimatta aivoverenkiertohäiriöpotilaan lääketieteellinen status saa potilasasiakirjoissa korostuneemman aseman kuin sosiaalisen tilanteen kuvaus. Kuitenkin potilaan kokonaisvaltaisen tilanteen huomioiminen somatiikankin kannalta on tärkeää, ja tämän tutkimuksen avulla haluan selvittää miten sosiaalietuuksien ja –palveluiden kirjaaminen näkyy terveydenhuollon asiakirjoissa. Mielenkiintoni kohdistuu sairaalassaoloaikana

haettavien sosiaali- ja -palveluiden hakemisen aloitteisiin: kuka avustaa hakemisessa, mikä on sosiaalityöntekijän rooli sosiaali- ja sosiaalipalveluita haettaessa ja miten asiat kirjataan. Samalla tarkastelen miten potilasasiakirjat kuvaavat aivoverenkiertohäiriöpotilaiden saamia tai saamatta jääneitä sosiaali- ja/tai sosiaalipalveluja. Tutkimuksella haluan selvittää kenelle sosiaalisuus kuuluu terveydenhuollon monitoimijaisessa työympäristössä ja omiiko jokin ammattiryhmä sosiaalisuutta. Potilasasiakirjojen dokumentoinnin analyysin avulla haen vastausta eri työntekijäryhmien roolijakoon sosiaaliturvan kirjauksien tekemisessä.

Terveydenhuollon työntekijöiden tehtäväkuvat ovat muuttuneet terveydenhuollon tehostuessa ja rakenteiden muuttuessa. Monet ammattiryhmät ovat ottaneet työhönsä sosiaalisuuteen kuuluvia tehtäviä kuten kuntoutuksesta tai sosiaaliturvasta huolehtimista. (Kananoja 2010, 284; Taura-Jokinen 2011, 37.) Sosiaalityön kannalta tässä tutkimuksessa onkin kiinnostavaa nähdä sosiaalityöntekijän rooli aivoverenkiertohäiriöpotilaan monitoimijaisessa verkostossa perusterveydenhuollon kirjausten perusteella. Perusterveydenhuollon palveluiden muuttuessa yhä enemmän avohuoltopainotteiseksi ja verkostoituneemmaksi on tulevaisuudessa tärkeää säilyttää terveyssosiaalityöntekijä osana moniongelmaisten potilaiden laajaa palveluverkostoa.

Tässä tutkimuksessa etenen seuraavasti: johdannon jälkeisessä luvussa taustoitan tutkimustani avaamalla tutkimukseen liittyvät keskeiset käsitteet: aivoverenkiertohäiriö, sosiaali- ja sosiaalipalvelu. Seuraavaksi esittelen aivoverenkiertohäiriöpotilaista aikaisemmin tehtyjä tutkimuksia, joista haen erityisesti sosiaali- ja sosiaalipalveluiden hakemiseen/saamiseen liittyviä kuvauksia aivohalvauksen jälkeen. Lisäksi kerron terveydenhuollon potilasasiakirja- ja sairauskertomuskäytännöistä ja dokumentoinnista tehdyistä tutkimuksista sosiaali- ja terveydenhuollossa. Luvussa kolme esitän tutkimustehtävän ja tutkimuskysymykset sekä kerron tutkimuksen toteuttamistavasta luotettavuusarvioineen. Lopuksi kerron tutkimustulokset ja esitän niiden johtopäätökset sosiaalityön valossa.

## 2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Tutkimuksessani tarkastelen aivoverenkiertohäiriöpotilaiden sosiaalisten etuuksien ja palveluiden kirjautumista terveydenhuollon potilasasiakirjoihin ja sairauskertomustietoihin. Taustoituksen tutkimukseni aihepiiriin toteutan keskeisten käsitteiden avauksella. Tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ovat aivoverenkiertohäiriö, sosiaalietuus ja sosiaalipalvelu. Aluksi kuvaan aivoverenkiertohäiriön yleispiirteet ja Suomen sosiaalietuus- ja palvelujärjestelmän. Aivoverenkiertohäiriöpotilaista tehdyistä tutkimuksista nostan esiin potilaiden taloudellisten etuuksien ja palvelujärjestelmän tiedonsaannista tehtyjä tutkimuksia. Lisäksi olen kartoittanut tutkimuksia potilaan selviytymisestä sairastumisen jälkeen erityisesti sosiaalietuuksien ja sosiaalipalveluiden hakemisen näkökulmasta. Terveydenhuollon potilasasiakirja- ja sairauskertomuskäytännöt perustuvat moniin lakeihin ja asetuksiin, joista avaan kirjaamiskäytäntöä. Lopuksi tarkastelen sosiaali- ja terveydenhuollon dokumenttien luonnetta tutkimuskohteena.

### 2.1 Aivoverenkiertohäiriö

Joka päivä 38 suomalaista sairastuu aivoverenkiertohäiriöihin, eli vuosittain sairastuu n. 14 000 henkilöä. Heistä joka neljäs on työikäinen. Aivoverenkiertohäiriöön menehtyy vuosittain n. 5000 suomalaista. Aivoverenkiertohäiriöt ovat Suomessa kolmanneksi yleisin kuolinsyy sydän- ja syöpätautien jälkeen. Väestön ikääntyessä sairastuvuuden ennustetaan kasvavan vuoteen 2020 mennessä jopa 21 000:een, ellei sairastavuuden ennaltaehkäisyä tehosteta. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto 2009.)

Aivoverenkierron häiriö (AVH) on yhteisnimitys ohimeneville iskeemisille kohtauksille (TIA -kohtaus) tai pitkäaikaisille neurologisia eli keskushermostollisia oireita aiheuttaville aivoverisuonten tukoksille tai muille aivoverenkierron häiriöille. Aivohalvaus on yleisnimitys aivoinfarktille, aivoverenvuodolle ja lukinkalvonalaiselle verenvuodolle (SAV) (Tarnanen & Lindsberg & Sairanen & Vuorela 2011). Sairastuneista 80:lla % on aivoinfarkti, yli 10:llä % on aivoverenvuoto ja alle 10:llä % SAV eli lukinkalvonalainen verenvuoto (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto 2009).



Aivoinfarkti on vaillinaisen verenvirtauksen tai sen puuttumisen aiheuttama aivokudoksen pysyvä vaurio, jota voidaan hoitaa liuottamalla nopeasti aivovaltimon tukkinut veritulppa. TIA -kohtaus on äkillisesti kehittynyt, verenkiertohäiriöstä johtuva paikallinen aivojen toiminnan häiriö tai toisen silmän näköhäiriö, joka kestää muutamasta minuutista muutama tunti. TIA -kohtauksessa oireet ohittuvat viimeistään 24 tunnin sisällä. Aivoverenvuodossa verenkierto vähenee vuotavan suonon alueella ja verenvuoto aiheuttaa painetta ympärillä oleviin alueisiin, minkä seurauksena lähellä olevan hermokudoksen toiminta häiriintyy. Aivoverenvuodosta käytetään myös nimitystä ICH eli intracerebellaarinen vuoto. (Mustajoki 2010.)

Aivohalvauksen seuraukset ovat yksilölle ennalta arvaamattomia ja niillä voi olla merkittäviä vaikutuksia fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintaan. Aivoverenkiertohäiriön yleisin oire on lihasten voiman katoaminen halvaantuneen puolen raajoista osittain tai kokonaan. Mukana on usein myös puutumisja ja muita tunteiden häiriöitä, näköhäiriöitä tai kaksoiskuvia, huimausta tai sekavuutta sekä häiriöitä puhumisessa (afasia). (Mustajoki 2010.)

Yleisiä aivohalvauksen jälkeisiä muita oireita voivat olla huimaus, paineen tunne päässä, päänsärky, nielemisongelmat, epilepsia, kirkkaiden valojen tai äänten sietämisen vaikeus ja väsymys (Hochstenbach & Pritagno & Mulder 2005). Kognitiivisiin toimintoihin, kommunikointiin ja tunne-elämään liittyvät ongelmat heikentävät potilaan sosiaalista toimintakykyä ja vaikuttavat myös omaisen elämään. Tällaisia oireita ovat mm. kielelliset häiriöt, tahdonalaisten liikkeiden häiriö (apraksia), huomiota jättämisen häiriö (neglect), tilasuhteiden huomioimisen häiriö (visuospatiaalinen häiriö), muistihäiriö (amnesia), oiretiedostuksen puutteellisuus (anosognosia), toiminnan ohjauksen häiriöt sekä tunne-elämän muutokset. Potilaan neuropsykologinen erityishäiriö saattaa altistaa sekä potilaan, että omaisen depressiolle. (Nyrkkö 1999, 126-132.)

Aivohalvauksen riskitekijöitä ovat kohonnut verenpaine ja veren korkeat rasva-arvot (kolesteroli), ja siksi niiden mittaaminen ja hoitaminen on tärkeää. Verenpaineen hoidon yleinen tavoite on 140/85 mmHg. Kolesterolin hoidossa kiinnitetään huomiota kokonaiskolesterolin lisäksi erityisesti LDL-pitoisuuden laskuun. Kokonaiskolesterolipitoisuuden tulisi olla alle 5 mmol/l ja LDL-kolesterolipitoisuuden alle 3 mmol/l. Tupakointi kaksinkertaistaa AVH-riskin. Joka viides aivoinfarkti johtuu tupakoinnista. Liikapaino ja liikkumattomuus ovat riski sydämen lisäksi myös aivoverisuonille (Tarnanen & Lindsberg & Sairanen & Vuorela 2011). Muita valtimotauteja, kuten sepelvaltimotautia, eteisvärinää ja diabetesta sairastavat ovat erityisessä riskiryhmässä, joten heidän perustautinsa ja liitännäissairauksien hoito on tärkeää aivoverenkiertohäiriöiden ehkäisyä. Heillä

sekä verenpaineen että kolesterolin hoidossa pyritään muita matalampiin arvoihin. Humalahakuinen alkoholinkäyttö lisää aivohalvauksen riskiä. (Lindsberg & Sairanen & Häppölä & Kaarisalo & Numminen & Peurala & Poutiainen & Roine & Sivenius & Syväne & Vikatmaa & Vuorela 2011.)

Aivohalvauksen jälkeinen motorinen toipuminen ja lopullinen toiminnallinen taso vaihtelee eri ihmisten kesken hyvin yksilöllisesti. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet saattavat selvitä sairaudestaan hyvinkin vähäisin oirein tai sitten vammautua erittäin vahvasti tai moninaisin oirein. Aivohalvauksen vaikeusaste vaikuttaa toipumisen ennusteeseen. Yleensä aivoverenkiertohäiriöpotilaiden toimintakyvyn paranemisen on todettu edistyvän nopeasti kolmen ensimmäisen kuukauden aikana sairastumisesta ja hidastuvan sen jälkeen. (Sivenius 2001). Toimintakyky heikkenee pysyvästi noin puolella sairastuneista ja he ovat osittain ulkopuolisen avun varassa. Heille jää pysyvä haitta kuntoutumisen jälkeenkin: toispuoleinen halvaus, puhehäiriö tai muu kognitiivinen häiriö. Aivoverenkiertoon sairastuneen elämänlaatu ja itsenäisyys muuttuvat merkittävästi. Ansiotyöhön paluu onnistuu 20-34 prosentilla aivohalvauspotilaista. (Kaste ym. 2001, 327-329.) Työkyvyttömyyseläkkeelle sairastuneista työikäisistä jää vuosittain noin 850 henkilöä (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto 2009). Noin 20 % tarvitsee laitoshoidoa (Tarnanen & Lindsberg & Sairanen & Vuorela 2011).

Aivohalvaus on yleisin aikuisiässä vammaisuutta aiheuttava sairaus maassamme ja kustannuksiltaan kolmanneksi kallein sairaus. Aivoverenkiertohäiriö aiheuttaa kolme prosenttia koko terveydenhuollon kustannuksista. (Meretoja & Roine & Erilä & Hillbom & Kaste & Linna & Liski Juntunen & Marttila & Rissanen & Sivenius & Häkkinen 2007, 5.) Suomessa aivohalvaukseen sairastui vuonna 2006 noin 18 500 yli 25-vuotiaista (25–74-vuotiaista 8 800 ja >74-vuotiaita 9 700). Sairaaloissa ja terveyskeskuksissa käytettiin vuonna 2006 aivoverenkiertohäiriöpotilaiden hoitoon hoitoilmoitusrekisterin mukaan 1,2 miljoonaa hoitopäivää ja tämän lisäksi vanhainkodeissa ainakin saman verran hoitopäiviä. Potilaiden hoidon vuotuiset suorat kustannukset olivat vuosituhaten vaihteessa noin 500 milj. euroa. Hoidon lisäksi aiheutuu erilaisia epäsuoria kustannuksia mm. työkyvyttömyydestä ja ennenaikaisesta kuolemasta aiheutuvat työpanoksen menetykset, maksetut hoito- ja vammaistuet sekä sairauspäivärahat. Näistä aiheutuu kuluja laskutavan mukaan jopa useita satoja miljoonia euroja vuodessa. (Sivenius 2009.)

## **2.2 Sosiaali- ja sosiaalipalvelut**

Suomen sosiaali- ja sosiaalipalvelujärjestelmän kuvauksella pyrin aukaisemaan lukijalle moninaiset etuudet ja palvelut, joihin sairastunut voi olla oikeutettu, mutta joiden saamisen arviointikriteerit ovat hyvinkin erilaiset, tai joiden hakeminen voi olla vaikeutunutta potilaan oirekuvan ja etuuksien erilaisten hakemis- ja arviointitapojen vuoksi. Suomen sosiaaliturvajärjestelmän määrittelemisen on hyvin vaihtelevaa ja monimuotoista riippuen määrittelijän positiosta. Arkikielessä sosiaaliturvalla tarkoitetaan Kansaneläkelaitoksen myöntämiä etuuksia sekä yleisimpiä sosiaalipalveluja. Sosiaaliturvan määrittely on kuitenkin laajempi kokonaisuus, mutta tässä tutkimuksessa sosiaaliturvaa käsitellään aivoverenkiertohäiriöpotilaan kanssa työskentelevien terveydenhuollon asiantuntijoiden, potilaan ja omaisten näkökulmasta. Sosiaali- ja -palveluista keskeisiin käsitteisiin on koottu perusterveydenhuollossa asioivan aivoverenkiertohäiriöpotilaan keskeiset etuudet ja palvelut sekä kuntoutuspalvelut.

### **2.2.1 Sosiaalipalvelut**

Yleinen sosiaaliturva koostuu sosiaalihuollosta (sosiaalipalvelu ja toimeentulotuki) ja sosiaalivakuutuksesta. Sosiaalipalvelu määritellään sosiaalihuoltoon kuuluvana palveluna, jonka tarkoituksena on edistää asiakkaan sosiaalista hyvinvointia ja toimintakykyä, sekä ehkäistä ja korjata sosiaalisia ongelmia. Sosiaalihuollossa palvelua on mm. asiakkaan palvelutarpeen arviointi, neuvonta, ohjaus, tuki, huolenpito, hoito tai avustaminen. (Lehmuskoski & Kuusisto-Niemi 2007, 10.)

Sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisen ja rahoittamisen päävastuu on kunnilla. Kuntien järjestämisvastuusta on säädetty tarkemmin sosiaali- ja terveydenhuollon erityislaeissa, jotka muodostavat laajan kokonaisuuden. Sosiaalihuoltoon kuuluvista kuntien tehtävistä säädetään ensisijaisesti sosiaalihuoltolaissa (710/1982), jota täydentävät asiakasryhmittäiset ja etuuskohtaiset lait, joita ovat laki lasten päivähoitosta (36/ 1973), laki kehitysvammaisten erityishuollosta, lastensuojelulaki (683/1983), päihdehuoltolaki (41/1986), laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987), laki lasten kotihoidon ja yksityisen hoidon tuesta (1128/1996), laki toimeentulotuesta (1997/1412) ja laki omaishoidon tuesta (937/2005). Lainsäädäntö velvoittaa kunnat järjestämään sosiaali- ja terveystalveluja riittävästi ja tarpeita

vastaavalla tavalla asukkailleen, mutta ei säätele yksityiskohtaisemmin toiminnan laajuutta, sisältöä eikä järjestämistapaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain 4§:n mukaan kunnat voivat järjestää palvelut itse, yhteistyössä muiden kuntien kanssa, olemalla jäsenenä toimintaa harjoittavassa kuntayhtymässä tai hankkimalla palvelut valtiolta, muilta kunnilta, kuntayhtymistä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palveluntuottajalta. Lisäksi kunnilla on mahdollisuus käyttää palvelujen järjestämisessä palveluseleitä. Hankittaessa palvelut yksityiseltä niiden laadun on vastattava samaa tasoa kuin kunnallisessa toiminnassa. (Sarvimäki & Siltaniemi (toim.) 2007, 17-18.; Narikka 2008, 24.)

Sosiaali- ja terveyspalvelut pyritään järjestämään ensisijaisesti yleislakien nojalla. Niillä henkilöillä, jotka eivät saa yleislakien perusteella riittäviä palveluja, on oikeus erityislaeissa säädettyihin palveluihin. Sosiaalihuollon yleislakeja ovat sosiaalihuoltolaki sekä vuonna 2001 voimaan tullut laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Edellä mainitun lain tarkoituksena on edistää asiakaslähtöisyyttä ja asiakassuhteen luottamuksellisuutta sekä asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa. Terveys- ja terveydenhuollon puolella vastaava laki on laki potilaan asemasta ja oikeuksista (Mäki-Petäjä-Leinonen & Nikumaa (toim.) 2008, 11). Sosiaalihuoltolaissa säädetään kaikkia sosiaalipalveluja yhteisesti koskevista periaatteista sekä siitä, miten niin sanotut yleiset sosiaalipalvelut tulee järjestää. Näitä yleisiä sosiaalipalveluja ovat *sosiaalityö, kasvatus- ja perheneuvonta, kotipalvelut, asumispalvelut, laitoshuolto, perhehoito ja omaishoidon tuki*. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista määrittelee keskeiset menettelytavat asiakastyössä ja tietosuojakysymyksissä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 6-7.) Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on huomioitava asiakkaan toivomukset, mielipide, etu ja asiakkaan yksilölliset tarpeet sekä hänen äidinkieltensä ja kulttuuritaustansa. Yhteisymmärryksessä asiakkaan ja hänen läheistensä tai laillisen edustajansa kanssa on laadittava asiakkaalle palvelu-, hoito-, kuntoutus-, tai muu vastaava suunnitelma, jollei kyseessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus tai jollei suunnitelman laatiminen muutoin ole ilmeisen tarpeeton. (Sarvimäki & Siltaniemi (toim.) 2007, 17-18.) Terveys- ja terveydenhuollon palveluista säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Terveys- ja terveydenhuollon rakenteita koskevat säännöt ovat kansanterveyslaissa (66/1972) ja erikoissairaanhoitolaissa (1062/1989). Niissä säädetään yleisesti kunnan velvollisuudesta järjestää terveyden- ja sairaanhoitopalveluja ja niihin liittyvää toimintaa. Erityislaeilla on säädetty työterveyshuollosta, mielenterveyspalveluista sekä tartuntatautien ehkäisystä ja hoidosta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 6-7; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Sosiaalihuoltoon kuuluvista sosiaalipalveluista aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet käyttävät eniten kotihoitoa, lyhyt- ja pitkäaikaista laitoshoidoa, asumispalveluja, vammaispalveluja, omaishoidon tukea ja sosiaalityötä. Seuraavissa kappaleissa kuvataan yksityiskohtaisemmin edellä mainittuja sosiaalipalveluja.

Sairaalajakson jälkeen sairastunut saattaa tarvita hoitoa ja ohjausta kotona, jota kunta voi järjestää *kotihoidon* avulla. Kunta voi yhdistää sosiaalihuoltolakiin perustuvan *kotipalvelun* ja kansanterveyslakiin perustuvan *kotisairaanhoidon kotihoidoksi*, jos kunta itse tuottaa sekä sosiaalitoimen että perusterveydenhuollon palvelut. Muissa kunnissa kotihoidon on voinut järjestää kotihoidon kokeilulakien mukaisesti. Vuonna 2005 aloitettua kotihoidon kokeilua jatketaan vuoden 2014 loppuun. Kotihoidon kokeilulain avulla on muun muassa helpotettu yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden välillä. Asiakkaiden ja potilaiden tiedot on voitu koota kotihoidon toimintayksikössä yhteen rekisteriin, joka on kaikkien kotihoidon työntekijöiden käytössä. Kokeilussa jo mukana olevat kunnat ja kuntayhtymät voivat jatkaa kokeilua varten rakennettujen asiakas- ja potilasrekisteriensä käyttöä kokeilulakien mukaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

*Kotipalvelu* tukee ja auttaa, kun asiakas tarvitsee sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi apua kotiin selviytyäkseen arkipäivän askareista ja henkilökohtaisista toiminnoista. Kotipalvelun työntekijät ovat pääasiassa kodinhoitajia, kotiavustajia ja lähihoitajia. Kotipalvelun työntekijät seuraavat asiakkaan vointia ja neuvovat palveluihin liittyvissä asioissa asiakkaita ja omaisia. Kotipalvelun tukipalvelut täydentävät muuta kotipalvelua. Tukipalveluina voidaan järjestää esimerkiksi aterioiden tuominen kotiin, siivous, ostoskuriiri ja apteekkisopimus. Kotisairaanhoido suorittaa asiakkaan kotona lääkärin määräämiä sairaanhoidollisia toimia, ottaa näytteitä, valvoo lääkitystä ja seuraa asiakkaan vointia. Omaisten tukeminen on osa kotisairaanhoidon työtä. Kotisairaanhoidon henkilöstö on koulutukseltaan pääasiassa sairaanhoitajia. Laadukas kotipalvelu ja kotisairaanhoido perustuvat asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ja edistävät asiakkaan kuntoutumista. Kotipalveluista ja kotihoidosta laaditaan yhdessä palvelun käyttäjän kanssa *palvelu- ja hoitosuunnitelma*. Sen toteutumista seurataan ja sitä tarkistetaan palvelujen tarpeen muuttuessa. Kotipalvelujen saannista päättää kotipalvelun esimies, kun taas kotisairaanhoidon järjestämisestä vastaa kunnan terveyskeskus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.) Kotipalvelut myönnetään yksilöllisen palvelutarpeen arvioinnin perusteella. Arviointi perustuu sekä asiakkaan omaan näkemykseen, että asiantuntija-arvioihin. Yli 75 vuotta täyttäneillä ja ylintä hoitotukea saavilla

henkilöillä on oikeus päästä palvelutarpeen arviointiin määräajassa (7 arkipäivän kuluessa yhteydenotosta). (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Silloin kun asiakkaan palveluja ei ole mahdollista tai tarkoituksenmukaista järjestää hänen omassa kodissaan kunta voi järjestää hoitoa, huolenpitoa tai kuntoutusta tarvitsevan henkilön sosiaalipalvelut *laitoshoitona*. Lyhytaikaisella laitoshoidolla tuetaan ikäihmisten kotona selviytymistä ja hoitavan omaisen jaksamista. Samalla ehkäistään pysyvän laitoshoidon tarvetta. *Lyhytaikaishoitajaksot* (LAH -jaksot) voivat toistua säännöllisesti kotona asumisen kanssa tai ne voivat olla satunnaisia. LAH -jaksoilla toteutetaan myös kuntoutusta. Pitkäaikaista laitoshoidoa annetaan henkilölle, jolle ei voida järjestää hänen tarvitsemaansa ympärivuorokautista hoitoa kotona tai palveluasunnossa. Ikäihmisten laitoshoidosta kunnassa päättää yleensä työryhmä, johon voi kuulua kotisairaanhoidaja ja/tai kotipalvelutyöntekijä, pitkäaikaishoidosta vastaava lääkäri ja vanhustyön sosiaalityöntekijä. Mukana voivat olla myös erityistyöntekijöitä. Pitkäaikaista laitoshoidoa annetaan vanhainkodeissa, terveyskeskusten vuodeosastoilla ja erilaisissa hoito- ja hoivakodeissa. Myös järjestöt ja yksityiset yritykset tuottavat laitospalveluja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

*Vammaispalvelut ja –tukitoimet* sekä *omaishoidon tuki* ovat erityislaitilla säädetty. Vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetun lain mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että vammaisille tarkoitetut palvelut ja tukitoimet järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisena kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Vammaisten henkilöiden tarvitsemat palvelut ja tukitoimet on järjestettävä niin, että ne tukevat heidän omatoimista suoriutumistaan. Tätä tarkoitusta varten on tarvittaessa laadittava palvelusuunnitelma tarvittavien palveluiden ja tukitoimien selvittämiseksi. Suunnitelma laaditaan yhdessä vammaisen henkilön ja hänen huoltajansa kanssa. Kunnalla on subjektiivinen oikeus eli erityinen järjestämisvelvollisuus järjestää vaikeavammaiselle henkilölle kohtuulliset *kuljetuspalvelut*, niihin liittyvät *saattajapalvelut*, *tulkkipalvelut* sekä *palveluasuminen*. Lisäksi vaikeavammaiselle henkilölle on korvattava *asunnon muutostöistä* sekä *asuntoon kuuluvien välineiden ja laitteiden* hankkimisesta aiheutuneet kustannukset. Vammaispalvelulain on mainittu myös yleisen järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluvia palveluita ja tukitoimia, joita kunta järjestää talousarviossaan varattujen määrärahojen puitteissa. Niitä ovat *kuntoutusohjaus*, *sopeutumisvalmennus* ja *henkilökohtaisen avustajan* palkkaamisesta aiheutuvien kustannusten korvaaminen. Kunta voi järjestää myös vammaisten henkilöiden *työllistämistä tukevaa toimintaa ja työtoimintaa*. Vammaispalvelulain mukaisia palveluja ja taloudellisia tukitoimia haetaan kunnan vammaispalveluista päättävältä viranomaiselta. Hakijan

tuloja ja varallisuutta ei huomioida palveluja myönnettäessä, vaan lähtökohtana on aina vamman tai pitkäaikaisen sairauden aiheuttama haitta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 10-11.)

*Omaishoidon tuki* on lakisääteinen sosiaalipalvelu, jonka järjestämisestä kunnan tulee huolehtia määrärahojensa puitteissa. Se on kokonaisuus, johon kuuluu hoidettavalle annettavat palvelut sekä omaishoitajalle annettava hoitopalkkio, vapaa ja omaishoitoa tukevat palvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 11.) Omaishoidon tukea myönnetään pitkä- tai lyhytaikaiseen hoidontarpeeseen, jos henkilö alentuneen toimintakyvyn tai sairauden vuoksi tarvitsee kotioloissa hoitoa ja hoidettavan omainen tai hoidettavalle läheinen henkilö on valmis vastaamaan hoidosta tarpeellisten palveluiden avulla. Hoitajan terveyden ja toimintakyvyn tulee vastata omaishoidon vaatimuksia. Omaishoidon yhdessä tarvittavien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kanssa tulee olla hoidettavan terveyden ja turvallisuuden kannalta riittävää ja hoidettavan edun mukaista. Omaishoidon tukea haetaan hoidettavana olevan henkilön kotikunnan sosiaalipalveluja tai omaishoidon tukiasioita hoitavasta yksiköstä. Omaishoidon tuen hakijana on hoidettava, jolle annetaan tuesta kirjallinen päätös. Kunta ja omaishoitaja tekevät omaishoidon tuesta keskenään omaishoitosopimuksen. Sopimuksen liitteeksi kunta, hoidettava ja omaishoitaja laativat yhdessä hoidettavalle hoito- ja palvelusuunnitelman, josta ilmenevät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja omaishoitajan vapaan ajaksi annettavat palvelut. Omaishoitajalle maksettavan palkkion suuruus riippuu hoidon sitovuudesta. Hoitopalkkio on veronalaista tuloa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

*Sosiaalityöllä* tarkoitetaan sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön suorittamaa ohjausta, neuvontaa ja sosiaalisten ongelmien selvittämistä sekä muita tukitoimia, jotka ylläpitävät ja edistävät yksilöiden ja perheen turvallisuutta ja suoriutumista sekä yhteisöjen toimivuutta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 7). Sosiaalityö on osa kunnan sosiaalipalveluja. Sillä vahvistetaan tuen tarpeessa olevien yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen omaehtoista toimintaa ja selviytymistä. Tavoitteena on ehkäistä syrjäytymistä ja ratkaista sosiaalisia ongelmia ja näin ylläpitää ja edistää kansalaisten ja yhteisöjen hyvinvointia ja sosiaalista turvallisuutta. Asiakastyöstä saatuja kokemuksia ja asiantuntemusta hyödynnetään kunnan suunnittelussa ja päätöksenteossa edistämään kuntalaisten sosiaalista hyvinvointia ja yhteisöjen toimivuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.) Sosiaalityötä toteutetaan ensisijaisesti sosiaalipalveluiden puolella, mutta terveydenhuollossa toteutettava potilaiden ohjaus, neuvonta, kuntoutuksen moninainen koordinointi ja yhteistyö eri sosiaalihuollon sektoreiden kanssa on olennaista potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa. Lisäksi

terveydenhuollon sosiaalityöhön kuuluu potilaiden sosiaalinen arviointi, sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen ja sosiaalityön dokumentointi. (Kananoja 2010, 275-279.)

