

Mitä tapahtuu todella?



Sosiaali- ja terveydenhuolto löytävät toisensa parhaiten silloin, kun niillä on sama toiminnallinen tavoite. Tällaiseksi kahden kulttuurin tapaamispaikaksi sopii pyrkimys asiakkaan autonomian maksimointiin.”

Martti Kekomäki, terveyden- ja sairaanhoidon hallinnon professori, emeritus

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö: mihin sitä tarvitaan?

Kaikki sodan jälkeiset viisi suurta ikäluokkaa alkavat näinä aikoina olla yli 60-vuotiaita ja valtaosa niistä on siirtynyt maan poveen kohta vuoden 2030 jälkeen. Tämä muutos merkitsee palveluiden järjestämiselle kahta toisiinsa liittyvää ongelmaa: ensin vähenevät suurten ikäluokkien hoitavat kätet – mikä ekonomisen teorian mukaan lisää hoito- ja hoivatyön markkinahintaa – sitten hoidon kokonaisuusyntä jatkaa kasvuaan tuon maagisen vuoden paikkeille saakka.

Terveydenhuollon ja sosiaalitoimen kehityshistoriat ja toimintakulttuurit poikkeavat toisistaan. Edellisessä painottuvat ehkäisevä, diagnoisoiva ja parantava toiminta, jälkimmäisessä inhimillinen huolenpito, välittäminen. Kumpikin sektori kertoo mielellään kuntoutumisen tukemisen tarpeesta, vaikka sitä ei käytännössä aina aktiivisesti toteutetakaan. Sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatiota vaikeuttaa myös julkisten rahoituskanavien lukuisuus, mille kukaan ei tunnu voivan tässä maassa mitään.

Vanhusten palveluiden järjestäminen seuraavien parin vuosikymmenen aikana on maan sosiaalipolitiikan suurimpia haasteita. Pitkäaikainen laitoshoido on kunnalliskotijärjestelmän perillinen. Sisäinen muuttoliike ja suomalaisen ydinperheen myllerrys ovat kasvattaneet pitkäaikaishoidon tarvetta, ydinperheiden voimat kun eivät niitä ylisukupolvisen huolenpitoon.

Vasta myöhemmin on kiinnitetty kasvavaa huomiota nimenomaan pitkäaikaishoidon tosiasiallisiin kustannuksiin, nyt myös hoidettavien elämänlaadun rajoituksiin. Uusia ratkaisuja etsitään järkevistä palvelukonaisuudesta, joka ulottuisi tuetusta kotiasumisesta vuodeosastoihin ja jossa hoitoympäristö olisi viritetty vastaamaan asiakkaan kunkinhetkistä selviytymiskykyä.

Sosiaali- ja terveydenhuolto löytävät toisensa parhaiten silloin, kun niillä on sama toiminnallinen tavoite. Tällaiseksi kahden kulttuurin tapaamispaikaksi sopii pyrkimys asiakkaan autonomian maksimointiin. Mahdollisimman autonomisen seniorin elämänlaatu on kohdallaan: Meissä kaikissa asuu halu päättää itse elämämme rajallisten päivien sisällöstä ja tehdä itsenäisiä valintoja. Yksilön autonomia sopii silti hyvin myös yhteiskunnan tavoitteeksi: yksilön riippumattomuus minimoi yhteisesti rahoitettujen palveluiden tarpeen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöllä pyritään aiemmat sektorirajat ja vieläkin havaittavat kulttuuriset erot unohtaen toimimaan niin, että

koko järjestelmään sijoitettu euro tuottaa maksimaalisesti autonomiaa. Tämä merkitsee saman pöydän ääreen istumista toimintahierarkian kaikilla tasoilla, lähipalveluiden tuottajista kuntien toimijoiden kautta ministeriön työhömiin asti.

Peruspalveluissa haaste on mahdollisimman konkreettinen: vastuuhenkilön on tunnettava oman väestönsä tuen tarve tai sen tarpeettomuus yhden henkilön tarkkuudella. Terveysttä ylläpitävään toimintaan on panostettava ja sitä tukevaa tutkimustyötä on tuettava nykyistä aktiivisemmin. Perusterveydenhuollon neuvonta- ja hoitotyöllä voidaan tuntuvasti vähentää raskaampien hoitomuotojen kysyntää.

Erikoissairaanhoidoa ei silti pidä edes ajatuksissa rajata pois tästä yhteistyöstä. Sillä on yhä parempia keinoja tukea ikääntyneiden autonomiaa. Erikoissairaanhoido voi auttaa säilyttämään liikuntakyvyn, esimerkiksi tekoniveleillä tai vähentämällä aivohalvauksen seurauksia, aistien toiminnan, esimerkiksi kaihikirurgialla ja kuulonhuollolla, ja mielenterveyden. Näiden menettämisen vaihtoehtokustannus on usein yllättävän suuri, sillä laitoshoido on kallista ja tulee aina vain kalliimmaksi.

Hoitopäätökset on suhteutettava potilaan ongelmiin. Yhdysvalloissa on jo vuosia puhuttu potilaan kyvystä hyötyä hoidosta, *capacity to benefit*. Diagnoosi sinänsä ei enää merkitse hoidon tarvetta vaan aktiivista hoitoa koskevat ratkaisut on tehtävä yksilöllisesti arvioimalla hoidon todennäköiset autonomiaa lisäävät vaikutukset. Ns. hoitotakuunormisto auttaa meitä pohtimaan hoidosta syntyvää hyötyä ja irtautumaan mekanistisesta, ja kovin kalliista, yksi diagnoosi – yksi hoito –ajattelutavasta.

Vaikka vanhusten hoito säilyy sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueista suurimpana, yhteistyön tarve koskettaa yhtä lailla lapsiperheiden, vammaisten ja syrjäytyneiden ongelmia. Asiakkaan tilanteen laaja-alainen analyysi ja tuntemus auttavat näilläkin alueilla moniammatillista työyhteisöä parhaaseen tulokseen.

Sosiaali- ja terveyssektorin välttämätön yhteistyö luo pohjan hyvän palvelujärjestelmän rakenteelle. Myös Suomesta on saatu rohkaisevia kokemuksia, kun juhlapuheista on siirrytty käytännön ratkaisuihin, niin johtohenkilöiden koulutusohjelmissa kuin jokapäiväisessä työssäkin. Kahden kulttuurin yhteensovittamisessa on silti tekemätöntä työtä tuleville vuosille. ●