

Retsu, Aapo & Siltala, Juho

**ENSIHOITOPALVELUN SUURKÄYTTÖ –
PALVELUKOKONAISUUS ENSIHOIDON AVAINASIAKKAILLE**

**ENSIHOITOPALVELUN SUURKÄYTTÖ –
PALVELUKOKONAISUUS ENSIHOIDON AVAINASIAKKAILLE**

Retsu, Aapo
Siltala, Juho
Opinnäytetyön loppuraportti
Kevät 2018
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen tutkinto-ohjelma, Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Tekijät: Retsu Aapo & Siltala Juho

Opinnäytetyön nimi: Ensihoitopalvelun suurkäyttö – palvelukokonaisuus ensihoidon avainasiak-
kaille

Työn ohjaajat: Kirsi Koivunen, Pirkko Sandelin

Työn valmistuslukukausi- ja vuosi: Kevät 2018

Sivumäärä: 50 + 3

Ensihoidon tehtävämäärä lisääntyy ja saman aikaisesti koko sosiaali- ja terveysalan menot kasvavat. Paine lisätä ensihoidon resursseja kasvaa, mutta samalla julkisen talouden tilanne tiukkenee, eikä lisärahoitusta ole saatavissa. On löydettävä keinoja nykyisten resurssien tehokkaammalle ja tarkoituksenmukaisemmalle käytölle, jotta jo olemassa olevat resurssit riittävät jatkossakin. Yksi keino on vaikuttaa paljon palveluja käyttävien palvelukäyttäytymiseen. Tästä syystä Oulun seudun yhteispäivystys on tilannut Oulun ammattikorkeakoululta kolmen opinnäytetyön kokonaisuuden, jolla pyritään määrittämään ja kartoittamaan ensihoidon suurkäyttöä sekä etsimään ratkaisuvaihtoehtoja suurkäyttöön.

Tämän työn tavoitteena on kehittää pilotointivalmis palvelukokonaisuus ensihoidon avainasiak-
kaille. Palvelukokonaisuus perustuu kahteen aiempaan AMK-opinnäytetyöhön, systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen ensihoidon tai päivystyspoliklinikoiden suurkäyttäjille tehdyistä interventi-
oista, asiantuntijahaastatteluihin sekä toimialueen resurssituntemukseen.

Laadukkaita tutkimuksia suurkäyttäjille suunnatuista interventioista on vähän. Kaikki systemaattisen kirjallisuuskatsauksen sisäänottokriteerit täyttäneet tutkimukset ovat suunnattu päivystyspoli-
klinikoille. Näistä tutkimuksista selvisi kuitenkin yksiselitteisesti, että palveluohjaus oikein ja laaduk-
kaasti rakennettuna vähentää suurkäyttöä. Asiantuntijahaastattelusta saadun tiedon ja resurssitun-
temuksen avulla muokkasimme palvelukokonaisuudesta alueellemme soveltuvan, mutta säily-
timme tutkimuksista esiinnoituneet kriittiset kohdat palvelukokonaisuuden toimivuuden kannalta.

Kehittämämme palvelukokonaisuus on teoreettinen toimintamalli alueemme ensihoidon avainasi-
akkaiden palvelutarpeisiin. Palvelu koostuu avainasiakkaiden kartoittamisesta, yhteydenpidosta ja
perusterveydenhuollon kautta järjestettävästä palveluohjauksesta. Palvelukokonaisuuden tarkoitus
on vaikuttaa ensihoidon saatavuuteen, avainasiakkaiden hyvinvointiin ja ensihoitajien työhyvinvoin-
tiin. Jatkossa palvelukokonaisuus tulisi testata käytännössä ja sen yhteydessä tehdä tutkimus pal-
velun toimivuudesta, vaikutuksista ja vaikuttavuudesta.

Asiasanat: ensihoitopalvelu, avainasiakas, suurkäyttäjä, suurkäyttö, palveluohjaus

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Health Management Science, Master of Health Sciences (MHSc)

Authors: Retsu Aapo & Siltala Juho

Title of thesis: A service concept for heavy users of emergency medical services

Supervisors: Koivunen Kirsi & Sandelin Pirkko

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2018 Number of pages: 50 + 3

The workload of the emergency medical service is increasing, as are the expenses of the Welfare and Health. There is a growing pressure to increase the resources available to emergency care, while the public-sector finance is tightening, and no additional funding is available. The current resources will have to be used in a more efficient and purposeful way for them to last in the future. One solution for this is to influence how heavy users are using the services. Therefore, the emergency services of the Oulu region have requested for a series of three thesis from the Oulu University of Applied Sciences. The series seeks to quantify and map out the heavy use of the emergency services and find different solutions to manage heavy volumes of patients.

The scope of this thesis is to develop a pilot-ready service concept for heavy users of emergency care services. The service concept is based on the two earlier thesis, expert interviews, our knowledge of the resources of the local area as well as a systematic literary review on the interventions carried out on the heavy users of emergency medical services and hospital emergency rooms.

Little quality research has been carried out on the interventions aimed at heavy users. All the studies that qualified for our systematic literary review focus on hospital emergency rooms. However, the studies clearly point towards a decrease in heavy use of the services when case management is appropriately and creditably structured. Using our knowledge of the local area's resources and the information obtained through our interviews with experts, we have prepared this service concept to suit the needs of the Oulu region. We have, however, preserved the aspects arisen from the studies that are crucial to the successful application of the concept.

The service concept we have developed is a theoretical operations model that will meet the needs of the heavy users of the emergency medical services in our local area. The services include communications, mapping out the heavy user base and organizing case management through the primary healthcare services. The service concept aims to promote the accessibility of the emergency medical services, the welfare of the heavy users and the paramedics' well-being at work. Going forward, the service concept should be tested in practice and studied for its functionality, effects and effectiveness in the process.

Keywords: emergency medical services, super user, heavy user, heavy use, case management

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT.....	4
1 JOHDANTO.....	6
2 AVAINASIAKKAAT ENSIHOIDOSSA.....	8
2.1 Kehittämistyön käsitteet.....	8
2.1.1 Ensihoidon järjestämisvastuu ja palvelutasopäätös.....	8
2.1.2 Ensihoitopalvelu.....	9
2.1.3 Oulu-Koillismaan Pelastuslaitoksen ensihoitopalvelu.....	10
2.1.4 Ensihoidon asiakkaan hoitoketju.....	11
2.1.5 Ensihoidon avainasiakas ja interventio.....	12
2.2 Kehittämistyön yhteistyökumppanit.....	12
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	15
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	16
4.1 Tutkimusvaihe.....	18
4.1.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimusmetodina.....	18
4.1.2 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymys.....	19
4.1.3 Tutkimusten valintakriteerit.....	20
4.1.4 Aineiston hakuprosessi, valinta ja laadun arviointi.....	22
4.1.5 Aineiston analysointi.....	26
4.2 Kehittämisvaihe.....	26
5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	28
5.1 Tutkimusvaiheen tulokset.....	28
5.2 Kehittämisvaiheen tulokset.....	35
6 OPINNÄYTETYÖN POHDINTA.....	39
6.1 Tutkimustulosten tarkastelu.....	39
6.2 Kehittämisvaiheen tulosten tarkastelu.....	41
6.3 Opinnäytetyön luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta.....	42
6.4 Jatkokehittämishaasteet.....	42
6.5 Opinnäytetyöprosessin pohdinta.....	44
LÄHTEET.....	46
LIITTEET.....	51

1 JOHDANTO

Yhteiskunnassamme on käynnissä väestön ikärakenteen muutos. Tämä aiheuttaa julkisissa sosiaali- ja terveystaloudissa asiakasmäärien kasvua. Resurssit tulevat pysymään samoina, mutta tehtäviä tulee enemmän. Tämä vaatii resurssien käytön tehostamista ja palveluiden tuottavuuden parantamista vaikuttavuudesta ja laadusta tinkimättä. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 7.) Tutkimukset ovat osoittaneet, että sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset keskittyvät pienelle osalle väestöstä. Oulussa tehty tutkimus osoittaa, että vuosina 2009-2011 10% asukkaista kerryttää 81 % kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista (Leskelä, Komssi, Sandström, Pikkujämsä, Haverinen, Olli & Ylitalo-Katajisto 2013, 3163). Nykytilanteeseen ja tulevaisuuteen suhteutettuna julkista sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää ei ole kestävää eikä taroituksenmukaista kuormittaa turhaan. Paljon palveluja käyttäville toteutettava palvelutarpeen määrittely ja palveluohjaus ovat mielestämme konkreettinen työkalu resurssien tehostamiseksi.

Ensihoidon palveluja paljon käyttäviä asiakkaita, eli avainasiakkaita, ei ole Suomessa tutkittu, eikä heille ole kehitetty interventiota. Tutkimustiedon ja kehitystyön puute tämän osalta on johtanut Oulun ammattikorkeakoulussa kehittämistyöhön, jonka tavoitteena on tuottaa tietoa ensihoidon avainasiakkaista ja kehittää heille pilotointivalmis interventio, eli palvelukokonaisuus. Kehittämistyö koostuu kahdesta ammattikorkeakoulun opinnäytetyöstä ja yhdestä ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyöstä.

Janne Löfgren ja Jarkko Okkonen (2016) tutkivat ammattikorkeakoulun opinnäytetyössään systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla ensihoidon avainasiakkaita maailmalla tehtyjen tutkimusten pohjalta ja määrittivät ensihoidon suuren käytön rajan tähän hankkeeseen. Toisessa ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä Vilma Alatalo, Reetta Mehtälä ja Sofia Pakkanen (2017) kuvaavat tilastollisin menetelmin ensihoitopalvelun suuren käyttöä Oulu-Koillismaan pelastusliikelaitoksen toimialueella. Tässä ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä tutkitaan avainasiakkaille tehtyjä interventiota systemaattisella kirjallisuuskatsauksella ja kehitetään Oulu-Koillismaan pelastuslaitoksen toiminta-alueelle ensihoidon avainasiakkaille pilotointivalmis palvelukokonaisuus, hyödyntäen kehittämistyön muita opinnäytetöitä. Kehittämistyön toimeksiantajana on Oulun seudun yhteisöpäivystys.

Tämän kehittämistyön taustalla olevia yhteiskunnallisia tekijöitä on useita. Aiemmin mainitun väestön ikääntymisen lisäksi etenkin Oulu-Koillismaan toimialueella palvelut ovat keskitetty kunta- ja maakuntakeskuksiin. Kiinteät sosiaali- ja terveyspalvelut eivät ole enää osalle väestöä lähipalveluita ja tuleva alueuudistus voi näkemyksemme mukaan keskittää palveluita nykyistä enemmän. Yhdistelmä, jossa ikääntynyttä väestöä asuu kaukana palveluista sekä palveluiden supistaminen asutuskeskuksissa, kuormittaa näkemyksemme mukaan ensihoitopalvelua. Ensihoito on osalle väestöstä ainoa niin kutsuttu lähipalvelu, jonka puoleen käännetään myös muissa kuin ensihoitopalvelua vaativissa tilanteissa. Pidämme mahdollisena, että tuleva alueuudistus korostaa ensihoidon roolia, etenkin kaukana maakuntakeskuksista.

Tällä hetkellä ensihoidon tehtävämäärät ovat kasvaneet vuosi vuodelta Oulun alueella. Tarvetta on resurssien lisäämiselle. (PPSHP:n valtuuston kokouksen pöytäkirja 12.12.2016.) Osana julkista palvelukokonaisuutta ensihoitopalvelun kustannukset eivät juurikaan saa nousta. Yksi keskeisimmistä opinnäytetyömme pyrkimyksistä on kohdentaa ensihoitopalvelun resurssit oikein kustannuksia nostamatta, eli vapauttaa avainasiakkaiden käyttämään ensihoidon resurssia siihen toimintaan, jonka sosiaali- ja terveysministeriö on ensihoidolle määritellyt (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a, viitattu 20.1.2017). Tästä kehittämishankkeesta tulevat hyötymään myös avainasiakkaat, koska heidän palvelutarpeisiinsa vastataan paremmin. Lisäksi ensihoitopalvelun tuottajat ja tilaajat hyötyvät kehittämistyöstä, koska kehitetyllä palvelukokonaisuudella pyritään vapauttamaan resursseja ja tehostamaan toimintaa. Lisäksi kehittämistyöstä hyötyvät kaikki ensihoitopalvelun asiakkaat, koska ensihoidon saatavuus paranee.

2 AVAINASIAKKAAT ENSIHOIDOSSA

Tässä luvussa esittelemme kehittämistyömme kannalta keskeisimmät käsitteet ja kehittämistyöorganisaation. Näiden käsitteiden ymmärtäminen on olennaista kehittämistyön kokonaisuuden hahmottamisen kannalta

2.1 Kehittämistyön käsitteet

2.1.1 Ensihoidon järjestämisvastuu ja palvelutasopäätös

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä alueensa ensihoitopalvelu. Ensihoitopalvelu on suunniteltava ja toteutettava yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa siten, että nämä ja muut sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan kotona annettavat päivystykselliset lähipalvelut yhdessä muodostavat alueellisesti toiminnallisen kokonaisuuden. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 39 § 1. mom.)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) velvoittaa sairaanhoitopiirit tekemään omalle alueelleen palvelutasopäätöksen ensihoidosta. Palvelutasopäätöksestä ilmenee ensihoidon järjestämistapa, johtamisjärjestelmä, ensihoitopalvelun saatavuus ja sisältö, tavoitteet potilaan tavoittamisajoista sekä henkilöstön pätevyys- ja koulutusvaatimukset. Päätös ei saa alittaa asetuksessa määriteltyjä minimaatimuksia. Palvelutasopäätös perustuu riskianalyysiin, paikallisiin ensihoitopalvelun tarpeeseen vaikuttaviin seikkoihin sekä sairastumis- ja onnettomuusuhkiin. Jotta yhdenvertaisuusperiaate toteutuu koko sairaanhoitopiirin alueella, on se jaettu yhden neliökilometrin kokoisiin alueisiin ja jokaiselle alueelle on määritelty edellä mainittujen tietojen perusteella riskiluokka. Riskialuealuokkia on yhteensä viisi ja ne on esitelty taulukossa 1. Kun palvelutasopäätös on vahvistettu, sairaanhoitopiiri sitoutuu asetettuihin tavoitteisiin. (Etelälahti 2013, 30-31, Määttä 2013, 17, Terveydenhuoltolaki 1326/2010 39 § 3. mom.)

TAULUKKO 1. Riskiluokat (Etelälahti 2013, 31.)