## 2.2.2 Sosiaalipalveluiden myöntämisedellytykset

Sosiaalipalvelutarpeen määrittelyä voidaan lähestyä eri näkökulmista: *kysyntälähtöisestä, tarjontalähtöisestä, tavoitetilaan perustuvasta tai kokonaistarkasteluun perustuvasta tarvemäärittelystä*. Kysyntälähtöisessä palvelutarpeessa tarpeen määrittelyperustana ovat asiakkaiden ilmaisemat palveluja koskevat toivomukset. Kysyntälähtöisessä palvelutarpeen määrittelyssä asiakkaat eivät välttämättä tunne kunnan taloudellisia voimavaroja tai eivät tiedä kaikkia palveluita. Rajalliset voimavarat ja tarkoituksenmukaisuusnäkökohdat tekevät kysyntälähtöisen sosiaalipalvelujen tarpeen arvioinnin vaikeaksi sovittaa kunnan yhdenvertaisten palvelujen viitekehykseen. Tarjontalähtöisessä palvelutarpeen määrittelyssä viitekehyksenä ovat olemassa olevat palvelut ja arvioinnin toteuttajina ammattilaiset. Tarjontalähtöinen määrittely perustuu sosiaalihuollossa usein säännöksiin tai valtakunnallisiin standardeihin. Palvelutarvetta voidaan arvioida myös suhteessa kunnassa hyväksyttyyn *hyvinvoinnin tavoitetilaan*, jolloin vertailu lähtötilanteeseen on olennainen osa tarpeiden määrittelyä. Hyvinvoinnin tilan saavuttamiseksi tarvitaan toimia, jotka perustuvat asiantuntijoiden ammatilliseen tai tieteelliseen tietoon sekä kokemukseen erilaisten palvelujen ja menetelmien vaikutuksista. Kokonaistarkasteluun perustuvassa palvelutarpeen määrittelyssä tarvemäärittely perustuu elinolojen, hyvinvoinnin tilan, sosiaalisten tarpeiden ja voimavarojen laaja-alaiseen kartoitukseen. Tarpeen määrittely ei ole sidottu vain olemassa oleviin palveluihin tai valmiiksi hyväksyttyyn tavoitetilaan. Tämä lähestymistapa ei ole kovin vakiintunutta, mutta se antaa tilaa toiminnan sisältöjen uudistamiselle. Kokeilevan orientaation toteuttaminen lainsäädännön, kansalaisten oikeuksien ja yhdenmukaisuusvaatimusten ohjaamassa instituutiossa ei ole ongelmattonta. (Kananoja & Niiranen & Jokiranta 2008, 160-162.)

Potilaan oikeudesta sosiaali- ja terveystalveluihin on säädetty useissa laeissa eri tavoin. Palvelut voivat olla joko yleisen tai erityisen järjestämisvastuun alaisia eli harkinnanvaraisia tai subjektiivisia. Sosiaalipalveluista osa, esimerkiksi eräät vammaisille henkilöille säädetyt tukitoimet ja etuudet sekä toimeentulotuki, on turvattu subjektiivisilla oikeuksilla. Koska kyse on subjektiivisesta oikeudesta, kunnalla on erityinen velvollisuus järjestää palvelut kaikille säädetty edellytykset täyttävälle henkilöille. Subjektiivinen oikeus asettaa kunnalle velvollisuuden varata riittävät määrärahat palveluiden ja etuuksien järjestämiseksi. Palvelua tai etuutta ei voi evätä



edellytykset täyttävältä hakijalta vaikka määrärahaa ei olisi enää jäljellä. Yleisen järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluvien etuuksien suhteen kunnalla on enemmän harkintavaltaa. (Sarvimäki & Siltaniemi (toim.) 2007, 18; Narikka 2008, 26; Stakes 2006, 42.)

Kuntien järjestämisvelvollisuutta on täsmennetty myös turvaamalla hoitoon tai palvelutarpeen arvioon pääsy määräajassa. (Sarvimäki & Siltaniemi (toim.) 2007, 18.) Sosiaalipalveluiden saannille on määritelty lakisääteisiä aikarajoja vanhusten ja vammaisten henkilöiden palvelutarpeen selvittämiseksi, lastensuojelun selvityksen ja toimeentulotukipäätöksen tekemiselle sekä pääsyyn keskusteluun sosiaalityöntekijän tai sosiaaliohjaajan kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.) Pääsääntöisesti palvelutarpeen arviointi, selvityksen aloittaminen tai päätös toimeentulotuesta on tehtävä seitsemän vuorokauden kuluessa asian vireille tulosta.

Sosiaalihuollon päätöksentekoa ohjaa lainsäädäntö ja yleiset hallinto- oikeudelliset periaatteet sekä vakiintunut oikeuskäytäntö. Sosiaalihuollon lainsäädäntö sisältää useita väljiä oikeusnormeja, joiden soveltaminen riippuu aina asiakkaan yksilöllisistä olosuhteista. (Räty 2010, 70.) Lainsäädännön sitovuuden tulkinta on kuitenkin ongelmallista koska riittävien palvelujen tasoa ole laeissa tarkasti määritelty. (Narikka 2008, 26.) Monet kunnat ovat sosiaalilautakunnassa määritelleet sosiaalihuollon palveluja koskevia soveltamisohjeita, joilla pyritään talousarvion puitteissa järjestämään kaikkein välttämättömimmät palvelut niitä eniten tarvitseville. Soveltamisohjeilla autetaan kaupungin työntekijöiden päätöksentekoa. Ohjeilla ei ole tarkoitus rajoittaa viranhaltijoiden harkintaa päätettäessä asiakkaan oikeudesta palveluun tai muutoinkaan olla ristiriidassa lainsäädännön kanssa. Kriteerien tarkoitus on selkiyttää palvelujen kohdentamista niitä tarvitseville. Palvelujen järjestämisen lähtökohtana on asiakkaiden yhdenvertainen ja oikeudenmukainen kohtelu sekä samansuuntainen harkinta toteutettaessa palveluita. Soveltamisohjeet voivat olla vain lakia ja asetuksia täydentäviä, eivätkä saa estää työntekijää poikkeamasta ohjeista yksittäistapauksessa arvioitaessa asiakkaan tarpeita ja olosuhteita. Jokaisen asiakkaan tilanne ja tarve arvioidaan aina yksilöllisesti. (Räty 2010, 66.) Päätöksenteossa sosiaalityöntekijän tai muun viranhaltijan yksilöllisellä arvioinnilla on keskeinen merkitys. Tällöin hyvin samankaltaisessakin tilanteessa voidaan päätyä viranomaiselle kuuluvan harkintavallan puitteissa erilaisiin lopputuloksiin, koska yhtenäistä soveltamiskäytäntöä ei aina löydy. (Räty 2010, 70.)

Aivoverenkiertohäiriöön sairastunut henkilö toimii terveydenhuollon ja sosiaalihuollon pirstaleisessa palvelukentässä, jossa palvelujen ja etuuksien saamisen edellytyksenä on useimmiten

tarveharkinta. Tarveperiaate on yksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen myöntämistä ohjaavista periaatteista. Sosiaali- ja terveydenhuolto voi joko vastata kunnassa esiintyvään tarpeeseen tai palvelun tulee täyttää yksittäisen hakijan tarpeet. (Stakes 2006, 58.) Muita sosiaalipalvelun tai -etuuden saamisen edellytyksiä voivat olla henkilön toimintakykyyn liittyvä vaje, haitta, ikä tai tarve. (Purhonen & Ashorn & Viitanen & Rissanen & Lehto 2006, 287-288.)

Diagnoosia tehtäessä tai palvelua myönnettäessä yhteiskunta samalla myöntää vajeen olemassaolon. Toimintakyvyn vaje, tarve tai vaikeavammaisuuden käsite, mikä on edellytyksenä tietyille etuuksille tai palveluille, määritellään aina suhteessa toimintaan tai palvelun tarpeeseen toimintaympäristössä. Esimerkiksi vammaispalvelulain mukaan vammaisella henkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jolla vamman tai sairauden johdosta on pitkäaikaisesti erityisiä vaikeuksia suoriutua tavanomaisista elämän toiminnoista. Vaikeavammaisuus on käsite, jonka sisältö määrittyy suhteessa vammaisen ihmisen elämäntilanteeseen ja ympäristöön ja merkitsee runsasta avun, palveluiden tai tukitoimien tarvetta. Vammaispalvelulain mukaisiin palveluihin ja tukitoimiin oikeutetun vammaisen henkilön määrittely sisältää toisistaan eroteltavia määreitä: "pitkäaikaisuus", "henkilön erityiset suoriutumisasikeudet", "tavanomaiset elämäntoiminnot" ja "välttämätön tarve". Sairauden tai vamman aiheuttama toimintakyvyn aleneman tulee olla siis jatkuvaluonteinen, avun tarpeen runsaan ja toimintakyvyn aleneman ilmetä jokapäiväiseen elämään liittyvissä asioissa. (Räty 2010, 33-35.) Kelan vammaisuuksien saamisedellytyksenä on vaikeavammaisuus tai pitkäaikaissairaus, joka on kestänyt tai arvioidaan kestävän vähintään vuoden ajan. Sairauden tai vamman tulee aiheuttaa haittaa, avun tarvetta, ohjauksen tai valvonnan tarvetta ja/tai erityiskustannuksia. Toimintakyvyn katsotaan heikentyneen silloin, kun sairaus tai vamma heikentää kykyä huolehtia itsestään, selviytyä välttämättömistä kotitaloustöistä tai selviytyä työ- ja opiskelutehtävistä. Kela käyttää haitan arvioimisessa tapaturmavakuutuslain haittaluokitusta. (Kansaneläkelaitos 2010.)

Toimintakyvyn vajeesta johtuvaa avun tarvetta ei kuitenkaan aina oteta huomioon asioinneissa muissa palveluissa tai palvelun hakuun liittyvissä prosesseissa sosiaali- ja terveydenhuollon sisällä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen piiriin kuuluu siten ryhmiä, jotka ovat juuri toimintakyvyn rajoitteiden vuoksi tavanomaista heikommassa asemassa ajamaan omia etujaan, ja joiden perusoikeudet Suomen kansalaisina voivat jäädä vajaiksi ilman heille myönnettyjä toimintakyvyn vajeen poistavia palveluja. (Räty 2010, 67-68; Pajukoski 2010, 24; Toikkanen 2010, 102.)

### 2.2.3 Sosiaali- ja terveysministeriön myöntämisedellytykset

Sosiaali- ja terveysministeriön tarjoama etuus, jonka tarkoituksena on turvata etuuden saajan taloudellinen toimeentulo. Sosiaali- ja terveysministeriön myöntämisedellytykset ovat sosiaalivakuutukset, sosiaaliavustukset ja viimesijainen toimeentulotuki. Sosiaali- ja terveysministeriön myöntäminen perustuu joko tarveharkintaan tai etuuden saajan subjektiiviseen oikeuteen. (Lehmuskoski & Kuusisto-Niemi 2007, 6.) Suomen sosiaaliturvaan kuuluu asumiseen ja työskentelyyn perustuvia etuuksia. Asumiseen perustuvia etuuksia ovat terveydenhuoltopalvelut, sairausvakuutus- ja eläkevakuutus, vanhempain- ja perhe-etuudet. Työskentelyyn perustuvat etuudet ovat työeläkejärjestelmä ja tapaturma- sekä ammattitautivakuutus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 4.) Tässä tutkimuksessa esittelen sosiaali- ja terveysministeriön myöntämisedellytykset myös Kelan kuntoutusetuudet sekä terveydenhuollon lääkinällisen kuntoutuksen, koska ne kuuluvat olennaisesti aivoverenkiertohäiriöpotilaan sosiaaliturvan kontekstiin.

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa sosiaaliturvalainsäädännöstä ja sosiaaliturvan yleisestä kehittämisestä. Useat eri organisaatiot osallistuvat sosiaaliturvajärjestelmän toimeenpanoon. Sosiaalivakuutusjärjestelmän erityispiirteenä on, että yksityiset vakuutuslaitokset hoitavat vakuutettujen lisäksi osaa sosiaalivakuutuksesta. Eläkevakuutusyhtiöt, eläkekassat ja eläkesäätiöt huolehtivat yksityisen palveluksessa olevien työeläkkeistä. Kela (Kansaneläkelaitos) huolehtii asumiseen perustuvien sosiaaliturvaetuuksien toimeenpanosta. Valtiokonttori huolehtii valtiolla työskentelevien eläketurvasta ja tapaturmavakuutuksesta, ja vastaavasti Kuntien eläkevakuutus kunnalla työskentelevien eläketurvasta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 4.)

Sosiaalivakuutukseen luetaan lakisääteinen kansan- ja työeläkevakuutus, lakisääteinen sairausvakuutus, tapaturmavakuutus ja työttömyysturva. Pakollisen sosiaalivakuutuksen tarkoituksena on vakuuttaa henkilöt vanhuuden, työkyvyttömyyden, sairauden, työttömyyden ja perheen huoltajan kuoleman aiheuttamien taloudellisten menetysten varalta. Osa etuuksista määräytyy ansioperiaatteen mukaan, jolloin etuus rahoitetaan palkan suuruuteen sidotuilla maksuilla. Osa etuuksista rahoitetaan veroluonteisin maksuin, jolloin oikeus näihin vähimmäisturvan etuuksiin ei kuitenkaan edellytä vakuutusmaksujen maksamista. Kansaneläkelaitos huolehtii vähimmäisturvaan kuuluvasta kansaneläkkeestä, sairaus- ja äitiysvakuutuksesta sekä työttömyysajan turvasta. (Kettunen & Ihalainen & Heikkinen 2003, 26-27; Narikka 2006, 30-31.)

Sairausvakuutuksen piiriin kuuluvat kaikki Suomessa asuvat henkilöt. Sairausvakuutuksesta maksetaan pääasiassa korvausta yksityisen sektorin terveydenhuollon kustannuksista, avohoidon lääkkeistä ja sairauden vuoksi tehdyistä matkoista sekä päivärahaetuuksia sairauden johdosta. *Sairauspäivärahaa* maksetaan 16-67 -vuotiaalle palkatulle työntekijälle tai itsenäiselle ammatinharjoittajalle. Oikeus päivärahaan alkaa kun sairaus on kestänyt sairastumispäivän lisäksi yhdeksän arkipäivää. Sairauspäivärahaa maksetaan enintään 300 arkipäivältä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 10-11.) Sairauspäivärahaa haetaan Kansaneläkelaitokselta tai omalta työpaikkakassalta. Sairauspäivärahahakemukseen tarvitaan alkuperäinen lääkärinlausunto työkyvyttömyydestä tai selvitys tapaturmasta. (Kansaneläkelaitos 2011.)

Kuntoutusta järjestää sosiaali- ja terveydenhuolto, opetustoimi, työhallinto, vakuutuslaitokset, Kansaneläkelaitos ja työeläkelaitokset. Kuntoutusetuuksilla tarkoitetaan kuntoutuspalveluja ja kuntoutusajan toimeentuloturvaa. (Purhonen ym. 2006, 283.) Kunnallisen terveydenhuollon tulee järjestää kuntoutusta kansanterveyslain (605/1991), erikoissairaanhoitolain (609/1991), terveydenhuoltolain (1326/2010) ja lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksen (1015/1991) mukaisesti. *Lääkinnällinen kuntoutus* on kuntoutustarpeen arviointia, kuntoutusmahdollisuuksiin ohjausta ja neuvontaa, apuvälinepalveluita, sopeutumisvalmennusta ja toimintakykyä edistäviä terapia- sekä kuntoutusjaksoja. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 21.) Lisäksi lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksessa edellytetään seurantaa kuntoutuksen etenemisestä. Kelan järjestämä kuntoutus käsittää *vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen, vajaankuntoisten ammatillisen kuntoutuksen ja harkinnanvaraisen kuntoutuksen*. Kelalla on velvollisuus järjestää muussa kuin laitoshoidossa oleville vaikeavammaisille sellaista lääkinnällistä kuntoutusta, joka on tarpeen heidän työ- tai toimintakykynsä turvaamiseksi. Kuntoutuksena järjestetään terapioita ja laitostuntoutusta. *Kuntoutusrahaa* maksetaan kuntoutukseen osallistumisen ajalta, jos kuntoutuksen tarkoituksena on työelämässä pysyminen, sinne palaaminen tai työelämään tulo. Kuntoutusraha määräytyy pääsääntöisesti sairausvakuutuksen päivärahan tavoin. Pitkäaikaisen työkyvyttömyyden aiheuttamaa ansiotulojen menetystä korvataan työkyvyttömyyseläkkeillä. Niitä ovat täysi *työkyvyttömyyseläke*, joka voi olla määräaikainen (kuntoutustuki) tai toistaiseksi myönnetty ja osatyökyvyttömyyseläke tai osakuntoutustuki. Täysi työkyvyttömyyseläke ja täysi kuntoutustuki alkavat yleensä sairausvakuutusjärjestelmän mukaisen päivärahan maksamisen päätyttyä. Työkyvyttömyyseläke voi alkaa ilman sairauspäivärahakautta. Työkyvyttömyyseläkettä voi saada alle 63-vuotias työntekijä tai yrittäjä, jonka työkyky on alentunut sairauden, vian tai vamman vuoksi vähintään vuoden ajaksi. Eläke myönnetään täytenä, jos työkyky on alentunut vähintään kolmella viidesosalla. Jos työkyky on alentunut vähintään kahdella viidesosalla, eläke myönnetään osatyökyvyttömyyseläkkeenä.

Työkyvyttömyyden määrittelyn lähtökohtana on selvitys eläkkeenhakijan terveydentilasta. Lääketieteellisten selvitysten lisäksi työkyvyttömyyden arvioinnissa otetaan huomioon muun muassa henkilön koulutus, työkokemus, ikä ja työnsaantimahdollisuudet. Arvioinnin lähtökohtana on se, että henkilö voi palata joko entiseen työhön tai muuhun työhön. *Kuntoutustukea* maksetaan työkyvyttömälle henkilölle, jonka vamman tai sairauden voidaan olettaa todennäköisesti paranevan hoidon tai kuntoutuksen avulla. Kuntoutustuen myöntäminen edellyttää hoito- tai kuntoutussuunnitelmaa. Kuntoutustuki voidaan lakkauttaa työkyvyn muuttuessa tai jos sen saaja kieltäytyy ilman pätevää syytä kuntoutuksesta. Täysi työkyvyttömyyseläke ja kuntoutustuki voidaan muuttaa osatyökyvyttömyyseläkkeeksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 12.)

*Eläkkeensaajan hoitotukea* maksetaan tarvittavan hoidon tai erityiskustannusten korvaamiseksi eläkkeensaajalle. Tukea maksetaan kolmeen ryhmään porrastettuna ja tuen määrä riippuu sairauden tai vamman aiheuttamasta avuntarpeesta tai erityiskustannuksista. *Vammaistuen* tarkoitus on tukea 16–64-vuotiaiden vammaisten henkilöiden selviytymistä jokapäiväisessä elämässä sekä työelämässä ja opiskelussa. Tuki voidaan maksaa henkilölle, joka ei saa eläkettä. Tuen määrä on porrastettu kolmeen eri suuruusluokkaan. (Mt., 2007, 28. )

*Toimeentulotukea* myönnetään, jos henkilön tulot eivät kata jokapäiväisiä välttämättömiä menoja. Toimeentulotuki ei ole sosiaaliturvaa, vaan viimesijainen taloudellinen tuki Toimeentulotuki myönnetään tukeen oikeuttavien menojen sekä tulojen ja varojen erotuksen perusteella. Se koostuu perustoimeentulotuesta ja täydentävästä toimeentulotuesta. (Mt., 2007, 30.) Toimeentulotuen myöntää kunnan sosiaaliviranomainen. Pitkäaikaissairaalle korvataan hänen sairaudestaan aiheutuvat terveydenhuoltomenot ensisijaisesti sairausvakuutuksesta, mutta perustoimeentulotuella voidaan kattaa muita kuin perusosaan sisältyviä vähäistä suurempia terveydenhuoltomenoja. Täydentävän toimeentulotuen menoina voidaan ottaa huomioon sairauden tai vamman aiheuttamia jokapäiväiseen elämään liittyviä menoja, jos ensisijaiset järjestelmät eivät niitä kata. Lisäksi pitkäaikaisesti tai vakavasti sairaana olevalle henkilölle voi aiheutua muitakin menoja kuin suoranaisesti terveyden- tai sairaudenhoidosta aiheutuvia kuluja. Tällaisia voivat olla esim. normaalit puhelinmenot ylittävä osa puhelinkuluista tai erityisruokavaliosta aiheutuvat kustannukset. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 78.)

Sosiaalietuuksia haettaessa hakemukseen tarvitaan palvelusta tai etuudesta riippuen erilaisia lisäselvityksiä. Kansaneläkelaitokselta haettavaan sosiaalietuuksiin (sairauspäiväraha, eläkkeensaajan hoitotuki, vammaistuki) tarvitaan lääkärinlausunto A tai C. Työkyvyttömyyseläkettä

haetaan Kelan ja Eläketurvakeskuksen yhteisellä lomakkeella. Hakemukseen liitetään mahdollisimman tuore lääkärinlausunto B sekä muut selvitykset, joihin vedotaan. Eläkkeensaajan hoitotukea tai vammaistukea haettaessa tarvitaan hakemuslomakkeen lisäksi asuinkunnan sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijän tai muun tilanteen tuntevan antama selvitys toimintakyvystä kotona tai kodin ulkopuolella, sekä avun, ohjauksen tai valvonnan tarpeesta, käytetyistä palveluista tai jatkuvista erityiskustannuksista. Toimintakyvyn tulee olla heikentynyt sairauden tai vammaisuuden vuoksi yhtäjaksoisesti vähintään vuoden ajan. (Kansaneläkelaitos 2011.) Toimeentulotukihakemukseen tarvitaan hakemuslomakkeen lisäksi tulo- ja menoselvitykset. Päätös toimeentulotuesta on saatava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä hakemuksen jättämisestä.

Vaikeavammaisen lääkinnällisen kuntoutuksen edellytyksenä on , että hakija saa korotettua tai ylintä vammaistukea tai eläkkeensaajan hoitotukea sekä on alle 65-vuotias. Kelan vammaisetuksien saamiseksi yksilön täytyy todistaa oman toimintakykynsä, minkä perusteella hänelle voidaan myöntää eriasteisia vammaisetuksia ja/tai -palveluja. (Kansaneläkelaitos 2011.) Kelan käyttämä toimintakyky -käsite määritellään henkilön valmiudeksi suorittaa elämäntilanteensa ja sen vaatimusten kannalta tarpeellisia toimintoja. Henkilön toimintakykyä voidaan arvioida fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen suoriutumisen suhteen. Suoriutumiseen vaikuttavat myös ympäristötekijät kuten esteettömyys, asenteet, käytössä oleva apuvälineet ja toisen henkilön apu. Vaikeavammaisen lääkinnälliseen kuntoutukseen haetaan julkisen terveydenhuollon lääkärin tekemällä kuntoutussuunnitelmalla kuntoutustarpeesta ja täyttämällä 4-sivuinen Kelan kuntoutushakemus. Lääkärin tekemän kuntoutussuunnitelman tulee sisältää sairauden tai vamman sekä toimintakyvyn kuvauksen ja lääkärin suosittaman kuntoutuksen perusteluineen. Kuntoutussuunnitelman sijaan voi liittää mukaan lääkärin kirjoittaman B-lääkärinlausunnon, jos kuntoutussuunnitelma on kirjattu siihen. (Kansaneläkelaitos 2009.)

Kuntoutuslainsäädännössä on samoin ensi- ja toissijaisia lakeja kuten muussakin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Lääkinnällinen kuntoutus, jota järjestetään osana kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoitolaissa toteutettavaa sairaanhoitoa, on ensisijaista. Lääkinnällistä kuntoutusta tulee kuitenkin järjestää huomioiden sosiaalihuollon, työvoima- ja opetusviranomaisten, Kelan ja muiden kuntoutusta järjestävien palvelut. Kansaneläkelaitoksen kuntoutus on luonteeltaan toissijaista: kuntoutusjärjestelmien keskinäisen työnjaon mukaisesti kuntoutus järjestetään ensisijaisesti terveydenhuollossa tai muiden erityislakien nojalla. (Purhonen ym. 2006, 283; Paatero & Kivekäs & Vilkkumaa 2001, 109-113.)

## **2.2.4 Aivoverenkiertohäiriöpotilas sosiaalietuuksien ja -palveluiden tarvitsijana**

Aivoverenkiertohäiriöpotilas on sairastumisen jälkeen kuntoutuja, joka tarvitsee moniammatillista hoitoa, ohjausta ja neuvontaa sairauden aiheuttaman bio-psyko-sosiaalisen tilan muutoksen vuoksi. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoitoon osallistuu oireiden moninaisen luonteen vuoksi useita eri terveyden- ja sosiaalihuollon ammattiryhmiä. Potilaan hoitoketju alkaa heti diagnosoinnin jälkeen erikoissairaanhoidosta jatkuen perusterveydenhuoltoon ja tarvittaessa kuntoutukseen kolmannelle sektorille. Potilas elää selviytymiskokemuksensa keskipisteessä, joka on hyvin yksilöllinen prosessi (Purola 2000, 101). Aivoverenkiertohäiriöpotilaat ja heidän omaisensa kokevat ohjauksen ja opetuksen tarpeelliseksi päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Ohjauksen tulee olla yksilöllistä, oikea-aikaista ja toistuvaa, jotta sekä potilas, että omainen siitä hyötyy. (Mt., 119.) Akuutissa vaiheessa sairastumisen jälkeen potilaat ja omaiset haluavat tietoa itse sairaudesta. Kuntoutumisvaiheessa tiedon tarve kohdistuu sairauden kanssa pärjäämiseen. Kroonisessa vaiheessa halutaan käytännön ohjeita kokonaisvaltaisesti elämän eri sektoreilta. (Wachters-Kaufmann & Schuling & The & Meyboom-de Jong 2005, 211-217.) Potilaan tiedontarve on yleensä aina suurempi kuin hoitotyön ammatillaiset odottavat. Etenkin siirtymävaiheissa hoitolaitoksesta toiseen tai kotiin tulee tietoa antaa useita kertoja ja useilla eri menetelmillä. (Iivanainen & Syväoja 2008, 539.) Tietoa potilaalle ja omaiselle annetaan sekä suullisesti, että kirjallisesti. Suullista informaatiota annetaan alkuvaiheessa yksilöllisesti ja myöhemmässä vaiheessa ryhmämuotoisesti. Suullisen informaation tueksi on sairaanhoitopiireillä käytössään erilaista kirjallista materiaalia. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä potilaalle annetaan Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa kirjalliset AVH-potilasohjeet ([www.pshp.fi/avh](http://www.pshp.fi/avh)) yksilöllisesti kohdennettuina potilaan oirekuvan mukaan. AVH-potilasohjeet on tarkoitettu ammattihenkilöstölle verbaalisen ohjauksen tueksi, ei sitä korvaamaan. Potilasohjeita voi käyttää sairaalan, terveystieteiden keskuksen ja avoterveydenhuollon henkilökunta vähitellen kokoamalla potilaalle tai hänen omaisilleen yksilöllisen tietopaketin. (Sjögren ym., 2005.) Potilaan ohjausta ja neuvontaa terveydenhuollossa toteuttavat lääkärit, hoitohenkilökunta, erityistyöntekijät (fysioterapeutti, toimintaterapeutti, psykologi, puheterapeutti, sosiaalityöntekijä), palveluohjaajat, erikoissairaanhoidossa kuntoutusohjaajat ja perusterveydenhuollon AVH-yhdyshenkilöt.

Aivohalvauspotilaan tiedonsaannista tehdyissä tutkimuksissa ilmenee, että potilaat tarvitsevat tietoa yhteiskunnan tuista. Länsi-Suomen läänissä asuville alle 55-vuotiaille

aivoverenkiertohäiriöpotilaille kohdistetussa kyselyssä 16 prosenttia vastaajista olisi kaivannut lisätietoa yhteiskunnan tuista ja byrokratiasta. Vaikka kyselytutkimukseen vastanneet olivat työelämästä sairastuneita, niin he kokivat tukiviidakossa toimimiseen tuen tarvetta. Yhteiskunnan palveluista puhumisen tarpeen maininneet olivat niitä, joiden sairastumisesta oli kulunut vähän aikaa. Tutkimuksessa esiin tuli tiedon saamisen vaikeuttajina potilaiden kielelliset vaikeudet tai muistiongelmien, joita ei huomioitu. (Tuusa 2008, 23-24.) Myös kysyttäessä aivoverenkiertohäiriöpotilailta tiedonsaannista sairaalassaoloajalta puoli vuotta kotiutumisen jälkeen kyselyyn vastanneista 63,4 prosenttia ilmoitti, ettei ollut lainkaan saanut ohjausta eri taloudellisista tukimuodoista ja vain 29,3 prosenttia koki saaneensa riittävästi tai kohtalaisesti ohjeita eri tukimuodoista (Koskelainen ym. 1998, 21).

Aivoinfarktin sairastaneet, joille on jäänyt pysyvä haitta, ovat alttiita masennukseen ja sosiaaliseen eristyneisyyteen ja heillä on lisääntynyt uusien verenkiertosairauksien riski. Tämän vuoksi heille suositellaan Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n Käypä hoito –suosituksessa (2011) loppuelämän jatkuvaa säännöllistä, vähintään vuosittaista seurantaa ja kuntoutustarpeen arviointia sekä arvion mukaan toteutettavia kuntoutustoimia. Vastuu tämän järjestämisestä on perusterveydenhuollolla. Vuonna 1997 tehdyssä Aivohalvaus- ja Afasialiiton tekemässä tutkimusprojektissa ilmeni, että seurantaa muusta kuin sairastuneen fyysisen terveydentilan muutoksista ei juurikaan ole, vaikka potilaalla oli sosiaalisia ongelmia kuten masennusta ja omaisen väsymistä. Vastauksista ilmeni myös, että osa sairastuneista jää ilman tarvitsemiaan sosiaalipalveluja. Tällaisia ryhmiä ovat mm. ne sairastuneet, joilla on vain ”lieviä” oireita tai yksinasuvat, jotka eivät osaa itse hakea tarvitsemiaan palveluita. Tutkimuksessa korostui sosiaalitoimen vastuu potilaan kotiutuessa, jolloin määritellään kotiapua, kuljetuspalvelua ja asunnon muutostöitä. (Salonen 1997, 37 & 70-78.) Samassa tutkimusprojektissa potilaat ja heidän omaisensa olisivat kaivanneet ammattilaisilta pidempiaikaista tukea ja seurantaa sekä tuen oikea-aikaista kohdentumista. (Aaltonen 1997, 7-8 & 67-71.) Erityisesti yksinasuvien vastuuhenkilön ja ohjauksen tarve tuli esiin myös Saila Leinosen (2000) tutkimuksessa. Hän toteaa, että monilla potilailla merkittävin asianajaja esimerkiksi sosiaaliturva-asioissa kotiutumisen jälkeen on omainen, mutta kaikilla ei heitä ole. (Mt., 91-92.) Hannele Ruotsalainen (2001) vahvistaa tätä käsitystä tapaustutkimuksessaan. Hän on kuvannut tapaustutkimuksen avulla kuntoutujan toimintaa pirstaleisessa sosiaali- ja terveydenhuollon kentässä. Toimintatutkimuksessa varmentui sosiaalityön asiantuntijapalveluiden tarve ja palveluohjauksen käyttökelpoisuus terveydenhuollon asiakkaan kuntoutus- ja hoitosuunnitelman toteutuksessa. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto aloitti tapaustutkimuksen aikana valtakunnallisen AVH-yhdyshenkilötoiminnan, jonka tarkoituksena on



ehkäistä aivoverenkiertohäiriöihin sairastuneiden henkilöiden syrjäytymistä järjestön ja terveyskeskuksen yhteistyön avulla. Yhdyshenkilö toimii tiedotuskanavana sairastuneen ja hänen läheistensä sekä palvelutuottajien välillä. AVH-yhdyshenkilötoiminnan tavoitteena on turvata sairastuneiden hoito- ja kuntoutuspalveluiden jatkuvuutta, lisätä sairastuneiden ja heidän läheistensä ohjausta sekä julkisen terveydenhuollon ja järjestöjen yhteistyötä. (Mt., 24-28.) AVH-yhdyshenkilötoimintaa on ollut Suomessa n. 10 vuoden ajan paikkakunnasta riippuen. Lähes kaikki AVH-yhdyshenkilöt toimivat oman ammattinsa ohessa AVH-yhdyshenkilöinä, jolloin heidän työaikansa ei Henrikssonin (2008) mukaan riitä laaja-alaiseen ohjaamiseen. AVH-yhdyshenkilöistä tehdyssä työnkuvaselvityksessä ilmenee, että aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet potilaat eivät saa tasavertaisesti ohjausta ja neuvontaa johtuen potilaiden nopeasta kotiutumisesta, AVH-yhdyshenkilötoiminnan tietämättömyydestä ja AVH-yhdyshenkilöiden työajan riittämättömyydestä. (Mt., 69-70.)

Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kotona selviytymiseen liittyy olennaisesti omaiset ja/tai läheiset. Jokapäiväisen elämän sujuminen ja luottamus saatavilla oleviin voimavaroihin on sekä potilaiden että omaisten mielestä merkittävin selviytymistä edistävä tekijä. Arjen elämää helpottavat asiat kuten potilaan lääkehoidon hallinta ja etuuksien saaminen liittyvät perheen selviytymiseen (Alin 2008, 42). Sairauteen liittyvät ongelmat ja niistä johtuva avuntarve sekä oma voimattomuus tilanteen edessä heikentävät selviytymistä. (Purola 2000, 110-122.) Omaiset ja läheiset ovat tärkeitä instrumentaalisen tuen (auttamista, ympäristön muuttamista, rahan tai tavaroiden antamista) antajia, koska suuri osa kotiutuneista aivohalvauspotilaista tarvitsee päivittäisissä toiminnoissaan konkreettista apua. Potilaat kokevat yhteiskunnan materiaaliset tuet merkittäviksi, vaikka ei niitä käytettäisikään. He pitävät tärkeänä, että apua on saatavilla, mikäli sitä tulisi tarvitsemaan. (Leinonen 2000, 90-91.) Potilaat näkevät kuntoutuksen ja sosiaaliturvajärjestelmän etuudet kuntoutujan arkipäivään osallistumisen helpottajana. Harva kuntoutuja kuitenkaan on tuntenut palvelujärjestelmää ennen sairastumistaan. (Pitkänen 2006, 110.) Sosiaalityön asiantuntijuutta tarvitaan tässä, jotta oikea-aikainen, asiakaslähtöinen, ammatillinen ja sujuva asioidenhoito voisi osaltaan ehkäistä vakavan sairastumisen tuottamaa kaaoksen tunnetta ja auttaa kuntoutujaa ja hänen läheisiään hallitsemaan sitä. Kokonaisvaltaisen biopsykososiaalisen tilanneselvityksen tekeminen on sitä sosiaalityön erityisosaamista, jossa sosiaalityöntekijä suhteuttaa moniammatillisen yhteistyön tuottaman tiedon yhdeksi kokonaisuudeksi, jossa myös kuntoutumisen eri osa-alueiden vaikutus toisiinsa ja kuntoutujan kokonaistilanteeseen huomioidaan. Sosiaalityöntekijällä tulisi olla taito tunnistaa aivohalvauksen biopsykososiaaliset seuraukset, jotta voidaan auttaa kuntoutujaa

etsimään uusia ajattelu- ja toimintamalleja elämänpiirissään muuntuneesta toimintakyvystä huolimatta. (Pitkänen 2006, 110-111.)

## **2.3 Terveysthuollon potilasasiakirja – ja sairauskertomuskäytännöt**

Terveysthuollon dokumentoinnilla täytetään lakien asettamat velvoitteet. Kirjaamiseen ohjaavat mm. seuraavat terveysthuollon lait: laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta (99/2001), laki terveysthuollon ammattihenkilöistä (559/1994) ja henkilötietolaki (523/1999). Lait ovat syntyneet käytännön tarpeista: kirjaamisella pyritään ennen kaikkea takaamaan hoidon turvallisuus ja jatkuvuus. Laeissa määritellään hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa laadittavat asiakirjat. Teksteille asetetaan laeissa myös sisältö- ja laatuvaatimuksia. (Tiilikä & Karvinen 2006, 16.)

Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja ja saapuneita asiakirjoja tai teknisiä tallenteita, jotka sisältävät hänen terveystilansa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja (PotL 2 §). Potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomus ja siihen liittyvät asiakirjat kuten läheteet, laboratorio-, röntgen- ja muut tutkimusasiakirjat ja -lausunnot, konsultaatiovastaukset, tutkimuksen tai hoidon perusteella annetut todistukset ja lausunnot sekä lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät asiakirjat samoin kuin muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen...2001/99). Potilasasiakirjojen tehtävänä on palvella potilaan neuvonnan ja hoidon suunnittelua, toteutusta ja seurantaa. (Lento 2007, 6.)

Sairauskertomus, joka on osa potilasasiakirjoja, muodostuu niistä muistiinpanoista ja asiakirjoista, jotka on sovittu säilytettävän sairauskertomuskansiossa. Se on sairaanhoitopiirin sairaalan tai muun toimintayksikön (rekisterinpitäjän) potilaistaan (rekisteröidyt) muodostaman potilasrekisterin osarekisteri. Sairauskertomuksen tavoitteena on toimia tallentamassa muistiin hoidon kannalta tärkeät asiat ja turvata hoidon jatkuvuus. Sen tulee sisältää riittävät tiedot asiakkaan terveysthuollon tai potilaan sairaanhoidon tavoitteiden asettamiseksi, niiden toteuttamiseksi ja toteuttamisen seuraamiseksi. Merkintöjä tehtäessä pyritään täsmälliseen ja selkeään ilmaisuun. Sairauskertomus on aina hoitavan henkilökunnan valinta niistä asioista, jotka he kulloinkin kirjaavat

asiakirjoihin. (Rimpelä 1995, 791.) Sairauskertomusasiakirjojen kopioita koskevat samat tietosuoja- ja salassapitomääräykset kuin alkuperäisiä asiakirjoja.

Potilasasiakirjat muodostuvat sähköisesti tallennetuista potilasasiakirjoista sekä paperisista asiakirjoista. Valtakunnallinen yhtenäinen manuaalinen sairauskertomus on antanut pohjan yhtenäiselle rakenteiselle sähköiselle potilaskertomukselle. Sähköistä potilaskertomusta on määritelty eri tavoin: sillä voidaan tarkoittaa potilaskertomusta, joka on tallennettu digitaalisessa muodossa tai se sisältää skannattua tekstiä tai koodattua dataa. Yleisesti sähköisellä potilaskertomuksella tarkoitetaan sairauskertomuksen tietojen tallentamista, säilyttämistä, välittämistä ja käyttämistä tietotekniikan avulla. Sähköinen potilaskertomus on potilaalle annetun kokonaisvaltaisen hoidon asiakirja. Sen avulla tieto välittyy eri ammattiryhmien välillä. (Häyrinen & Ensio 2007, 97.) Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon eri toimijoilla on useiden eri palvelutuottajien tietojärjestelmiä, mutta niiden tietomäärittämiä yhteensovitetaan yhtenäisillä ydintietomäärittäyksillä. Ydintietomäärittäyksiä tuottaa ja ylläpitää Terveystietokeskus ja hyvinvoinnin laitoksen Tietorakenteet ja luokitukset –yksikkö. Ydintietomäärittäyksiin on koottu potilaiden hoidossa tarvittavat keskeiset tiedot, sovittu niiden tietosisällöt, käyttötarkoitukset, luokitukset ja konteksti (näkökulmat), missä ne esitetään. Yhdenmukaisten sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien avulla edesautetaan eri palvelupisteissä syntyneiden terveystietojen sekä sosiaalihuollon asiakastietojen hyödyntämistä, keskinäistä tiedonvaihtoa ja palveluprosessien tehostumista. Suomeen ollaan luomassa valtakunnallisesti yhteensopivia palveluita terveystietojen arkistointiin, varmentamiseen sekä rekisterien ja luokitusten ylläpitoon. Terveystietokeskuksen sähköisestä kansallisesta arkistoratkaisusta huolehtii Kansaneläkelaitos. (Hartikainen, 2010.) Lisäksi Suomessa kehitetään kansalaisten omia sähköisiä asiointipalveluja terveydenhuollossa, jolloin potilaan rooli muuttuu aktiivisemmaksi hoitoratkaisuissa ja niihin liittyvien tietojen hyödyntämisessä. (Häyrinen & Ensio 2007, 97.)

Hyvän hoidon, potilaan turvallisuuden ja henkilökunnan oikeusturvan takaamiseksi potilasasiakirjojen tulee olla oikeita, virheettömiä ja laajuudeltaan riittäviä. Terveystietokeskuksen ammattihenkilöillä on velvollisuus laatia ja säilyttää potilasasiakirjat ja niistä on voimassa, mitä potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992, jäljempänä Potilaslaki) säädetään. Potilaslain 12 §:ssä todetaan, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. (Pahlman 2007, 73.) Potilaslaissa on valtuutettu sosiaali- ja terveysministeriö säätämään potilasasiakirjojen laatimisesta tarkemmin asetuksella. Sosiaali- ja

terveysministeriö on antanut asetuksen potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (99/2001, jäljempänä potilasasiakirja-asetus). Edellä mainittujen lisäksi valtioneuvoston asetuksessa hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä säännellään siitä, että potilasasiakirjoihin tehdään merkinnät hoidon tarpeen arvioinnista ja terveydenhuollon ammattihenkilön antamasta hoito-ohjeesta tai toimenpideehdotuksesta. Myös puhelinpalveluna annettavasta henkilökohtaisesta terveyden- ja sairaanhoidon neuvonnasta tai palveluun ohjauksesta tehdään merkinnät potilasasiakirjoihin. Potilasasiakirja-asetuksen 10 – 17 §:t sisältävät yksityiskohtaiset potilaan hoitoon liittyvien tietojen kirjaamista koskevat vaatimukset. (Ylipartanen 2003, 39.) Terveysdenhuollossa eri ammattiryhmät keräävät ja kirjaavat oman alansa tiedot. Kuitenkin eri ammattien edustajilla saattaa olla myös yhteisiä mielenkiinnon alueita kuten tieto toimintakyvystä tai kotona selviytymisestä. Eri ammattiryhmien näkökulmat potilaan hoidossa tuottavat erilaisia tapoja hoidon kirjaamiseen. Terveysdenhuollon teksteissä saattaa olla päällekkäistä tietoa, jota eri ammattiryhmät eivät välttämättä hyödynnä. Tai vastaavasti jokin olennainen tieto saattaa jäädä kirjaamatta. (Häyrinen & Ensio 2007, 72.)

Potilasasiakirjoista muodostuu henkilörekisterilain tarkoittamia henkilörekistereitä, joiden pitämisestä on vastuussa rekisterinpitäjä. Rekisterinpitäjä vastaa myös potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä. Henkilötietoja kerättäessä, tallettaessa, käytettäessä ja luovutettaessa on noudatettava huolellisuutta ja hyvää rekisteritapaa (Henk.rekL 3 §). Terveysdenhuollon tulee rekisterinpitäjänä huolehtia siitä, että potilasasiakirjajärjestelmän rakenne ja tietosisältö vastaavat potilasasiakirjojen käyttötarkoitusta ja hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvien henkilöiden tehtäviä ja vastuita (Ylipartanen 2003, 39).

Asianmukaisesti laaditut potilasasiakirjat ovat tärkeitä potilaan tiedonsaantioikeuden ja oikeusturvan kannalta sekä vastaavasti henkilökunnan oikeusturvan toteuttamisessa. Potilasasiakirjojen tietoja voidaan käyttää mm. potilaan muistutuksia, kanteluja ja vakuutus- yms. etuuksia koskevissa asioissa. Potilasasiakirjojen avulla voidaan tarvittaessa selvittää hoitoon osallistuneiden terveysdenhuollon ammattihenkilöiden menettelyä ja ammattitoiminnan asianmukaisuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 10; Pahlman 2007, 78-79.)

Potilasasiakirjoihin saavat tehdä merkintöjä potilaan hoitoon osallistuvat terveysdenhuollon ammattihenkilöt ja heidän ohjeidensa mukaisesti muut hoitoon osallistuvat henkilöt siltä osin kuin he osallistuvat hoitoon. Merkintöjen tulee olla selkeitä, käyttötarkoituksen kannalta tarpeellisia ja ymmärrettäviä, ja niitä tehtäessä käytetään vain yleisesti hyväksyttyjä käsitteitä ja lyhenteitä.

Arkaluonteisia tietoja sekä muita henkilöitä kuin potilasta itseään koskevia tietoja saa merkitä potilasasiakirjoihin vain, jos ne ovat potilaan hoidon kannalta välttämättömiä. (Ylipartanen 2003, 39.) Pääasiallisesti potilasdokumentteihin kirjattu tieto on narratiivista (Häyrinen & Ensio 2007, 72.), mutta sähköisen potilaskertomuksen yleistyttyä kirjaaminen on muuttunut struktunoituneemmaksi. Potilaskertomuksen kielen erityispiirteitä analysoitaessa on havaittu, että erityisesti sairaskertomuksissa on tyypillistä tekstiviestityyppinen lyhytkielisyys, kieliopillisesti vajaat lauseet ja runsas ammattikieleen liittyvä lyhenteiden käyttö. (Lundgrén-Laine 2010, 12-17.)

Potilaalla on oikeus tarkistaa mitä hänestä on kirjoitettu potilasasiakirjoihin. Tarkistusoikeudella tarkoitetaan henkilökohtaista tietojen tarkistusoikeutta, jolloin potilaalle on ilman aiheetonta viivytystä järjestettävä mahdollisuus tutustua potilasasiakirjoihinsa tai annettava tiedot kirjallisesti. Potilasasiakirjojen tietoja ei saa luovuttaa ilman asianosaisen kirjallista lupaa sivullisille. Tietyissä tapauksissa potilas ei itse voi kieltää tietojen luovuttamista salassapitosäännöksiin vetoamalla. Nämä tilanteet ovat laissa erikseen säädetty, ja niitä on säädetty mm. useissa vakuutusta ja eläkkeitä koskevissa laeissa, terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa, sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa jne. Sairaanhoidopiiriin tuottaessa palveluja alueen terveyskeskuksille, on palveluja tuottavalla yksiköllä oikeus salassapitosäännösten estämättä luovuttaa toisilleen palveluja koskevia tarpeellisia tietoja (EshL 10 b §). (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 20-22; Pahlman 2007, 26-27.)

Moniammatillisessa työssä tietosuoja- ja salassapitokysymykset tulevat esiin. Moniammatillisessa yhteistyössä vilpitiön tavoite on tarkastella potilaan asiaa mahdollisimman monelta kannalta, toisten havaintoja kuulemalla ja miettimällä yhteisiä auttamisratkaisuja. Voimassa oleva lainsäädäntö kuitenkin rajoittaa tietojen luovuttamista toiselle viranomaiselle ilman potilaan suostumusta. Yhteistyö ei legimitoi tietojen luovuttamista tai salassa pidettävien tietojen paljastamista. Julkisuuslain 26 ja 29 §:ien mukaan viranomaisten keskinäinen salassa pidettävien tietojen vaihto voi perustua vain asianosaisen suostumukseen, erityissäännökseen tai viranomaisen valvonta- tai tarkastustehtävään. (Pahlman 2010, 106.)

## 2.4 Dokumenttien tutkiminen sosiaali- ja terveydenhuollossa

Sosiaali- ja terveydenhuollon dokumentit voidaan nähdä todellisuuden heijastumina, jolloin etsitään yhtäläisyyksiä tekstin kuvauksen ja todellisten tapahtumien välillä tai ne voidaan käsittää käytännön tilanteiden kuvaajina, jolloin tutkija on kiinnostunut tekstien kannattelemista näkymättömistä merkitysrakenteista. Potilasasiakirjojen tutkimiseen liittyy monia ongelmia: työntekijöillä on vakiintuneet tavat raportoida työtään, kirjoittajalla saattaa olla kyvyttömyyttä havainnointiin, kuvailemiseen tai kirjoittamiseen, aikaa kirjoittamiselle on rajatusti aiheuttaen tekstien niukkuutta sekä erityisesti sosiaalityöntekijöiden dokumentteihin eivät kirjaudu kaikki päätöksien perusteena olevat tiedot. Asiakirjoista tehdyissä tutkimuksissa on keskitytty dokumenttien tuottamisen ongelmiin eikä niinkään niiden tutkimiseen. Asiakirjojen merkitys tutkimusaineistona liittyy kuitenkin juuri niiden yhteiskunnalliseen ja lainsäädännölliseen sidonnaisuuteen. (Kääriäinen 2005, 46-47.)

Asiakirjat sisältävät tietoja ihmisten palveluista, työskentelytavoista ja asioista, joita pidetään merkityksellisinä palvelujen toteutumisen kannalta. (Kääriäinen 2005, 46-47.) Sairaalaorganisaatiossa potilaita kategorioidaan oman ammattinäkömukemuksen mukaan, ja niistä näkömukemuksista syntyy moniammatillinen kokonaiskuva (Isoherranen 2005, 14; ref. Kinni 2011, 20.) Organisaatiossa ihmisestä rakentuu sen palvelukriteereitä vastaava asiakas (Kinni 2005, 36). Kielen avulla siis merkityksellistetään ja rakennetaan sosiaalista todellisuutta. Tasavertaisessa dialogisessa prosessissa potilaat kertovat oman näkömukemuksensa ja samoin moniammatillisten ryhmien jäsenet arvioivat potilaan tilannetta omasta näkökulmastaan käyttäen hyväkseen terveydenhuollon tuottamaa faktatietoa ja kokemuspohjaan perustuvaa tietoa ns. hyvistä toimintatavoista. Näitä neuvottelutilanteita ja niiden tuottamaa tietoa käytetään päätöksenteon välineenä. Potilaan sosiaalisen identiteetin tai sosiaali- ja/tai terveydenhuollon palvelun kohteeksi pääsyn määritteenä toimii siis kuuluminen johonkin neuvoteltuun kategoriaan. (Kinni 2011, 23; Olaison 2010, 501-502.) Sosiaalista identiteettiä rakennetaan jatkuvasti narratiivisesti. Identiteetti on siis jotakin mikä tehdään, eikä jotakin olemassa olevaa. (Widdicombe 1998, 191; ref. Kinni 2011,38.)

Asiakirjatekstien ymmärtäminen vaatii yleensä taustatietoa sen paikasta muiden tekstien joukossa. Tekstien välittämä tarina on pirstaleinen ja niistä ei voi lukea kokonaista tarinaa eletystä tilanteesta. Asiakirjat kertovat kuitenkin mitä työntekijät ovat pitäneet tärkeänä työnsä tekemisen kannalta ja miten asiat on ilmaistu. Asiakirjat kertovat paljon asiakastilanteista, mutta niiden analysointi vaatii

ymmärrystä kirjoittamien ja lukemisen prosesseista sekä ympäröivistä tekijöistä, jotka vaikuttavat tekstin lopulliseen ilmiasuun. (Kääriäinen 2005, 47-50.) Terveystieteen potilasasiakirjoissa kaikkia asioita ei ilmaista kirjallisesti, vaan kuvien ja käyrien annetaan hoitaa osa ilmaisusta. (Ihalainen 2007, 14.) Potilasasiakirjojen teksti sisältää myös erilaisia valtasuhteita, koska eri ammattiryhmien tuottamat diskurssit ilmaisevat käytäntöjä, tuottavat objekteja, määrittelevät työorganisaation velvollisuuksia ja valtaa. (Witkin 2002, 7-8; ref. Kinni 2005, 33.)

Kaikki hoitotieto ei aina kirjaudu potilasasiakirjoihin. Terveystieteessä jatkuvissa hoitosuhteissa saatetaan luottaa muistiin tai perimätietoon. Suulliset konsultaatiot eivät välttämättä kirjaudu läheteisiin tai palautteisiin. Potilaskin voi kieltää tiettyjen asioiden kirjaamisen, jolloin vastuukysymys on ongelma. Puutteelliset kirjaukset ovat hankalia, jos terveydellisiä dokumentteja käytetään erilaisiin oikeusvaateisiin kuten esim. sosiaalisiin tarpeisiin tai sosiaaliturvan ratkaisujen taustatiedoksi. Hoidon tukemiseksi tarkoitetuilla kirjauksilla on oma syitä etsivä logiikkansa, joka ei ole sama kuin oikeusvaatimusten käsittelyssä tarvittu vastuun ottaminen. Ensikäyntien kirjaukset, joissa on kirjattu laajemmin elämäntilannetta tulevat usein hyödyllisiksi kun tarvitaan tietoa eri korvausjärjestelmien päätöksentekoa varten. (Ihalainen 2007, 14-15.)

Kansalaisten terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät ongelmat eivät aina noudata sosiaali- ja terveydenhuollon sektorirajoja. Ikääntyneet tai kroonisista sairauksista kärsivät saattavat asioida monien eri palveluntuottajien kanssa sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. Henkilötietolain (523/1999) mukaisesti asiakasta koskevat henkilötiedot tallennetaan sosiaalipalveluissa ja terveydenhuollon palveluissa toisistaan erillisiin henkilörekistereihin. Muun muassa tätä ongelmaa poistamaan on kehitteillä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen yhtenäinen valtakunnallinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä astui voimaan heinäkuussa 2007. Yhteisen asiakkaan saumaton palveluketju saattaa edellyttää tiedonvaihtoa eri henkilörekisterien välillä, mutta vaihdettavista tiedoista ei ole olemassa systemaattista tutkimustietoa, jota voisi hyödyntää kansallisessa arkkitehtuurissa. Stakes on kartoittanut niitä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä asiakastietoja, joita sosiaalitoimen palveluissa tarvitaan yhteisten asiakkaiden palvelemiseksi, tietojen käyttötarkoitusta ja välityskanavia. Lisäksi tehtävänä oli kehittää menetelmää yhteisten asiakastietojen tunnistamiseksi. Stakesin tutkimus tuotti luettelot tietokokonaisuuksista, joita voidaan tarvita asiakkaan eri tilanteissa palveluprosessin eri vaiheissa. Tutkimuksessa ilmeni, että sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen kirjaaminen oli paljon strukturoimatonta ja tietosisällöt vaihtelivat. Käytössä olevat tietojärjestelmät eivät mahdollista kirjaamista rakenteisena kuin

osittain. Toimintakäytännöt vaihtelevat eri kunnissa. Tutkimus vahvisti kuvaa siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasta koskevaa tietoa voi olla tallennettuna lukuisissa eri rekistereissä sekä sosiaalihuollon sisällä, että sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. Rekisterit eivät ole millään lailla yhteydessä keskenään ja niiden tietoja ei juuri hyödynnetä ristiin yksittäisten asiakkaiden palvelukokonaisuutta toteutettaessa. (Hyppönen ym. 2008, 3-4 ja 77-78.)



### 3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tässä luvussa kuvataan miten tutkimus on toteutettu, mitkä ovat tutkimuskysymykset ja tutkimusmenetelmä sekä aineisto. Aineiston analyysi toteutetaan sisällönanalyysillä, joka metodina avataan. Lisäksi kerrotaan tutkimuksen luotettavuudesta.

#### 3.1 Tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tehtävänä on etsiä vastauksia siihen, miten aivoverenkiertohäiriöpotilaiden sosiaaliuudet ja -palvelut näkyvät terveyskeskuksen potilasasiakirjoissa ja sairauskertomustiedoissa. Onko asiakirjoihin tallennettu aivoverenkiertohäiriöpotilaan kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn olennaisesti liittyvät sosiaaliuudet ja -palvelut? Potilasasiakirjoissa pääasiallinen tieto on lääketieteellistä tietoa, mutta haluaisin tietää miten sosiaaliuoksien ja -palveluiden hakemista on kuvattu, ketkä sitä ovat kuvanneet ja, että tuleeko asiakirjoista ilmi lääketieteellisen statuksen perusteella tarvetta sosiaaliuuksiin ja -palveluihin.

Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa sosiaaliuoksien ja -palveluiden kirjaamiskäytännöistä ja aivoverenkiertohäiriöpotilaan kokonaisvaltaisen tilanteen huomioimisesta. Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan käyttää aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoidon ja kuntoutuksen sekä tutkittavan organisaation työnjaon kehittämisessä, jatkoseurannan kehittämisessä ja tietoisuuden nostamisessa aivoverenkiertohäiriöpotilaan kokonaisvaltaisen tilanteen huomioimisen osalta.