Riskiluokka	Määritelmä
1	Yli 350 tehtävää vuodessa (yli yksi vuorokaudessa)
2	50-350 tehtävää vuodessa (vähintään yksi viikossa, mutta alle yksi vuorokaudessa)
3	10-50 tehtävää vuodessa (vähintään yksi kuukaudessa, mutta alle yksi viikossa)
4	Alle 10 tehtävää vuodessa, mutta alueella on vakituista asutusta, kanta- tai valtatie
5	Asumattomat alueet tai tieverkon ulkopuolella olevat alueet

2.1.2 Ensihoitopalvelu

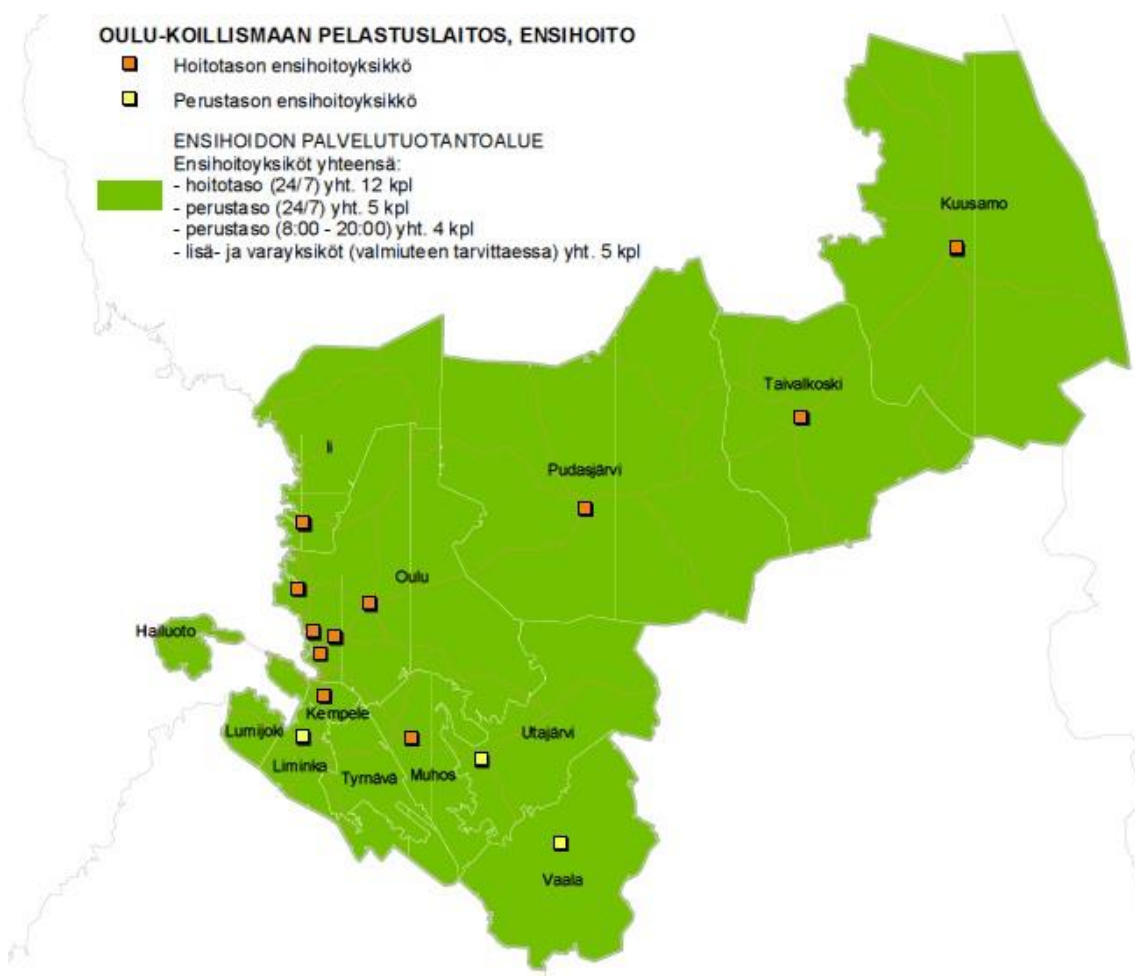
Ensihoitopalvelulla tarkoitetaan terveydenhuollon päivystystoimintaa kodeissa, työpaikoilla ja julkisilla paikoilla. Yhteistyö muiden viranomaisten kanssa korostuu onnettomuuksissa ja väkivaltatilanteissa. Ensihoidon toimintaympäristö sekä työtehtävien luonne muistuttavat pelastustoimen, poliisin ja muiden turvallisuusalan toimijoiden työtä. Ensihoitopalvelu tekee yhteistyötä usean eri viranomaisen kanssa. Omassa toiminnassaan ensihoitopalvelu noudattaa terveydenhuollon periaatteita, arvoja ja lainsäädäntöä. Nämä merkitsevät asiakkaan oikeuksien ja erityisesti itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. (Määttä 2013, 14, Terveydenhuoltolaki 1326/2010, § 40.)

Määritelmän mukaan ensihoito on äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen asiakkaan kiireellisen hoidon antamista ja tarvittaessa asiakkaan kuljettamista hoitoyksikköön. Kun asiakas hoidetaan kohteessa siten, että hänen ei tarvitse lähteä päivystykseen tai kun hänet ohjataan tai kuljetetaan tarkoituksenmukaiseen hoitopaikkaan, vähentää näin toimiva ensihoitopalvelu ruuhkaa terveydenhuollon päivystysalueilta. (Määttä 2013, 17, Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a, viitattu 20.1.2017.)

2.1.3 Oulu-Koillismaan Pelastuslaitoksen ensihoitopalvelu

Oulu-Koillismaan Pelastuslaitos on kuntien muodostama liikelaitos. Se on voittoa tavoittelematon osa Oulun kaupungin organisaatiota. Jäsenkuntia on 12: Hailuoto, Ii, Kempele, Kuusamo, Liminka, Lumijoki, Muhos, Oulu, Pudasjärvi, Taivalkoski, Tyrnävä ja Utajärvi, ensihoidon osalta myös Vaala. (Oulu-Koillismaan Pelastuslaitos. 2017, viitattu 2.10.2017.)

Oulu-Koillismaan pelastuslaitoksella on välittömässä lähtövalmiudessa klo 08.00-20.00 välisenä aikana 20 ensihoitoyksikköä ja klo 20.00-08.00 välisenä aikana 17 ensihoitoyksikköä. Ensihoitoyksiköt on sijoitettu 14 eri asemapaikalle (kuvio 1.) ja ne suorittivat vuonna 2016 noin 45900 ensihoidotehtävää. Ensihoitopalvelussa työskentelee yhteensä noin 190 päätoimista ensihoidon ammattilaista. (Oulu-Koillismaan Pelastuslaitos. 2017, viitattu 2.10.2017.)

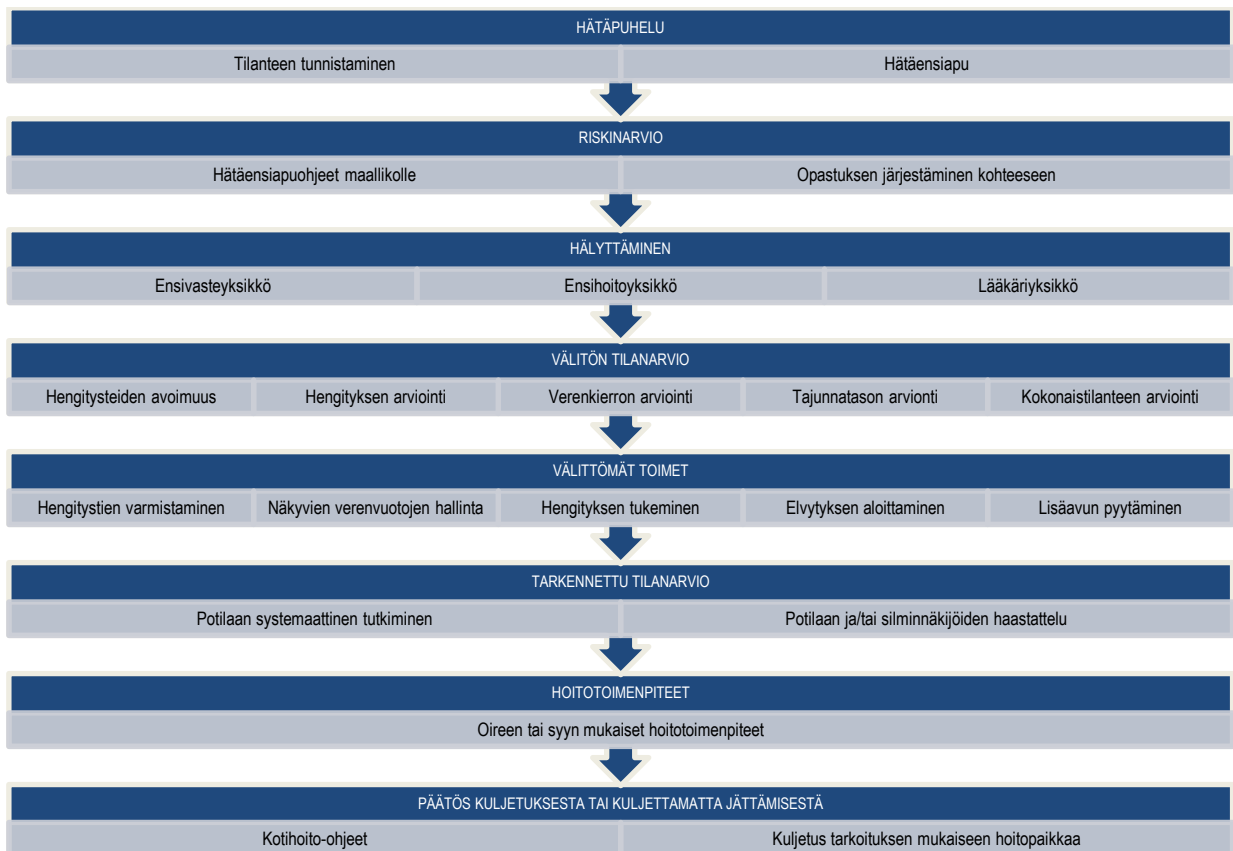


KUVIO 1. Oulu-Koillismaan Pelastuslaitoksen ensihoitopalvelu (Oulu-Koillismaan Pelastuslaitos. 2017, viitattu 2.10.2017.)

2.1.4 Ensihoidon asiakkaan hoitoketju

Kansallinen hätänumero 112 palvelee niin pelastus-, poliisi-, terveys- kuin sosiaalitointa. Hätäkeskuslain mukaan ainoastaan hätäkeskus voi ottaa vastaan hätäpuheluita, käsitellä niitä ja tehdä riskien arvioinnin. Hätäkeskuspäivystäjä ottaa vastaan ja käsittelee valikoimatta kaikkien eri toimialojen hätäpuheluja ja terveystoimen tehtävien kohdalla hän noudattaa Sosiaali- ja terveysministeriön ohjetta hätäpuheluiden käsittelystä ja riskien arvioinnista. Tästä syystä hätäpuheluiden käsittely ja riskinarviointi toteutetaan samalla lailla koko maassa. (Määttä 2013, 22-23.)

Hälytysvaste, eli esimerkiksi hälytykseen lähtevien yksiköiden määrä ja laatu, ovat sen sijaan erilaisten voimavarojen vuoksi aluekohtaisia ja ensihoidon vastuulääkäriin määrittelemiä. Potilasvaikutus ei korvaa hätäkeskuspäivystäjän toiminnasta johtuvia potilasvahinkoja, koska hätäkeskuspäivystäjän toimintaa arvioidaan rikoslain pohjalta. (Määttä 2013, 22-23.) Alla olevassa prosessi-kaaviossa (kaavio 1.) on kuvattu ensihoidon asiakkaan koko hoitoketju hätäkeskuksen ja ensihoitopalvelun osalta.



KAAVIO 1. Ensihoidon asiakkaan hoitoketju

2.1.5 Ensihoidon avainasiakas ja interventio

Tässä kehittämistyössä ensihoidon määrällisen avainasiakkaan määritelmä perustuu Löfgrenin ja Okkosen (2016, 29) systemaattisen kirjallisuuskatsauksen pohjalta tehtyyn määritelmään. Määritelmän mukaan ensihoidon määrällinen avainasiakas käyttää ensihoitopalvelua yli 14 kertaa vuodessa. Määrällisen avainasiakkaan kriteeri ei kuitenkaan ole herkkä harvaan asutuille alueille, joten pelkästään sitä käytettäessä voisi haja-asutusalueiden avainasiakkaita jäädä kehittämistyön ulkopuolelle. Nämä ajalliset avainasiakkaat käyttävät ensihoitopalvelua 5-14 kertaa vuodessa, mutta sitovat ensihoidon resursseja ajallisesti yhtä paljon kuin 15 kertaa palvelua käyttäneiden avainasiakkaiden mediaani. Ajallisten avainasiakkaiden kontaktimäärän raja-arvo perustuu myös Löfgrenin ja Okkosen (2016, 29) työstä saatuun tietoon.

Interventiolla tarkoitetaan terveydenhuollossa yksilön tai ryhmän terveydentilaan tai käyttäytymiseen vaikuttamista. Keskeisenä tavoitteena on edistää hoitotyötoiminnoilla sellaisia myönteisiä vaikutuksia, jotka lopulta edistävät asiakkaan terveyttä. Näitä toimintoja terveydenhuoltohenkilöstö toteuttaa asiakkaan kanssa tai hänen puolestaan, mutta mukana voi olla myös asiakkaan perhe tai muita läheisiä silloin kun heidän läsnäololla on vaikutusta intervention lopputulokseen. Intervention tulee perustua tutkittuun tietoon ja sen tulee olla tehokas ja vaikuttava, helppo käyttää sekä soveltuva kohderyhmälle ja kustannustehokas. (Pölkki 2014, 3.)

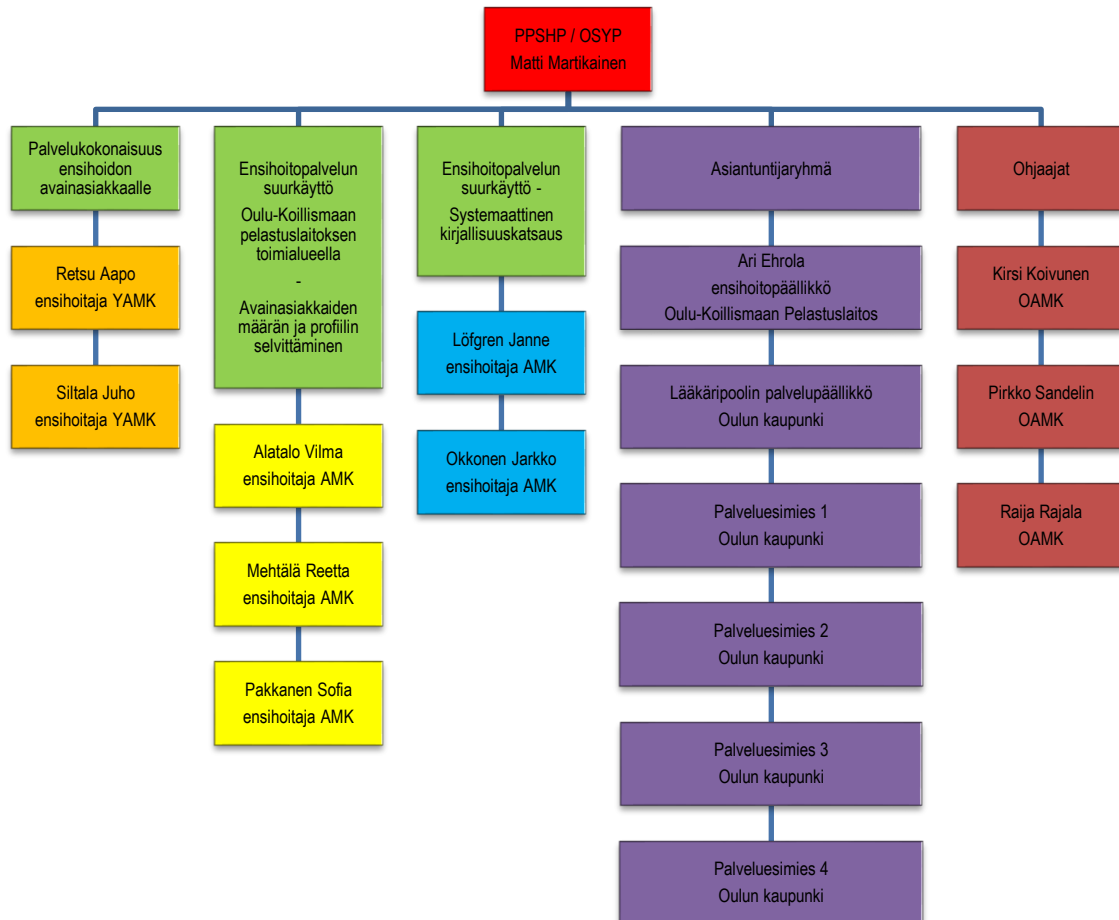
Interventiolla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä ensihoidon avainasiakkaille tehtyä palvelukokonaisuutta, joka tehdään systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta saadun tietoperustan, asiakasprofiilin, asiantuntijahaastatteluiden ja käytettävissä olevien resurssien pohjalta. Avainasiakkaan asiakasprofiili ja asiakastuntemus saatiin Alatalon ym. (2017, 27-30) opinnäytetyöstä. He kävivät läpi ensihoitokertomukset vuoden ajalta ja keräsivät tiedot avainasiakkaan profiilia varten. Intervention käytettävissä olevat resurssit selvitettiin asiantuntijaryhmän ja tilaajan kanssa käytyjen keskusteluiden kautta.

2.2 Kehittämistyön yhteistyökumppanit

Tämä opinnäytetyö on osa kehittämistyötä, joka muodostuu kolmesta toisiaan tukevasta opinnäytetyöstä. Kehittämistyön organisaatio, kaikkien opinnäytetöiden tiivistetty sisältö ja kehittämistyön

tärkeimmät yhteistyökumppanit sekä sidosryhmät on kuvattu kuviossa 2. Kehittämistyön toimeksiantajana toimii Oulun seudun yhteispäivystys ja yhteispäivystysyksikön johtaja ja ensihoidon vastuulääkäri Matti Martikainen.