Tutkimuksen avulla pyrin saamaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten aivoverenkiertohäiriöpotilaiden sosiaaliuudet ja -palvelut näkyvät terveyskeskuksen potilasasiakirjoissa ja sairauskertomustiedoissa?
2. Miten sosiaaliuoksien ja -palveluiden hakemista on kuvattu?
3. Kuka on ollut aloitteellinen sosiaaliuoksien ja -palveluiden hakemisessa?
4. Onko potilasasiakirjoista nähtävissä sosiaaliuoksien ja -palveluiden saamatta jääminen?

## 3.2 Aineiston keruu

Työskentelin aikuisneurologisten potilaiden fysioterapeuttina terveyskeskuksessa, josta aineistoni on. Terveyskeskus palvelee n. 31 000:n asukkaan kuntaa tarjoten perusterveydenhuollon vuodeosastopaikkoja 40:lle potilaalle ja erikoissairaanhoidon vuodeosastopaikkoja 40:lle potilaalle. Aivoverenkiertohäiriöpotilaat keskitetään perusterveydenhuollon vuodeosastolle, jossa kuntoutus- ja hoitajaksot tapahtuvat. Potilaat, joilla on akuutti kirurgisen tai sisätautien erikoislääkärin hoitoa vaativa somaattinen sairaus, hoidetaan erikoissairaanhoidon osastolla. Perusterveydenhuollon vuodeosaston henkilökunta koostui kahdesta lääkäristä, joista toinen oli geriatri, kahdesta osastonhoitajasta, sairaanhoitajista, perushoitajista, osastonsihteeristä ja laitoshuoltajista. Lisäksi vuodeosastolle antoivat palveluja sosiaalityöntekijä, fysioterapeutit ja puheterapeutti. Potilaskertomuksiin vuodeosastolla merkintöjä näistä ammattiryhmistä tekivät lääkärit, sairaanhoitajat, perushoitajat, puheterapeutti, sosiaalityöntekijä ja fysioterapeutti. Osastolla pidettiin tärkeänä yhteistyötä omaisten, kotihoidon ja muiden sidosryhmien kanssa. Kotihoidon tai kotisairaanhoidon henkilökunta osallistui vain kutsuttuna vuodeosaston hoitoneuvotteluihin potilaan asioissa. Osastohoitoon tultiin lääkärin lähettämänä oman terveyskeskuksen ensiapuvastaanotolta, erikoissairaanhoidosta, alueen omalääkärin kautta tai sovitusti TAYS:sta ja muista hoitopaikoista. Osastolla hoidetaan aivoverenkiertohäiriöpotilaiden lisäksi äkillisesti sairastuneita potilaita, saattohoitopotilaita, moniammatillista geriatriasta arviointia ja kuntoutusta tarvitsevia potilaita ja potilaita, jotka tarvitsevat perusterveydenhuollon osaston hoitoa.

Olen rajannut aineistoksi 1.12.2008- 30.11.2009 välisenä aikana terveyskeskuksessa hoidossa olleiden aivoverenkiertohäiriöpotilaiden (Dg-luokat I.90.0-I96.6) potilasasiakirjat. Sain tutkimusluvan kyseisiin potilasasiakirjoihin joulukuussa 2009. Terveyskeskuksen vuodeosaston sihteeri haki edellä mainituilla diagnoosiluokilla hoitoilmoitusluokituksista potilasaineiston. Terveyskeskuksen vuodeosastoilla hoidettiin tarkasteltavalla aikavälillä 58 aivoverenkiertohäiriöpotilasta. Näistä 58 potilaasta 13 on kuollut, joten rajasin ne pois aineistosta. Aineiston keruuhetkellä 4 potilasta oli vuodeosastohoidossa, jolloin en saanut heidän potilasasiakirjoja käyttööni. Täten lopulliseksi aineistoksi jäi 41 potilasta. Heistä 25 oli naisia ja 16 miestä.

Tutkittavien aivoverenkiertohäiriöpotilaiden keski-ikä oli 76,6 vuotta (vaihteluväli 56-89 vuotta). Osastojaksolla heti aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen jälkeen oli 24 potilasta ja muun syyn kuin

aivoverenkiertohäiriön vuoksi osastojaksolla oli 17 aivoverenkierron häiriön sairastanutta potilasta. Akuutisti aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista 24:stä potilaasta vielä viidellä oli jatko-osastojaksoja tarkasteluajana. Keskimääräinen hoitoaika vuodeosastolla akuutisti aivoverenkiertohäiriöön sairastuneilla oli 28 päivää ja muun syyn takia osastolla olevilla AVH-potilailla 32 päivää.

Tutkimusluvan myötä sain käyttööni tutkittavien potilaiden terveydenhuollon potilasasiakirjat ja sairauskertomukset. Aineistonani käyttämät potilasasiakirjat ja sairauskertomukset koostuvat sekä kirjallisista dokumenteista, kuten esim. päivittäisistä hoitokertomuslehdistä ja erikoissairaanhoidon palautteista, sekä sähköisistä potilasasiakirjoista. Tutkimuslupa rajattiin koskemaan kaikkia muita terveydenhuollon asiakirjoja paitsi mielenterveystoimiston asiakirjoja. Sain siis käyttööni kaikki sairauskertomustiedot paitsi MTT:n lehdet, mikä ei ole tyypillistä arkipäivän työskentelyssä eri ammattiryhmien kesken. Sairauskertomustietojen luku- ja kirjausoikeutta rajataan terveydenhuollossa niin, että eri ammattiryhmillä on erilaiset oikeudet nähdä tai kirjata lehtiä. Esimerkiksi SOS-lehtiä ei tässä terveyskeskuksessa ole oikeutettu näkemään muut kuin lääkäri tai sosiaalityöntekijät. Tämä aiheuttaa sen, että jotkin ammattiryhmät eivät näe tarvitsemiaan tietoja heti ilman tiedusteluja toiselta ammattiryhmältä. Toisaalta taas joitakin potilasta koskevia tietoja saatetaan kirjata päällekkäin useaan kertaan. Sosiaalihuollon asiakirjoihin minulla ei ollut pääsyä. Rajasin potilasasiakirjoista analyysiin vain tarkasteluvälillä tapahtuneet hoitajakset tai aikaisemmista/myöhemmistä hoitajaksoista oleelliset tutkittavia kysymyksiä koskevat esitiedot. Terveyskeskuksesta annettiin käyttööni työpiste ATK-yhteydellä sairauskertomusarkiston yhteydessä. Näin minulla oli helppo pääsy itsenäiseen työskentelyyn sekä kirjallisten, että sähköisten asiakirjojen parissa.

Sähköisiä potilaskirjoja, kuten kirjallisiakin, koskevat tarkat potilasasiakirjojen käsittelyä koskevat ohjeet ja salassapitosäännökset. Tutkimuksen aikana huolehdin siitä, että tutkimuksessa muodostuvan yksittäisen henkilön identifioinnin mahdollistavan tutkimuskoosteen säilytin tutkimuksen aikana omana, potilasasiakirjoista erillisenä aineistona ja suojattuna asiattomalta pääsylvä. Potilaat eivät ole tunnistettavissa lopullisessa tutkimusraportissa. Aineiston käsittelyn jälkeen hävitin henkilötietokoosteen terveyskeskuksen ohjeiden mukaisesti.

Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden keskimääräisen vuodeosastohoitoajan ollessa melko pitkä (keskiarvo 29 päivää) potilasasiakirjojen laajuudeksi tulee myös mittava. Somaattisen tilanteen vaihtelun tai hoitajaksojen pituuden (vaihteluväli 3-136 päivää, keskiarvo 29 päivää) vuoksi,

joillakin potilailla sivumäärät nousevat huomattaviksi. Esimerkkinä pari potilasta: potilas I: hoitoaika osastolla 15 päivää, potilasasiakirjoja 29 sivua, potilas II: hoitoaika osastolla 30 päivää, potilasasiakirjoja 102 sivua. Potilasasiakirjojen lukeminen ja kirjaaminen oli hidasta: keskimäärin pystyin lukemaan sekä kirjoittamaan kuuden tunnin aikana kolmen potilaan asiakirjat.

### 3.3 Aineiston analyysi

#### 3.3.1 Sisällönanalyysi

Analysoin tutkimusaineistoa sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn tietoa-aineiston tiivistämistä niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävällä tavalla kuvailla sekä käsitteellistää tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeinä esille. Analysoitava informaatio voi olla laadullista tai se voi olla kvantitatiivisesti mitattavia muuttujia. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23; Kyngäs 1999, 3.) Tuomen ja Sarajärven (2002, 107) mukaan kvantitatiivinen dokumenttien analyysi on *sisällön erittelyä*. Sisällön erittelyllä kuvataan määrällisesti jotakin tekstin tai dokumentin sisältöä. Sisällönanalyysistä puhutaan kun tarkoitetaan sanallista tekstin sisällön kuvailua. (Mt., 107.)

Veikko Pietilän (Pietilä 1973; ref. Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 22) mukaan sisällön erittelyä voidaan käyttää kahden tyypissä tutkimuksissa: jonkun dokumenttijoukon sisällön kuvaamiseen tai päätelmien tekemiseen dokumenttien sisällön perusteella niiden tuottajista. Pietilä sanoo, että dokumentti sisältää tietoja ilmiöistä sinänsä ja mahdollisesti muista ilmiöistä. Muista ilmiöistä tiedot voivat olla eksplisiittisiä suoria tietoja tai implisiittisiä epäsuoria, vain pääteltävissä olevia tietoja. (Mt., 22.)

Sisällön analyysia kutsutaan joskus dokumenttien analyysimenetelmäksi. Se sopii hyvin strukturoimattoman aineiston käsittelyyn. Sisällönanalyysillä pyritään muodostamaan malleja, jotka kuvaavat tutkittavaa ilmiötä tiivistetysti, ja joiden avulla tutkittava ilmiö voidaan käsitteellistää. Analyysin lopputuloksena tuotetaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmiä tai käsitekarttoja. Tällöin kuvataan ilmiön kokonaisuutta ja käsitteiden suhteita toisiinsa. (Kyngäs 1999, 3-5.)

Sisällönanalyysi-prosessissa erotetaan seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. Sisällönanalyysiä voi tehdä induktiivisesti tai deduktiivisesti. Induktiivisessa päättelyssä siirrytään konkreettisesta aineistosta sen käsitteellisen kuvaukseen. Deduktiivinen päättely perustuu loogisiin sääntöihin, pragmaattisiin sääntöihin tai mentaalimalliin tarkasteltavasta asiasta. Deduktiivisessa päättelyssä lähtökohtana on teoria tai teoreettiset käsitteet, joiden ilmenemistä konkretiassa tarkastellaan. Aineistoa voidaan tarkastella myös ilmisältöihin (manifest) tai piilosisältöihin (latent) kohdistuvien analyysien. Ilmisältöihin kohdistuvassa analyysissä tutkija jakaa aineiston analyysiyksiköihin ja tarkastelee niitä suhteessa tutkittavaan ilmiöön. Aineiston piilosisältöihin kohdistuvassa analyysissä tutkija tarkastelee aineiston osia suhteessa koko aineistoon. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 24-25.)

Eskola (2001) on esittänyt laadullisen analyysin jaotteluksi kolmijakoa: 1) aineistolähtöinen analyysi, 2) teoriasidonnainen analyysi ja 3) teorialähtöinen analyysi (Eskola 2001; ref Tuomi & Sarajärvi 2004, 97). *Aineistolähtöisessä analyysissä* pyritään luomaan tutkimusaineistosta tutkimuskysymyksen asetteluun mukaisten analyysiyksiköiden avulla teoreettinen kokonaisuus. Analyysiyksiköt eivät ole ennalta sovittuja, vaan ainoastaan metodologinen sitoumus ohjaa analyysia. Aineistolähtöinen analyysi on vaikea toteuttaa objektiivisesti: voiko tutkija kontrolloida, että analyysi tapahtuu aineiston tiedonantajien ehdoilla, eikä tutkijan ennakkoluulojen saattelemana. Aineistolähtöisen ongelmia voi pyrkiä ratkaisemaan *teoriasidonnaisessa analyysissä*, jossa teoria voi toimia apuna analyysin etenemisessä. Teoriasidonnaisessa analyysissä analyysiyksiköt valitaan aineistosta, mutta siinä aikaisempi tieto ohjaa analyysia valitusti. Analyysistä on tunnistettavissa aikaisemman tiedon vaikutus. *Teorialähtöinen analyysi* nojaa johonkin tiettyyn teoriaan tai malliin. Tutkimuksessa kuvaillaan malli ja sen mukaan määritellään tutkimuksessa kiinnostavat käsitteet. Analyysia ohjaa valmis, aikaisemmin luotu kehys. Tämän analyysin taustalla on useimmiten aikaisemman tiedon testaaminen uudessa kontekstissa. Näiden kolmen analyysimuodon erot liittyvät siis tutkittavaa ilmiötä kuvaavan teorian ohjaavuuteen aineiston hankinnassa, analyysissä ja raportoinnissa. Sekä aineistolähtöisessä että teoriaaohjaavassa analyysissä aineiston on vapaata suhteessa teoriaosan jo tiedettyyn tietoon tutkittavasta ilmiöstä. Teorialähtöisessä analyysissä ilmiöstä tiedetty sanelee, miten aineiston hankinta järjestetään ja miten ilmiö käsitteenä määritellään. Raporteissa teoriasidonnainen ja teorialähtöinen eivät juurikaan eroa toisistaan. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 97-101.)

### 3.3.2 Analyysin toteutus

Analyysissani käytän induktiivista aineistolähtöistä sisällönanalyysia, jossa aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Analyysiyksiköksi olen valinnut lauseet tai ajatuskokonaisuuden, jotka vastaisivat parhaiten tässä tutkimuksessa esitettyihin kysymyksiin miten sosiaalietyudet ja -palvelut näkyvät terveyskeskuksen potilasasiakirjoissa. Analyysiyksiköiksi olen valinnut myös lauseet tai maininnat, joissa kuvataan sosiaalietyuteen tai -palveluun olennaisesti liittyviä potilaan taustatietoja tai etuuksien perusteiden kartoitusta.

Analyysin toteutuksessa seurasin Miles ja Hubermanin (1984; ref. Tuomi & Sarajärvi 2002, 110-114.) kuvaamaa mallia induktiivisen aineiston analyysin kolmivaiheisesta prosessista. Mallissa analyysiprosessi on jaettu kolmeen vaiheeseen; aineiston pelkistämiseen, ryhmittelyyn sekä abstrahointiin eli teoreettisten käsitteiden luomiseen. Ensimmäisessä vaiheessa pelkistin aineistosta löytämäni tutkimuskysymyksiin vastaavat aineiston lauseet tai lausekokonaisuudet. Kirjasin nämä pelkistetyt ilmaukset sairauskertomuslehdittäin niin, että eri ammattiryhmien yhdessä käyttämille lehdille, kuten HOI-lehti tai KSH-lehti, erittelin ilmaukset ammattiryhmittäin. Ensimmäisessä vaiheessa hain myös aineistosta piilossa olevia merkityksiä. Tarkastelin piilosisältöjä suhteessa koko aineistoon oman ammattitaitoni ja potilasasiakirjojen käyttökokemukseni kannattamana. Piilosisällöillä tarkoitan potilaan somaattisia tai toimintakykyä kuvaavia ilmaisuja, joilla on merkitystä sosiaalietyuksien ja -palveluiden hakemisen suhteen. Vertasin piilosisältöjä potilaasta kuvattuihin tutkimuskysymyksiin vastaaviin mainintoihin saadakseni selville, onko sosiaalietyuksia tai -palveluja jäänyt saamatta. Kirjasin pelkistettyihin ilmauksiin piilosisällöistä ilmi tulleet ristiriitaisuudet ja aineiston koko analyysin jälkeen vielä vertasin näitä ristiriitaisuuksia yksittäisen potilaan koko sairauskertomukseen saadakseni selville onko potilaan sosiaalietyus ja/tai -palvelu jäänyt saamatta tai kirjaamatta.

Pelkistämisen jälkeen ryhmittelin ilmaukset kategorioiksi. Tällöin etsin pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Alakategorioita muodostui seitsemäntoista (ks. liite 1): elämäntilannekuvailu, sosiaalinen toimintakyky, olemassa oleva sosiaalietyus ja/tai -palvelu kuvattu tekstissä, sosiaalietyuden ja/tai -palvelun puuttuminen tekstistä, viranomaispyynnöt sos. etuuden ja/tai palvelun hakemiseksi, sos. etuuden tai palvelun hakemisen avustaminen, terveydenhuollon henkilöstön selvitys sos. etuuden tai palvelun liitteeksi, sosiaalietyuksien ja/tai -palveluiden perusteiden kartoituspyyntö, sosiaalietyuksien ja/tai -palveluiden asiantuntija-arviot,

sosiaalietuksien ja/tai –palveluiden suosittaminen, tarpeiden huomioiminen, omaisten ja potilaan mielipide, sosiaalietuuden ja/tai –palvelun myöntäminen, sosiaalietuuden ja/tai palvelun tilaaminen, sos. etuuden ja/tai palvelun statuksen muuttuminen, potilaan avustaminen ja potilaan informointi.

Kolmannessa vaiheessa yhdistin samansisältöisiä alakategorioita, jolloin saatiin yläkategorioita. Tästä vaiheesta käytetään nimitystä abstrahointi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 26-29.) Tässä vaiheessa kvantifioin myös aineistoa laskemalla kuinka monta kertaa pelkistetty ilmaisu ilmenee aineistossa kullakin sairauskertomuslehdellä (ks. Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 34). Näistä ilmauksista tein tilastotaulukot, joista pystyy seuraamaan kullekin sairauskertomuslehdelle tehtyjä ilmaisuja aineistossa (ks. liitteet 2-8). Tutkimuksen tuloksina raportoin analyysissa muodostetut yläkategoriat ja narratiivisesti aukaisen yläkäsitteet. Tuloksissa annan esimerkkejä ja elävöitän tekstiä alkuperäisten ilmausten esittämisellä (ks. Tuomi & Sarajärvi 2002, 22). Laadullisissa tutkimuksissa, kuten tässäkin (n=41), aineistot ovat niin pieniä, että yläluokkien kvantifiointi ei välttämättä tuo lisätietoa tai erilaista näkökulmaa tutkimustuloksiin (ks. Tuomi & Sarajärvi 2002, 119). Kuitenkin päädyin tässä tutkimuksessa sisällön kvantifiointiin koska silloin pystyin paikallistamaan ilmaisujen kirjautumisen eri lehdille ja hakemaan niistä eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä eri ammattiryhmien kirjaamisten välillä ja pystyin tukemaan sanallista tarkastelua määrällisellä kuvauksella.

### **3.4 Tutkimuksen luotettavuus**

Tässä tutkimuksessa olin kiinnostunut siitä miten sosiaalietuksia ja/tai –palveluita ja niihin liittyviä seikkoja on kirjattu potilaskertomuksiin, eli olin kiinnostunut kirjauksista ja siitä kuka niitä tekee terveydenhuollon toimintaympäristössä. Kirjattu teksti ja sen sisältö toimii tässä aineistossa tiedon lähteenä, jota analysoin sisällönanalyysin avulla tavoitteena saada selville kirjauksien tekijät ja heidän lähtökohtansa kirjaamiselle. Analysointi ei ole diskurssianalyysia, jossa etsitään kirjatun tai puhutun kielen merkityksiä tai sitä miten asia ilmaistaan, vaan sisällönanalyysin avulla pyritään hakemaan tietoa siitä kuka tuottaa tekstiä, mitä tekstiä on tuotettu, miten kirjattu tieto voidaan yksinkertaistaa monimutkaisesta yhteydestään ja tiivistää analysoitavaan muotoon, jolloin saadaan luokittelun kautta ymmärrystä kommunikaatiosta terveydenhuollon potilasasiakirjoissa. Ero diskurssianalyysiin tässä aineiston analyysissa on siis hienovaraisen pieni, ja sisällönanalyysi metodina on tietoisesti tehty valinta.

Sisällönanalyysin luotettavuutta on kritisoitu määrittelemällä sen tulokset tutkijan subjektiivisen näkemyksen tuloksiksi (Andrén 1981, 43-67). Tuomi ja Sarajärvi (2002, 98) pohtivat myös, että varsinkin aineistolähtöisessä analyysissä tutkijan on tiedostettava omat ennakkokäsityksensä aiheesta. Aineiston keräämisen vaiheessa tiedostin omat ennakkokäsitykseni, ja tarkastelin aineistoa avoimesti kerraten tutkimuskysymyksiä ja teoreettisen viitekehyksen tietoja sosiaali- ja sosiaalipalveluiden myöntämisperusteista sekä hakemisprosesseista. Latvala ja Vanhanen-Nuutinen (2004, 36) myös ilmaisevat, että aineiston keräämisessä saatu tieto on riippuvaista siitä, miten tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön. Mielestäni terveydenhuollon pitkä työkokemus ja potilasasiakirjojen käyttökokemus antoi hyvän pohjan aineiston keräämiselle kun jatkuvasti aineiston keräämisen aikana tiedostin tutkimuskysymykset. Aineiston keruuvaiheessa ilmisäältöjen etsiminen oli helppoa ja tutkijan vaikutus niihin oli vähäistä. Toisaalta piilosisäältöjen ja tutkimuskysymyksiin liittyvien potilaiden taustatietojen etsiminen aineistosta vaati objektiivisuutta monimutkaisten syy-yhteyksien löytämiseen. Tutkijan omaakohtainen tieto aivoverenkiertohäiriöpotilaiden sosiaali- ja sosiaalipalveluiden hakemisen prosesseista auttoi piilosisäältöjen ja tutkimuskysymyksiin liittyvien taustatietojen havainnoimisessa.

Aineiston kvantifiointi ei sinällään tuonut merkittävää lisätietoa analyysiin, mutta helpotti paikallistamaan pelkistettyjen ilmausten tekijät eri lehdille. Monissa taulukkojen soluissa on vähän tapauksia tai ei ollenkaan, mikä kuvaa hyvin aineiston potilaiden heterogeenisuutta ja tutkittavan aiheen vähäistä ilmenemistä terveydenhuollon potilasasiakirjoissa. Pelkistettyjä ilmaisuja on määrällisesti kuitenkin niin paljon, että tarkalla erottelulla muodostin seitsemän yläkategoriaa. Yläkategorioiden suuri määrä saattaisi viitata kykenemättömyyteen ryhmitellä aineistoa, mutta kategorioiden määrä perustuu niiden tarkkaan sisällölliseen erittelyyn, josta on nähtävissä yhteys alkuperäiseen aineistoon.



## 4 TUTKIMUSTULOKSET

Esitän tuloksissa sisällönanalyysin tuottamat yläkategoriat ja analysoin niiden tuottamaa tietoa tutkimuskysymyksiin. Yläkategorioita muodostui seitsemän: 1) Potilaan taustatiedot, 2) Potilaalla olemassa olevat sosiaalietuudet ja/tai sosiaalipalvelut, 3) Sosiaalietuuksien ja/tai sosiaalipalveluiden vireille laittaminen, 4) Sosiaalietuuksien ja/tai sosiaalipalveluiden hakemiseen vaikuttavat taustatiedot, 5) Mielipide sosiaalietuudesta ja/tai sosiaalipalvelusta, 6) Sosiaalietuuksien ja/tai sosiaalipalveluiden toteutuminen ja 7) Potilaan ohjaus sosiaalietuuksiin ja/tai sosiaalipalveluihin.

### 4.1 Potilaan taustatiedot

Sosiaalietuutta tai sosiaalipalvelua haettaessa hakemuksen liitteeksi tarvitaan tietoa potilaan sosiodemografisista tiedoista, toimintakyvystä, sosiaalisesta tilanteesta, elinympäristöstä ja avun tarpeesta tai muusta etuuteen tai palveluun olennaisesti vaikuttavasta taustatiedosta. Potilaan taustatietojen kirjaaminen antaa ymmärrystä paikallistaa potilaan somaattinen problematiikka hänen kokonaisvaltaiseen elämäntilanteeseensa. Taustatiedoilla annetaan kehyksiä potilaan elämäntilanteelle.

Liitteen 2. taulukossa ovat ne maininnat, jotka luokittelin potilaan taustatiedoiksi: sosiaalinen tilanne, asuinolosuhteet, kodin ulkopuolinen toimintakyky, sosiaalinen verkosto, omaisen toimintakyky, omaisen apu, sosiaalinen verkosto apuna, avun tarve ja taloudellinen tilanne. Taulukkoon olen kerännyt jokaisen maininnan jälkeen prosentuaalisen osuuden taustatietomaininnoista, jotka ovat kyseisillä lehdillä.

Potilasasiakirjoja lukiessa analysoin ammattiryhmittäin kuka oli kirjannut potilaan taustatietoja kirjauksissaan. Systemaattisimmin kirjauksia olivat tehneet juuri ne ammattiryhmät, jotka joutuvat työssään kuvaamaan potilaan toimintakykyä tämän elinympäristössä ja jotka työssään tekevät asiantuntijalausuntoja sosiaalietuuksien ja/tai –palvelujen hakemuksiin.

Fysioterapeutit ja toimintaterapeutit sekä erikoissairaanhoidossa, että perusterveydenhuollossa olivat tottuneimpia kuvaamaan potilaan asuinolosuhteita, sosiaalista tilannetta ja avun tarvetta.

Myös lääkäreiden alku- ja loppuepikriiseissä oli kuvauksia potilaan sosiaalisesta tilanteesta ja asuinolosuhteista esimerkiksi näin:

*”yksin asunut kerrostalossa, minkäänlaisia apuja ei ole aiemmin ollut”.*

*” 89 v. mies, leskeksi jäänyt -96, asuu yksin. Naisystävä on x:stä ja viettävät yhteistä aikaa kuukausittain 4 päivää siellä ja 4 päivää täällä. Linja-autolla kulkee matkat. Ulkoilee kauppareissut kävellen. Laittaa itse ruuat, tietää kouluilla tarjottavasta veteraaniruuasta.”*

Sosiaalisen tilanteen kuvauksella tarkoitan potilaan siviilisäätystä tai, että asuuko potilas yksin tai jonkun kanssa. Yksin asuminen –status on huomioitava palvelutarpeen arvioinnissa. Yksin asuvan arvioinnissa on erityisesti huomioitava potilaan avun tarve päivittäisissä toiminnoissa ja potilaan turvallisuus. Sairaalajakson jälkeistä pärjäämistä kartoitetaan myös sosiaalisen verkoston ja asuinolosuhteiden kuvauksella. Asuinolosuhteita kuvasivat eniten toimintaterapeutit ja fysioterapeutit. Asuinolosuhteiden kuvauksella on merkitystä, kun arvioidaan potilaan toimintakykyä suhteessa omaan elinympäristöön. Aivoverenkierronhäiriön tuottamat oireet saattavat aiheuttaa vaikeutta havainnoida ympäristöä tai liikkua tutussakin ympäristössä, joten asuinolosuhdetiedoilla on merkitystä jo osastojakson aikana arvioitaessa tarvetta kotiutumisen jälkeisiin sosiaalipalveluihin.

Potilaan avun tarvetta kuvailtiin monelta eri näkökulmasta: toisaalta kuvattiin suoraan missä asioissa potilas tarvitsi apua tai sitten kuvattiin kuka antaa apua potilaalle. Kodin ulkopuolista toimintakykyä (asioinnit pankissa, kaupassa, apteekissa) oli kuvailtu suhteellisesti eniten lääkärin todistuslausunnoissa (TOD- tai C-lausuntolehti), joissa annettiin lääkärinlausunto potilaalle kuljetuspalvelun tai eläkkeensaajan hoitotuen hakemusta varten. Muutoin kodin ulkopuolista toimintakykyä olivat tasaisesti yhtä usein kuvanneet kotihoidon henkilökunta ja terapeutit. Potilaan avun tarvetta kotona kuvaili eniten kotipalvelun ohjaaja, jonka työnkuvaan kuuluu hoito- ja palvelusuunnitelmien tekeminen. Kotipalvelun ohjaaja toimii myös kotihoidon esimiehenä, joka määrittelee annettavat kotihoidon palvelut. Tämän vuoksi hän määritteli potilaan toimintakykyä, jotta potilaan kanssa soviteltiin hänelle tarpeelliset kotihoidon palvelut. Toiseksi eniten avun tarpeen kuvausta teki vanhustyön sosiaalityöntekijä, jonka työnkuvaan kuuluu omaishoidon tuen tai tuetun asumisen/laitospaikan myöntäminen. Myös geriatrin alku- tai loppuepikriiseissä kuvattiin potilaan toimintakykyä avun tarpeen kautta. Avun tarpeen kuvaaminen toimi siis tässä aineistossa perusteluna jollekin sosiaalietuudelle tai sosiaalipalvelulle, ja työntekijät todensivat avun tarpeen kirjauksella oikeutta sosiaalietuuteen ja/tai –palveluun.

Omaisten antamaa apua olivat eniten kuvanneet teksteissään geriatri, sairaanhoitaja tulohaastattelun yhteydessä tai osastojakson aikana ja fysioterapeutti. Useimmiten omaisten antama apu kuvattiin laadullisesti tai tietona siitä, että omainen osallistuu kotiutukseen tai kotona avustavaan toimintaan. Esimerkkinä fysioterapeutin alkulausunto:

*”Kyseessä on 79-vuotias yksin paritalossa asuva mies, jolla 16.7. tullut puheen dysartrisuutta. Todettu oik. puoleinen hemipareesi ja dysartria. Osastolla ollessa aluksi lämpöilyä, hengenahdistusta. Limarahinoita ja nielemisongelmaa. Potilaalla ei ole ollut kotihoitoa, vaan tytär ja vävy auttaneet kaupassakäynneissä ja kotitöissä.”*

Omaisten avun kirjautumisen yhteydessä osastojakson aikana hoitohenkilökunta ei kertaakaan tässä aineistossa tarkastanut oliko potilas saanut tietoa omaishoidon tuesta tai saiko omaishoidon tukea, vaikka omainen kuvattiin ”omaishoitajaksi”. Esimerkiksi geriatriin epikriisistä maininta omaishoitajuudesta:

*”Tulee sairaalaan sosiaalisin perustein. Potilaan omaishoitajana toimiva puoliso joutunut sairaalaan, ei pärjää yksin kotona. ADL-toiminnoissa osastolla itsenäinen. Fyysisen toimintakykynsä puolesta potilas pärjäisi kotipalvelun tuen turvin yksinkin kotona. Suurimpana ongelmana turvattomuus. Potilaan puolison kotiutuessa kotiutuu itsekin kotiavun tuen turvin.”*

Kyseisessä tapauksessa tarkistin oikeuden omaishoitajapalkkioon analysoimalla potilaan tekstistä piilosisältöjä, ja ilmeni, ettei puoliso saa omaishoidon tukea, vaikka olisi siihen oikeutettu. Aineistosta (n=41) tuli esiin myös toinen potilastapaus, jossa omainen avusti potilasta siinä määrin, että olisi ollut oikeutettu omaishoidon tukeen. Omaisten apu kirjattiin siis lähinnä ilmiönä, jossa todettiin kotona pärjääminen omaisen avun turvin, mutta osastojakson aikaisessa kirjaamisessa ei ilmennyt viitteitä mahdolliseen sosiaaliseen etuuteen.

Omaisen toimintakykyä kirjattiin potilasasiakirjoihin vain silloin, kun sillä oli potilaan kotona pärjäämisen kannalta merkitystä eli, jos potilas tarvitsi päivittäistä omaisen apua tai valvontaa. Toisaalta omaisen toimintakykyä oli kuvannut kotihoidon henkilökunta omaisen jaksamisen kannalta:

*”Kotikäynti: Hopasun teko paikalla pot. lisäksi omaishoitajana toimiva tytär x1. Tytär lähdössä 14.5 2 viikon lomalle ja pot. on ehdottomasti kieltäytynyt menemästä Vanhainkodin lah-jaksolle täksi aikaa. Myöskään kotihoidon käyntejä ei pot. suostu vastaanottamaan. Nyt sovittiinkin, että yrittävät toisen tyttären perheen turvin selvittää omaishoitajan loman ajan. Teroitettu potilaalle että turvapuuhelimen ranneke on oltava aina kädessä koska pot. ei sitä tahdo pitää. Jätetty yhteystiedot mistä voi apuja*

*pyytää jos ongelmaa tulee. Pot. on vihainen ja kiukkuinen tyttären lomalle lähdöstä, eikä potilaalla itsellään ole ihan realistinen käsitys omasta selviytymisestään. Omaishoitaja on hyvin uupunut ja ehdottomasti loman tarpeessa.”*

Omaisien jaksaminen on tärkeä osa aivoverenkiertohäiriöpotilaan kotona pärjäämistä, ja sen vuoksi omaisen huomioimista tulisi tehdä enemmän myös poliklinisillä käynneillä. Kotihoitoa arvioivat ja toteuttavat työntekijät ovat tärkeässä asemassa omaisen jaksamista arvioitaessa. Omaisen jaksamista voidaan tukea järjestämällä sosiaalipalveluita kotiin esim. kotihoitona, tai tukemalla omaisen jaksamista potilaan lyhytaikaisella laitoshoidolla.

Potilaiden taloudellista tilannetta oli kuvattu vain SOS-lehdelle sosiaalityöntekijän toimesta. Muu hoitohenkilökunta ei siis ota kirjausten kautta kantaa potilaan taloudelliseen tilanteeseen.

## **4.2 Potilaalla olemassa olevat sosiaalietyudet ja/tai sosiaalipalvelut**

Potilaalla olevia sosiaalietyuksia ja/tai sosiaalipalveluita kirjataan hyvin vaihtelevasti potilasasiakirjoihin. Systemaattista kirjausta jo olemassa olevista sosiaalipalveluista kirjautui suhteellisesti eniten sairaanhoitajien tulohaastattelulomakkeelle, jonne kirjataan kotihoidon ja kotihoidon tukipalveluiden laatu. Sairaanhoitajat kartoittavat tulohaastattelussa potilaan kotona saamat aikaisemmat palvelut. Sosiaalietyuksia ei tulohaastattelulomakkeelle kirjautunut kuin kolmessa prosentissa kirjauksista. Aineistosta näkee, että sosiaalietyuksien kartoituksella tulohaastattelulomakkeelle, ei arvioida olevan samaa merkitystä potilaan kokonaistilanteen kannalta kuin sosiaalipalveluilla, joilla tuetaan kotona pärjäämistä. Sama ilmiö on nähtävissä sekä osastonlääkärin epikriiseissä, joissa 50 prosentissa oli kirjattuna potilaan saamat sosiaalipalvelut ja 14 prosentissa haettavissa olevat sosiaalietyudet, että geriatriin epikriiseissä, joissa 41 prosentissa oli kirjattuna potilaan sosiaalipalvelut ja 12 prosentissa haettavissa olevat sosiaalietyudet. Sekä osastonlääkäri, että geriatri kirjasivat epikriisiin sosiaalipalvelut, joilla oli merkitystä potilaan kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn ja kotona pärjäämiseen. Esimerkki lyhyestä ja ytimekkäästä palveluiden kirjaamisesta lääkärin epikriisissä:

*”Kotipalvelu 7x/vko, turvapuuhelin, päiväkeskus.”*

Toisaalta hyvänä esimerkkinä potilaan kokonaisvaltaisen pärjäämisen arvioinnista ja palvelutarpeen kartoituksesta seuraava näyte lääkärin loppuepikriisistä:

*” Pidetty hoitoneuvottelu, jossa paikalla potilas, poika, ft, sh, kotihoidon henkilökuntaa ja sosiaalityöntekijä. Päädytty lisäämään kotipalvelu 2x/pvä, viikonloppuisin 1x/pvä. KSH jakaa lääkkeitä jatkossa dosettiin. Potilas ostosringissä 1x/vko. Kotiapu myös ulkoilutuksessa apuna. Vanhainkodin kautta ruokapalvelu. Apteekkisopimus tehdään. Turvaranneke haettu. Ft:n kanssa tehty kotikäynti ja tarvittavat muutostyöt kotiin tehty. Laaditaan C-lausunto korotettua hoitotukea varten.”*

Sosiaalietuksia oli kuvattu suhteellisesti eniten sosiaalityöntekijöiden ja omalääkäreiden lehdillä. Kyseisillä käynneillä yleensä tehdään potilaan tilanteen tarkistus, jolloin selviää mahdollinen tarve etuuksien päivittämiseen tai hakemiseen. Esimerkki omalääkärin vastaanotolta:

*””Tulee nyt vastaanotolle tytär x:n kanssa. Tytär toimii omaishoitajana, mutta ei ole hakenut vielä omaishoidon tukea. Potilaalle ei myöskään omaishoidon tukea ole anottu. Kotosalla on täysin avustettava, tytär auttaa peseytymiset, pukeutumiset, ruokailut. Liikkuu jnk. verran rollaattorin ja pyörätuolin avulla, mutta itsenäisesti ei juuri ollenkaan. Keuhkoembolian jälkeen myös muisti tuntunut hieman alentuvan. Oma-aloitteisuus hävinnyt. Kotiapua tai kotisairaanhoidoa ei käy tällä erää lainkaan. Tytär siis huolehtii kotiasiat täysin.”*

Tilannekartoituksen jälkeen samalla käynnillä lääkäri teki heti C-lausunnon eläkkeensaajan hoitotukea varten, mutta omaishoidon tuen hakemiseen ei potilasta tai omaista ohjattu. Ohjaus kyseiseen etuuteen tapahtui vasta kun potilas oli jaksolla osastolla n. puoli vuotta myöhemmin ja osastonlääkäri pyysi sosiaalityöntekijää kartoittamaan potilaan tilanteen seuraavin sanoin:

*” Sosiaalityöntekijän käynti kotiin ja omaishoitajuuden ja muiden asioiden selvittely”*

Sosiaalityöntekijän lehdillä näitä potilaan tilannekartoituksia oli kuvattu joko lyhyesti :

*” Saa korotettua hoitotukea. Kävin täyttämässä uuden hoitotukihakemusaavakkeen, josko olisi perusteita ylimpään.”*

tai pidemmän kaavan mukaisesti :

*”Myönnetty omaishoidon tuen palkkio 1.3.2009 alkaen. Nyt määrärahat riittävät vain alimman tuen maksamiseen, mutta määrärahojen vapautuessa ja RAI-toimintakykyarvion valmistuttua korotetun omaishoidontuen palkkion tarvetta voidaan arvioida.”*

Erikoislääkäreiden lausunnoista sisätautilääkäri oli 75 prosentissa huomioitu jo olemassa olevat sosiaalipalvelut. Aivoverenkiertohäiriödiagnoosin saanut potilas yleensä päätyy sisätautilääkärin arvioitavaksi jonkin muun yleissairauden vuoksi. Näillä sisätautilääkärille päätyneillä potilailla on neurologisen oireiston lisäksi moninaisia somaattisia ongelmia, jotka vaikuttavat toimintakykyyn. Tällöin sisätautilääkärit usein ottavat kantaa potilaan kokonaisvaltaiseen tilanteeseen mukaan lukien sosiaalipalvelut. Samoin TAYS:n neuro- ja vanhuspsykiatrian epikriisissä oli havaittu 50 prosenttisesti sosiaali-etuudet ja -palvelut. Kyseistä erityisalaa käytetään perusterveydenhuollosta konsultointiin, jolloin epikriiseihin on kirjattu hyvin tarkasti ja laajasti potilaan tilanne.

Tiivistelmä –lehti on sähköisessä potilastietojärjestelmässä tiedote-lehti, jota käytetään nopeaan tiedottamiseen potilaan ydinasioista, kuten tarttuvista taudeista tai potilaan palveluista. Tiivistelmä-lehti ponnahtaa sairauskertomusjärjestelmässä ensimmäisenä esiin kun potilaan tiedot aukaistaan, jolloin lukija saa tiedon tärkeistä huomioitavista asioista. Kotihoito käytti kyseisessä terveyskeskuksessa tiivistelmälehteä sosiaalipalveluiden nopeaan kirjaamiseen:

*” Kotihoito/tiimi: Dosetti ja lääkkeet tiimitilassa. Lääkkeet viedään päivittäin x2, apteekkiasiakas.*

*Päivitetty 17.6.2008: -Kp käy 2x/pvä, - Kp suorittaa suihkutuksen tiistaisin, -Ksh käy tarvittaessa, -Ateriapalvelu 6x/vko, -Turvapuhelinasiakas, - Kuljetuspalveluasiakas, - Ostoslinja-asiakas, -Yleinen edunvalvoja”*

Lääketieteelliseltä kannalta arvioituna edellä mainituilla tiedoilla ei ole samaa painoarvoa kuin esim. MRSA-positiivisuudella, mutta näin kirjattuna kaikille potilaan kanssa työskenteleville tulee heti hyvä yleiskäsitys potilaan avun tarpeesta ja potilaan sosiaalipalveluista. Tiivistelmälehdelle tehtyjä sosiaali-etuuksien ja/tai sosiaalipalveluiden koonteja oli tehty vain 7 potilaalle aineistossa.

### **4.3 Sosiaali-etuuksien ja/tai sosiaalipalveluiden vireille laittaminen**

Sosiaali-etuuksien ja/tai sosiaalipalveluiden vireille laittamisessa aivoverenkiertohäiriöpotilaat tarvitsevat alkuun tukea joko hoitohenkilökunnalta tai omaisilta. Analysoitaessa etuuksien ja/tai palveluiden vireille laittamista aineistosta nousi selkeästi esiin puutteellinen tuki potilaiden etuuksien ja palveluiden vireille laittamisessa. Tässä yläkategoriassa analysoin tekstistä eri viranomaispyyntöjä sosiaali-etuuden ja/tai sosiaalipalvelun hakemiseksi, varsinaisia avustustapahtumia ja terveydenhuollon henkilöstön selvityksiä sosiaali-etuuden ja/tai

sosiaalipalvelun hakemuksen liitteeksi. Nämä merkinnät kaikista analysoitavista merkinnöistä eri lehdillä olivat hyvin vähäiset.

Sosiaalipalveluista tuetun palveluasumisen vireille laittamisessa eniten merkintöjä aineistossa oli lääkäreiden epikriiseissä, joissa otettiin kantaa potilaan tuetun asumisen tarpeeseen. Tuettua palveluasumista laittoivat eniten vireille kotihoidon henkilökunta tai osaston sairaanhoitajat. Osaston sairaanhoitajien merkinnät ilmenivät HOI-lehdellä tai viestinä KSH-lehdellä kotisairaanhoidon. Esimerkkinä sairaanhoitajan teksti HOI-lehdestä:

*”Hoitoneuvottelu. Pot. ei pärjää kotona edes runsain avuin, koska vointi varsin vaihtelevaa, pot. itse ei tahdo hyväksyä omaa kuntoaan ja vastustaa nyt kotiapujakin, saati palveluasumista. Sovittu, että tekevät tyttären kanssa tutustumiskäynnin palvelutaloon ja sen jälkeen suunnitellaan jatkoja.”*

Myös kotihoidon henkilökunta on huomannut potilaiden kotona pärjäämättömyyden ja ovat laittaneet potilaan palveluasumista vireille. Terveyskeskuksen sosiaalityöntekijän merkinnöissä SOS-lehdelle oli 11 prosentissa merkintä tuetun palveluasumisen vireille laittamisesta. Sen sijaan vanhustyön sosiaalityöntekijän merkinnöissä oli 4,8 prosentissa aloite tuetun asumisen vireille laittamiseen sekä 19 prosentissa jatkohoitopaikan kartoitusta. Tämän selittää terveyskeskuksen käytännöt jatkohoitopaikan vireille laittamisessa. Vanhustyön sosiaalityöntekijä on SAS-ryhmän jäsen, jonka kautta arvioidaan sosiaalihuollon palveluasumisen tarve, kun taas terveyskeskuksen sosiaalityöntekijä auttaa vammaispalvelun tai päihdepuolen palveluasumisen järjestämisessä.

Kuljetuspalvelun tarpeen esille toivat eniten osastonlääkäri ja fysioterapeutti. Osastonlääkärin merkinnät olivat palvelun tarpeen todentamista somatiikan tai kognition puutteiden vuoksi ja suosituksia kuljetuspalvelun myöntämiseksi. Fysioterapeutin merkinnät samoin olivat toimintakyvyn kuvausta liittyen itsenäiseen liikkumiseen ja kuljetuspalvelun tarpeeseen.

Kotihoidon vireille laittamista on kirjattu hyvin vähän. Osaston sairaanhoitajat kirjasivat HOI-lehdelle yhteydenotot kotihoitoon, mutta niitäkin merkintöjä oli vain viidessä prosentissa merkinnöistä HOI-lehdellä. Eniten kotihoidon vireille laittamismerkintöjä oli KHTOT-lehdellä, jossa kotihoidon henkilökunta kirjasi aloitettavan kotihoidon. Kirjaukset olivat hyvin lyhyitä:

*” Kotikäynti: Ensimmäinen käynti, tytär kotosalla. Lämmitetään päivärुoka, lääkkeet on dosetissa, annan, Wc-avustaminen.”*

tai pidempiä ja kuvaavampia kotihoidon aloittamisen suhteen:

*”Kotikäynti. Pot. kotiutunut toissa päivänä os. 2:lta Kotona mennyt hyvin. Lääkkeet jaettu viikoksi dosettiin. Verikokeet: K, Na, Krea ja Inr otettu. Infarktista johtuen virtsankarkailua. Luvattu toimittaa pantseja, jos varastosta niitä löytyy. Muussa tapauksessa hankkivat vaipat itse, kuten myös jatkossa.RR 160/94. Palveluista sovittiin seuraavaa: -Pesuapu pariskunnalle perjantaisin, - KSH maanantaisin; inr-seurannat ja lääkkeiden jako, -apteekkisopimus, -ateriapalvelu tilattu joka päivälle.”*

Kotihoidon tukipalveluita (kauppa-apu, apteekkisopimus, turvapuhelin, aterioiden tuominen kotiin) laittoivat eniten vireille kotisairaanhoidaja tai kotipalvelun ohjaaja KSH-lehdellä (21 prosentissa merkinnöistä) tai terveyskeskuksen sosiaalityöntekijä (3 prosentissa merkinnöistä). Muu henkilökunta ei konkreettisesti käynnistänyt tukipalveluita, kuten ei myöskään kirjannut mahdollista tarvetta tukipalveluille. Sama ilmiö on havaittavissa päiväkeskukseen ohjaamisen yhteydessä: terveyskeskuksen sosiaalityöntekijä tai kotihoidon työntekijä aloittivat prosessin päiväkeskukseen pääsemiseen. Molemmissa tapauksissa kaksi prosenttia ammattiryhmän merkinnöistä koski päiväkeskukseen hakemista.

Erityiskorvattavien lääkkeiden tarpeen kirjasivat lääkärit B1-lausuntolehdelle tehdessään lausunnon Kelaa varten. Vain yksi prosentti HOI-lehden merkinnöistä koski erityiskorvattavien lääkkeiden hakemista, ja nekin merkinnät oli tehnyt lääkäri muistutukseksi itselleen lausunnon kirjoittamisesta. Yle-lehdelle lääkärit kirjasivat merkinnän tehneensä B-lausunnon erityiskorvattavista lääkkeistä. Yhdessä potilastapauksessa kotisairaanhoidaja oli ollut aloitteellinen erityiskorvattavien lääkkeiden hakemisessa.

Omaishoidon tukea vireille laittoivat järjestyksessä eniten vanhustyön sosiaalityöntekijä 6,9 prosenttia merkinnöistä ja lääkäri Yle-lehdellä 3,33 prosenttia merkinnöistä. Tässäkin etuudessa on havaittavissa terveyskeskuksessa vakiintunut käytäntö, että vanhustyön sosiaalityöntekijä avustaa omaishoidon tuen hakemisessa, mutta myös samalla toimii tuen myöntämisviranomaisena. Muut ammattiryhmät ohjaavat omaishoidon tuen hakijat suoraan vanhustyön sosiaalityöntekijän puheille. Lääkärin osuus tämän etuuden vireille laittamisessa on lausunnon antaminen.

*”Uusittiin reseptit. Mitattiin RR, joka 130/88. Periferiassa molemmiin puolin turpeutta. Tukisukkien käyttöä suosittelin. Tytär ei ole vielä hakenut omaishoitajan tukea, tulostettiin C-lausunto vielä tuota varten. Korotetun hoitotuen ovat sen sijaan saaneet.”*



Myös eläkkeensaajan hoitotuen vireille laittamisessa lääkärien lausunnot C-lausuntolehdellemme ovat prosentuaalisesti isoimmat (100 prosenttia merkinnöistä), mutta tuen vireille laittamisessa olivat auttaneet sosiaalityöntekijät (5,17 prosenttia merkinnöistä SOS-lehdellä) ja kotisairaanhoidajat (3,45 prosenttia KSH-lehdellä). Esimerkki lääkärin sanelusta YLE-lehdelle:

*”...Tehdään B-lausunto erityiskorvattavista lääkkeistä, lisäksi C-lausunto eläkkeensaajan hoitotukea varten, pyydetään kotisairaanhoidoa täyttämään potilaan kanssa yhdessä oma hakemus.”*

Kotisairaanhoidajat ovat kunnostautuneet myös toimeentulotuen hakemisen avustamisessa (3,45 prosenttia merkinnöistä KSH-lehdellä) yhdessä sosiaalityöntekijöiden kanssa (1,72 prosenttia merkinnöistä SOS-lehdellä). Kaiken kaikkiaan sosiaalietuuksien hakemisessa konkreettisesti eniten olivat auttaneet kotihoidon henkilökunta (10,34 prosenttia merkinnöistä KSH-lehdellä).

Sosiaalietuuden hakeminen oli eniten kuvattu lääkäreiden eri todistuslomakkeilla (A-, B- ja C-lausunnoissa), joissa täsmällisesti kuvattiin haettavaa etuus ja perustelut. Samoin osastolla työskentelevät työntekijät kirjasivat HOI-lehdelle sosiaalietuuden hakemisen vireille laittamisen samoin kuin kotisairaanhoidossa työskentelevät KSH-lehdelle. Sekä vuodeosastolla, että kotisairaanhoidossa työskentelevät työntekijät laittavat vireille etuuksien hakemisprosessin osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa.

Potilaan pitkäaikaispäätöksen tekee lääkäri perustuen potilaan kokonaisvaltaiseen tilanteen arvioon sekä lääketieteelliseen historiaan. Myös SAS-ryhmä arvioi potilaan tilannetta eri toimintakykymittareilla ja yhdessä lääkärin arvion kanssa tekee päätöksen potilaan tarpeesta pitkäaikaishoitoon. Pitkäaikaista paikan vireille laittaminen on kirjattu potilaskertomuksissa lähinnä lääkärin päätöksenä, että nyt potilaan tilanne vaatii pitkäaikaisen jatkohoitopaikan arviointia. Siksi eniten merkintöjä pitkäaikaispäätöksistä oli GER-lehdellä (8,16 prosenttia), ja sosiaalityöntekijä lehdillä lähinnä mainintana, että aloitetaan pitkäaikaista paikan kartoitus (1,72 prosenttia merkinnöistä). Esimerkkinä lääkärin kirjaus päätöksestä:

*” Toistuvia vuodeosastojaksoja ja viim. hoitajaksoilta kotiutunut 10.3.2009. Kuitenkin joutunut jälleen vo-hoitoon 16.3.2009 kotona pärjäämättömyyden vuoksi. Aiemman vuodeosastosuunnitelman mukaisesti tehdään nyt pitkäaikaispäätös, sillä kotona ei enää pärjää.”*

Kuntoutuksellisuuden vireille laittamisesta eniten merkintöjä oli lääkäreiden lehdillä (YLE- ja B1-lausuntolehti) sekä fysioterapeutin FYS-lehdellä. Samoin apuvälinesuosituksia ja asunnonmuutostyösuosituksia oli eniten FYS-lehdellä ja lääkäreiden lausunnoissa. Fysioterapeutit tekevät tarvittavat toimintakykyarviot apuväline- ja asunnonmuutostyösuosituksineen, joiden perusteella lääkärit sitten kirjoittavat suositukset myöntäville viranomaisille (vammapalvelu, Kela, terveyskeskuksen apuvälinelainaamo). Invapysäköintiluvan ja Celia-äänikirjaston hakemiseen tarvitaan lääkärinlausunnot, joten näissä etuuksissa vireille laittajana on ollut potilas, mutta etuuteen on tarvittu lääkärinlausunto.

#### **4.4 Sosiaalityöntehtävien ja/tai sosiaalipalveluiden hakemiseen vaikuttavat taustatiedot**

Potilaan lääketieteellisen tilanteen kuvauksen lisäksi joidenkin sosiaalityöntehtävien ja/tai -palveluiden hakemuksiin tarvitaan terveydenhuollon asiantuntijoiden kuvausta potilaan toimintakyvystä suhteessa elinympäristöönsä, apuvälinetarpeesta ja somaattisten oireiden vaikutuksesta toimintaan. Terveydenhuollon eri ammattiryhmät ovat tottuneita keräämään potilaasta tietoja, joita voi hyödyntää sosiaalityöntehtävien tai -palvelujen hakemusten liitteeksi tehtäviin lausuntoihin, mutta myös antamaan yleiskuvan potilaasta oireineen toimintaympäristössään. Osa terveydenhuollon ammattilaisista käyttää asiantuntija-arvioissaan toimintakyvyn mittaamiseen ja arviointiin yhtenäisiä ja kansallisesti sovittuja arviointimenetelmiä (Toimia 2011.), tai arviot tehdään oman ammattiosaamisen varassa ja terveydenhuollon organisaation työkäytäntöjen mukaisesti. Toimintakykyarviopyyntöjä esittivät eniten vuodeosaston lääkärit (7 prosentissa maininnoista). Toimintakykyarvioita tekivät eniten työssään kotisairaanhoidajat (38 prosenttia ) ja fysio- sekä toimintaterapeutit (35-100 prosenttia).

Sosiaalityöntekijältä erilaisia asiantuntija-arvioita pyysi eniten vuodeosastolla työskentelevät lääkärit, kun taas aineistosta ilmenee, että vastaanotolla työskentelevät lääkärit eivät tehneet sosiaalityöntekijälle arviointipyyntöjä lainkaan. Sosiaalityöntekijän arvio oli tehty 33 prosentissa sosiaalityön asiakkaista tässä aineistossa. Kokonaisvaltaista sosiaalipalveluiden tarpeen arviota olivat eniten tehneet kotihoidon henkilökunta (7-10 prosenttia maininnoista KHTOT- ja KSH-lehdillä) sekä erikseen SOS-lehdellä mainittuna 10 prosentissa sosiaalityöntekijän maininnoista.

Lääkärit ja terapeutit arvioivat somaattisten ja kognitiivisten oireiden merkitystä suhteessa asuinolosuhteisiin. Asunnonmuutostyö- ja apuvälinearviot kotona liikkumisen sujuvoittamiseksi kuuluvat olennaisesti fysio- ja toiminterapeuttien työnkuvaan. Lääkäri yhdessä toimintakykyä kuvaavien terapeuttien kanssa käyttää asuinolosuhdetietoja ja sosiaalisen tilanteen kuvausta arvioidessaan potilaalle sopivaa asumismuotoa ja mahdollista tarvetta laitoshoitoon. Aineistosta oli havaittavissa, että eniten asuinolosuhteiden, asunnonmuutostöiden ja apuvälineasioiden kirjauksia tekivät juuri fysio- ja toimintaterapeutit ja pyyntöjä näiden asioiden tarkastamiseen osastonlääkärit. Osastojakson aikana tehtyjen kotikäyntien tai kotona olevan potilaan toimintakyvyn kartoitus on hyvin tärkeää kotona pärjäämisen arvioimiseksi. Aineistosta nousi esiin useita esimerkkejä, joissa kotikäyntiarvioiden tärkeys tuli esiin, koska osastolla potilaiden todellinen toimintakyky ei välttämättä tule aina ilmene todellisena. Esim.

*”Kotikäynti: Potilaan asuntoon on yksi ulkoporras ja sisäportaita kahdeksan kpl. Ohjattuna potilas pääsee sisälle. Potilas ei tunnista aluetta kodin ulkopuolella, ei edes kotitaloaan ulkoapäin. Myös kodin hän kokee vieraaksi. Vain jotain esineitä hän kokee tutuiksi sitten, kun on jonkun aikaa asunnossaan. Kotikäynnillä muistamattomuus tulee esille, koska potilas useita kertoja kyselee asioitaan. Potilaalla suunnat sekaisin ja paikat kadoksissa sekä ulkona että sisällä liikkeessä. Arvioinnin perusteella potilas ei enää omassa asunnossaan pärjää, vaan tarvitsee tuetun asumismuodon.”*

Erilaisten toimintakykyarvioiden tekeminen on aikaa vievää, ja aineistosta näkyykin, että arvioita on tehty vähemmässä määrin kuin kirjauksia potilaan avun tarpeesta. Avun tarpeen kirjauksia oli tehty useimmille eri ammattiryhmien lehdille. Eli asiantuntijoiden on helpompaa todeta potilaan avun tarve, mutta sen todentaminen arviomenetelmällä oli vähäisempää.