Oulun ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjaavina opettajina toimivat Kirsi Koivunen ja Pirkko Sandelin ja ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä ohjasi Raija Rajala. Asiantuntijaryhmään kuului Oulu-Koillismaan Pelastuslaitokselta ensihoitopäällikkö Ari Ehrola. Muut asiantuntijaryhmän jäsenet olivat Oulun kaupungin lääkäripoolin palvelupäällikkö, Oulun kaupungin hyvinvointikeskusten neljä palveluesimiestä. Asiantuntijaryhmä kokonaisuutena tuo työlle laaja-alaisen näkemyksen alueemme palvelutuotannosta, sen haasteista ja tarpeista. Ryhmältä saimme myös tarpeellista tietoa toiminta-alueemme hankkeista ja käytettävissä olevista sidosryhmistä. Näin välttyimme päällekkäisyyksiltä ja pystyimme mitoittamaan palvelukokonaisuuden suoraan alueellemme soveltuvaksi.



KUVIO 2. Kehittämistyön organisaatio ja osatutkimusten tiivistetty sisältö

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimuksella, ja niin myös kehittämistyöllä, on aina tarkoitus ja se ohjaa tutkimusstrategisia valintoja. Tutkimuksen tarkoitus luonnehditaan yleensä neljän piirteen perusteella. Se voi olla kartoitava, selittävä, kuvaileva tai ennustava. Tiettyyn tutkimukseen voi sisältyä useampia kuin yksi tarkoitus ja se voi myös muuttua tutkimuksen edetessä. Esimerkiksi kartoittava tutkimus selvittää mitä tapahtuu, etsii uusia näkökulmia, löytää uusia ilmiöitä, selvittää vähän tunnettuja ilmiöitä tai kehittää hypoteeseja. Kuvaileva tutkimus puolestaan esittää tarkkoja kuvauksia henkilöistä, tapahtumista tai tilanteista tai dokumentoi ilmiöstä keskeisiä kiinnostavia piirteitä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008. 133-135.)

Opinnäytetyömme tutkimusvaiheen tarkoituksena on systemaattisella kirjallisuuskatsauksella kartoittaa sekä kansainvälisiä että kansallisia interventioita, eli vaihtoehtoisia palveluja, joita on kehitetty ensihoidon ja terveydenhuollon päivystyspoliklinikoiden palveluja paljon käyttäville. Opinnäytetyömme tutkimusvaihe on siis kartoittava, jonka tavoitteena on kuvata opinnäytetyömme perustaksi ne konkreettiset mallit, joilla tähän aiheeseen on maailmalla puututtu.

Opinnäytetyömme kehittämisvaiheessa suunnitellamme ja tuotamme intervention eli palvelukokonaisuuden ensihoidon avainasiakkaille. Suunnittelussa hyödynnetään tämän kehittämishankkeen aikaisempia opinnäytetöitä, asiakasymmärrystä ja resurssiymmärrystä. Opinnäytetyömme pohjana on systemaattinen kirjallisuuskatsaus ensihoidon ja terveydenhuollon päivystyspoliklinikoiden palveluja paljon käyttäville tehdyistä interventioista maailmalla.

Opinnäytetyömme päätavoitteena on kehittää palvelukokonaisuus, joka ohjaa avainasiakkaita aiempaa tarkoituksenmukaisempien palveluiden piiriin. Tavoitteena on myös tuottaa palvelukokonaisuuteen liittyvä työkalu, jolla tunnistetaan ja löydetään avainasiakkaita. Pitkän aikavälin tavoitteena on vapauttaa ensihoidon resursseja tarkoituksenmukaisiin tehtäviin. Tavoittelemme kokonaisuutta, jossa avainasiakkaita palvellaan kokonaisuutena aiempaa paremmin ja myös muiden asiakkaiden ensihoidon palveluiden saatavuus paranee vapautuneiden resurssien avulla.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tutkimuksen ja kehittämistoiminnan suhdetta voidaan ymmärtää siten, että kehittämisessä käytetään ja sovelletaan tutkimuksen tietoa. Tutkimus tuottaa uutta tietoa tai asioita, joita sovelletaan käytäntöön. Kun tutkimuksellisen lähestymistavan ja konkreettisen kehittämistoiminnan yhdistää, voidaan puhua tutkimuksellisesta kehittämistoiminnasta. (Toikko & Rantanen 2009, 19.)

Kehittämistoiminnan luonnetta voidaan tarkastella tutkimuksen näkökulmasta. Tällöin yleensä käytetään kehitystyö -käsitettä ja se pyritään suhteuttamaan soveltavaan tutkimukseen ja perustutkimukseen. Perustutkimus on tieteellisen toiminnan lähtökohta, ja sillä tuotetaan tietoa tieteenaloja kiinnostavista kysymyksistä. Perustutkimuksen tarkoituksena on kehittää tietoa, joka selittää tai kuvailee tutkittavia ilmiöitä. Siinä tieteellistä tietoa etsitään ilman erityistä käyttötarkoitusta eli se ei pyri suoraan käytännöllisiin tavoitteisiin. Perustutkimuksen tavoitteena on ennen kaikkea tietämyksen edistäminen ja se vastaa kysymyksiin mitä ja miksi. Soveltava tutkimus on puolestaan omaperäistä uuden tieteellisen tiedon etsintää. Siinä tutkimustulokset palvelevat käytännön elämän tavoitteita. Käyttämällä apunaan perustutkimuksen tuottamaa teoreettista ja kuvailevaa tietoa soveltava tutkimus pyrkii käytännön ongelmien ratkaisemiseen. Siinä tietoa etsitään käytännöllistä tavoitetta tai päämäärää varten. Soveltava tutkimus vastaa mitä ja miksi-kysymysten lisäksi myös kuinka-kysymykseen. (Toikko & Rantanen 2009, 19-20.)

Kehitystyön merkitystä korostetaan usein perustutkimuksen ja soveltavan tutkimuksen rinnalla. Sen avulla pyritään luomaan käytännöllisiä interventioita, eli toimintaa, jonka tavoitteena on saavuttaa uusia tai parannettuja tuotteita, tuotantovälineitä tai -menetelmiä ja palveluja. Usein tuotteen kehittämiseen vaikuttavat enemmän ei-tiedolliset arvot, siten kehitystyö ei ole sidoksissa tiedollisiin arvoihin samalla tavoin kuin perustutkimus ja soveltava tutkimus. Tiedontuotannon menetelmien jaottelu perustutkimukseen, soveltavaan tutkimukseen ja kehitystyöhön on yleisesti tiedeyhteisön hyväksymä luokittelu. Siinä lähtökohtana on, että perustutkimus on kaiken alku ja juuri. Sen tuottama tietoa joko sovelletaan tai käytetään kehitystyön tukena. Kehitystyön yhteiskunnallinen merkitys onkin viime aikoina oleellisesti kasvanut ja samalla tutkimukselta on vaadittu yhä enemmän sovellettavuutta, kaupallista hyödynnettävyyttä ja yhteiskunnallista vaikuttavuutta. (Toikko & Rantanen 2009, 20-21.)

Kehitystyö voidaan nähdä myös laajemmasta tiedontuotannon näkökulmasta, jossa se ei ole enää sidoksissa perustutkimukseen tai soveltavaan tutkimukseen. Monissa ammateissa tarvitaan yhä enemmän käytännöstä nousevaa tietoa, joka ei noudata tieteenalaperusteisen tutkimuksen periaatteita. Tämän vuoksi tutkimuksen ja kehitystyön suhde kaipaa uudelleenmäärittelyä. Ammasteista muun muassa hoitaminen, opettaminen ja sosiaalityö ovat ihmistyötä, joka on vahvasti tapaus- ja tilannekohtaista. Näitä asiantuntijatehtäviä on haastava ohjata vain teoreettisten lähestymistapojen tai teoriasta johdettujen tutkimustulosten perusteella. (Toikko & Rantanen 2009, 21.)

Tutkimuksellinen kehittämistoiminta käsitteenä voidaan väljästi ymmärtää tutkimustoiminnan ja kehittämistoiminnan yhteyttä kuvaavana. Se kohdentuu tutkimuksen ja kehittämistoiminnan risteyspaikkaan, jota voidaan lähestyä sekä kehittämistoiminnan että tutkimuksen suunnasta. Kun puhutaan kehittävästä tutkimuksesta, ajattelun logiikka kulkee tutkimuksellisista kysymyksen asetteiluista ja metodologisista tarkasteluista kohti konkreettista kehittämistoimintaa. Tietoa tuotetaan tiedeyhteisön intressien mukaisesti käytännön kehittämisprosessien yhteydessä. Pääpaino on tutkimuksessa, mutta suunta on kehittämisessä. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa käytännön ongelmat ja kysymykset ohjaavat tiedontuotantoa. Tietoa tuotetaan aidoissa käytännön toimintaympäristöissä tutkimuksellisia menetelmiä ja asetelmia apuna käyttäen. Näin voidaan korostaa kehittämistoiminnan tutkimuksellista luonnetta. Pääpaino on kehittämistoiminnassa, mutta siinä pyritään hyödyntämään tutkimuksellisia periaatteita. Tutkimusasetelmat ovat kehittämistoiminnalle alisteisessa asemassa, koska konkreettinen kehittämistoiminta määrittelee tutkimuksen reunaehdot. (Toikko & Rantanen 2009, 21-22.)

Tutkimuksellinen kehittämistoiminta on tiedontuotantoa. Siinä kysymyksenasettelut tulevat käytännön toiminnasta ja rakenteista. Ei voida puhua enää tutkimustiedon soveltamisesta, vaan uudesta tiedontuotannon tavasta, jossa tutkimus on avustavassa roolissa. Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan tavoite on konkreettinen muutos samalla pyrkien perusteltuun tiedontuottamiseen. (Toikko & Rantanen 2009, 22-23.)

4.1 Tutkimusvaihe

4.1.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimusmetodina

Yksi keskeisimmistä tieteellisen tiedon tunnusmerkeistä on tiedon julkisuus. Tieteellisen tiedon täytyy olla julkista, kaikkien luettavissa, arvioitavissa ja käytettävissä. Tieteellistä tietoa raportoidaan lukuisissa julkaisuissa. Kirjallisuuskatsaus on koottua tietoa joltain rajatulta alueelta. Yleensä kirjallisuuskatsaus tehdään vastauksena tutkimuskysymyksiin tai -ongelmiin. (Leino-Kilpi 2007, 2.) Kirjallisuuskatsauksia on useita erilaisia, tämän työn tutkimusmetodina käytetään systemaattista kirjallisuuskatsausta, joten käsittelemme vain sitä.

Näyttöön perustuva toiminta on korostanut systemaattisen kirjallisuuskatsauksen merkitystä, ja se nähdään mahdollisuutena löytää tutkimustuloksia, jotka ovat korkealaatuisesti tutkittuja. Kyseessä on sekundaaritutkimus, jonka aineistona ovat tarkasti rajatut ja valitut tutkimukset. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kohdistuu tietynä aikana tehtyihin tutkimuksiin ja se on päivitettävä ajoittain tulosten relevanttiuden ylläpitämiseksi. Se eroaa muista kirjallisuuskatsauksista sen spesifin tarkoituksen ja erityisen tarkan tutkimusten valinta-, analysointi-, ja syntetisointiprosessin vuoksi. Systemaattiseen katsaukseen hyväksytään vain relevantit ja tarkoitusta vastaavat laadukkaat tutkimukset. Siihen voi sisällyttää sekä kvantitatiivisia että kvalitatiivisia tutkimuksia. Kvantitatiivisista lähtökohdista katsottuna katsaukseen pyritään pääsääntöisesti sisällyttämään satunnaistettuja ja kontrolloituja kokeellisia vaikuttavuustutkimuksia. Kvalitatiivista tutkimusaineistoa on myös mahdollista systemaattisesti tarkastella ja arvioida. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet on tarkkaan määritelty ja kirjattu virheiden minimoiseksi ja toistettavuuden mahdollistamiseksi. Katsauksen tekemiseen tarvitaan vähintään kaksi tutkijaa, jotta olemassa olevien tutkimusten valinnan ja käsitteilyn voidaan katsoa olevan pitävät. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 4, 6.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet voidaan karkeasti jaotella kolmeen vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe on katsauksen suunnittelu, toinen vaihe katsauksen tekeminen ja kolmas vaihe katsauksen raportointi. (Johansson ym. 2007, 5.)

Suunnitteluvaihe alkaa aiempien tutkimusten tarkastelulla, kirjallisuuskatsauksen tarpeen määrittelyllä ja tutkimussuunnitelman tekemisellä. Suunnitelmasta ilmenee selkeät tutkimuskysymykset,

joita voi olla yhdestä kolmeen, ja joihin kirjallisuuskatsauksella pyritään vastaamaan. Hyvä tutkimussuunnitelma rajaa tarkkojen tutkimuskysymysten avulla katsauksen riittävän kapealle alueelle, jotta aiheen kannalta keskeinen kirjallisuus ja tutkimukset tulevat huomioituiksi mahdollisimman kattavasti. Mikäli systemaattinen kirjallisuuskatsaus ei tuota vastauksia tutkimuskysymyksiin tai -ongelmiin, voidaan tämä tulkita tutkimuksen riittämättömyydeksi tietyltä alueelta ja on tärkeä tulos, vaikka se ei sinällään tuota systemaattista katsausta. Kysymysten asettamisen jälkeen valitaan katsauksen tekemiseen menetelmät. Tämä sisältää hakutermin ja tietokantojen valinnan. Laaditaan tutkimusten valintaa varten tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Nämä voivat kohdistua tutkimuksen kohdejoukkoon, interventioon, tuloksiin tai tutkimusasetelmaan. Tutkimusten laadun arviointi on lisäksi tärkeä osa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekoa, erilaiset mittarit ja kriteerit ovat tässä tärkeitä apuvälineitä. (Johansson ym. 2007, 6.)

Seuraavassa vaiheessa ryhdytään tutkimussuunnitelman mukaisesti hankkimaan ja valikoimaan mukaan otettavat tutkimukset. Ne analysoidaan laadullisesti ja sisällöllisesti tutkimuskysymysten mukaan. Eri vaiheiden tarkka dokumentointi on tärkeää katsauksen onnistumisen ja tulosten relevanttiuden osoittamiseksi. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen viimeisessä vaiheessa raportoidaan tulokset ja tehdään johtopäätökset. (Johansson ym. 2007, 6-7.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kohdistuessa julkisen terveydenhuollon interventioihin, tulee ottaa huomioon tutkimusten moniulotteisuus. Julkisen terveydenhuollon interventioissa ja niiden tutkimuksissa vaihtelevat tutkimusasetelma, tutkimusjoukot, lopputulokset ja myös interventioiden luonne. Tämän vuoksi kirjallisuuskatsauksen hakuprosessissa tulee käyttää erilaisia ja kohdennettuja sisällönanalysointimalleja, jotta artikkeleiden keskeinen sanoma tulee esiin. (Centre for reviews and dissemination, 2009, 159.)

4.1.2 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymys

Tutkimuskysymystä tai -kysymyksiä määriteltäessä otetaan huomioon neljä tekijää: potilasryhmä tai tutkimuksen kohteena oleva ongelma, tutkittava interventio tai interventiot, interventioiden vertailut ja kliiniset tulokset eli lopputulosmuuttujat. Näitä neljää tekijää kutsutaan PICO:ksi, jossa P = population/problem on interest, I = intervention under investigation, C = the comparison of interest ja O = the outcomes considered most important in assessing results. Näitä tekijöitä käytetään systemaattisen kirjallisuuskatsauksen myöhemmissäkin vaiheissa, kirjallisuushauissa ja artikkeleiden

arvioinnissa. Katsauksen tekijä voi PICO-formaatin avulla paremmin asettaa kriteerit tutkimusten valintaprosessille. (Munn, Tufanaru & Aromataris 2014, 49-50, Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 47.)

Tutkimuskysymyksemme on: Millaisia interventioita on tehty ensihoidon ja terveydenhuollon päivystyspoliklinikoiden palveluja paljon käyttäville? PICO-mallin mukaan potilasryhmämme (P) on paljon ensihoidon palveluja käyttävät potilaat. Tutkittava interventio (I) on paljon ensihoidon palveluja käyttäville tehdyt interventiot. Interventioiden vertailuna (C) on terveydenhuollon päivystyspoliklinikoiden palveluita paljon käyttäville tehdyt interventiot. Lopputuloksena (O) on ensihoidon ja terveydenhuollon päivystyspoliklinikoiden palveluja paljon käyttäville tehdyt interventiot.