## **4.5 Mielipide sosiaalietuudesta ja/tai sosiaalipalvelusta**

Potilaskertomusjärjestelmään terveydenhuollon työntekijät kirjaavat objektiivisten tietojen lisäksi omia ammatillisia näkemyksiään koskien potilaan hyvää kokonaisvaltaista tilannetta. Eri ammattiryhmät kirjaavat suosituksiaan eri lehdille joko toimenpiteitä varten tai subjektiivisena mielipiteenä suositeltavasta asiasta toiselle ammattiryhmälle. Näitä mielipiteitä esitetään hyvin varoen kuitenkin asiantuntijan kokemukseen ja mittareilla saatuihin tuloksiin. Tässä aineistossa sosiaalietuuksia ja –palveluita suosittelivat TAYS:n lähettävä lääkäri (2 merkintää), tulohaastattelulomakkeelle kirjaava sairaanhoitaja (2 merkintää), osastonlääkäri (2 merkintää),

TAYS:n kuntoutusosaston psykologi (1 merkintä) ja osaston fysioterapeutti (1 merkintä). Kaiken kaikkiaan siis aineistosta on nähtävissä varovaisuus ottaa kantaa sosiaalityöntehtäviin tai -palveluihin. Sosiaalityöntekijöiden mielipidettä sosiaalityöntehtäviin tai sosiaalipalveluihin ei aineistosta näkynyt.

Omaisien mielipidettä sosiaalityöntehtäviin ja/tai sosiaalipalveluihin oli kirjattu eniten eri ammattiryhmien käyttämälle HOI-lehdelle. Mielipiteet koskivat lähinnä kotona pärjäämistä ja palveluiden laatua. Esimerkkinä sairaanhoitajan tekstiä HOI-lehdelta

*” Tyttären kanssa juteltu kotiutumisesta. Heillä huoli kotona pärjäämisestä päivän aikana kun tytär on töissä. Nyt ajateltiin, että kotiapu kävisi päivällä ja toisen tyttären tytär aluksi iltapäivisin.”*

Samoin SIS- ja SOS-lehdille oli hyvin kirjattu omaisten mielipide koskien sosiaalipalveluja. Omaiset useimmiten ottivat kantaa potilaan pärjäämiseen omassa kodissaan, avun tarpeeseen tai laitospaikkatarpeeseen. Erikoissairaanhoitoon tehtyjen konsultaatioiden vastausten perusteellisuus näkyy myös sisätautilääkärin lausunnoissa, jotka olivat hyvin kattavia mukaan lukien omaisten mielipide.

Omaisien jaksamista oli huomioitu eniten KHTOT- ja KSH-lehdille sekä GER-lehdelle. Omaisten jaksaminen on tärkeä osa potilaan kotona pärjäämistä, ja sen huomioiminen myös potilasta koskevassa tekstissä on olennaista. Esimerkkinä kotipalveluohjaajan kotikäynti KSH-lehdellä:

*”kuulumisia ja RAI-arvion päivitys. Täytetty päiväkeskushakemus. Vaimolla ei väsymyksen merkkejä hoitamiseen.”*

Omaisien jaksaminen liittyy olennaisesti sosiaalipalvelujen tarpeen määrittelyyn. Potilaan kokonaisvaltainen hoito sisältää myös omaisesta huolehtimisen silloin kun hän on hoivasuhteessa potilaaseen. Omaisten mielipidettä on kuultu aineistossa, mutta vain niissä tapauksissa, joissa omaiset ovat aktiivisesti mukana potilaan arkipäivässä. Esimerkkinä sosiaalityöntekijän kirjaus omaisten mielipiteistä:

*”Keskusteltiin vaimon kanssa potilaan kotiutumisesta. Kotiutusta nyt ainakin yritettäisiin ja kotiin pyritään järjestämään riittävät avut. Kerrottu esim. mitä kotihoidon kautta on mahdollisuus saada kotiin. Vaimo kovin väsyneen oloinen ja kokee, ettei kykene enää potilaan hoidosta kotona vastaamaan. Sovittu, että omaishoidontuki päätetään ja vastuu potilaan hoidosta siirtyy kotihoidolle kun pot. kotiutuu.”*

Omaisen mielipidettä oli kirjattu hoitoneuvotteluiden yhteenvedoihin eri asiantuntijoiden lehdille, kahdenkeskisiin keskusteluihin sairaanhoitajan kanssa HOI-lehdelle tai kotihoidon palvelusuunnitelmapalaverikirjauksiin sovittaessa kotiin järjestettävistä palveluista.

Potilaan oma mielipide oli kirjattu eniten SIS-lehdelle (13 prosenttia merkinnöistä), mutta muutoin potilaan mielipidettä oli hyvin vähän kirjattu teksteihin. Eniten kirjauksia oli FYS-, ja HOI-lehdellä. Myös potilaan kieltäytymistä sosiaalipalveluista oli kirjattu eniten SIS-lehdelle, mutta myös kotihoitoa tarjoavien työntekijöiden kirjauksiin KHTOT-lehdelle ja tiivistelmä-lehdelle. Eli arjessa tapahtuvat palveluiden muutokset kirjautuivat vain oman alan erikoislehdelle kuten esim. kotihoidossa KHTOT-lehdelle.

Sosiaalietuuksien ja/tai -palveluiden tarpeen ovat mielipiteinä kirjanneet parhaiten tekstissään asiantuntijat, joiden työnkuvaan kuuluu kokonaisvaltainen potilaan toimintakyvyn arvioiminen. Erityisesti TAYS:n erityistyöntekijät: psykologi ja toimintaterapeutti ovat huomioineet sosiaalietuuden ja/tai -palvelun tarpeen tekstissään. Samoin geriatriin lausunnoissa sosiaalipalvelutarve ilmenee pyyntöinä sosiaalityöntekijälle. Tämän johdosta sosiaalityöntekijöiden merkinnöissä 24 prosenttia merkinnöistä on vastauksia näihin palvelutarpeen kartoituspyyntöihin.

## **4.6 Sosiaalietuuksien ja/tai sosiaalipalveluiden toteutuminen**

Potilaan jatkohoidon suunnittelu on olennainen osa moniammatillista työtä perusterveydenhuollon vuodeosastolla. Osastojakson aikana kartoitetaan potilaan toimintakykyä, ja siihen perustuen tehdään moniammatillisia arvioita potilaan palveluiden tarpeesta ja jatkohoidosta. Tällöin on luonnollista, että osastojakson aikaisissa kirjauksissa ilmenee jatkohoidon suunnittelua ja järjestämistä. Potilaalle myönnetty sosiaalipalvelut kirjataan hyvin vaihtelevasti terveydenhuollon asiakirjoihin. Tässä kategoriassa tarkastelen potilaalle myönnettyjä sosiaalietuuksia ja/tai sosiaalipalveluita.

Potilaalle myönnetty laitospaikka ja tuetun asumisen paikka on kirjattu osastonlääkärin (geriatriin) lehdille, sosiaalityöntekijän kirjauksiin ja osastolta suoraan näille paikoille siirryttäessä HOI-lehdelle. Tässä esimerkki yhden potilaan tuetun asumisen päätöksestä:

*” 16.11.09.Geriatri GER-lehdellä: ” Pot. kuntoutumassa aivoverenvuodon jäljiltä. Kotikäynti tehty ja edelleen merkittävät muistin ja hahmottamisen vaikeudet. Ei kotiudu omaan kotiinsa ja tehdään pitkäaikaispäätos. Jää odottamaan tehostettua palveluasumista.”*

*”16.11.09. Vanhustyön sosiaalityöntekijä SOS-lehdellä: ”Puhelu: poika soitti kyselläkseen tehostetun palveluasumisen yksiköistä. Potilaasta tehty tänään terveyskeskuksessa pitkäaikaispäätos. Käytiin läpi paikkoja ja tehostetun palveluasumisen maksut. tarkemmat tiedot laitoin vielä sähköpostitse.”*

*”17.11.09 Vanhustyön sosiaalityöntekijä SOS-lehdellä:” SAS pot. saa paikan yksityisestä hoitokodista.”*

Sosiaalipalveluista kotona tapahtuvat palvelut: kotihoito ja kotihoidon tukipalvelut oli kirjattu KSH- ja KHTOT-lehdille. Joitakin merkintöjä potilaan näistä palveluista oli myös FYS-lehdellä toteamuksina kotiin menevistä palveluista. Kotihoidon ja kotihoidon tukipalveluiden kirjaukset ovat palveluiden alussa kirjattu luettelolla alkavat palvelut ja erityishuomiot asiakkaasta.

*”Kodinhoitaja KSH-lehdellä: ”Kartoituskäynti vuodeosastolla. Pot. on kotiutumassa huomenna osastolta. ja omaiset hoitavat viikonlopun yli. Potilaalla on insuliinidiabetes ja hän on saanut aivoinfarktin. Potilaalla on edelleen jonkin verran nielemisvaikeuksia, joten vesi on hyvä sakeuttaa, muuten normaalisti ruokailee. Sovittu, että kotihoito alkaa käymään 3 xpvässä 7 pvänä viikossa. Käynnin sisältönä lääkkeiden anto, ins. inj. pistäminen/ohjaaminen 2x/pvä, ruokaluista huolehtiminen, hygieniasta huolehtiminen, suihkutuspäätos 1x/vkossa, mahd. ulkoilu. Tehdään apteekkisopimus. Tilataan ateriapalvelu 3x/vkossa.”*

Potilaalle tehdään myöhemmin jo palvelun alkamisen jälkeen hoito- ja palvelusuunnitelma, johon kirjallisesti sovitaan palvelut yhteistyössä potilaan kanssa.

*”Kodinhoitaja KSH-lehdellä Hopasun teko: Paikalla potilas, tytär, KPO ja allekirjoittanut. Sovittu, että käynnit jatkuvat entiseen malliin. Täytetään yhdessä potilaan kanssa kuljetuspalveluhakemus. Tytär lupasi ottaa selvää fysioterapian kuntosali- ja tasapainoryhmästä.”*

Potilaan kotona pärjäämiseen liittyvät palvelut, kuten kuljetuspalvelu tai päiväkeskus, oli kirjattu samoin KHTOT- ja KSH-lehdille, koska niiden alkamisen tieto on olennaista kotona työskenteleville kotihoidon työntekijöille.

Sosiaalityöntekijän maininnoista eniten (10 prosenttia kumpaakin) oli mainintoja tuetun palveluasumisen tai omaishoidon tuen myöntämisestä. Tämä merkintöjen suuruus verrattuna muihin sosiaalityöntekijän kirjauksiin johtuu tämän terveyskeskuksen työskentelytavasta, jossa sosiaalityöntekijä myöntää edellä mainitut etuudet. Myös muiden etuuksien, kuten hoitotuen ja

kuljetuspalvelun, myöntäminen oli kirjattu SOS-lehdelle. Lisäksi sosiaalityöntekijä kirjasi myös sosiaalipalvelussa tapahtuneet muutokset, jos ne koskettivat rahallista etuutta tai laitospaikkaa. Muutoin sosiaalipalveluiden muutokset kirjautuivat KSH- ja KHTOT-lehdille.

Sosiaalietuksien ja/tai sosiaalipalveluiden alkaminen tai myöntämiset ovat kirjautuneet huonosti potilasasiakirjoihin. Lukijan täytyy hakea tietoa pirstaleisesta kokonaisuudesta, jossa kukin ammattiryhmä kirjasi vain omaa erityisaluettaan koskevia etuuksia ja/tai palveluita. Itse sosiaalihuollon päätökset päätösasiakirjoina eivät ole terveydenhuollon työntekijöiden nähtävissä, koska ne kirjataan sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmään. Yhteenvedo potilaalla alkavista sosiaalipalveluista oli kirjattu lääkärien loppuepikriiseihin tai hoitoneuvottelumuistioihin.

Tässä kategoriassa analysoin myös onko sosiaalietuus tai sosiaalipalvelu viivästynyt tai jäänyt saamatta potilaan kyvyttömyyden vuoksi hakea etuutta, ja aineistosta ilmeni yhdellä potilaalla tällainen viive, jossa hän ei ollut osannut toimittaa oikeita liitteitä etuushakemukseensa. Sosiaalietuus toteutui myöhässä vasta puolen vuoden päästä. Lisäksi aineistossa ilmeni yksi sosiaalietuksista tietämätön, jolle oikeudet sosiaalieluiksiin ilmenivät lääkärinvastaanotolla. Kummassakaan tapauksessa potilaalla ei ollut kotiutumisen jälkeen kontrollia koskien psykososiaalisesta pärjäämistä, kontrolli oli ainoastaan lääketieteellisistä syistä.

## **4.7 Potilaan ohjaus sosiaalieluiksiin ja/tai sosiaalipalveluihin**

Sosiaali- ja terveydenhuollossa asioivan aivoverenkiertohäiriöpotilaan tulisi saada ohjausta, tukea ja neuvontaa sosiaalieluiksiin ja sosiaalipalveluihin. Potilaiden neuvonta on olennainen osa kaikkien terveydenhuollon ammattiryhmien työtä potilaan kanssa sovitun yhteisen päämäärän eteen. Lainsäädännössäkkin edellytetään, että potilas on ohjattava niiden palveluiden piiriin, jotka häntä koskettavat. Potilaan tiedonsaantioikeutta korostaa ohjaus- ja neuvontavelvoite. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Usein kuitenkin terveydenhuollossa keskitytään liiaksi somaattisiin oireisiin, sivuutetaan potilasta antamalla ohjausta omaiselle tai ohjaus jää kokonaan tekemättä tai kirjaamatta.

Tässä aineistossa ilmenee, että potilaalle annettavaa informaatiota, ohjausta ja neuvontaa ei oltu kirjattu potilasasiakirjoihin ilmisältönä (=potilasohjauksena) esiin, vaan ohjaus ilmeni kirjauksissa keskusteluina. Seuraavassa esimerkki tällaisesta potilasohjaustilanteesta:

*Sairaanhoitaja HOI-lehdellä: ”Omaisen kanssa keskusteltu kotiutumisesta. Kyseli turvarannekkeesta, ystäväpalvelusta. Kerrottu SPR:n ystäväpalvelusta ja annettu ystäväpalvelun numero, jotta voivat kysellä sieltä ”ystävää”. Turvaranneke ei onnistu kun ei ole lankapuhelinta. Palvelutalosta kyseli, josko pääsisi sinne.”*

Potilasohjaus saatettiin myös kirjata erilaisina kysymyksinä, joihin etsittiin moniammatilliselta tiimiltä vastauksia. Esim.

*”Sairaanhoitaja HOI-lehdellä: ” Tytär haluaa tietää saako sotainvalidien leski ilmaisen ateriapalvelun ja tarvitseeko PA-lomakkeen täyttää jo tässä vaiheessa; soitetaan sos.tt:lle.”*

Sosiaalityön erikoislehdelle (26 prosenttia maininnoista) ja potilaskertomuksen HOI-lehdelle oli kirjattu annettu ohjaus sosiaalipalveluista ja sosiaalietuksista. Terveyskeskuksen vuodeosaston kontekstissa työskennelleenä kuitenkin tiedän, että arkipäivän työssä annetaan potilasohjausta koko ajan, mutta sitä ei välttämättä kirjata ylös. Erityisen tärkeää olisi kuitenkin kognitiivisia oireita omaavan aivoverenkiertohäiriöpotilaan kohdalla kirjata potilasasiakirjoihin annettu ohjaus ja kirjalliset potilasohjeet, jotta terveydenhuollon henkilökunta turvaa selustansa annettuaan asianmukaista ohjausta. Se mitä ei ole kirjattu, niin sitä ei ole olemassa.

## **4.8 Aineiston piilosisällöt**

Sisällönanalyysin ensimmäisessä vaiheessa, jossa hain pelkistettyjä ilmauksia vastaamaan tutkimuskysymyksiin, luin aineistoa myös kokonaisuutena niin, että terveydenhuollon pirstaleisesta kirjaamisesta huolimatta, sain käsityksen yksittäisen potilaan ”kokonaistarinaasta”. Tarkastelin aineistosta yksittäisten merkintöjen ristiriitaisuuksia suhteessa koko tarinaan ja muodostin kokonaiskuvaa siitä, että olisiko potilaalla oikeutta sosiaalieluuteen tai sosiaalipalveluun, jota hänellä ei ollut. Toisena vaihtoehtona potilaalta saattoi puuttua jokin palvelu tai etuus, ja sitä ei oltu kirjattu. Aineiston koko analyysin jälkeen vielä vertasin näitä ristiriitaisuuksia yksittäisen potilaan koko sairauskertomukseen muultakin ajalta kuin tutkimuksen tarkastelujaksolta. Aineistosta löytyi kuusi potilasta, joilla somatiikan, kognition ja toimintakyvyn kirjausten perusteella oli säännöllistä avun tarvetta tai hoidosta aiheutui erityiskustannuksia. Kenelläkään näillä kuudella potilaalla ei ollut kirjattuna potilasasiakirjoissa saivatko he eläkkeensaajan hoitotukea tai vammaistukea. Lisäksi kahden potilaan omainen hoiti potilasta kotona ja heillä ei ollut omaishoidon tukea kirjausten



perusteella haettuna, eikä myönnettynä. Aineiston neljästäkymmenestä yhdestä potilaasta siis 14,6 prosentilla oli jäänyt sosiaalityös saamatta tai kirjaamatta. Koska tutkimusaineistoa koskee tarkat salassapitosäännökset laissa lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999) 23 pykälässä 2 momentissa, en voinut ilmaista tekemiäni johtopäätöksiä sivullisille ja tarkistaa asiaa terveyskeskuksen sosiaalityöntekijältä. Terveyskeskuksen sosiaalityöntekijällä olisi ollut kuitenkin pääsy Kansaneläkelaitoksen tietorekisteriin Kelan etuuksien tarkistamiseksi tai hän olisi voinut tarkistaa omaishoidon tuen tilanteen kunnan omaishoidon tukea myöntävältä sosiaalityöntekijältä. Näin en siis voinut tarkistaa potilaiden todellista tilannetta sosiaalityösuhteen.

## 5 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää aivoverenkiertohäiriöpotilaiden sosiaalietuuksien ja sosiaalipalveluiden kirjautumista terveyskeskuksen potilasasiakirjoihin ja sairauskertomustietoihin. Tavoitteena oli tarkastella onko etuuksien ja palveluiden hakemista kuvattu, kuka on kirjannut sosiaalietuuksista ja sosiaalipalveluista, ja onko potilasasiakirjoissa nähtävissä sosiaalietuuksien ja/tai sosiaalipalveluiden saamatta jääminen.

Tutkimuksessa käytettiin aineistona yhden vuoden ajalta terveyskeskuksen vuodeosastolla hoidossa olleiden aivoverenkiertohäiriöpotilaiden potilaskertomuksia. Aineisto oli siis tutkimuksen tarkoitukseen valittu harkinnanvarainen näyte potilaskertomuksista. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusaineiston rajausta tapahtuu teoreettisen edustavuuden ehdoilla: tutkitut tapaukset voidaan nähdä esimerkkinä yleisestä (Eskola & Suoranta 1998, 65). Tässä tutkimuksessa aivoverenkiertohäiriödiagnoosi oli aineistoa yhdistävä tekijä, vaikka yksittäistapaukset olivat hyvin heterogeenisia. Aineiston koko oli potilasmäärältään pieni, mutta potilasasiakirjoista kerätyt pelkistetyt ilmaukset olivat noin 69 sivua. Yksittäisen potilaan sairauskertomus oli keskiarvoltaan noin 30 sivua ja potilasasiakirjoista kerätyt pelkistetyt ilmaukset sosiaalietuuksista ja –palveluista ja niihin liittyvistä taustatiedoista 69 sivua. Tällöin pelkistetyt ilmaukset olivat vain 5,6 prosenttia kaikista 41 potilaan sairauskertomustietojen kirjauksista. Tämä suhdeluku kuvaa sosiaalisen tiedon kirjausten määrää verrattuna lääketieteelliseen tietoon.

Sosiaalietuuksien ja/tai sosiaalipalveluiden kirjaukset näkyvät aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasasiakirjoissa ammattiryhmittäin eri tavoin. Yksittäisten kirjaajien motivaatio sosiaalietuuksien ja sosiaalipalveluiden kirjaamiseen on heidän terveydenhuollon profession kannattelemaa asiantuntijuutta, potilaan asemointia johonkin kategoriaan tai terveydenhuollon organisaation valtarakenteen muodostamaa toimintakäytäntöä, jossa lääkärit tekevät konsultaatiopyyntöjä erityistyöntekijöille, ja erityistyöntekijät toteuttavat konsultaatioon vastaamisen ammattikäytännön mukaisesti. Sosiaalietuudet ja sosiaalipalvelut näkyvät potilasasiakirjoissa sosiodemografisten tietojen kuvauksena. Potilas asetettiin tiettyyn ikäryhmään (alle 65-vuotias), jolloin häneen kohdistuivat eri sosiaalietuudet ja/tai –palvelut kuin yli 65-vuotiaille. Avun tarpeen, asuinolosuhteiden ja sosiaalisen verkoston kuvauksella luotiin kuvaa potilaasta palveluiden tarvitsijana. Toisaalta edellä mainitut kuvaukset toimivat myös perusteluina sosiaalipalveluille. Sosiodemografisia tietoja keräsivät eniten ammattiryhmät, jotka tarvitsevat

tietoja asiantuntijalausunnoissaan. Erityisasiantuntijat, kuten fysioterapeutti ja toimintaterapeutti, yhdistivät avun tarpeen kuvaukseen erilaisia toimintakykyä kuvaavia määreitä, joita he olivat saaneet esiin toimintakykymittauksilla. Samoin kotihoidon ohjaajat perustelivat avun tarpeen aiheuttamaa sosiaalipalvelua RAI-toimintakykyarviolla. Sosiaalietuuksien ja sosiaalipalveluiden kirjautuminen suoraan ilmisältonä oli aineistossa vähäistä, mutta niihin liittyvät mielipiteet ja asiantuntijalausunnot tulivat selkeästi esiin. Potilaan tai omaisen mielipidettä oli kuunneltu ja otettu huomioon sosiaalipalveluita määritettäessä.

Erikoissairaanhoidon epikriiseissä ja erikoislääkäreiden kirjauksissa aivoverenkiertohäiriöiden kokonaisvaltainen tilanne oli kuvattu erittäin laajasti huomioiden myös potilaiden sosiaalinen tilanne. Terveyskeskuksen yleislääkäreiden epikriiseissä sosiaalista tilannetta ei oltu tarkistettu, ellei se olennaisesti vaikuttanut potilaan kotona pärjäämiseen tai sosiaalietuuden ja/tai -palvelun hakemisen liitteeksi tarvittavaan lääkärinlausuntoon. Tämä näkyy myös siinä, että poliklinisillä käynneillä ei potilaalle tehty sosiaalityöntekijän konsultaatiopyyntöjä kuten vuodeosaston lääkärit tekivät.

Sosiaalipalvelut, niiden hakeminen, ja sosiaalipalveluiden myöntäminen on kirjattu paremmin aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasasiakirjoihin kuin sosiaalietuudet ja etuuksien hakeminen. Sosiaalipalveluilla on enemmän merkitystä potilaan kotona pärjäämiselle kuin sosiaalietuudella, vaikka sosiaalietuudetkin ovat tarkoitettuja tukemaan selviytymistä ja toimintakykyä. Sosiaalipalveluiden oikein kohdentuminen edellyttää, että potilas kategorisoidaan tietyn palvelun kriteereihin. Tämän vuoksi sosiaalipalveluihin, niiden hakemiseen ja potilaan asemointiin palvelun saajaksi liittyviä kirjauksia löytyy enemmän potilasasiakirjoista kuin perusteita sosiaalietuudelle. Perusterveydenhuollon intressi potilaan kotona pärjäämisestä näkyy siis palveluiden varmistamisena, mutta potilaan pärjäämisen kannalta olisi tärkeää myös sosiaalietuuksien ja taloudellisen tilanteen varmistaminen. Sosiaalietuuksien viivästyminen on nähtävissä myös tässä aineistossa kahdessa potilastapauksessa, mikä yhdessä vähäisten sosiaalietuuksien kirjausten kanssa antaa viitteitä siitä, että kyseisen terveyskeskuksen aivoverenkiertohäiriöpotilaat tarvitsivat systemaattisempaa tukea sosiaalietuuksien hakemiseen. Ne potilaat, jotka olivat kotihoidon piirissä, saivat avustusta kotihoidon henkilökunnalta sosiaalietuuksien hakemiseen. Kotihoidon piirissä olevat potilaat ovat monenlaisen avun tarpeessa olevia, joten heidän asiointitaitonsa julkisissa palveluissa voivat olla juuri sairauden vuoksi vaikeutuneet tai potilas ei ymmärrä omaa avun tarvettaan, jolloin kotihoidon työntekijöille kaatuu vastuu kokonaisvaltaisemmasta kuin pelkästä

perushoidollisesta avustamisesta. Omatoimisesti tai omaisen tuen avulla toimeen tulevat olisivat tämän aineiston perusteella tarvinneet tukea, ohjausta ja neuvontaa sosiaalietuuksien tarkistamiseen.

Sosiaalietuuksien ja/tai -palveluiden hakemista, vireille laittamista ja aloitteita olivat eri ammattiryhmät kuvanneet ammattiposiostaan käsin. Hoitohenkilökunta, erityistyöntekijät, omaiset ja potilas tuovat tekstissä esiin palvelun tarpeen tai perustelut palvelulle. Hoitohenkilökunta ja erityistyöntekijät tuovat esiin tekstissä mielipiteen potilaasta avun tarvitsijana. Mielipide on joko toteava; ammattikäsitteeseen perustuva tai lausuntotyyppinen, jossa esitetään perusteluita palvelutarpeelle. Terveyskeskuksen valtakäytäntö tulee ilmi myös sosiaalietuuksien ja/tai -palveluiden kirjauksessa niin, että lääkärit tekivät konsultaatiopyynnöt ”läheteinä” erityistyöntekijöille saadakseen riittävästi perusteltua tietoa palveluihin ja/tai etuuksiin tarvittaviin lääkärinlausuntoihin. Lääkäreiden kirjatukset sosiaalietuuksista ja/tai palveluista olivat siis joko tarpeen toteuttamista, tarpeen selvityspyynnöksiä tai palvelun aloittamisen ”päätöksiä”. Lääkärit tekivät siis lausuntoja palveluiden tai etuuksien hakemusten liitteiksi, neuvottelivat palveluiden ja etuuksien tarpeesta potilaan, omaisen tai henkilökunnan kanssa tai kirjassivat tehdyt päätökset palveluiden aloittamiseksi. Siitä huolimatta, että osastojaksolla lääkäri potilaan kanssa neuvotellen oli sopinut jonkin palvelun aloitettavaksi, kotihoidossa vielä käytiin uusi neuvottelu palvelutarpeen määrittelystä. Palvelutarpeen määrittely on sosiaalihuollon asiakaslain mukaan lakisääteistä, ja palvelu- ja hoitosuunnitelma on tehtävä sosiaalihuoltoa toteutettaessa yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. Kotioloissa palvelutarpeen määrittely ilmeni kirjauksissa eri tavoin kuin osastojaksosson aikana tehty tarvearvio. Tässä ilmenee kirjauksissa eri ammattiryhmien puhe toisen ammattiryhmän yli eli toisen ammattiryhmän arvioinnin lisäksi halutaan tehdä oma arvio omien toimintakäytäntöjen tueksi. Osaltaan tämä kertoo aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen monimuotoisuudesta, jossa AVH -potilaat löytävät omasta elinpiiristään kuntoutumista tukevia tekijöitä, jolloin avun tarve on kotona muuttunut verrattuna osastojaksolla tehtyyn arvioon. Toisaalta kyseessä on myös eri ammattiryhmien väliset ristiriidat määriteltäessä potilaan tilannetta; kukin ammattiryhmä tekee arvion omasta näkökulmastaan ja resurssien allokointi mielessä pitäen. Terveystenhuollon määrittelemä potilaan tarvitsema apu ei välttämättä tarkoita, että kotihoidossa suunnitelma toteutuisi, koska kotihoito määrittelee palvelutarvetta myös omat resurssinäkökohdat silmällä pitäen. Tällöin palvelutarpeen arviointi ei ole asiakaslähtöistä, vaan tarjontalähtöistä.