4.1.3 Tutkimusten valintakriteerit

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerien määrittämisessä ja aineiston valinnassa tärkeintä on tarkkuus, objektiivisuus ja toistettavuus. Kyseessä on sekundaaritutkimus ja sen reliabiliteetti tulee pohtia empiirisen tutkimuksen tapaan. Kirjallisuuskatsausta on helppo arvioida, kun protokollat ja prosessi on kuvattu ja dokumentoitu tarkasti. Tutkijoiden ja asiantuntijoiden välinen toimiva yhteistyö on systemaattisen kirjallisuuskatsauksen onnistumisen keskeinen vaatimus. Kahden tutkijan itsenäisen työskentelyn ja sitä seuraavan yhteisen työskentelyn on todettu edistävän relevanttien tutkimusten onnistunutta löytymistä. (Munn ym. 2014, 49, Valkeapää 2016, 64.) Tutkimuksen tarkoituksesta riippuen, myös tutkimustyyppin valinnalle voidaan asettaa sisäänottokriteerit. Katsauksen tekijän tulee olla tietoinen eri tutkimusasetelmista ja päättää, millälaisilla tutkimusmenetelmillä tutkimuskysymyksiin voidaan saada vastaus. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 48-49.) Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit on esitelty taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Alkuperäistutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

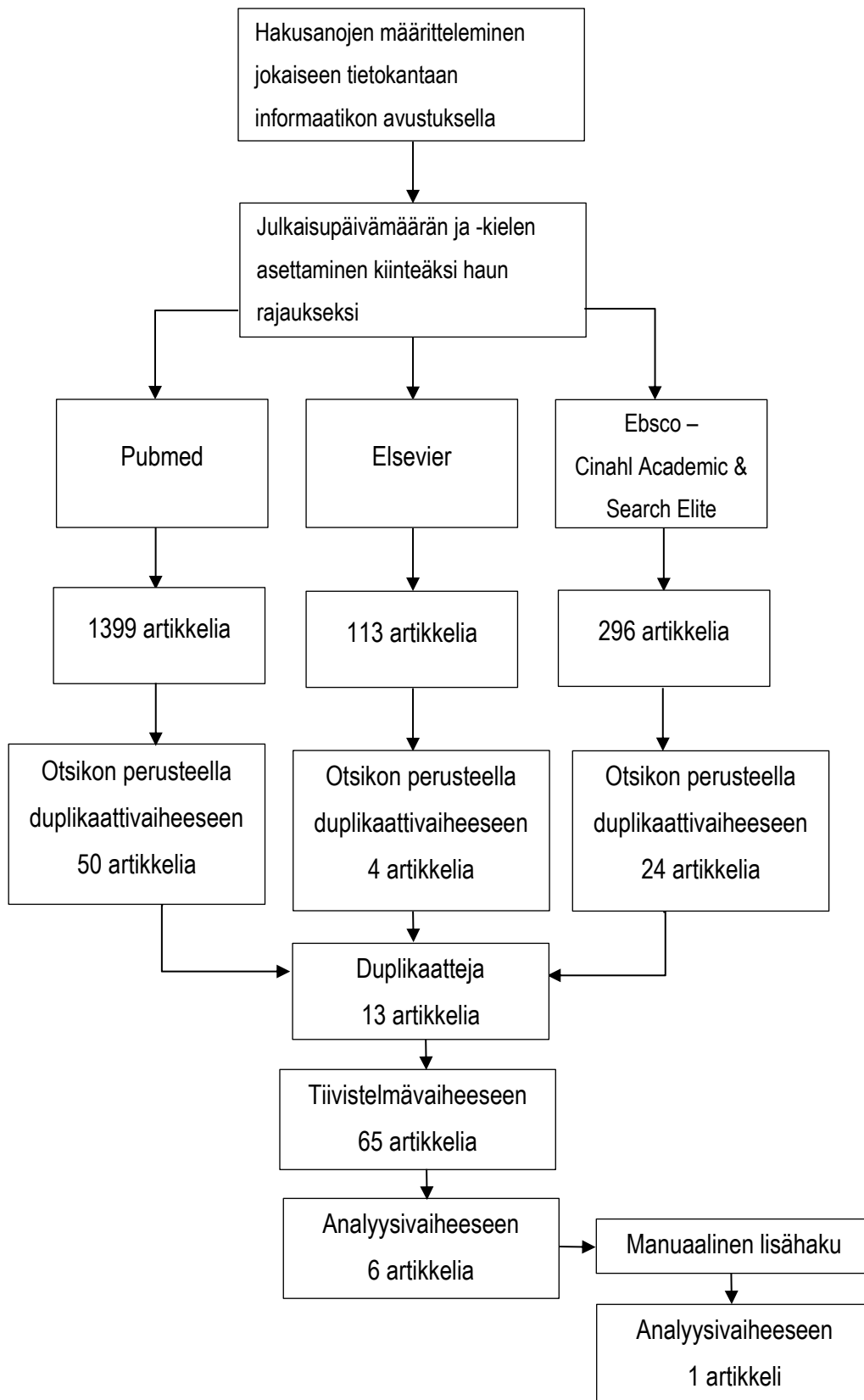
Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Tutkimus on julkaistu vuosien 2000-2016 aikana.	Tutkimus on julkaistu ennen vuotta 2000.
Tutkimus on alkuperäistutkimus.	Ammattilehtien artikkelit.
Tutkimus täyttää tieteellisen julkaisun kriteerit.	Artikkelista ei ole saatavissa koko tekstiä.
Tutkimus julkaistu luotettavassa lähteessä.	Kaikki kirjallisuuskatsaukset.
Tutkimuksen julkaisukieli on englanti.	Interventio kohdennettu yhdelle terveydenhuollon erikoisalalle, esimerkiksi sisätaudit, kirurgia, psykiatria tai lastentaudit.
Tutkimus käsittelee palveluiden suurenkäyttöä ja siihen tehtyjä interventioita ensihoidon tai terveydenhuollon päivystyspoliklinikoiden osalta.	Interventio kohdennettu jollekin erityisryhmälle, esimerkiksi kodittomat, päihteiden väärinkäyttäjät, lapset tai vanhuksat.
Tutkimuksessa esitetään interventio paljon palveluja käyttäville.	
Tutkimuksessa arvioidaan intervention vaikuttavuutta.	
Eri metodein tehdyt tutkimukset hyväksytään.	
Tutkimuksessa käytetään verrokkiryhmää.	

4.1.4 Aineiston hakuprosessi, valinta ja laadun arviointi

Tutkimuskysymysten sekä sisäänotto- ja poissulkukriteerien määrittelyn jälkeen seuraa tutkimustiedon haku. Haku suunnataan tutkimuskysymysten luonteen mukaisesti relevantteihin tietokantoihin. Haku suositellaan tehtäväksi useampaan tietokantaan, jotta riski relevanttien artikkeleiden poisjäämiselle olisi mahdollisimman pieni. Haun suorittamisessa on keskeistä, että sitä on suoritettava vähintään kaksi tutkijaa. Suositeltavaa on hyödyntää informaattikkojen asiantuntijuutta tietokantahakuja suunniteltaessa ja suorittaessa. Tarkasti perustellut ja laaditut tutkimuskysymykset sekä sisään- ja poissulkukriteerit ohjaavat hakuprosessia. On tärkeää kirjata hyvin prosessin eteneminen, tämä lisää tutkimuksen läpinäkyvyyttä ja toistettavuutta. Tutkimusten valintaprosessin tavoitteena on saattaa kaikki relevantit tutkimukset mukaan katsaukseen. Tarkasti ja johdonmukaisesti suoritettu valintaprosessin suunnittelu ja toteutus minimoivat virhemahdollisuudet valinnoissa ja päätöksissä. (Valkeapää 2016, 61.)

Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimuksien etsimiseen käytettävien tietokantojen valitsemisessa hyödynsimme Löfgrenin ja Okkosen (2016, 19) katsausta. He olivat tehneet lähes vastaavilla hakutermeillä pilottihakuja Leevi-, Melinda-, Medic-, Aleksi-, Ebsco-, Elsevier-, Pubmed-, Diva- ja Sage-tietokantoihin. Nämä tietokannat olivat valikoituneet kirjaston informaattikon konsultaation perusteella. Heidän suorittamien pilottihakujen jälkeen lopullisiksi tietokannoiksi valikoituivat Ebsco, Elsevier ja Pubmed. Myös tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen yhteydessä hyödynsimme kirjaston informaattikon ohjausta ja päädyimme kohdentamaan alkuperäistutkimusten etsimisen edellä mainittuihin tietokantoihin.

Hakusanojen valinnassa otamme huomioon Löfgrenin ja Okkosen tätä työtä edeltävän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen. Heidän tutkimuksen aihealue ja kysymykset vastaavat läheisesti tämän tutkimuksen vastaavia. Lisäksi olemme perehtyneet heidän katsaukseen ja sen hakutuloksiin. Edellä mainittujen asioiden perusteella voimme todeta, että suomenkielistä tutkimusta aihealueesta ei löydy. Hakusanojen valinnassa käytimme tukena kirjaston informaattikon ohjausta. Ottaen huomioon tämän tutkimuksen resurssit, käytimme vain englanninkielisiä hakusanoja. PICO-mallin mukaiset hakusanat ja -termit on esitelty liitteissä 1-3. Hakuprosessi on esitelty kuviossa 3.



KUVIO 3. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aineiston hakuprosessi

Hakuprosessin tuloksena olevien tutkimusten kriittinen arviointi on tärkeä osa kirjallisuuskatsauksen toteuttamista. Arvioinnin avulla kuvataan monipuolisesti mukaan valittuja tutkimusartikkeleita. Sen pohjalta määräytyy tutkimustulosten painoarvo kirjallisuuskatsauksessa. Pääsääntöisesti analyysivaiheessa olevien tutkimusten arvioinnilla tuotetaan tietoa artikkelin raportoinnin kokonaisuudesta ja erityisesti sen pätevyydestä, kliinisestä merkittävydestä ja yleistettävyydestä. Arvioinnin hyödyntäminen vaihtelee eri kirjallisuuskatsausten tyyppien mukaan. Arvioinnin tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi tutkimusten kuvaamiseen, korkeatasoisten tutkimusten valintaan tai tutkimusten metodologisen toteutuksen onnistumisen kuvaamiseen. (Lemetti & Ylönen 2016, 74-75, Munn ym. 2014, 49.)

JBI on lyhenne organisaatiosta nimeltään Joanna Briggs Instituutti, joka on voittoa tavoittelematon organisaatio tavoitteenaan tuottaa ja levittää näyttöön perustuvaa tietoa terveydenhuollon ammattilaisille ja terveydenhuollon käyttöön maailmanlaajuisesti. Instituution Suomen yhteistyökeskus on perustettu vuonna 2010 Hoitotyön tutkimussäätiön yhteyteen. Tässä työssä käytämme analyysivaiheen tutkimusartikkeleiden arviointiin Hoitotyön tutkimussäätiön suosittelemaa suomeksi käännettyä JBI-katsauksiin käytettyä arviointikriteeristöä. Kyseessä on kriittisen arvioinnin tarkastuslista kokeelliselle tutkimukselle, jota käytetään tutkimuksen metodologisen laadun arviointiin ja tutkimuksen tuloksiin vaikuttavan harhan tunnistamiseen. Tarkastuslista sisältää sarjan kriteerejä, joiden toteutumista arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?) ja Ei sovellettavissa (n/a). Tutkimusten käsittelijöiden tulee päättää pisteytyssystemistä ja sisäänottorajoista ennen tarkastuksen aloittamista. (Danielsson-Ojala 2016, 118-119, 126-127; JBI Kriittisen arvioinnin tarkastuslista kokeelliselle tutkimukselle 2013.) Alla olevassa taulukossa 3 tutkimusten arviointi toteutetaan kymmenen kysymyksen avulla. Kirjallisuuskatsauksen tekijöinä olemme päättäneet hyväksyä tarkasteluun mukaan kaikki analyysivaiheen seitsemän tutkimusta. Tarkastuslista osoittaa niiden laadun.

TAULUKKO 3. Kriittisen arvioinnin tarkastuslista

	Bodenmann, Velonaki, Griffin, Baggio, Iglesias, Moschetti, Ruggeri, Burmand, Wasserfallen, Vu, Schubach, Hugli & Daepfen. 2016.	Brandon & Chambers. 2003.	Edgren, Anderson, Dolk, Torgerson, Nyberg, Skau, Forsberg, Werr & Ohlen. 2016.	Hansagi, Olsson, Hussain & Ohlen. 2008.	Peddie, Richardson, Salt & Ardagh. 2011.	Reinius, Johansson, Fjellner, Werr, Ohlen & Edgren. 2013.	Shumway, Boccellari, O'Brien & Okin. 2008.
Oliko osallistujien ryhmiin jakaminen todella satunnaistettu?	K	K	K	K	E	K	K
Oliko osallistujat sokkoutettu ryhmiin jaettaessa?	K	K	K	K	E	K	E
Oliko tutkimusryhmiin jakautuminen salattu jaosta vastaavalta?	K	E	?	E	E	E	E
Olivatko tutkimusten keskeyttäneiden tulokset kuvattu ja sisällytetty analyysiin?	K	K	K	K	K	K	?
Oliko tutkittavien ryhmiin jako salattu tuloksia arvioivalta?	E	E	?	E	E	E	E
Olivatko koe- ja kontrolliryhmät samankaltaisia tutkimuksen alussa?	K	K	K	?	K	K	K
Hoidettiin ryhmiä yhdenmukaisesti lukuun ottamatta tutkimuksen kohteena olevaa menetelmää?	K	K	K	K	K	K	K
Mitattiinko tulokset samalla tavalla kaikissa ryhmissä?	K	K	K	K	K	K	K
Oliko tulokset mitattu luotettavasti?	K	K	K	K	K	K	K
Käytettiinkö soveltuvia tilastollisia menetelmiä?	K	K	K	K	K	K	K

4.1.5 Aineiston analysointi

Tähän systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valikoituneiden tutkimusten tulokset analysoidaan sisällönanalyysillä. Se on aineiston analyysimenetelmä, jonka avulla voidaan systemaattisesti ja objektiivisesti järjestellä ja kuvata tutkimusaineistoa. Sisällön analyysin tavoitteena on tuottaa aineiston avulla tietoa tiivistetysti ja yleisesti tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tuotetaan synteesi olemassa olevasta tutkimustiedosta yhdistelemällä eri tutkimusten tuloksia. (Palomäki & Piirtola 2012, 31.)

Sisällönanalyysi voi olla teorialähtöistä tai aineistolähtöistä. Teorialähtöisen eli deduktiivisen sisällön analyysin lähtökohta on teoria ja teoreettiset käsitteet, joiden esiintymistä tutkimusaineistossa tarkastellaan. (Palomäki & Piirtola 2012, 32.) Kirjallisuuskatsauksessamme sovellamme tutkimustulosten analysoinnissa deduktiivista sisällönanalyysiä. Edeltävän ensihoidon suurkankäyttöä käsittelevän tutkimustiedon pohjalta olemme laatineet yksinkertaisen analyysirungon, jonka tarkoituksena on johtaa tutkimuskysymyksemme mukaista tietoa suurkankäytön interventioista. Luvussa 5.1 olevassa taulukossa 5 kuvaamme analyysivaiheen tutkimustemme taustatietoja ja interventiomalleja sekä niiden vaikuttavuutta.

Tulosten analyysissä määrittelemme tuloksista ilmenneistä interventioista alaluokkia ja yläluokkia. Näiden interventioiden luokittelu ja järjestelmällinen arviointi tuottavat katsauksemme lopputuloksen eli pääluokan. Kirjallisuuskatsauksellamme saatu tieto suurkankäytön interventioista luo merkittävän pohjan ja tietovarannon tulevaa palvelun kehittämistä varten. Ensihoitopalvelun suurkankäytön interventio Oulu-Koillismaan pelastuslaitoksen toiminta-alueelle rakentuu kansainvälisten mallien perusteella ja kokemuksia mukailen.

4.2 Kehittämisvaihe

Uuden palvelukokonaisuuden kehittäminen tässä työssä perustuu tutkimukselliseen kehittämistoimintaan. Kehittämisongelmana on ensihoitopalvelun epätarkoituksenmukainen käyttö avainasiakkaiden osalta ja puutteet avainasiakkaiden palveluohjauksessa. Kehitettävän intervention perustaksi tietoa aiheesta hankitaan useilla eri tutkimuksilla ja käytetään apuna resurssituntemusta ja asiantuntijaohjausta.