Sosiaalietuuksien ja/tai sosiaalipalveluiden hakemisessa aloitteellisia ovat olleet eri ammattiryhmät eri tavoin: lääkäreiden kirjauksista ilmeni erityisesti erikoislääkäreiden kohdalla heidän laaja-alainen työotteensa, jossa myös sosiaalinen tilanne huomioitiin. Sosiaalipalveluiden ja

sosiaalietuuksien hakemisessa olivat tottuneimpia avustamaan kotihoidon henkilökunta, koska he työskentelevät lähimpänä potilasta heidän arjessaan. Sosiaalityöntekijätkin avustivat sosiaalietuuksien ja/tai –palveluiden hakemisessa, mutta heidän positiossaan se ilmeni enemmän organisaation toimintakäytäntöjen kautta sosiaalityöntekijälle tehtyinä konsultaatiopyyntöinä. Potilaan arjessa läsnä oleva kotihoidon henkilökunta samalla muun hoidon ohessa huolehti myös asioinneista kodin ulkopuolella. Potilaan liikkumiseen liittyvien palveluiden ja etuuksien, kuten kodin muutostyöt, kuljetuspalvelu, kuntoutuspalvelut, hakemiseen liittyvissä kirjauksissa oli osallisena eniten lääkäri lausuntojen antajana ja fysio- ja toimintaterapeutit toimintakyvyn kuvaajina asiantuntijalausunnoissaan. Erityistyöntekijäryhmien selvitykset ovat olennainen osa heidän työtään ja aikaa vieviä verrattuna pelkkiin ammattimaisten mielipiteiden kirjaamiseen.

Sosiaalietuksien ja/tai sosiaalipalveluiden saamatta jääminen tuli aineistosta esiin piilosisältöinä kuudella potilaalla. Kaikissa kuudessa tapauksessa kyseessä oli nimenomaan sosiaalietuus eli taloudellinen etuus, jonka perusteena olisi ollut potilaan toimintakyvyn muutos. Näissä tapauksissa terveydenhuolto ei todennäköisesti tunnistanut potilaan oikeutta sosiaalietuuteen, mutta kuten jo aineiston piilosisältöjen analyysissa totesin, asiaa ei voitu tarkistaa. Kahdessa näistä kuudesta potilaasta, potilas olisi ollut oikeutettu eläkkeensaajan hoitotuen lisäksi myös omaishoidon tukeen, mikä viittaa myös omaisen kyvyttömyyteen hakea sosiaalietuksia tai avustaa potilasta etuuksien hakemisessa.

Aineistosta ilmenee aivoverenkiertohäiriöpotilaiden heterogeenisuus, jossa kukin potilas on yksilöllinen tapaus. Potilaiden tarve sosiaalietuksille ja palveluille oli hyvin erilainen riippuen monestakin seikasta: iästä, elämäntilanteesta, sosiaalisesta verkostosta, sairauden oireiden laadusta, kuntoutumisesta jne. Aineiston kirjauksista ilmenee, että sosiaalipalveluiden ja sosiaalietuksien tarvitsijoina parhaiten pärjäsivät ne potilaat, joilla oli omainen tai kotihoito tukena kotiutumisenkin jälkeen. Terveystenhuollon säännöllinen kontrolli esim. kotihoidon tai osastojaksojen turvin ja potilaan syvällinen tuntemus takasivat sosiaalipalveluiden ja sosiaalietuksien toteutumisen parhaiten potilaalle. Kirjauksista ilmenee myös sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnalla työskentely niin, että sosiaalihuollossa toteutettava kotihoito määrittelee vielä uudelleen terveydenhuollon jälkeen potilaan sosiaalipalvelutarvetta. Kukin ammattiryhmä toimii siis omalla kapealla sektorilla, jossa potilaan kokonaisvaltainen vastuunotto saattaa jäädä tekemättä, sosiaalinen tilanne havaitsematta ja tilanne tulkitaan eri tavoin.

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan prosessi on myös huomioitava potilasasiakirjoja tarkasteltaessa. Potilaan sairastuminen ja siitä kuntoutuminen kestää tietyn yksilöllisen ajan, jona aikana potilaan avun tarpeet, toimintakyky ja käyttäytyminen muuttuvat. Potilas kuntoutuu, sopeutuu ja löytää vaihtoehtoisia toimintamalleja tilanteelleen. Terveysthuollossa työskentelevien ammattilaisten tulee herkästi havainnoida potilaan tarpeita etuuxiin ja palveluihin alati muuttuvassa tilanteessa. Kertaalleen kirjattu potilaan tilanne ei välttämättä hetken päästä ole enää paikkaansa pitävä, vaan tarvitaan jatkuvaa arviointia muuttuneista tilanteista ja muutokset tulisi myös kirjata.

## 6 POHDINTA

Aivoverenkiertohäiriöpotilaan prosessi erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon kautta kotiin, laitokseen tai tuettuun asumiseen sisältää useita ammattikohtaamisia terveyden- ja sosiaalihuollon eri ammattiryhmien kanssa. Näissä kohtaamisissa neuvotellaan eri asioista liittyen potilaan somatiikkaan, kognitioon, toimenpiteisiin, hoitoon, suunnitelmiin jne. Potilaan prosessin kokonaisvastuun ottaminen on rikkonaista johtuen juuri terveydenhuollon moniammatillisesta luonteesta ja palveluprosessien yksilöllisyydestä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnoilla työskenneltäessä.

Ryhtyessäni tekemään tätä tutkimusta hypoteettisesti ajattelin, että aivoverenkiertohäiriöpotilaiden sosiaalietuuksien ja sosiaalipalveluiden tarpeen arviointiin, vireille laittamiseen ja toteuttamiseen osallistuisi määrällisesti isompi terveydenhuollon toimijoiden joukko kuin mitä tämä tutkimus sitten lopulta osoitti. Ennakko-oletuksena arvelin, että monet työntekijät todellisuudessa osallistuvat aivoverenkiertohäiriöpotilaan sosiaaliturvasta huolehtimiseen sen toteutumiseen saakka, mutta aineistosta ilmeni, että moniammatillisen tiimin jäsenet tekivät vain oman osuutensa palveluprosessista. Terveydenhuollon moniammatillisessa tiimissä psykososiaalisiin ongelmiin tarttuvat eri työntekijät monenlaisista lähtökohdista: lääkärit sosiaaliturvan portinvartijoina tehden lausuntoja ja halliten kokonaisuutta, erityistyöntekijät toimimalla asiantuntijoina omalla erityisalueellaan ja hoitohenkilökunta toteuttamalla hoitoprosessia sairaanhoidollisen ammattikäytännön mukaisesti. Psykososiaalisen tilanteen kokonaisvaltainen haltuunotto on ajoittaista ja puutteellista, eikä toteudu kaikkien potilaiden kohdalla. Tähän vaikuttavat monet seikat kuten potilaan oirekuva, organisaation työntekijöiden kokemusperäinen ammattitaito ja toimintatavat. Terveyskeskuksen vuodeosasto organisaationa on tottunut toimimaan tietyillä toimintatavoilla, jolloin ei saateta tietää sosiaalityön toimintamahdollisuuksia tai sosiaalityön nopeaan saatavuuteen ei luoteta. Muut ammattiryhmät eivät välttämättä tunne sosiaalityön sisältöä, jolloin toiset terveydenhuollon ammattiryhmät määrittävät potilaan psykososiaalista tilannetta. Muut ammattiryhmät ovat ottaneet osan sosiaalityön tehtävistä itselleen mm. organisoimalla potilaalle sosiaalipalveluita tai kotihoidon tukipalveluita. Potilas ei myöskään oirekuvansa vuoksi välttämättä tarvitse psykososiaalista tukea. Tutkimuksessa tuli myös esiin, että monilla ammattiryhmillä oli mielipide potilaan etuuksista ja/tai palveluista, mutta niiden realisoitumiseen osallistuivat vain harvat työntekijät.

Tässä tutkimuksessa sosiaalityöntekijöiden interventiot ovat terveydenhuollon toimintaympäristöstä käsin määriteltäviä. Yhteydenotot sosiaalityöntekijään olivat lääkärin läheteitä sosiaalityöntekijälle sekä muun henkilökunnan, potilaan tai omaisen omia yhteydenottoja. Kaikki muut paitsi sosiaalityöntekijät siis arvioivat milloin sosiaalityöntekijän interventio on tarpeellista. Potilas kohtaa terveydenhuollossa ensin terveydenhuollon ammattilaisen, mikä herättääkin kysymyksen miksi ei sosiaalialan ammattilainen voisi samalla tavoin osallistua ensiarviointiin. Tätä ilmiötä on selvitelty Etelä-Pohjanmaalla Seinäjoen, Ähtärin ja Härmän sairaaloissa tehdyssä kyselyssä, jossa saatiin selville samansuuntainen ilmiö. Omasta aloitteestaan sosiaalityöntekijän tapaa vain viidennes potilaista, sosiaalityöntekijän aloitteesta kolmannes potilaista ja muun terveydenhuollon henkilökunnan lähettämänä 37 prosenttia potilaista. Kyselyn tuloksena ilmeni, etteivät potilaat osaa hakeutua sosiaalityöntekijälle, koska sosiaalityön palvelujen sisältö on vieras. Kyseisen kyselyn tekijät pohtivat voisiko sosiaalityöntekijä mennä tapaamaan potilasta tai tutustua sairauskertomuksiin tietosuojaan ylittymättä, jotta voitaisiin ennakoida potilaiden tarvitsema sosiaalityön tarve. (Salmela (toim.) 1997, 222-223.) Kaikkien potilaiden ei välttämättä tarvitse tavata sosiaalityöntekijää ja suuren potilasmäärän takia se ei ole mahdollistakaan, mutta aineiston perusteella näyttäisi siltä, että terveydenhuoltoon tarvittaisiin tarkkuutta tunnistaa ne potilaat, joilla tämä tarve on olemassa. Toimivilla ja oikea-aikaisilla interventioilla on huomattava merkitys potilaan hyvinvoinnille, jolloin tarvitaan tämän sairausryhmän hyvin tuntevia ammattihenkilöitä toteuttamaan sosiaali- ja terveydenhuoltoa heille tai tunnistamaan heidän sosiaaliset erityistarpeensa terveydenhuollossa. Terveydenhuollossa monet työntekijät organisaatiosta riippuen osallistuvat potilaan sosiaaliturvan toteuttamiseen. Sosiaalinen ei yksinomaan kuulu sosiaalityöntekijälle, mutta selkeästä vastuunjaosta palveluprosessissa tulee sopia, ja kaikille potilaille tulisi taata mahdollisuus tavata sosiaalityöntekijää.

Aikaisemmissa tutkimuksissa, joihin on tutustuttu teoreettisessa viitekehysessä (ks. luku 2.2.4), nousi esiin seuraavia aivoverenkiertohäiriöpotilaan sosiaaliturvaan liittyviä seikkoja: tiedon tarve, kotiutumisen jälkeinen seuranta ja potilaiden heterogeenisuuden vuoksi tuen tarvitsijoiden tunnistaminen. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan prosessi on aina yksilöllinen, jolloin potilaiden psykososiaalisen tuen tarpeen tunnistaminen on satunnaista ja riippuu kirjaajasta ja hänen ammattitaidostaan havaita aivoverenkiertohäiriöpotilaan erityispiirteet. Tässä aineistossa sosiaalipalveluiden tarve on tunnistettu, mutta sosiaalietuuksiin oikeutettujen potilaiden tunnistaminen oli heterogeenisempaa. Perusterveydenhuollon tehostamisvaatimuksissa potilaiden hoitajaksot ovat tiiviitä ja lyhyitä sekä potilasvaihtuvuus suuri, jolloin sosiaalipalveluiden järjestämisellä pyritään nopeaan kotiutukseen. Tällöin sosiaalietuuksista informoiminen saattaa



jääda puutteelliseksi. Potilaiden tiedontarve on tutkimusten mukaan jatkuvaa, mutta tässä aineistossa tiedonjakamista oli kirjattu vähäisissä määrin. Kuitenkin tutkittavassa työympäristössä työskennelleenä tiedän, että tietoa jaetaan suusanallisesti jatkuvasti, mutta sitä ei todenneta kirjaamalla. Potilasohjauksen kirjaamatta jättäminen kertoo myös osastojaksojen intensiivisestä ja lyhyestä luonteesta. Potilaiden seurannan tarve on todettu useissa tutkimuksissa. Järjestelmällisestä aivoverenkiertohäiriöpotilaiden seurannasta ei ole viitteitä tässä tutkitussa aineistossa. Seurantakäyntejä joko ei ole kirjattu nimenomaan seurantakäynniksi, vaan ne ovat toteutuneet jollakin muulla syy-perusteella, tai sitten seurantaa ei ole toteutettu. Aineiston piilosisällöistä kuitenkin ilmeni tarvetta erityisesti yksin asuvien ja monisairaiden potilaiden seurannalle.

Tässä tutkimusaineistossa sosiaalityö nähtiin kirjausten perusteella raha-, jatkohoito- ja sosiaaliturva-asioden hoitamisena, vaikka potilailla olisi ollut tarpeita myös omassa elinpiirissä kotiutumisen jälkeiseen tukemiseen arjen haltuunottamisessa. Avoterveydenhuollon lisääntyessä sosiaalityöllä olisi tilausta potilaiden seurannassa, innovatiivisten keinojen luomisessa potilaiden auttamiseksi esim. diakoniatyön tai kolmannen sektorin toimijoiden kautta, ja vertaistuen järjestämisessä. Tämän aineiston perusteella kotiin vietävillä tai avosektorilla tapahtuvilla palveluilla, jotka huomioivat myös sosiaalisen pärjäämisen kontrolliluonteisilla käynneillä, olisi potilaan kokonaisvaltaista tilannetta tukeva merkitys. Sosiaalityön tulisi tuoda näkyväksi aivoverenkiertohäiriöpotilaiden tilanteiden monimutkaiset yhteydet joko kotiutumisvaiheessa tai kontrollikäynneillä. Terveystenhuollon yksittäiset käynnit, joissa keskitytään pelkästään somatiikkaan tai yksittäiseen etuusasiaan, eivät tue kokonaisvaltaista psykososiaalista pärjäämistä.

Terveystenhuollossa on useita potilasryhmiä, joilla on sosiaaliturvan suhteen tarpeita, mutta yksikään potilasryhmä ei tulisi saada erityisasemaa sosiaaliturvaan liittyvissä kysymyksissä. Kuitenkin osa sairausryhmistä on sellaisia, joissa potilaat ovat kykenemättömämpiä kuin toisiin sairausryhmiin kuuluvat, ajamaan omia etujaan sosiaaliturvaan liittyvissä kysymyksissä. Aivoverenkiertohäiriöpotilas saattaa oirekuvan puolesta olla tähän ryhmään kuuluva. Nämä avuttomat potilaat tarvitsevat tukea, ohjausta ja neuvontaa toimiessaan usean eri sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajan kanssa, koska palveluntuottajien vastuut vaihtelevat ja palvelut tulevaisuudessa moninaistuvat. Potilas määrittelee tilannettaan omista lähtökohdistaan ja näkee yksittäiset palvelut yhtenä kokonaisuutena välttämättä ymmärtämättä palveluntuottajien erilaisia palvelutarvekriteereitä tai palvelujen hankinnan erilaisia muotoja.

Kokko ja Koskimies (2007) sanovat, että usealla eri sektorilla toimittaessa ”yhteinen asiakas ei ole kenenkään asiakas”. Moniammatillinen verkosto oli nähtävissä myös tässä tarkasteltavassa aineistossa ja omaisetkin oli hyvin huomioitu potilaiden palveluista neuvoteltaessa. Mutta tämän aineiston kirjaukset, huolimatta moniammatillisesta työotteesta, vahvistivat käsitystäni yksinäisten, vähän palveluja saavien tai alentuneen kognitiivisen toimintakyvyn omaavien potilaiden putoamisesta eriarvoiseen asemaan verrattuna niihin potilaisiin, joilla oli omainen tai kotiin tuotavat palvelut tukena. Tämän seikan vuoksi näiden aivoverenkiertohäiriöpotilaiden tunnistaminen ja sosiaalisen tukiverkoston luominen heille tulisi olla olennainen osa terveysosiaalityötä.

Sosiaalietuksien ja/tai sosiaalipalveluiden kirjautuminen perusterveydenhuollon potilasasiakirjoihin ei tällaisenaan voi toimia perustetietona kunnan sosiaalipalveluiden määrärahojen määrittelyä varten, koska potilaskertomuksiin ei kirjaudu kaikki sosiaalietuksien ja/tai sosiaalipalveluiden tarve. Sosiaalityöntekijöiden tulisiikin terveydenhuollossa tuoda näkyvämmäksi omaa erityisosaamistaan ja osaamisen kautta saatua tietoa kunnassa olevista sosiaalihuollon tarpeista. Yhteistyö julkisten yhteistyökumppaneiden lisäksi kolmannen sektorin palveluntuottajien kanssa tuottaisi toivottua tietoa yhteisön tuottamista mahdollisuuksista erityispotilasryhmille. Sosiaalityöntekijä voisi olla tämä kokoava työntekijä, jonka johtamana aivoverenkiertohäiriöpotilaiden toimijuus avosektorilla sujuisi, ja joka olisi kykenevä tuottamaan systemaattista tietoa kunnan sosiaalihuollon suunnittelua varten. Kuten tässäkin tutkimuksessa on nähtävissä, niin lääketieteellisestä raportoinnista voidaan poimia myös arvokasta tietoa sosiaalihuollon suunnittelua sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön ja sosiaalityön ammatillista kehittämistä varten. Sosiaalityön näkyväksi tekeminen kirjaamisen kautta tulisi olla johdonmukaista, jäsentynyttä ja luotettavaa. (Toiviainen & Kilponen 2001, 25-26.) Jos kaikki sosiaalityötä tarvitsevat potilaat, kuten tässä aineistossa, eivät pääse sosiaalityöntekijän arvioon, niin sosiaalityön kirjauksista koottu sosiaalinen raportointi ei ole johdonmukaisesti luotettavaa. Toivonkin tämän tutkimuksen antavan lähtökohtia sosiaalityön ammatillisen toiminnan kehittämiseksi.

## LÄHTEET

Aaltonen, Tarja (1997) Ääniä poluilta. Kokemuksia kuntoutumisesta ja aivohalvauksen arjesta. PYSY –tutkimusprojektin loppuraportti. Aivohalvaus- ja afasialiitto ry. Turku.

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. (2009) Viitattu 10.8.2011.  
[http://www.stroke.fi/files/410/Numerotietoja\\_AVH\\_2009.pdf](http://www.stroke.fi/files/410/Numerotietoja_AVH_2009.pdf)

Aivoliitto ry. (2011) Viitattu 14.9.2011.  
[http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio\\_\(avh\)/aivoverenkiertohairio](http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/aivoverenkiertohairio)

Alin, Tarja (2008) Aivojen verenkierronhäiriö (AVH)-yhdyshenkilön verkostoituva työ. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Andrén, Gunnar (1981) Reliability and Content Analysis. Teoksessa Rosengrén, Karl Erik Advances in Content Analysis. California: Sage.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1998) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Glass, Thomas A. & Maddox, George L. (1992) The quality and quantity of social support: Stroke recovery as psycho -social transition. Social Science & Medicine (34) 11, 1249-1261.

Hartikainen, Kauko (2010) Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmät ja sähköiset palvelut. Viitattu 24.8.2011. [http://hankinnat.fi/k\\_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;11068](http://hankinnat.fi/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;11068)

Henriksson, Maarit (2008) AVH-yhdyshenkilön rooli AVH-potilaan kuntoutusprosessissa. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Kuntoutusohjauksen ja –suunnittelun koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Hochstenbach J. & Pritagno G. & Mulder T. (2005) Patients and relatives reports of disturbances 9 months after stroke: Subjective changes in physical functioning, cognition, emotion and behaviour. Archive of Physical Medicine and Rehabilitation 86, 1578-93.

Hyppönen, Hannele (toim.) & Turunen, Timo & Hämäläinen, Päivi & Kärki, Jarmo & Palojoki, Sari (2008) Ammattilaisten tiedontarpeista sosiaali- ja terveydenhuollon rajalla. Stakesin raportteja 32/2008. Helsinki: Stakes.

Häyrinen, Kristiina & Ensio, Anneli (2007) Elektroninen potilaskertomus ja sen ydintiedot. Teoksessa Saranto, Kaija & Ensio, Anneli & Tanttu, Kaarina & Sonninen, Anna Liisa (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.

Häyrinen, Kristiina & Ensio, Anneli (2007) Yksittäisen tiedon merkitsemisestä systemaattiseen kirjaamiseen. Teoksessa Saranto, Kaija & Ensio, Anneli & Tanttu, Kaarina & Sonninen, Anna Liisa (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY

Ihalainen, Risto (2007) Hoidanko potilasta vai potilaan tietoja 1? Teoksessa Winblad, Ilkka & Ruotsalainen, Pekka & Hartikainen, Kauko & Reponen, Jarmo & Saranto, Kaija (toim.) Kuka katsoo tietojani? Raportti potilasta koskevan tiedon hallintaa käsittelevästä seminaarista 27.3.2007. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Iivanainen, Ansa & Syväoja, Pirjo (2008) Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.

Isoherranen, Kaarina (2005) Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Katriina (2011) Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY.

Kananoja, Aulikki (2010) Sosiaalityö terveydenhuollossa. Teoksessa Kananoja, Aulikki & Lähteinen, Martti & Marjamäki, Pirjo (toim.) Sosiaalityön käsikirja. Helsinki: Tietosanoma.

Kananoja, Aulikki & Niiranen, Vuokko & Jokiranta, Harri (2008) Kunnallinen sosiaalipolitiikka – Osallisuutta ja yhteistä vastuuta. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Kansaneläkelaitos (2011) Sairauspäivärahan hakeminen. Viitattu 22.8.2011.

<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/130801152504EH?openDocument>

Kansaneläkelaitos (2011) Hakeminen vaikeavammaisen lääkinnälliseen kuntoutukseen. Viitattu 16.8.2011 <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/160508135421HL?OpenDocument>

Kansaneläkelaitos (2010). Vammaistuki aikuiselle. Viitattu 20.8.2011.

<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/090108135040HL>

Kansaneläkelaitos (2009) Toimintakyky on selviytymistä elämän haasteista. Viitattu 22.8.2011.

<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/261006153959HJ?OpenDocument>

Kaste, Markku & Hernesniemi, Juha & Kotila, Mervi & Lepäntalo, Lauri & Lindsberg, Perttu & Palomäki, Heikki & Roine, Risto O. & Sivenius, Juhani (2006) Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Soinila, Seppo & Kaste, Markku & Somer, Hannu (toim.) Neurologia. Jyväskylä: Duodecim.

Kettunen, Terttu & Ihalainen, Jarmo & Heikkinen, Hannele (2003) Monimuotoinen sosiaaliturva. Helsinki: WSOY.

Kinni, Riitta-Liisa (2011) Jäsenkategorisoinnin analyysi palvelutarpeen määrittelyssä. Janus 19 (1), 20-35.

Kinni, Riitta-Liisa (2005) Oma arki kotona – riittävä apu laitoksessa. Vanhus kuntoutujana sairaalan moniammatillisessa työssä. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos. Sosiaalityön lisensiaatintutkielma.

Kokko, Riitta-Liisa & Koskimies, Mimosa (2007) Ennakointidialogit moniammatillisena yhteistyömuotona. Dialogisten verkostopalaverien välitön palaute. Stakesin raportteja 17/2007. Helsinki:Stakes.

Koskelainen, Riikka & Mild, Minna & Rantasalo, Hiltu (1998) Aivohalvauspotilaan ohjaus sairaalassaoloaikana – potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Turun terveydenhuolto-oppilaitos. Hoitotyön koulutusyksikkö. Opinnäytetyö.

Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa (1999) Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 3-12.

Kääriäinen, Aino (2005) Dokumentointi tiedonmuodostuksena. Teoksessa Mirja Satka, Synnöve Karvinen-Niinikoski, Marianne Nylund & Susanna Hoikkala (toim.) Sosiaalityön käytäntötutkimus. Helsinki: Palmenia-kustannus.

Latvala, Eila & Vanhanen-Nuutinen, Liisa (2003) Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Lehmuskoski, Antero & Kuusisto-Niemi, Sirpa (2007) Sosiaalialan sanasto asiakastietojärjestelmää varten. Sosiaalialan tietoteknologiahanke. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Viitattu 11.8.2011. <http://www.sosiaaliportti.fi/File/4bb58e7e-c18a-4906-acdd-c285937ff812/Sanasto.pdf>

Lento, Päivi (2007) Hoitaja elektronisen potilaskertomuksen käyttäjänä. Teoksessa Lundgrén-Laine, Heljä & Salanterä, Sanna & Haapalainen-Suomi, Satu (toim.) Näkökulmia hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:53/2007.

Leinonen, Salla (2000) Sosiaalinen tuki ja aivohalvauspotilaan arkielämän selviytyminen. Turun yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Sosiaalipolitiikan pro gradu –tutkielma.

Lindsberg, Perttu J. & Sairanen, Tiina & Häppölä, Olli & Kaarisalo, Minna & Numminen, Heikki & Peurala, Sinikka & Poutiainen, Erja & Roine, Risto O. & Sivenius, Juhani & Syväne, Mikko & Vikatmaa, Pirkka & Vuorela, Piia (2011) Aivoinfarkti. Käypä hoito- suositus. Duodecim Terveyskirjasto. Helsinki: Duodecim. Viitattu 10.8.2011. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=hoi50051#s7](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=hoi50051#s7)

Lundgrén-Laine, Heljä (2010) Onko kansalaisen vaikea ymmärtää terveydenhuollon ammattikieltä? – esimerkkinä tehohoitotyön kirjaukset. Terveystieteiden ATK-päivät, SoTeTiTe-päivät Tampere 26.-27.5.2010. Viitattu 24.8.2011. [http://stty.org/joomla/images/helj%20lundgren-laine\\_fin.pdf](http://stty.org/joomla/images/helj%20lundgren-laine_fin.pdf)

Mustajoki, Pertti (2010) Aivohalvaus (aivoinfarkti ja aivoverenvuoto). Duodecim Terveyskirjasto. Helsinki: Duodecim. Viitattu 10.8.2011. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_haku=aivohalvaus&p\\_artikkeli=dlk00001](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=aivohalvaus&p_artikkeli=dlk00001)

Meretoja, Atte & Roine, Risto O. & Erilä, Terttu & Hillbom, Matti & Kaste, Markku & Linna, Miika & Liski, Antti & Juntunen, Merja & Marttila, Reijo & Rissanen, Aimo & Sivenius, Juhani &

Häkkinen, Unto (2007) PERFECT- Stroke. Hoitoketjujen toimivuus , vaikuttavuus ja kustannukset aivoverenkiertohäiriöpotilailla. Stakesin työpapereita 23/2007. Helsinki: Stakes.

Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna & Nikumaa, Henna (toim.) (2008) Dementoituvan ihmisen ja hänen omaisensa oikeusopas. Helsinki: Pfizer Oy. Viitattu 11.8.2011.

[http://www.pfizer.fi/sites/fi/Products/oppaat/Documents/Dementoivan\\_ihmisen\\_ja\\_hanen\\_omaisen\\_sa\\_oikeusopas.pdf](http://www.pfizer.fi/sites/fi/Products/oppaat/Documents/Dementoivan_ihmisen_ja_hanen_omaisen_sa_oikeusopas.pdf)

Narikka, Jouko (2006) Sosiaali- ja terveystalvetut osana sosiaaliturvaa. Teoksessa Heiliö, Pia-Liisa & Kattelus, Mervi & Kaukonen, Olavi & Kumpula, Anne & Sintonen, Harri & Ylipartanen, Arto & Narikka, Jouko (toim.) Sosiaali- ja terveystalvetujen lainsäädäntö käytännössä. Helsinki: Tietosanoma.

Nyrkkö, Hannu (1999) Aivohalvauspotilaiden kognitiiviset häiriöt akuutin kuntoutusvaiheen jälkeen. Sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskurssien aineisto. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 40. Helsinki: Kela.

Olaison, Anna (2010) Creating Images of Old People as Home Care Receivers: Categorizations of Needs in Social Work Case Files. Qualitative Social Work Vol. 9 (4), 500-518.

Paatero, Heidi & Kivekäs, Jukka & Vilkkumaa, Ilpo (2001) Kuntoutusjärjestelmä. Teoksessa Kallanranta, Tapani & Rissanen, Paavo & Vilkkumaa, Ilpo (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim.

Pahlman, Irma (toim.) (2007) Asiakirjajulkisuus ja tietosuoja sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.

Pahlman, Irma (toim.) (2010) Asiakastietojen käsittely, salassapito ja asiakkaan tiedonsaantioikeus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Edita

Pajukoski, Marja (2010) Mitä oikeusturva on? Teoksessa Pajukoski, Marja (toim.) Pääseekö asiakas oikeuksiinsa? Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät -työryhmä. Raportti III. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos: Raportteja 19/2010. Helsinki.

Purhonen, Sari & Ashorn, Ulla & Viitanen, Elina & Rissanen, Pekka & Lehto, Juhani (2006) Kansalaisten yhdenvertaisuus etuuksien saajina kuntoutuksen lakiviidakossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 43, 283-294.

Purola, Helena (2000) Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Pitkänen, Marjaana (2006) ” Mun repussa ei oo ku muruja, mut kyllä niillä mennään kuule vielä pitkälle.” Aivohalvauskuntoutujan elämäntilanne ennen sairastumista ja sosiaalinen toimintakyky sairastumisen jälkeen. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Yhteiskuntapolitiikan laitos. Pro gradu –tutkielma.

Rimpelä, Ulla (1995) Sairauskertomus – kenen, millainen? Suomen Lääkärilehti (50) 7, 791.

Ruotsalainen, Hannele (2001) Kun elämä muuttuu yhdessä yössä – Aivohalvauspotilaan ja hänen omaisensa tarpeet paikallisessa palvelujärjestelmässä. Sosiaaliturva 4; 24-28.

Räty, Tapio (2010) Yksilöhuollon asiakas ja päätöksenteko. Teoksessa Pajukoski, Marja (toim.) Pääseekö asiakas oikeuksiinsa? Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät -työryhmä. Raportti III. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Raportteja 19/2010. Helsinki.

Räty, Tapio (2010) Vammaispalvelut. Vammaispalvelujen soveltamiskäytäntö. Vaasa: Arkmedia Oy.

Salmela, Tuula (toim.) (1997) Autetaanko asiakasta – palvelaanko potilasta? Jyväskylä: Atena-Kustannus Oy.

Salonen, Tuula (1997) SYSTEEMI – polkujen viidakko? Kuntien käytännöt aivohalvauksen hoidossa ja kuntoutuksessa. PYSY –tutkimusprojektin loppuraportti. Turku: Aivohalvaus- ja afasialiitto ry.

Sarvimäki, Pirjo & Siltaniemi, Aki (2007) Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön tehtävärakennesuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:14. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.



Sivenius, Juhani (2001) Aivohalvauspotilaan kuntoutuksen vaikuttavuus ja käytännön periaatteet. Suomen Lääkärilehti (46) 56, 4743-4749.

Sivenius, Juhani (2009) Aivoverenkiertohäiriöt. Duodecim Terveyskirjasto. Helsinki: Duodecim. Viitattu 10.8.2011.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_osio=&p\\_artikkeli=seh00006&p\\_haku=](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=seh00006&p_haku=).

Sjögren, Riitta & Simi, Anne & Kaisto, Sanna-Maria & Mäkilä, Riitta & Valkama, Tuuli & Kemppinen, Pirjo (2005) Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ohjaus. Kirjalliset ohjeet elektronisessa muodossa. Saatavissa <http://www.pshp.fi/avh>. Viitattu 15.8.2011.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2005) Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2005:7. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriöministeriö. Viitattu 11.8.2011.

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2005/12/aa1150876874640/passthru.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö (2006) Omaishoidon tuki. Opas kunnan päättäjille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita. 2005:30. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2011) Sosiaali- ja terveyspalveluja koskeva lainsäädäntö. Viitattu 13.8.2011.

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

Sosiaali- ja terveysministeriö (2010) Kotihoitokokeilu jatkuu. Viitattu 11.8.2011.

<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1548494#fi>

Sosiaali- ja terveysministeriö (2010) Sosiaalityöllä tuetaan yksilöä ja yhteisöä. Viitattu 11.8.2011.

[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/sosiaalityo](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/sosiaalityo)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2009) Kotihoito tukee kotona selviytymistä. Viitattu 11.8.2011.

[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2009) Omaishoidon tuki. Viitattu 11.8.2011.

[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/omaishoito](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/omaishoito)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2009) Laitoshoido. Viitattu 22.2.2010.

[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/laitoshoido](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/laitoshoido)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2007) Toimeentulotuki. Opas toimeentulotukilain soveltajille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2001) Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilökunnalle. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Stakes (2006) Tällä lailla sosiaaliturvaa. Sosiaaliturvan saamisedellytyksistä ja -takeista. Hyvinvointivaltion rajat -hanke. Helsinki: Stakes.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. (2011) Aivoinfarkti -käypä hoito suositus. Viitattu 15.8.2011. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50051#s13>

Suomen sosiaaliturvan pääpiirteet (2007) Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2007:9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 22.8.2011.

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2007/11/aa1197635117088/passthru.pdf>

Suomen säädöskokoelma:

Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062

Henkilörekisterilaki 30.4.1987/471

Henkilötietolaki 22.4.1999/523

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 (PotilasL)

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559

Sosiaalihoitolaaki 17.9.1982/710

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 19.1.2001/99

Tarnanen, Kirsi & Lindsberg, Perttu & Sairanen, Tiina & Vuorela, Piia (2011) Aivoinfarkti, käyvän hoidon potilasversiot. Duodecim Terveyskirjasto. Helsinki: Duodecim. Viitattu 10.8.2011.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=khp00062](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00062)

Taura-Jokinen, Erja (2011) Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen fysioterapian suurimmat asiakasryhmät. Fysioterapia (58) 5, 36-39.

Tiililä, Ulla & Karvinen, Kati (2006) Hyvään kirjaamiseen menee aikaa. Dialogi 7:16. Viitattu 15.8.2011. <http://dialogi.stakes.fi/FI/dialogin+arkisto/2006/7/sivu/16.htm>

Toikkanen, Terhi (2010) Henkilökohtainen apu ja vammaisen henkilön oikeusturva. Teoksessa Pajukoski, Marja (toim.) Pääseekö asiakas oikeuksiinsa? Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät -työryhmä. Raportti III. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: Raportteja 19/2010. Helsinki.

Toimia (2011) Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Viitattu 29.8.2011. <http://www.toimia.fi/>

Toiviainen, Sari & Kilponen, Marja-Riitta (2001) Sosiaalityön näkyvyyden lisäämisestä Helsingin sosiaalivirastossa. Teoksessa Kallinen-Kräkin, Salme (toim.) Sosiaalityö näkyväksi. Sosiaalityön luokitusseminaarin julkaisu. Stakes Aiheita 3/2001. Helsinki: Stakes.

Tuomi, Juhani & Sarajärvi, Anneli (2004) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Wachters-Kaufmann, Cresje & Schuling, Jan & The, Hauw & Meyboom-de Jong, Betty (2005) Actual and desired information provision after a stroke. Patient Education and Counselling 56, 211-217.

Widdicombe, Sue (1998) Identity as an Analysts and Participants Resource. Teoksessa Antaki, Charles & Widdicombe, Sue (eds.) Identities in Talk. London:Sage.

Witkin, Stanley L. (2002) The Language of Evaluation. Plenary address presented at the 4. International Conference on Evaluation for Practice, Tampere, Finland, July 2002.

Ylipartanen, Arto (2003) Potilasasiakirjojen laatiminen ja säilyttäminen. Sairaanhoitaja (76) 1; 38-42.

## Liite 1 Tutkimusaineiston pelkistäminen ja kategorisointi

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
<ul style="list-style-type: none"> <li>• sosiaalinen tilanne</li> <li>• asuinolosuhteet</li> <li>• kodin ulkopuolinen toimintakyky</li> <li>• sosiaalinen verkosto</li> <li>• omaisen toimintakyky</li> <li>• omaisen apu</li> <li>• sosiaalinen verkosto apuna</li> <li>• avun tarve</li> <li>• taloudellinen tilanne</li> <li>• sos.etuuden hakeminen huomioitu</li> <li>• kieltäytyy sos.etuuksista ja palveluista</li> <li>• ei sos.etuuksia/palveluita</li> <li>• sos.etuus huomioitu tekstissä</li> <li>• sos.etuus: eläkkeensaajan hoitotuki on</li> <li>• sos.palvelu huomioitu tekstissä</li> <li>• laitospaikka</li> <li>• kotihoito tukipalvelut</li> <li>• kotihoito kerrottu tekstissä</li> <li>• kotipalvelu</li> <li>• LAH-jaksot</li> <li>• sos.etuus: omaishoidontuki huomioitu</li> <li>• omainen järjestänyt kotipalvelun ja kotihoito tukitoimet</li> <li>• päiväkeskus</li> <li>• sos.palvelu:laitospaikka todetaan</li> <li>• sos.palvelu:lyhytaikaispaikka huomioitu tekstissä</li> <li>• apuvälineet</li> <li>• ei kotihoitoa</li> <li>• kuljetuspalvelu</li> <li>• sosiaalityöntekijän pyyntö huomioitu tekstissä</li> <li>• sos.etuus:korotettu hoitotuki on</li> <li>• jatkohoitopaikan kartoitusta</li> <li>• omainen ottaa itse yhteyttä sos.työntekijään</li> <li>• sos.palvelu:tuettu asuminen vireille</li> <li>• sos.etuus: erityiskorvattavat lääkkeet vireille</li> <li>• sos.etuus: omaishoidon tuki vireille</li> <li>• sos.etuus:toimeentulotuki vireille</li> <li>• sos.etuus eläkkeensaajan hoitotukihoidotuki vireille</li> <li>• sos.etuus :ylin hoitotuki vireille</li> <li>• sos.palvelu: kuljetuspalvelu vireille</li> <li>• kotipalvelupyynnö</li> <li>• pitkäaikaispäättös= jatkohoitopaikka-arviointi</li> <li>• sos.palvelun: jatkohoitopaikan odottaminen</li> <li>• sos.palvelu: kotihoito vireille</li> <li>• kotihoito tukipalvelut vireille</li> <li>• sos.palvelu:päiväkeskus vireille</li> <li>• sos.etuus: hoitotuki vireille</li> <li>• sos.etuuden hakemisessa avustettu</li> <li>• Kelan kuntoutusetuuden hakeminen</li> <li>• apuväline tarpeen kartoitus erikoissairaanhoidossa</li> <li>• sos.palvelu: päiväkeskushakemus vireille</li> <li>• kuntoutusetuuden vireille laittaminen</li> <li>• sos.palvelu:äänikirjasto vireille</li> <li>• lausunto sos.toimeen sos. palveluiden rahoittamiseksi</li> <li>• sairauspäivärahan vireille laittaminen</li> <li>• todistus postin jakamisesta kotiovelle</li> <li>• lausunto invapysäköintilupaa varten</li> <li>• sos.palvelun asunnonmuutostyön vireille laittaminen</li> <li>• sairausmatkojen korvausta varten todistus ft-käynneistä</li> <li>• sos.tt. arvio pyydetty</li> <li>• sosiaalityöntekijän arvio</li> <li>• avun tarpeen kartoituspyyntö</li> <li>• toimintakykyarviopyyntö</li> <li>• kokonaistilanne selvittely</li> <li>• sos.tilanteen kartoituspyyntö</li> <li>• asunnonmuutostyöarvio vireille</li> <li>• asunnonmuutostyöarvio</li> <li>• asumisolosuhteiden arviointipyyntö</li> <li>• toimintakyky suhteessa asuinolosuhteisiin –arviopyyntö</li> <li>• toimintakyky suhteessa asuinolosuhteisiin arvio</li> <li>• kognitiivinen tilanne suhteessa toimintakykyyn</li> <li>• toimintakyky/kotona pärjääminen</li> <li>• toimintakyvyn perusteella sos.palvelujen huomioiminen</li> <li>• apuväline tarpeen kartoituspyyntö</li> <li>• apuväline arvio</li> <li>• avun tarve</li> <li>• sos.palvelu: tuettu asuminen kartoituspyyntö</li> <li>• sos.palvelu:tuettu asuminen tarpeen arviointi</li> <li>• kieltäytyy toimintakyky/kotikäyntiarviosta</li> <li>• kotona pärjäämättömyys</li> <li>• sos.palvelutarpeen arviointi</li> <li>• sos.palvelu:omaishoidontuki statuksen arvio</li> <li>• sos.etuus: ft:n arvio kuntoutusetuudesta</li> <li>• ohjaus ajokokeeseen</li> <li>• ei kotipalvelun tarvetta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• elämäntilanne arvio</li> <li>• sosiaalinen toimintakyky</li> <li>• olemassa oleva</li> <li>• sos.etuus ja/tai -palvelu kuvattu tekstissä</li> <li>• sos.etuuden ja/tai –palvelun puuttuminen kuvattu tekstissä</li> <li>• Viranomaispyynnöt sos. etuuden ja/tai palvelun hakemiseksi</li> <li>• Sos. etuuden tai palvelun hakemisen avustaminen</li> <li>• Terveystieteen henkilöstön selvitys sos. etuuden tai palvelun liitteeksi</li> <li>• sos.etuuksien ja/tai –palveluiden perusteiden kartoituspyyntö</li> <li>• sos.etuuksien ja/tai –palveluiden asiantuntija-arviot</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sos.etuuden ja/tai palvelun hakemiseen liittyvät taustatiedot</li> <li>• Olemassa olevan sos.etuuden ja/tai –palvelun dokumentointi</li> <li>• sos.etuuksien ja/tai –palveluiden vireille laittaminen</li> <li>• sos.etuuden ja/tai palvelun hakemisen perusteiden kartoitustiedot</li> </ul>

## Liite 1 Tutkimusaineiston pelkistäminen ja kategorisointi

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
<ul style="list-style-type: none"> <li>• sos.palvelu:kotihoito suositellaan</li> <li>• sos.palvelu: päiväkeskustoimintaa suositellaan</li> <li>• aloite sos.palvelulle:kotihoito</li> <li>• sosiaalipalvelun tarve esiin: kuljetuspalvelu ja kotipalvelu</li> <li>• sos.etuuden: hoitotuki tarve huomioitu</li> <li>• sos.palvelu:asunnonmuutostyötarve huomioitu</li> <li>• suositus avun tarpeen kontrollista</li> <li>• sos.palvelun:laitospaikkatarpeen toteaminen</li> <li>• omaisen mielipide</li> <li>• potilaan mielipide</li> <li>• sos.etuuksien ja/tai palveluiden tarve huomioitu</li> <li>• kieltäytyy toimintakyky/kotikäyntiarviosta</li> <li>• omaisen jaksaminen</li> <li>• kieltäytyy sos.palvelusta</li> <li>• sos.palvelun:laitospaikka vastaanottaminen</li> <li>• sos.palvelu:kotihoito alkaa</li> <li>• sos.palvelu: laitospaikka tarjoaminen</li> <li>• sos.palvelu: laitospaikka myönnetty</li> <li>• kotipalvelu ja kotihoidon tukipalvelut tilattu</li> <li>• sos.palvelu:tuettu asuminen alkaa/myönnetty</li> <li>• sos.palvelu: päiväkeskus alkaa</li> <li>• sos.etuus ei toteudu: erityiskorvattavat lääkkeet</li> <li>• sos.palvelu:kuljetuspalvelu haettu, ei myönnetty</li> <li>• sos.etuus myönnetty :omaishoidontuki</li> <li>• sos.etuuden: omaishoidontuki päättäminen</li> <li>• sos.etuus:toimeentulotuki myönnetty</li> <li>• sos.etuus myönnetty:hoidotuki</li> <li>• sos.etuus myönnetty: korotettu hoitotuki</li> <li>• sos.palvelu:kuljetuspalvelu myönnetty</li> <li>• sos.palvelustatuksen muuttuminen</li> <li>• sos.etuuden statuksen tarkistaminen</li> <li>• sos.palvelun:kotihoito lopetus</li> <li>• kuntoutusetuus myönnetty</li> <li>• sos.palvelun aloittaminen</li> <li>• sos.etuus viivästynyt pot. kognition vuoksi</li> <li>• laitospaikkaolosuhteiden muutos</li> <li>• Kelan kuntoutusetuus toteutuu</li> <li>• potilaan informoiminen sos.palveluista</li> <li>• sosiaalitoimi</li> <li>• tuetun asumisen hakemisen ohjaus</li> <li>• sos.etuuksista informoitu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sos.etuuksien ja/tai palveluiden suositaminen tarpeiden huomioiminen</li> <li>• Omaisten ja potilaan mielipide</li> <li>• sos.etuuden ja/tai –palvelun myöntäminen</li> <li>• sos.etuuden ja/tai palvelun tilaaminen</li> <li>• Sos. etuuden ja/tai palvelun statuksen muuttuminen</li> <li>• potilaan informointi</li> <li>• potilaan avustaminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mielipide sos. etuudesta ja/tai palvelusta</li> <li>• sos.etuuden ja/tai –palvelun toteutuminen</li> <li>• Potilaan henkilökohtainen ohjaus sos.etuuksiin ja/tai palveluihin</li> </ul>

## Liite 2 Potilaan taustatiedot

Taulukko 1. Potilaan taustatiedot										
	Lehteä (kpl)	Sos. Tilanne	Asuinolosuhteet	Kodin ulkopuolinen toimintakyky	Sosiaalinen verkosto	Omaisien toimintakyky	Omaisien apu	Sosiaalinen verkosto apuna	Avun tarve	Taloudellinen tilanne
Tays Epikriisi	14	71 %	27 %	7 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Tays Hoi-lehti	3	33 %	33 %	33 %	33 %	0 %	0 %	0 %	33 %	0 %
Hoi-lehti	164	6 %	3 %	0 %	0 %	1 %	1 %	2 %	2 %	0 %
Tulohaastattelulomake	30	13 %	33 %	0 %	10 %	0 %	13 %	0 %	10 %	0 %
Osastonlääkärin epikriisi	14	29 %	14 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	21 %	0 %
Tays kuntoutusosasto Psykologi	1	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %
Tays kuntoutusosasto toimintaterapeutti	1	100 %	100 %	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %
KSH-lehti	29	0 %	17 %	0 %	14 %	3 %	10 %	7 %	14 %	0 %
B1-lausuntolehti	7	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
NEURO-Lehti	3	0 %	33 %	0 %	0 %	0 %	33 %	0 %	0 %	0 %
KHTOT-lehti	48	13 %	10 %	4 %	2 %	6 %	2 %	0 %	17 %	0 %
FYS-Lehti	51	10 %	27 %	2 %	0 %	0 %	10 %	0 %	6 %	0 %
SOS-Lehti	58	9 %	7 %	0 %	0 %	0 %	7 %	0 %	10 %	7 %
Tays FT	6	83 %	100 %	17 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Tays toimintaterapeutti	1	100 %	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
YLE-lehti	30	7 %	3 %	10 %	0 %	3 %	13 %	0 %	13 %	0 %
HOITO-Lehti	1	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Kuntoutuspalaute yksityiseltä	3	33 %	0 %	0 %	33 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Hoitotyön suunnitelmalehti	1	100 %	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
C-Lausuntolehti	15	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
GER-lehti	49	27 %	14 %	4 %	0 %	2 %	12 %	0 %	14 %	0 %
Tiivistelmä-lehti	7	14 %	29 %	0 %	0 %	0 %	29 %	0 %	14 %	0 %
ELLÄH-lomake	2	50 %	0 %	0 %	0 %	0 %	50 %	0 %	50 %	0 %
SIS-lehti	8	13 %	25 %	0 %	0 %	0 %	13 %	0 %	0 %	0 %
A-todistus	1	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
KUNPA-lehti	1	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Yksityisen FT:n palaute	1	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %
TOD-lausunto	10	30 %	40 %	40 %	0 %	0 %	0 %	0 %	30 %	0 %
TAYS neuro- ja vanhuspsykiatrian epikriisi	2	50 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	50 %	0 %
KIR-lehti	1	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
KP-tod	1	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

Liite 3 Potilaalla olemassa olevat sosiaalietuudet ja/tai sosiaalipalvelut

Taulukko 2. Potilaalla olemassa olevat sosiaalietuudet ja/tai -palvelut														
Sosiaali- etuuden hakemi- nen huomioi- tu	Kielitay- tyy sos-etuuk- sista ja - sos-etuuk- palveluis- ta tai - palveluista	Sosiaali- etuus huomi- oitu	Sosiaali- palvelu huomi- oitu	Omainen järjestä- nyt	Apuväli- neet	Ei kotihoi- toa	Sosiaali- etuus: eläkkeen saajan hoitoruti	Sosiaali- etuus: omaishoi- don tuki	Sosiaali- etuus: korotettu hoitoruti	Sosiaali- palvelu: don- tukipalve- lut	Sosiaali- palvelu: kotihoi- to	Sosiaali- palvelu: LAH- jaksot	Sosiaali- palvelu: päivä- keskus	Sosiaali- etuus: erityiskor- vattavat lääkkeet
0 %	0 %	14 %	14 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
9 %	2 %	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	3 %	2 %	6 %	0 %	0 %
7 %	0 %	23 %	3 %	37 %	0 %	0 %	0 %	3 %	0 %	0 %	17 %	13 %	3 %	0 %
14 %	0 %	0 %	0 %	14 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	14 %	21 %	0 %	0 %
0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %
0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
38 %	0 %	0 %	0 %	17 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
71 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
0 %	0 %	67 %	0 %	0 %	0 %	33 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
6 %	8 %	0 %	8 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	19 %	0 %	13 %	0 %	0 %
8 %	2 %	0 %	10 %	16 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	6 %	0 %	0 %	0 %
19 %	0 %	3 %	7 %	7 %	0 %	0 %	0 %	0 %	2 %	0 %	0 %	5 %	0 %	0 %
0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	17 %	0 %	0 %	0 %	0 %	17 %	0 %	0 %	0 %	0 %
0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
47 %	3 %	0 %	10 %	3 %	0 %	3 %	3 %	0 %	0 %	0 %	3 %	10 %	0 %	0 %
100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
0 %	0 %	0 %	33 %	67 %	0 %	0 %	0 %	0 %	33 %	0 %	33 %	33 %	0 %	33 %
0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
12 %	2 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	6 %	27 %	0 %	0 %
0 %	14 %	0 %	29 %	186 %	0 %	14 %	0 %	29 %	0 %	14 %	71 %	57 %	14 %	14 %
0 %	0 %	0 %	0 %	50 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	50 %	0 %	0 %
0 %	13 %	0 %	0 %	75 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	25 %	38 %	13 %	0 %
100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
0 %	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
0 %	0 %	0 %	0 %	10 %	0 %	10 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	10 %	0 %	0 %
100 %	0 %	0 %	50 %	50 %	0 %	0 %	50 %	0 %	0 %	0 %	0 %	50 %	0 %	0 %
0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %



**Liite 4 Sosiaalietuoksien ja/tai sosiaalipalveluiden vireille laittaminen**

[illegible]

**Liite 5 Sosiaalietuoksien ja/tai sosiaalipalveluiden hakemiseen vaikuttavat taustatiedot**

[illegible]

## Liite 6 Mieli-pide sosiaali-tuudesta ja/tai sosiaali-palvelusta

Taulukko 5. Mieli-pide sosiaali-tuudesta ja/tai -palvelusta																
	Lehteä (kpl)	Sosiaali-palvelu: Kotihoitoa suosittel- laan	Sosiaali-palvelu: päiväkes kustoimintaa suosittel- laan	Aloite sosiaali-palvelulle:kotihoi-to	Sosiaali-palvelun tarve esiin: kuljetus-palvelu	Sosiaali-palvelun tarve esiin: kotihoito	Sosiaali-etuuden: hoitotuki tarve huomioi-tu	Sosiaali-palvelu: asunnon muutos-tarve huomioi-tu	Suositus avun tarpeen kontrollis-ta	Sosiaali-palvelun: laitos-paikkatar-peen totea-minen	Omais-en mieli-pi-de	Potilaan mieli-pi-de	Sosiaali-etuuk-sien ja/tai - palvelui-den tarve huomioi-tu	Kieltäy-tyy toiminta-kyky-/kotikäyn-tiäviasta	Omais-en jaksami-nen	Kieltäy-tyy sos.palve-lusta
Tays Epikriisi	14	7 %	7 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Tays Hoi-lehti	3	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Hoi-lehti	164	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	7 %	2 %	5 %	1 %	0 %	2 %
Tulohaas-tattelulo make	30	0 %	0 %	0 %	3 %	3 %	0 %	0 %	0 %	0 %	3 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Osastonl-ääkäriin epikriisi	14	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	7 %	7 %	0 %	0 %	0 %	0 %	14 %	0 %	0 %	0 %
Tays kuntoutu-sosasto Psykolog-i	1	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Tays kuntoutu-sosasto toimintat-erapeutti	1	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
KSH-lehti	29	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	3 %	0 %	10 %	0 %	3 %	0 %
B1-lausuntol-ehti	7	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
NEURO-Lehti	3	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
KHTOT-lehti	48	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	4 %	2 %	17 %	0 %	6 %	8 %
FYS-Lehti	51	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	2 %	2 %	2 %	10 %	0 %	0 %	2 %
SOS-Lehti	58	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	12 %	0 %	24 %	0 %	0 %	0 %
Tays FT	6	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Tays toimintat-erapeutti	1	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
YLE-lehti	30	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	23 %	0 %	3 %	0 %
HOITO-Lehti	1	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	3 %
Kuntoutu-spalaute yksityisel-tä	3	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Hoitotyö-n suunnitel-malehti	1	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
C-Lausunto-lehti	15	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
GER-lehti	49	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	4 %	0 %	33 %	0 %	2 %	2 %
Tiivistel-mä-lehti	7	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	14 %	0 %	0 %	14 %
ELLÄH-lomake	2	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	14 %	0 %	0 %	0 %
SIS-lehti	8	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	13 %	13 %	0 %	0 %	0 %	13 %
A-todistus	1	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
KUNPA-lehti	1	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Yksityise-n FT:n palaute	1	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
TOD-lausunto	10	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	30 %	0 %	0 %	0 %
TAYS neuro- ja vanhusps-ykiatrian epikriisi	2	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
KIR-lehti	1	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
KP-tod	1	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

**Liite 7 Sosiaalietuoksien ja/tai sosiaalipalveluiden toteutuminen**

[illegible]

## Liite 8 Potilaan ohjaus sosiaalietuuksiin ja/tai sosiaalipalveluihin

Taulukko 7. Potilaan ohjaus sosiaalietuuksiin ja/tai -palveluihin.					
	Lehteä (kpl)	Sosiaali-työ	Sosiaali-etuuksis ta informoi-tu	Potilaan informoi minen sos.palvel uista	Tuetun asumi- sen hakemi- sen ohjaus
Tays Epikriisi	14	0 %	0 %	0 %	0 %
Tays Hoi-lehti	3	0 %	0 %	0 %	0 %
Hoi-lehti	164	2 %	0 %	1 %	1 %
Tulohaast attelu-lomake	30	0 %	0 %	0 %	0 %
Osaston-lääkärin epikriisi	14	0 %	0 %	0 %	0 %
Tays kuntou-tusosasto Psyko-logi	1	0 %	0 %	0 %	0 %
Tays kuntou-tusosasto toiminta-terapeut-ti	1	0 %	0 %	0 %	0 %
KSH-lehti	29	0 %	0 %	0 %	0 %
B1-lausunto-lehti	7	0 %	0 %	0 %	0 %
NEURO-Lehti	3	0 %	0 %	0 %	0 %
KHTOT-lehti	48	0 %	0 %	0 %	0 %
FYS-lehti	51	0 %	0 %	0 %	0 %
SOS-Lehti	58	26 %	2 %	0 %	0 %
Tays FT	6	0 %	0 %	0 %	0 %
Tays toiminta-terapeu-ti	1	0 %	0 %	0 %	0 %
YLE-lehti	30	0 %	0 %	0 %	0 %
HOITO-Lehti	1	0 %	0 %	0 %	0 %
Kuntou-tuspa-laute yksityisel-tä	3	0 %	0 %	0 %	0 %
Hoito-työn suunnitel-malehti	1	0 %	0 %	0 %	0 %
C-Lausuntol ehti	15	0 %	0 %	0 %	0 %
GER-lehti	49	0 %	0 %	0 %	0 %
Tiivistel-mä-lehti	7	0 %	0 %	0 %	0 %
ELLAH-lomake	2	0 %	0 %	0 %	0 %
SIS-lehti	8	0 %	0 %	0 %	0 %
A-todistus	1	0 %	0 %	0 %	0 %
KUNPA-lehti	1	0 %	0 %	0 %	0 %
Yksityi-sen FT:n palaute	1	0 %	0 %	0 %	0 %
TOD-lausunto	10	0 %	0 %	0 %	0 %
TAYS neuro- ja vanhus-psykiat-rian epikriisi	2	0 %	0 %	0 %	0 %
KIR-lehti	1	0 %	0 %	0 %	0 %
KP-tod	1	0 %	0 %	0 %	0 %