Ensihoidon suurkäytön määritelmä on tuotettu kansainvälisellä systemaattisella kirjallisuuskatsauksella (Löfgren & Okkonen 2016, 29). Alueellista tietoa ensihoidon suurkäytöstä on tuotettu määrällisellä tilastoanalyysillä ensihoidon avainasiakkaista Oulu-Koillismaan pelastuslaitoksen alueella. Kyseinen tutkimus määrittää avainasiakkaiden määrän ja profiilin. (Alatalo ym. 2017, 27-30.) Tämän opinnäytetyön ensimmäisessä vaiheessa on tuotettu tietoa ensihoidon ja päivystyspoliklinikoitten avainasiakkaille tehdyistä interventioista kansainvälisellä systemaattisella kirjallisuuskatsauksella.

Edellä mainitut tutkimukset ovat määrittäneet ja kuvanneet ongelmaa sekä koonneet tietoa jo testatuista interventiomalleista. Palvelukokonaisuuden kehittäminen perustuu näihin kolmeen tutkimukseen sekä omaan substanssiosaamiseemme ensihoitoalalta sekä asiantuntijaohjaukseen. Oman osaamisen ja asiantuntijatiedon hyödyntäminen korostuu etenkin resurssi- ja palvelukokonaisuuden hahmottamisessa. Kehittämistyössä käytännössä yhdistetään tutkittu kansainvälinen tieto ilmiöstä, tutkittu tieto alueemme ensihoitopalvelun suurkäytöstä ja avainasiakkaista sekä kokemustieto alueemme palveluresursseista.

Asiantuntijakuulemisiin osallistui ensihoitopäällikkö, perusterveydenhuollon lääkäri sekä perusterveydenhuollon palveluesimiehiä. Heille esiteltiin aluksi tutkimustuloksiimme perustuva palvelukokonaisuus, johon heiltä pyydettiin kommentteja. Ensihoitopäällikön mukaan palvelukokonaisuudella olisi mahdollista välttää ensihoidon kustannusten kasvua ja se olisi mahdollista pilotoida ensihoidon palveluntuottajan toimesta. Lisäksi oman resurssituntemuksemme perusteella voimme todeta, että ensihoitaja omaa riittävät tiedot ja taidot toteuttaa palvelukokonaisuutta. Perusterveydenhuollon edustajien mukaan pelkästään ensihoidon toteuttama avainasiakkaiden palvelukokonaisuus olisi osittain päällekkäinen perusterveydenhuollon toiminnan kanssa. Heidän ehdotus oli, että ensihoidon toteuttama palvelukokonaisuus sisältäisi avainasiakkaiden ensikontaktoinnin ja asiakkaiden ohjaamisen perusterveydenhuollon palveluohjauksen piiriin. Ensihoidon palvelukokonaisuus voisi lisäksi huolehtia avainasiakkaiden palvelukokemuksen seurannasta.

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

5.1 Tutkimusvaiheen tulokset

TAULUKKO 4. Analysoitavien tutkimusten pääpiirteinen kuvaus

Tekijät ja vuosi	Tutkimuspaikka	Kohde-ryhmän koko	Verrokiryhmä koko	Kriteerit suurkäytölle	Suurkäyttäjän kuvaus
Bodenmann ym. 2016	Päivystyspoliklinikka	125 hlöä	125 hlöä	≥ 5 käyntiä päivystyspoliklinikalla 12 kuukauden aikana	<ul style="list-style-type: none"> • Keski-ikä 48,5 vuotta • 57,2 % miehiä • Heikot sosiaaliset terveystekijät • Suurimmalla osalla kroonisia somaattisia tai psyykkisiä sairauksia • Riskikäyttäytymistä
Brandon ym. 2003	Päivystyspoliklinikka	1200 hlöä	400 hlöä	16 perusterveydenhuollon lääkäriä ja heidän 100 eniten kuluja aiheuttavaa potilasta	<ul style="list-style-type: none"> • Keski-ikä 62 vuotta • 63 % naisia
Edgren ym. 2016	Päivystyspoliklinikka	Zelen's desing: 3339 RCT: 934	Zelen's desing: 3290 RCT: 459	≥ 3 käyntiä päivystyspoliklinikalla 6 kuukauden aikana	<p>Zelen's desing:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keski-ikä 59,4 vuotta • 61% naisia <p>RCT:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keski-ikä 65,9 vuotta • 51,9% naisia <p>Taulukko 4. jatkuu seuraavalla sivulla.</p>

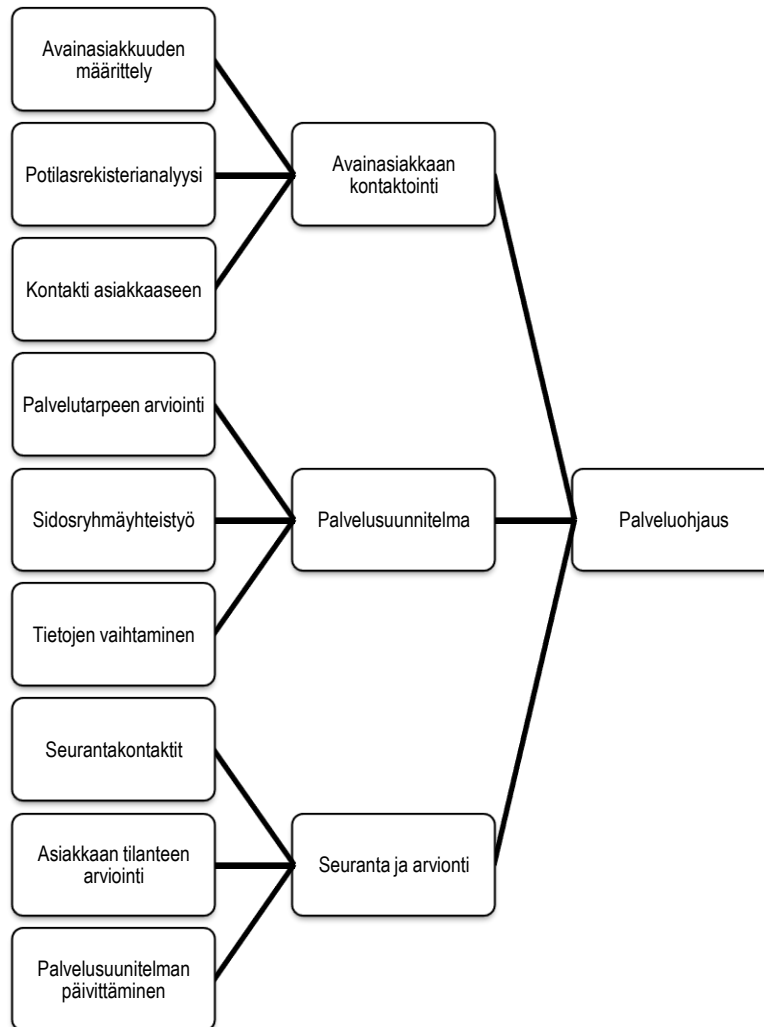
Tekijät ja vuosi	Tutkimuspaikka	Kohde-ryhmän koko	Verrokiryhmä koko	Kriteerit suurkäytölle	Suurkäyttäjän kuvaus
Hansagi ym. 2008	Päivystyspoliklinikka	59 hlöä	775 hlöä	≥ 4 käyntiä päivystyspoliklinikalla 12 kuukauden aikana	Interventiossa olevat 34 aikuista: <ul style="list-style-type: none"> • Ikämediaani 54 vuotta • 68 % naisia • 41 % somaattinen krooninen sairaus • 18 % psyykinen sairaus • 12 % sekä somaattinen että psyykinen sairaus • 53 % sosiaaliset ongelmat
Peddie ym. 2011	Päivystyspoliklinikka	87 hlöä	77 hlöä	≥ 10 käyntiä päivystyspoliklinikalla 12 kuukauden aikana	Interventiossa olevat: <ul style="list-style-type: none"> • Ikämediaani 35 vuotta • 60 % naisia • 49 % somaattinen sairaus • 49 % psyykinen sairaus • 2 % päihteiden väärinkäyttö Kontrolliryhmässä olevat: <ul style="list-style-type: none"> • Ikämediaani 41 vuotta • 57 % miehiä • 45 % somaattinen sairaus • 29 % psyykinen sairaus • 26 % päihteiden väärinkäyttö
Reinius ym. 2013.	Päivystyspoliklinikka	Zelen's desing: 106 hlöä	Zelen's desing: 57 hlöä	≥ 3 käyntiä päivystyspoliklinikalla 6 kuukauden aikana	Interventiossa olevat: <ul style="list-style-type: none"> • Keski-ikä 62,6 vuotta • 59,7 % naisia Kontrolliryhmässä olevat: <ul style="list-style-type: none"> • Keski-ikä 60,2 vuotta • 56 % naisia
Shumway ym. 2008.	Päivystyspoliklinikka	167 hlöä	85 hlöä	≥ 5 käyntiä päivystyspoliklinikalla 12 kuukauden aikana	<ul style="list-style-type: none"> • Keski-ikä 43 vuotta • 75 % miehiä • 22 % mielenterveysongelmaisia • 57 % alkoholiongelmaisia

TAULUKKO 5. Analysoitavien tutkimusten interventioiden kuvaus ja vaikuttavuus

Tekijät ja vuosi	Intervention kuvaus	Intervention vaikuttavuus
Bodenmann ym. 2016	<p>Palveluohjaus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palveluohjaustapaaminen neljä kertaa • Yksilöllisten tarpeiden selvittäminen • Mahdollisuus myös ylimääräisiin puhelinkontaktihin tai käynteihin suoraan palveluohjausryhmään tapaamisten välillä. • Palveluohjausryhmä huolehtii asiakkaan sosiaalisten ja terveydellisten palveluiden koordinoinnista 	<p>Käynnit vähentyneet 19 %, tulos lähenee tilastollista merkittävyyttä, mutta vapauttaa päivystyspoliikkikan resurssia, joten tulos on kliinisesti merkittävä.</p>
Brandon ym. 2003	<p>Vähäinen interventio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lääkärille annetaan lista suurkäyttäjistä • Lääkäri sai yleisohjeita näiden suurkäyttäjien kanssa toimimiseen, esim. säännöllisten tapaamisten järjestäminen ja hoitajan tekemät soittot päivystyskäyntien jälkeen <p>Keskitasen interventio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lääkärille annetaan lista suurkäyttäjistä ja lisäksi neljännesvuosittain päivitetty lista potilaista joilla on ollut päivystyspoliikkikäynti, sairaalahoitajakso tai ei ole käynyt seurantakäynnillä kalliin hoitojakson jälkeen <p>Kattava interventio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keksistason lisäksi seurantakäynnin väliin jättäneille potilaat kontaktoitiin palveluohjaajan toimesta ja seurantakäynti järjestettiin 	<p>Keskitasen interventio on kustannustehokkain malli verrattuna muihin interventiotasoihin. Se on helppo ottaa käyttöön eikä vaadi erityistä panostusta henkilökunnalta.</p> <p>Reaaliaikaisten tietokantojen käyttö suurkuluttajien tunnistamiseen ja keskitasen intervention käyttäminen vähentää sairaalajaksoja ja päivystyskäyntejä.</p>
Edgren ym. 2016	<p>Puhelinkontaktiin perustuva palveluohjaus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sairaanhoidajien suorittama • Alkaa haastattelulla, jossa kartoitetaan terveydellisiä ja sosiaalisia taustoja intervention tueksi • Seuraavaksi luodaan henkilökohtaisen tuen suunnitelma • Ei terveydenhoidollista neuvontaa vaan tukea kontaktien luomiseen eri palveluntuottajiin 	<p>Interventio laadukkaasti toteutettuna voi johtaa merkittävään terveyspalveluiden käytön ja kustannusten vähenemiseen.</p> <p>Taulukko 5. jatkuu seuraavalla sivulla.</p>

Tekijät ja vuosi	Intervention kuvaus	Intervention vaikuttavuus
Hansagi ym. 2008	Potilastietojen saatavuuden parantaminen asiakkaan oman terveysaseman ja päivystyspoliklinikan välillä. Potilasta hoitavat lääkärit saavat tiedot aiemmista käynneistä ja arvioivat näiden tietojen hyödyllisyyttä.	Tutkimuksessa ei ilmennyt muutosta käyntimäärissä.
Peddie ym. 2011	<p>Palveluohjaussuunnitelma</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erillinen hoitaja aloittaa palveluohjaussuunnitelman teon • Hoitaja voi konsultoida päivystyksen lääkäriä • Kontaktoi tarvittavat sidosryhmät ja potilaan • Käynnit perusterveydenhuollon lääkärin kanssa rahoitettu, jotta keskusteluyhteys oman lääkärin kanssa mahdollistuu • Moniammatillisen tiimin tapaaminen kaikkein haastavimpien tapausten kohdalla 	Interventiolla ei vaikutusta. Suurkäyttö väheni tutkittavien osalta samassa ajassa yhtä paljon niin tutkimusjoukossa kuin verrokkijoukossa. Tutkimus osoitti myös, että suurkäyttö ei vähene, mutta suurkäyttäjät vaihtuvat.
Reinius ym. 2013.	<p>Puhelinkontaktiin perustuva palveluohjaus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoitajan tekemä kattava strukturoitu haastattelu terveydellisestä ja sosiaalisesta tilanteesta ensimmäisellä tapaamiskerralla • Henkilökohtaisen ohjelman tekeminen • Hoitajan tekemä puhelinkontakti joka tai joka toinen viikko joiden aikana arvioidaan asiakkaan tilanne, ohjelman toimivuus ja asiakkaan riski hakeutua uudelleen hoitoon • Hoitaja ei anna lääketieteellistä ohjeistusta vaan avusti asiakkaan hakeutumista perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden piiriin 	Käyntien ja sairaalavuorokausien määrä väheni merkittävästi. Käynnit vähenivät niin omilla terveysasemilla kuin päivystyspolilla. Sairaalahoitajaksot eivät vähentyneet, mutta jaksojen kesto lyheni.
Shumway ym. 2008.	<p>Sosiaalityöntekijävetoinen palveluohjaus, yhteistyötä sairaanhoitajan, PTH lääkärin ja psykiatrin kanssa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arviointi • Nopea väliintulo / interventio • Henkilökohtaista terapiaa ja ryhmäterapiaa • Ohjausta taloudellisissa asioissa • Vakinaisen asunnon hankinnassa ja ylläpitämisessä avustaminen • Luo kontaktit muihin terveyspalveluihin • Päihdetyö • Tukee palveluiden piirissä pysymisessä 	Palveluohjaus on kustannustehokkaampaa päivystyspoliklinikan suurkäyttäjien kohdalla kuin tavallinen hoito. Psykososiaaliset ongelmat vähenivät kliinisesti ja tilastollisesti merkittävästi palveluohjauksella. Lisäksi päivystyspoliklinikan käyttö ja siitä aiheutuvat kustannukset vähenivät merkittävästi

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksemme tulosten analysoinnissa olemme käyttäneet tuloksista johdettuja alaluokkia ja yläluokkia (kuvio 4). Alaluokat koostuvat tuloksista ilmenneistä tekijöistä, joilla avainasiakkaiden palvelukäyttäytymiseen on pyritty vaikuttamaan. Alaluokat muodostavat kolme yläluokkaa, jotka ovat keskeisiä toimintojen kokonaisuuksia avainasiakkaiden interventi-
 oissa. Yläluokat yhdessä muodostavat pääluokan, joka on palveluohjaus. Tämä on systemaattisen kirjallisuuskatsauksemme tulos.



KUVIO 4. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen sisällönanalyysi

Bodenmann ym. (2016, 508-515) tutkivat palveluohjauksen käyttöä päivystyspoliklinikan suurkäytön vähentämisessä verrattuna normaaliin hoitoon. Tutkimus on tehty Sveitsissä, Lausannen yliopistollisessa sairaalassa. Avainasiakkaat löydettiin automaattisesti potilastietojärjestelmästä. Heihin otettiin kontakti suullisesti, kirjallisesti tai puhelimitse. Kontaktin yhteydessä asiakkaille kerrottiin tutkimuksesta. Tutkimukseen suostuneiden luvalla palveluohjausryhmän jäsen otti yhteyttä heidän perusterveydenhuollon lääkäriin. Lääkärille kerrottiin tutkimuksesta ja pyydettiin potilastietoja. Tätä seurasi kuuden kuukauden interventiojakso, jossa asiakkaat kohtasivat palveluohjausryhmän vähintään neljä kertaa. Asiakkaille annettiin myös puhelinnumero, jonka avulla he itse pystyivät olemaan yhteydessä palveluohjaajiin. Näissä tapaamisissa kartoitettiin asiakkaiden yksilöllisiä palvelutarpeita ja avustettiin muun muassa sosiaalituen saamisessa. Asiakkaille tarjottiin yksilöllisiä palveluita, joissa korostettiin hoidonohjausta ja palveluntuottajien välistä yhteydenpitoa. Osana interventiota asiakkaille luotiin kokonaisvaltainen hoitosuunnitelma. Bodenmann ym. (2016, 512) totesivat, että palveluohjausinterventio vähensi 19% päivystyspoliklinikakäyntejä avainasiakkaiden osalta.

Brandon ja Chambers (2003, 637-640) tutkivat kolmen eri tasoisen intervention vaikutusta taloudellisesti eniten kuormittavien potilaiden käyntimääriin. Tutkimus toteutettiin perusterveydenhuollon ja sisätautien yksiköissä Yhdysvalloissa. Tutkimusjoukoksi valikoitui 10 % eniten taloudellisesti kuormittavia potilaita. Interventioita tehtiin kolmea erilaista: vähäinen, keskitasoinen ja kattava interventio. Vähäisessä interventiossa lääkäri saa listan sadasta kalleimmasta potilaasta. Lääkärille annettiin ohjeita potilaiden seurannasta ja palvelukäyttämiseen vaikuttamisesta. Näitä keinoja olivat säännölliset vastaanottoajat ja hoitajan puhelinkontakti päivystyksellisen hoitokäynnin jälkeen. Keskitasoisessa interventiossa kevyen intervention lisäksi lääkäri sai alustavan listan sadasta kalleimmasta potilaasta ja myöhemmin päivitetyn listan heistä, joilla oli päivystyskäynti, sairaalahoitojakso tai ei saapunut seurantakäynnille kahden viikon kuluessa sairaalahoitojaksosta. Kattavassa interventiossa edeltävien interventioiden lisäksi palveluohjaaja otti yhteyttä niihin asiakkaisiin, jotka eivät tulleet tarkastuskäynnille kahden viikon kuluessa edellisestä kontaktista. Palveluohjaaja kartoitti esteitä ja mahdollisuuksia seurantakäynnille perusterveydenhuollon lääkärin kanssa. Tutkimukseen osallistuneiden lääkäreiden mukaan, keskitason interventio oli käyttökelpoisin. Keskitason interventio on tutkimuksen mukaan kustannustehokkain ja myös vaikuttavin, koska kustannusten väheneminen tapahtui pienellä työpanoksella. (Brandon & Chambers 2003, 637-640.)

Edgren ym. (2016, 344-350) tutkivat puhelunkontakteihin perustuvan palveluohjauksen vaikutusta päivystyspoliklinikoiden avainasiakkaiden suurkäyttöön. Tutkimus toteutettiin Ruotsissa kolmen eri kunnan alueella. Avainasiakkaat kartoitettiin potilastietokannoista ja interventioryhmään satunnaisesti asiakkaat kutsuttiin aloitustapaamiseen. Tapaamisessa asiakkaille tehtiin strukturoitu haastattelu, jossa kartoitettiin sosiaalinen- ja terveydellinen anamneesi. Tämän selvityksen perusteella, tehtiin yksilöllinen palvelusuunnitelma. Tätä seurasi säännölliset puhelinkontaktit hoitajan toimesta, joissa ei tarjottu terveysneuvontaa vaan ensisijaisesti ohjattiin eri sosiaali- ja terveyspalveluiden piiriin. Interventiota suorittaville hoitajille annettiin palautetta heidän potilaiden palvelukäyttäytymisen kehittymisestä. Tämän palautteen myötä interventiota kehitettiin. Edgren ym. (2016, 350) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajan suorittama, puhelinkontaktiin perustuva palveluohjaus tarkalla asiakasvalinnalla, henkilöstön koulutuksella ja keskitetyllä toiminnalla vähentää merkittävästi terveyspalveluiden käyttöä. Tutkijat myös toteavat, että kyseinen toimintamalli voidaan ottaa käyttöön myös suuremmissa mittakaavassa. (Edgren ym. 2016, 344-350.)

Peddie ym. (2011, 61-66) selvittävät tutkimuksessaan palvelusuunnitelman todellista vaikutusta avainasiakkaiden käyntimääriin. Tutkimus on tehty Uudessa-Seelannissa. Tutkimusaineistona heillä on jo aiemmin tehty kohorttitutkimus terveyspalveluiden suurkäytöstä, jossa osalle oli tehty epävirallinen palveluohjaussuunnitelma, sekä uusi kohorttitutkimus samankaltaiselle suurkäyttäjien ryhmälle, joille tehdään palveluohjaus. Avainasiakkuus ilmenee potilastietojärjestelmästä, joka ilmoittaa, kun asiakkaalla on kuusi kontaktia vuodessa. Palveluohjaukseen koulutettu sairaanhoitaja tekee apunaan kulloinkin soveltuvan sidosryhmän edustajan kanssa yksilöidyn palveluohjaussuunnitelman avainasiakkaille päivystyspoliklinikan lääkärin ohjauksessa. Suunnitelma sisältää avainasiakkaan sosiaalisen ja terveydellisen anamneesin ja ohjeet muille hoitoon osallistuville ammattilaisille. Haastavimpien avainasiakkaiden tapauksissa järjestetään moniammatillinen tapaaminen, joihin myös asiakkaalla itsellään on mahdollisuus osallistua. Hoitosuunnitelmat ovat nähtävillä potilastietojärjestelmässä. Tutkimuksen tuloksena ei voitu todeta, että tämän kaltainen palveluohjaus olisi merkittävästi vähentänyt avainasiakkaiden kontaktien määrää päivystyspoliklinikalla. Peddie ym. (2011, 66) toteavat, että suurkäyttö vähenee luonnollisesti neljän vuoden tutkimusjakson aikana. Toisaalta tekijät eivät myöskään kiellä palvelusuunnitelman hyödyllisyyttä. (Peddie ym. 2011, 61-66.)

Reinius ym. (2013, 327-334) tutkivat puhelunkontakteihin perustuvan palveluohjauksen vaikuttavuutta avainasiakkaiden käyntimääriin ja henkilökohtaisen hyvinvoinnin lisääntymiseen. Tutkimus on tehty Ruotsissa Karoliinisessa instituutissa. Avainasiakkaat löydettiin potilastietojärjestelmän

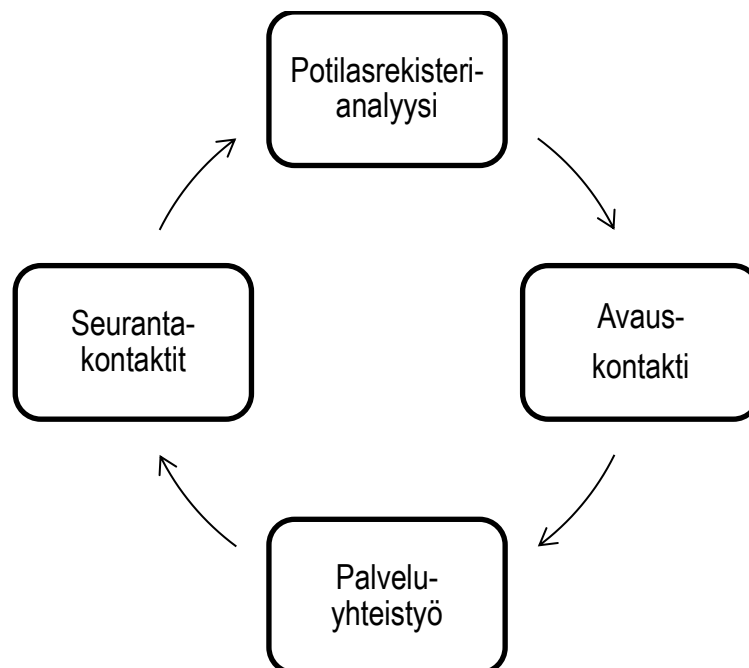
avulla. Interventoryhmään satunnaisesti valituille lähetettiin kirje, jossa kerrottiin heihin otettavan puhelimitse yhteyttä ja tarjottiin mahdollisuutta palveluohjaushoitajan tapaamiseen. Kirjeessä oli myös ohje jatkokontakteista kieltäytymiseen. Ensimmäisellä tapaamisella strukturoidulla haastattelulla kartoitettiin asiakkaan sosiaalinen ja terveydellinen tila, sekä asiakas vastasi elämänlaatukyselyyn. Haastattelusta saadun tiedon perusteella sairaanhoitaja loi kuvan asiakkaan tilanteesta painottuen sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien ymmärtämiseen. Tämän pohjalta tehtiin asiakkaalle yksilöllinen palvelusuunnitelma, jonka toimivuutta arvioitiin puhelinkontakteissa 1-2 viikon välein ja suunnitelmaa muokattiin tarpeen mukaan. Puheluissa arvioitiin potilaan riskiä hakeutua päivystyspoliklinikalle ja sen perusteella sovittiin seuraava kontakti. Tutkimuksen ajan myös jokaisen palveluohjaushoitajan tuloksia arvioitiin. Reinius ym. (2013, 334) toteavat, että puhelinkontakteihin perustuva avainasiakkaiden palveluohjaus vähentää päivystyspoliklinikka- ja perusterveydenhuoltokäyntejä sekä lyhentää sairaalahoitajaksoja. 84 % tutkimukseen osallistuneista avainasiakkaista kokivat saavansa parempaa terveystalveta ja 82 % koki elämänlaatusa parantuneen. (Reinius ym. 2013, 327-334.)

Shumway ym. (2008, 155-164) tutkivat palveluohjauksen kustannustehokkuutta verrattuna normaaliin päivystyspoliklinikkahoitoon. Tutkimus on tehty San Franciscossa, Yhdysvalloissa. Avainasiakkaiden lukumäärä oli niin suuri, että palveluohjauksen resurssit kohdennettiin valikoituihin henkilöihin. Palveluohjausesimies loi kontaktin avainasiakkaaseen päivystyspoliklinikkakäynnin yhteydessä. Tutkimukseen valikoituneet henkilöt haastateltiin ja tutkimukseen suostuneet jaettiin satunnaisesti tutkimus- ja verrokkiryhmiin. Palveluohjausryhmässä oleville avainasiakkaille tehtiin palvelutarpeenarviointihaastattelu, tarjottiin kriisiapua, yksilö- ja ryhmäterapiaa, sosiaaliavustusta, kontakteja terveystalvetauihin, päihdehuoltoa ja tukea hoidon jatkuvuuteen. Palveluohjauksesta vastasivat pääsääntöisesti psykiatriaan suuntautuneet sosiaalityöntekijät yhteistyössä sairaanhoitajan, lääkärin ja psykiatrin kanssa. Tutkimuksen tuloksena todetaan, että palveluohjaus vähentää avainasiakkaiden psykososiaalisia ongelmia ja päivystyspoliklinikan käyntimääriä sekä siitä aiheutuvia kustannuksia. (Shumway ym. 2008, 155-164.)

5.2 Kehittämisvaiheen tulokset

Palvelukokonaisuus rakentuu kehämäisesti toisiaan seuraavista osa-alueista (kuvio 5): potilasregisterianalyysistä, avauskontaktista kirjeitse, palveluyhteistyöstä sopimisesta asiakkaan peruster-

veydenhuollon palveluyksikön kanssa ja seurantakontakteista puhelimitse sekä palvelun vaikuttavuuden arvioinnista. Palvelukokonaisuuden ylläpitoon on mitoitettu yksi toimitustyöaikaa tekevä kokopäiväinen työntekijä. Jotta palvelukokonaisuuden tuottamat suorat säästöt kattavat henkilöstökustannukset, tulee avainasiakkaiden aiheuttamien yksikköhälytysten määrän vähentyä 50 % (Ehrola, haastattelu 15.5.2017). Tutkimuksissa (Bodenmann ym. 2016, 512, Reinius ym. 2012, 331) palveluohjauksen on todettu vähentäneen käyntimääriä päivystyspoliklinikoilla noin 20 %, mutta jopa 40 % (Edgren 2016, 350), joten tämän palvelukokonaisuuden tulee tuottaa säästöjä myös välillisesti, esimerkiksi vähentämällä asiakkaiden päivystyspoliklinikkakäyntejä. Yksi työntekijä pystyy Reiniuksen ym. (2013, 330) mukaan ylläpitämään hoitosuhdetta 50-75 potilaan kanssa, mutta nyt esiteltävä palvelukokonaisuus ei ole yhtä laaja, kuin kyseisessä tutkimuksessa. Alatalo ym. (2017, 26) löysivät toimialueeltamme yhteensä 159 avainasiakasta, joista osa tulee väistämättä jäämään palvelukokonaisuuden ulkopuolelle joko siitä syystä, ettei asiakkaaseen saada yhteyttä tai ettei asiakas halua osallistua palvelukokonaisuuteen. Palvelukokonaisuudessa tukeudutaan myös suurelta osin jo olemassa oleviin palvelurakenteisiin sidosryhmäyhteistyön kautta, joten yhden palvelukokonaisuuden parissa työskentelevä ensihoitajan työmäärä ei kasva liian suureksi.



KUVIO 5. Palvelukokonaisuus ensihoidon avainasiakkaille

Potilasrekisteristä suoritetaan haku, jolla etsitään avainasiakkaita. Avainasiakkaan määritelmä tulee tehdä tarkoitukseen sopivaksi (Löfgren & Okkonen 2016, 38). Haku suoritetaan kolmen kuukauden välein (Brandon & Chambers 2003, 639). Avainasiakkuuden ilmeneminen järjestelmästä tulisi olla automaattista ja reaaliaikaista siten, että avainasiakkuuden kriteerien täytyessä asiakkuus tulisi palvelukokonaisuuden parissa työskentelevien tietoon. (Bodenmann ym. 2016, 509, Brandon & Chambers 2003, 640.) Potilasrekisterianalyyysilla myös seurataan jo palvelukokonaisuuden piirissä olevien asiakkaiden ensihoitopalvelun käyttöä. Tällä tavoin saadaan tietoa intervention vaikutuksesta. Käytännössä palvelukokonaisuuden parissa työskentelevä ensihoitaja (myöhemmin avainasiakasmanageri) suorittaa kolmen kuukauden välein avainasiakkuushaun Merlot Medi -potilastietojärjestelmästä. Toimialueemme avainasiakkaan määritelmä on esitetty luvussa 2.1.5, mutta tarkastelujakso voidaan lyhentää vuodesta kuuteen kuukauteen ja puolittaa myös raja-arvot tähän tarkastelujaksoon sopivaksi (Edgren ym. 2015, 345, Reinius ym. 2012, 328).

Kun avainasiakas löydetään potilasrekisteristä, hänelle lähetetään kirjeitse tieto palvelukokonaisuuteen kuulumisesta. Samassa kirjeessä kerrotaan tarkemmin palvelukokonaisuudesta ja yleisesti sosiaali- ja terveyspalveluista. Kirjeestä ilmenee yhteystiedot avainasiakasmanagerille, jotta asiakkaalla on mahdollisuus saada lisätietoa palvelukokonaisuudesta myös puhelimitse. Kirjeessä on mukana suostumuslomake tietojen vaihtoon muiden viranomaisten kanssa. Suostumus tietojen vaihtoon on edellytys palvelukokonaisuuden jatkumiselle, koska muutoin viranomaisen ei saa luovuttaa salassa pidettäviä tietoja toiselle viranomaiselle (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b). Asiakas voi myös suoraan kieltää yhteydenotot ja tietojen vaihdon samalla lomakkeella (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b). Kirjeen mukana on kyselylomakkeet koskien asiakkaan elämänlaatua, muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä, terveydentilaa ja toimeentuloa. Tavoitteena on selvittää juurisyytä ensihoidon avainasiakkuuteen, jotta siihen voidaan vaikuttaa palvelukokonaisuuden seuraavassa vaiheessa. Asiakasta pyydetään palauttamaan suostumuslomake sekä muut lomakkeet palautuskuorella kahden viikon kuluessa. Jos asiakkaalta ei saada mitään vastausta kuukauden kuluessa, soittaa avainasiakasmanageri avainasiakkaalle. Ellei asiakkaaseen saada puhelimitsekaan yhteyttä, hän ei jatka palvelukokonaisuuden piirissä. (Edgren ym. 2015, 345, Reinius ym. 2013, 328, Shumway ym. 2007, 157.)

Kun suostumus tietojen vaihtoon saadaan kirjallisena, aloitetaan palveluyhteistyö asiakkaan perusterveydenhuollon yksikön kanssa. Palveluyhteistyön aloittaminen on olennaista, koska ensihoidon avainasiakas voi olla myös perusterveydenhuollon avainasiakas ja hän voi olla jo jonkin pal-

velukokonaisuuden piirissä. Myös asiakkaan hoitovastuu on perusterveydenhuollon yksikössä, joten resurssit asiakkaan palvelukokonaisuuden yksilöllistämiseen on perusterveydenhuollon yksikössä. Varhaisella yhteistyöllä vältetään päällekkäisyyksiä prosessissa ja voimavarat voidaan ohjata tehokkaasti. Perusterveydenhuollon yksikkö tarvitsee tiedot ensihoidon avainasiakkaan ensihoitotehtävien sisällöstä, jotta tietoa voidaan verrata yksikön omiin tietoihin ja mahdollisesti jo olemassa olevaan palvelukokonaisuuteen. Tässä yhteydessä käydään läpi perusterveydenhuollon toimenpiteet ensihoidon avainasiakkaan kohdalla, sovitaan avainasiakasmanagerin tekemien seurantakontaktien sisällöstä, määrästä ja frekvenssistä sekä palvelukokonaisuuden vaikuttavuuden arvioinnista sekä raportoinnista. Avainasiakasmanageri käy läpi myös avainasiakkaan palauttamien kyselylomakkeiden sisällön perusterveydenhuollon yksikön kanssa. (Lääkäripoolin palvelupäällikkö, haastattelu 23.5.2017, Palveluesimies 1, haastattelu 13.11.2017, Palveluesimies 2, haastattelu 13.11.2017, Palveluesimies 3, haastattelu 13.11.2017, Palveluesimies 4, haastattelu 13.11.2017.)

Avainasiakasmanageri ottaa yhteyttä palvelukokonaisuudessa mukana oleviin avainasiakkaisiin puhelimitse viikoittain tai joka toinen viikko (Reinius ym. 2013, 330, Edgren ym. 2016, 345) ja asiakkaille tarjotaan myös mahdollisuus ottaa yhteyttä avainasiakasmanageriin tiettyinä kellonaikoina (Bodenmann 2016, 510). Yhteydenotoissa keskitytään asiakkaan tilanteeseen niin terveydellisesti, sosiaalisesti ja ekonomisesti, kokemuksiin palvelukokonaisuudesta, toiveisiin jatkon suhteen. Samalla käydään läpi asiakkaan palvelukäyttäytymistä eli sitä, onko ensihoitopalvelun käyttö vähentynyt. Jos toivottua kehitystä ei ole tapahtunut, mietitään yhdessä asiakkaan kanssa, miten palvelua tulisi muuttaa. Kontakteissa esiinnousseet asiat kirjataan ja käydään läpi perusterveydenhuollon kanssa. Tarvittavat muutokset palvelukokonaisuuteen tehdään yhteistyössä perusterveydenhuollon ja asiakkaan kanssa. (Bodenmann 2016, 510, Hansagi ym. 2008, 38, Edgren ym. 2016, 345, Shumway 2007, 157.)

Avainasiakas on mukana palvelukokonaisuudessa ensimmäisestä puhelinkontaktista 12 kuukautta. Se on kustannustehokkain ja riittävän pitkä ajanjakso tilanteen saattamiseksi oikeaan suuntaan (Shumway ym. 2007, 163). Palvelun vaikuttavuutta arvioidaan ensihoitotehtävien määrän muutoksella, asiakkaan kokeman elämänlaadun mittareilla sekä muiden palveluiden tarpeen muutoksilla (Reinius ym. 2013, 331, Shumway ym. 2007, 158).

6 OPINNÄYTETYÖN POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuskysymykseemme, millaisia interventioita on tehty ensihoidon ja terveydenhuollon päivystyspoliklinikoiden palveluja paljon käyttäville, olemme saaneet ensihoidon avainasiakkaiden osalta heikon vastauksen ja terveydenhuollon päivystyspoliklinikoiden avainasiakkaiden osalta yksiselitteisen vastauksen. Kaiken kaikkiaan voimme todeta, että aihetta on tutkittu vähän. Etenkin sellaisia tutkimuksia, joissa intervention vaikuttavuutta on verrattu tutkimusryhmän ja verrokkiryhmän välillä, emme ole ensihoidon osalta löytäneet lainkaan. Päivystyspoliklinikoiden osalta tällaisia tutkimuksia löysimme seitsemän.

Hakuprosessissamme käsitelimme muun muassa seuraavan laisia ensihoidon interventioita. Edwards, Bassett, Sinden ja Fothergill (2015, 392-396) tutkivat Lontoossa, Iso-Britanniassa, ensihoidon avainasiakkaiden profiilia ja palveluohjauksen vaikutusta suurkäyttöön. Heidän tutkimuksessaan interventiona käytetty palveluohjaus rakentui portaittain alkaen informatiivisesta kirjeestä asiakkaalle ja edeten moniammatillisiin palvelutarpeen arviointeihin. Kyseisen tutkimuksen tuloksena on merkittävä ensihoitoa koskevien hätäpuheluiden väheneminen tutkittavien osalta. Edwards ym. (2015) tutkimus ei läpäise kirjallisuuskatsauksemme sisäänottokriteereitä, koska siitä puuttuu verrokkiryhmä. Mielenkiintoista tutkimuksessa on kuitenkin tutkijoiden pohdinta aiheesta, jonka mukaan ensihoidon avainasiakkaat ovat moniongelmainen ryhmä, joiden palvelukäyttämiseen puuttumiseen tarvitaan yksilöity ongelmien kartoitus ja palvelusuunnitelman tekeminen. (Edwards ym. 2015, 392-396.)

Tadros, Castillo, Chan, Jensen, Patel, Watts ja Dunford (2011, 541-547) tutkivat San Diegossa, Yhdysvalloissa, ensihoidon avainasiakkaita. Heidän tutkimuksessaan selvitettiin ensihoitovetoisen palveluohjauksen vaikutusta suurkäyttöön. Palveluohjaus sisälsi palveluohjaajan puhelinkontaktin avainasiakkaaseen, jossa ohjaaja selvitti asiakkaan sosiaali- ja terveystarpeet. Syyt ensihoidon ja päivystyksellisten palveluiden suurkäyttöön selvitettiin ja asiakas sai valistusta niiden käytöstä. Ohjaaja yhteistyössä sidosryhmien kanssa suunnitteli asiakkaalle tarkoituksenmukaisen palvelukokonaisuuden. Tutkimus ei läpäissyt sisäänottokriteereitämme verrokkiryhmän puuttumi-

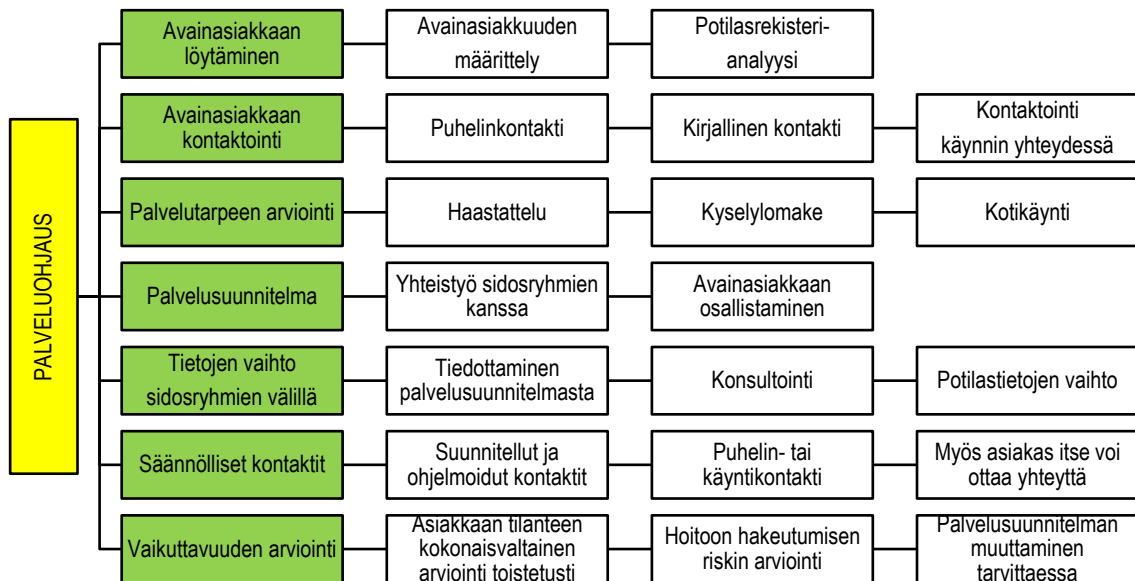
sen vuoksi. Tutkimuksen tuloksena on, että kyseinen interventiomalli vapauttaa ensihoidon resursseja ja laskee kustannuksia. Tutkijat itsekin toteavat tutkimuksensa pohdinnassa, että verrokkiryhmän puuttuminen heikentää tutkimuksen arvoa ja voi vääristää tuloksia. Tadros ym. (2011, 541-547) kuitenkin alleviivaa, että avainasiakkaiden palvelukäyttäytymisen parantamisessa on informaatioteknologialla ja palveluntuottajien välisellä toimivalla tietojenvaihdolla suuri merkitys.

Kaikki analyysivaiheen tutkimuksemme koskevat terveydenhuollon päivystyspoliklinikan avainasiakkaille tehtyjä interventioita. Viidessä tutkimuksessa (Bodenmann ym. 2016, 508-515, Edgren ym. 2016, 344-350, Peddie ym. 2011, 61-66, Reinius ym. 2012, 327-334 ja Shumway ym. 2007, 155-164) on käytetty interventiona palveluohjausta. Hansagi ym. (2008, 34-39) tutkivat interventiona tietojenvaihtoa päivystyspoliklinikan ja perusterveydenhuollon välillä. Brandon ym. (2003, 637-640) tutkivat tietojärjestelmien reaaliaikaista käyttöä ja eritasoisten interventioiden hyödyntämistä taloudellisesti kuormittavien käyntien välttämiseen. Brandon ym. (2003, 637-640) työtä lukuun ottamatta kaikissa analyysivaiheen tutkimuksissa on esitetty selkeästi tutkimuksen rajoitteet.

Vastauksena tutkimuskysymykseemme olemme saaneet päivystyspoliklinikoiden avainasiakkaiden osalta sen, että palveluohjaus vähentää tutkitusti suurkäyttöä. Avainasiakkaille kohdistettavan palveluohjauksen täytyy olla keskitettyä. Avainasiakkaat tulee löytää tehokkaasti, reaaliaikaisia tietojärjestelmiä hyväksi käyttäen. Avainasiakkaisiin täytyy ottaa yhteyttä ja pyytää suostumus palveluohjaukseen sekä motivoida heitä siihen. Tämän jälkeen heidän kokonaisvaltainen palvelutarve arvioidaan ja selvitetään syyt akuuttien terveystalvveluiden epätarkoituksenmukaiseen käyttöön. Asiakkaille annetaan valistusta ja tietoa terveystalvveluiden oikeanlaisesta käytöstä. Avainasiakkaille tehdään yhteistyössä sidosryhmien kanssa yksilöity palvelusuunnitelma, jonka vaikuttavuutta seurataan aktiivisesti säännöllisillä kontakteilla ja käyntimäärien seurannalla. Asiakas osallistetaan palvelusuunnitelman tekemiseen ja sen vaikuttavuuden seurantaan. Interventiona toimivan palveluohjauksen onnistumisessa on tärkeää hyvät potilastietojärjestelmät ja kommunikaatio sosiaali- ja terveystalvvelujen tuottajien välillä.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksemme lopputuloksena pidämme sitä, että ensihoidon avainasiakkaiden osalta tutkitusti vaikuttavia interventioita ei ole tehty. Tässä on siis selkeä tutkimustiedon puute kansallisesti ja kansainvälisesti. Päivystyspoliklinikoiden avainasiakkaiden osalta katsauksemme osoittaa, että palveluohjaus laadukkaasti toteutettuna voi vähentää suurkäyttöä. Oulu-Koivulimaan pelastuslaitoksen ensihoidon tulosalueen avainasiakkaiden interventiomallissa tulemme

hyödyntämään kirjallisuuskatsauksen tulosta siten, että interventio toimii palveluohjausprosessin (kuvio 6) kaltaisesti.



KUVIO 6. Palveluohjausprosessin kuvaus tulosten analysoinnin perusteella

6.2 Kehittämisvaiheen tulosten tarkastelu

Lähtökohtana palvelukokonaisuuden kehittämiseksi oli sen soveltuvuus alueemme avainasiakkaille ja olemassa oleviin palvelurakenteisiin. Tutkimusvaiheen tulosten perusteella koostimme palveluohjausprosessin ideaalimallin (kuvio 6), joka ei asiantuntijakuulemisten perusteella ollut sellaiseenaan soveltuva alueellemme. Ideaalimallin mukaisesti toimittaessa olisi luotu rinnakkainen palvelumalli jo olemassa olevaan järjestelmään. Asiakkaalle ja järjestelmälle koitunut hyöty olisi näin ollen jäänyt vähäiseksi kustannuksiin nähden.

Ymmärsimme, että uuden palvelumallin tulee olla nykyistä palvelujärjestelmää tukeva ja sen tulee käyttää jo olemassa olevia resursseja sekä siitä koituvat kustannukset tulee kattaa palvelumallilla saatavilla säästöillä. Asiantuntijakuulemisten mukaan palvelumallille, joka kartoittaa ja ohjaa avainasiakkaita, on tarvetta. Palvelumallin tulee etsiä, kontaktoida ja ohjata avainasiakkaita perusterveydenhuollon palvelujärjestelmään. Ensihoidon avainasiakkaiden osalta tämän palvelumallin toteut-

tajana voi toimia ensihoitopalvelu. Toimiakseen palvelumalli edellyttää aktiivista ja avointa yhteistyötä sidosryhmien välillä. Tämä tiivis sidosryhmäyhteistyö koskee kaikkia toimijoita, ei pelkästään ensihoitopalvelua ja perusterveydenhuoltoa.

6.3 Opinnäytetyön luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta

Palvelukokonaisuus perustuu tutkittuun tietoon ja se on altistettu ulkopuolisille arvioinneille. Tämä on työmme selkeä vahvuus. Hakuprosessi on dokumentoitu kattavasti ja avoimesti, informaation asiantuntemusta hyödyntäen. Olemme noudattaneet hyvien tutkimuskäytäntöjen mukaista lähdekritiikkiä ja systemaattisuutta hakutulosten ja tutkimusten analysoinnissa. Ulkopuoliset asiantuntijat ovat edustaneet oman alansa vahvaa substanssiosaamista, ilman sidonnaisuuksia. Myöskään meillä ei ole sidonnaisuuksia.

Opinnäytetyömme eettiset kysymykset koskevat työn luotettavuutta, koska kohderyhmänä eivät olleet ihmiset. Olemme työskennelleet opinnäytetyömme tutkimus- ja kehittämisvaiheissa hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Käytäntöön kuuluu muun muassa rehellisyys ja avoimuus, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Muiden tutkijoiden työ on huomioitu ja tunnustettu sekä lähdeviittaukset merkitty. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, 3.)

Palvelukokonaisuus ei kuitenkaan vastaa täydellisesti tutkimuksissa esitettyjä palvelumalleja. Sitä sovelletaan tutkimuksista poikkeavassa ympäristössä, järjestelmässä ja toimialalla. Tämä luo epävarmuutta palvelukokonaisuuden toimivuuden, vaikutusten ja vaikuttavuuden arviointiin. Tietoperustassa käytettyjen tutkimusten tulokset eivät ole suoraan sovellettavissa tekemäämme palvelumalliin. Työmme lopputuloksena oleva palvelukokonaisuus on teoreettinen eikä sitä ole testattu.

6.4 Jatkokehittämishaasteet

Tämän työn lähtökohtana on ollut ensihoidon avainasiakkuus ja tutkimustiedon puute sen osalta. Kehittämistyömme on vastannut kansalliseen tutkimustiedon puutteeseen luoden avainasiakkuuden määritelmän, tutkinut ilmiön volyyymiä ja asiakkaiden profiilia alueellisesti, tutkinut interventioita kansainvälisesti ja luonut palvelumallin ensihoidon avainasiakkaille. Työmme on ainutlaatuinen ensihoidon avainasiakkuuden tutkimisessa ja kehittämisessä.

Kirjallisuuskatsauksemme osoittaa vakavan puutteen ensihoidon avainasiakkuuden tutkimustiedosta kansainvälisesti. Hakuprosessimme mukaan tutkimusta, jossa ensihoidon avainasiakkaille tehtyjen interventioiden vaikuttavuutta olisi tutkittu laadukkaasti, ei ole olemassa. Päivystyspoliikkian suurkäyttäjille tehtyjä vastaavia tutkimuksia on tehty muutama. Itse ensihoidon avainasiakkuus ilmiönä ei ole uusi tai tuntematon ja aiheeseen liittyviä julkaistuja tutkimuksia on tehty muun muassa Iso-Britanniassa (Edwards ym. 2015, 392-396.) ja Yhdysvalloissa (Tadros ym. 2011, 541-547.). Yhdessäkään löytämässämme ensihoidon avainasiakkuustutkimuksessa ei ole käytetty tutkimusasettelussa verrokkiryhmää, joten tulosten vaikuttavuus on hyvin heikko ja ei siksi ole mukana kirjallisuuskatsauksemme tuloksissa.

Keskeisimpänä jatkokehittämishaasteena pidämme ensihoidon avainasiakkaille suunnatun intervention pilotointia ja laadukkaan tutkimushankkeen perustamista sen yhteyteen. Tutkimuksen tulisi tuottaa tietoa nimenomaan intervention vaikuttavuudesta käyttäen tutkimusryhmää ja verrokkiryhmää. Tässä hankkeessa kehittämämme palvelumalli tulisi tuoda käytäntöön Oulu-Koillismaan pelastuslaitoksen tai vastaavaan ensihoidon palveluntuottajan toimesta. Pilotointiin tulisi resursoida aikaa kolme vuotta, joka sisältää luvussa 5.3 kuvaamamme palvelukokonaisuuden sekä tutkimuksen. Tutkimuksella tulisi selvittää tutkimus- ja verrokkiryhmää käyttäen palvelumallin vaikuttavuus; Kokevatko avainasiakkaat hyötyä palvelusta? Vapautuuko ensihoidon resursseja? Mikä on palvelun kokonaiskustannushyöty tai -tappio? Kokevatko ensihoitajat palvelun vaikuttavan työhyvinvointiin?

Tulevaisuudessa, kun julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto on maakuntien järjestämisvastuulla, tulisi kehittää avainasiakkuustoimintaa palvelemaan koko sosiaali- ja terveysalaa. Koko sosiaali- ja terveysalaa palveleva keskitetty avainasiakkaiden koordinointi ja palveluohjaus voisi tehostaa palveluja ja tuoda kustannushyötyä. Näin laajan palvelukokonaisuuden integroiminen laajaan sosiaali- ja terveyspalveluverkostoon kohtaa varmuudella monia käytännön haasteita, kuten tietojärjestelmät, mutta yhteiskunnallisten syiden ja kansalaisten hyvinvoinnin kannalta tällaisen palvelun mahdollisuudet tulisi selvittää.

6.5 Opinnäytetyöprosessin pohdinta

Mielenkiintomme tähän aiheeseen on herännyt omakohtaisista kokemuksistamme ensihoitotyöstä ja ensihoidon asiakasprofiilista. Vuosien varrella olemme havainneet, että ensihoitopalvelua kokee tarvitsevana suuri joukko sellaisia ihmisiä, joiden avuntarpeeseen ensihoitopalvelua ei ole tarkoituksenmukaista käyttää. Ilmiönä ensihoitopalvelun suuren käyttö on Suomessa epävirallista tietoa, koska tutkimusta aiheesta ei ole. Suuren käyttö on kokemuksemme mukaan niin merkittävä osa ensihoitotyötä, että se vaikuttaa ensihoitopalvelun saatavuuteen, asiakastyytyvyyteen ja ensihoitajien työhyvinvointiin.

Tähän tutkitun tiedon puutteeseen olemme pyrkineet vastaamaan opinnäytetyöllämme. Opinnäytetyömme rakentuu useasta osa-alueesta, joita on työstetty useiden eri asiantuntijoiden ja yhteistyöryhmien kanssa. Palveluinterventioon johtavan työmme onnistumisen kannalta on ollut tärkeää, että hankkeen aiemmat AMK-opinnäytetyöt (Löfgren & Okkonen 2016, Alatalo ym. 2017) ovat saavuttaneet tavoitteensa ja projektityöskentely opinnäytetyöryhmien kesken on ollut toimivaa. Hankkeen rakenteesta johtuen opinnäytetyömme aikataulu on ollut riippuvainen näiden kahden työn etenemisestä. Aktiivisella yhteydenpidolla ja säännöllisillä palavereilla saimme pidettyä aikataulusta kiinni ja AMK-opinnäytetöistä tuli tätä työtä tukevia.

Oman työskentelyprosessimme aluksi perehdyimme suuren käyttöön ilmiönä ja systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen tutkimusmenetelmänä. Tämä vaati harjaantumista tieteellisen tekstin kriittisessä analysoinnissa ja soveltamisessa. Onnistuimme hyvin kartoittamaan kansainvälistä tutkimustietoa suuren käytöstä ja saimme muodostettua selkeän tietoperustan tutkimuksen pohjaksi. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen osoittautui haastavaksi, koska kummallakaan ei ollut aiempaa kokemusta kyseisestä metodista ja tilastollisten tutkimusten tulkitseminen oli vaikeaa. Tiedonhaussa tarvitsimme informaation tukea ja ilman hänen avustusta tutkimuksemme laatu olisi heikompi. Hakuprosessin aikana ymmärsimme, että aiheeseemme liittyvät laadukkaat tutkimukset sisältävät verrokkiryhmän, ja tämä oli käännekohta soveltuvien tutkimusten valinnassa ja tulosten analysoinnissa. Löydetyt tutkimukset luettiin useaan kertaan yhdessä ja erikseen, jotta virhetulkintoilta vältyttäisiin ja mielestämme onnistuimme analyysivaiheen tutkimusten valinnassa ennalta asetettujen kriteerien mukaisesti. Tässä vaiheessa oli ikävä todeta, ettei laadukkaita tutkimuksia ensihoidon avainasiakkaille tehdyistä interventioista löytynyt yhtään.

Tutkimusten perusteella loimme palvelukokonaisuuden ideaalimallin, jonka esittelimme asiantuntijaryhmälle. Asiantuntijaryhmältä saadun palautteen perusteella ei ollut tarkoituksen mukaista luoda päällekkäistä järjestelmää palveluohjaukseen, koska aihe on haastava, ensihoidolla vähän substanssiosaamista palveluohjauksesta ja päävastuu asiakkaan hoidosta on kuitenkin perusterveydenhuollolla. Ideaalimallin mukaisen palvelukokonaisuuden tuomat laskennalliset säästöt eivät myöskään kattaisi siitä aiheutuvia kustannuksia. Asiantuntijaryhmältä saadun ohjauksen perusteella muokkasimme palvelukokonaisuudesta asiakkaita ohjaavan mallin, joka tukeutuu jo olemassa oleviin palvelurakenteisiin. Esittelimme uuden palvelukokonaisuuden toiselle asiantuntijaryhmälle, joka koostui Oulun kaupungin hyvinvointikeskusten palveluesimiehistä. Saimme heiltä positiivisen palautteen ja kannustusta palvelukokonaisuuden käyttöönottoon sekä vahvempaan yhteistyöhön perusterveydenhuollon kanssa. Mielestämme asiantuntijaohjauksen hyödyntäminen työmme lopputuloksen kannalta oli tärkeä työvaihe. Se myös syvensi meidän osaamistamme avainasiakkuuteen vaikuttamisesta ja loi edellytyksen yhteistyön jatkolle tulevaisuudessa.

LÄHTEET

Alatalo, V., Mehtälä, R. & Pakkanen, S. 2017. Paljon ensihoitopalvelua käyttävät asiakkaat Oulu-Koillismaan pelastuslaitoksen toimialueella. Oulun Ammattikorkeakoulu.

Bodenmann, P., Velonaki, V. S., Griffin, J. L., Baggio, S., Iglesias, K., Moschetti, K., Ruggeri, O., Burnand, B., Wasserfallen, J. B., Vu, F., Schupbach, J., Hugli, O. & Daepfen, J. B. 2016. Case Management may Reduce Emergency Department Frequent use in a Universal Health Coverage System: a Randomized Controlled Trial. *Journal of general internal medicine*.

Brandon, W. R. & Chambers, R. 2003. Reducing emergency department visits among high-using patients. *The Journal of family practice* 52 (8), 637-640.

Centre for reviews and dissemination 2009. Systematic review. CRD's guidance for undertaking reviews in health care. Viitattu 8.1.2018. https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic_Reviews.pdf

Danielsson-Ojala 2016. Järjestelmällinen katsaus Joanna Briggs instituutin mukaisesti. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Turku: Juvenes Print.

Edgren, G., Anderson, J., Dolk, A., Torgerson, J., Nyberg, S., Skau, T., Forsberg, B. C., Werr, J. & Ohlen, G. 2016. A case management intervention targeted to reduce healthcare consumption for frequent Emergency Department visitors: results from an adaptive randomized trial. *European journal of emergency medicine: official journal of the European Society for Emergency Medicine* 23 (5), 344-350.

Edwards, M. J., Bassett, G., Sinden, L. & Fothergill, R. T. 2015. Frequent callers to the ambulance service: patient profiling and impact of case management on patient utilisation of the ambulance service. *Emergency medicine journal: EMJ* 32 (5), 392-396.

Ehrola, A. 2017. Ensihoitopäällikkö, Oulu-Koillismaan pelastuslaitos. Haastattelu 15.5.2017.

Etelälahti, T. 2013. Ensihoidon palvelutaso. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. (toim.) 2013. Ensihoito. Helsinki: SanomaPro Oy.

Hansagi, H., Olsson, M., Hussain, A. & Ohlen, G. 2008. Is information sharing between the emergency department and primary care useful to the care of frequent emergency department users? European journal of emergency medicine: official journal of the European Society for Emergency Medicine 15 (1), 34-39.

Hirsjärvi, S., Sinivuori, E., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

JB1 Kriittisen arvioinnin tarkistuslista kokeelliselle tutkimukselle 2013. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 28.4.2017. http://www.hotus.fi/system/files/JB1_Exp_appraisal.pdf.

Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto. Hoitotieteenlaitoksen julkaisuja A:51/2007. Turku: Digipaino-Turun Yliopisto.

Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus – tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto. Hoitotieteenlaitoksen julkaisuja A:51/2007. Turku: Digipaino-Turun Yliopisto.

Lemetti & Ylönen 2016. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusartikkelien arviointi. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Turku: Juvenes Print.

Leskelä, R-L., Komssi, V., Sandström, S., Pikkujämsä, S., Haverinen, A., Olli, S-L. & Ylitalo-Katajisto, K. 2013. Paljon sosiaali- ja terveystalvuluja käyttävät asukkaat Oulussa. Suomen Lääkärilehti 48/2013.

Lääkärivoolin palvelupäällikkö. 2017. Oulun kaupunki. Haastattelu 23.5.2017.

Löfgren, J. & Okkonen, J. 2016. Ensihoitopalvelun suurkäyttö – systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Oulun ammattikorkeakoulu.

Munn, Z., Tufanaru, C. & Aromataris, E. 2014. Systematic reviews, step by step. *The American Journal of Nursing*, 114 (7), 49-54.

Määttä T. 2013. Ensihoitopalvelun organisointi. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. (toim.) 2013. *Ensihoito*. Helsinki: SanomaPro Oy.

Oulu-Koillismaan Pelastuslaitos. 2017. Ensihoitopalvelu. Viitattu 20.1.2017. <http://www.ouka.fi/oulu/pelastuslaitos/ensihoitopalvelu>.

Palomäki, G. & Piirtola, H. 2012. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus terveydenhuollon hoitoketjuista ja niiden vaikuttavuudesta. *Opinnäytetyö*. Tampereen ammattikorkeakoulu. Viitattu 22.5.2017, https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/44246/Palomaki_Gitta_Piirtola_Heli.pdf.

Palveluesimies 1. 2017. Oulun kaupunki. Haastattelu 13.11.2017.

Palveluesimies 2. 2017. Oulun kaupunki. Haastattelu 13.11.2017.

Palveluesimies 3. 2017. Oulun kaupunki. Haastattelu 13.11.2017.

Palveluesimies 4. 2017. Oulun kaupunki. Haastattelu 13.11.2017.

Peddie, S., Richardson, S., Salt, L. & Ardagh, M. 2011. Frequent attenders at emergency departments: research regarding the utility of management plans fails to take into account the natural attrition of attendance. *The New Zealand medical journal* 124 (1331), 61-66.

PPSHP:n valtuuston kokouksen pöytäkirja 12.12.2016. Viitattu 20.1.2017. <http://213.139.160.193/KTweb/>.

Pudas-Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaaminen, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L (toim.) 2007. *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun Yliopisto. Hoitotieteen-laitoksen julkaisuja A:51/2007. Turku: Digipaino-Turun Yliopisto.

Pölkki T. 2014. Hoitotyön interventiot ja niiden vaikuttavuus. *Tutkiva hoitotyö* 4/2014.

Reinius, P., Johansson, M., Fjellner, A., Werr, J., Ohlen, G. & Edgren, G. 2013. A telephone-based case-management intervention reduces healthcare utilization for frequent emergency department visitors. *European journal of emergency medicine : official journal of the European Society for Emergency Medicine* 20 (5), 327-334.

Shumway, M., Boccillari, A., O'Brien, K. & Okin, R. L. 2008. Cost-effectiveness of clinical case management for ED frequent users: results of a randomized trial. *The American Journal of Emergency Medicine* 26 (2), 155-164.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017a. Ensihoito. Viitattu 20.1.2017. <http://stm.fi/ensihoito.7>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017b. Asiakas- ja potilastietojen salassapito. Viitattu 27.11.2017. <http://stm.fi/asiakastietojen-potilastietojen-salassapito>

Tadros, A. S., Castillo, E. M., Chan, T. C., Jensen, A. M., Patel, E., Watts, K. & Dunford, J. V. 2012. Effects of an Emergency Medical Services-based Resource Access Program on Frequent Users of Health Services. *Prehospital Emergency Care* 16 (4), 541-547. <http://search.ebsco-host.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=104415866&site=ehost-live>

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Viitattu 20.1.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Helsinki. Viitattu 8.1.2018. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf.

Valkeapää, K. 2016. Tutkimusaineiston valinta systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Turku: Juvenes Print.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki. Viitattu 20.1.2017. <https://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>.

LIITTEET

EBSCO - Cinahl Academic & Search Elite, hakutermit ja -rajaukset

LIITE 1

Hakupäivä 22.2.2017

(MH ("emergency service" OR "emergency medical services" OR "transportation of patients" OR ambulances OR "emergency care" OR "prehospital care")) AND AB ((utilization or utilitzer* OR visit* OR usage OR caller* OR attend*)) AND AB ((frequent OR heavy OR super* OR high OR overutili* OR "over-usage" OR "over-use*")) AND AB interventio*

Published Date: 2000.01.01-2016.12.31

Hakupäivä 22.2.2017

((((interventio*[Title/Abstract]) AND ((frequent*[Title/Abstract] OR heavy*[Title/Abstract] OR super*[Title/Abstract] OR high*[Title/Abstract] OR overutili*[Title/Abstract] OR "over-use"*[Title/Abstract] OR "over-usage"[Title/Abstract]))) AND (((utilization[Title/Abstract] OR utilizer*[Title/Abstract] OR visit*[Title/Abstract] OR usage[Title/Abstract] OR caller*[Title/Abstract] OR calls[Title/Abstract] OR call[Title/Abstract] OR attend*[Title/Abstract])) OR utilization[MeSH Subheading])) AND (((("emergency medical services" or "emergency service, hospital" or "transportation of patients" or "ambulances"[MeSH Terms])) OR ("emergency medical service"*[Title/Abstract] OR "emergency service"*[Title/Abstract] OR "transportation of patients"[Title/Abstract] OR "ambulance"*[Title/Abstract] OR paramedic[Title/Abstract] OR prehospital[Title/Abstract] OR "emergency room"*[Title/Abstract] OR "accident department"[Title/Abstract] OR "emergency department"*[Title/Abstract])))

Published Date: 2000.01.01-2016.12.31

Language: English

Hakupäivä 22.2.2017

tak("emergency service" or "emergency medical service*" or "transportation of patients" or ambulance* or "emergency care" or "prehospital care" or "hospital emergency service*" or paramedic or "pre-hospital") AND tak(utlization or utilitzer* or visit* or usage or caller* or call or calls or attend*) AND tak(frequent or heavy or super* or high or overutili* or "over-usage" or "over-use*") AND tak(interventio*)

Published Date: 2000.01.01-2016.12.31