

Anne Hannus, Tommi Kurkela, Minna Palokangas

MULTUM, NON MULTA

Paljon Oulun seudun yhteispäivystyksessä asioivien profilointia sekä sosiaali- ja terveystalvelujen kokonaiskäytön kustannukset

MULTUM, NON MULTA

Paljon Oulun seudun yhteispäivystyksessä asioivien asiakkaiden profilointia sekä heidän sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaiskäytön kustannukset

Anne Hannus
Tommi Kurkela
Minna Palokangas
Opinnäytetyö
Sosiaali- ja terveysalan yksikkö
Liiketalouden yksikkö
Syksy 2015
Master-tutkinto, kehittäminen ja johtaminen
Oulun ammattikorkeakoulu

Multum, non multa – Paljon, mutta ei monta



TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Master-tutkinto, kehittäminen ja johtaminen

Tekijät: Hannus A., Kurkela T. & Palokangas M.

Opinnäytetyön nimi: MULTUM, NON MULTA - Paljon Oulun seudun yhteispäivystyksessä asioiden profilointia sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaiskäytön kustannukset

Työn ohjaaja: Yliopettaja Koivunen K., Yliopettaja Sandelin P. & Lehtori Jokinen K

Työn valmistusluku- ja vuosi: syksy 2015

Sivumäärä: 67 + 1

Tämän hetken poliittisessa päätöksenteossa keskeisessä asemassa olevan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain yhtenä tarkoituksena on pienentää valtiontalouden pitkän aikavälin kestävyysvajetta, jonka yhtenä keinona on julkisten palveluiden kustannusten kasvun hillitseminen ja palveluiden vaikuttavuuden parantaminen. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää asiakas- ja potilastietojärjestelmien avulla Oulun seudun yhteispäivystyksessä (OSYP) paljon asioiden asiakkaiden profiileja. Tarkoituksena oli selvittää heidän käyttämänsä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut vuoden 2014 ajalta sekä palvelujen käytön kustannukset.

Tutkimus on retrospektiivinen rekisteritutkimus, jonka aineisto koostuu Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja Oulun kaupungin asiakas- ja potilastietojärjestelmistä poimituista tiedoista vuodelta 2014. Tutkimusaineisto tallennettiin ja kuvailevat, tilastolliset analyysit suoritettiin Excel- ja SPSS -ohjelmilla. Tulosten mukaan paljon palveluita käyttävät ovat keski-ikäisiä ja monisairaita ihmisiä, usein elämänhallinnallisista ongelmista kärsiviä. Paljon palveluita käyttäviä asiakkaita on 0,2 % Oulun kaupunkilaisista ja he käyttivät 14,9 % kaikista Oulun kaupungin asukkaiden tekemistä yhteispäivystyskäynneistä vuonna 2014. Heille kertyi vuoden aikana yhteensä 5440 palvelutapahtumaa yhteispäivystyksessä (ka 14 palvelutapahtumaa, vähiten 6 palvelutapahtumaa ja eniten 192 palvelutapahtumaa). Useimmin tulosyynä päivystykseen olivat vammat ja myrkytykset. Tämän tulosyyn kohdalla yli 60 %:lla asiakkaista oli mielenterveys ja/tai päihdeongelmaa, ja palvelunkäyttäjien ikäjakauma oli nuorempi kuin muista syistä yhteispäivystykseen tulleiden. Lisäksi asiakkailla kertyi vuoden aikana muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttöä yhteensä 3371 käyntiä (ka 9 käyntiä, vähiten 1 käynti ja eniten 27 käyntiä). Asiakkaiden sosiaali- ja terveyspalveluiden käytön kokonaiskustannukset olivat 9 556 947 € vuonna 2014. Keskimääräiset kustannukset olivat 24 568 €/asiakas. Kustannukset olivat keskimäärin kahdeksan kertaa suuremmat kuin keskiverto-kaupunkilaisella. Yli kolmasosan kohdalla (139 henkilöä) kustannukset ylittivät keskimääräisen kustannuksen. Näiden henkilöiden osuus sosiaali- ja terveyspalveluiden käytön kustannuksista oli 7 128 030 €.

Tuloksista voidaan päätellä, että yhteispäivystyksen paljon palveluita käyttävillä tulosyyn ei usein ole sama kuin palvelun todellinen tarve, eikä nykyinen järjestelmä ole onnistunut auttamaan heitä riittävän kattavasti. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää palvelun kehittämiseksi Oulun yhteispäivystyksessä ja Oulun kaupungin hyvinvointipalveluissa. Taloudellista hyötyä saavutetaan keskittämällä voimavaroja paljon palveluita käyttäviin. Palveluohjauksen käyttöönottoa yhdyssilltana perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä kannattaa aiheesta tehdyn kansainvälisen tutkimuksen mukaan kokeilla yhtenä palveluiden kehittämiskeinona.

Asiasanat: sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas, päivystys, paljon palveluita käyttävä, kustannukset

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Master's Degree program

Authors: Hannus A., Kurkela T. & Palokangas M.

Title of thesis: MULTUM, NON MULTA – Heavy users in Oulu University hospital emergency department services, customer profile and the cost of social and health care services

Supervisors: Koivunen K., Sandelin P. & Jokinen K.

Term and year when the thesis was submitted: Fall 2015

Number of pages: 67 + 1

The new organizing law of social and health care services is in a central role of the moments' political decision making process. One of the purposes of the law is to reduce the State economy's long term sustainability. One way to do this is to reduce the cost growth of public services. The purpose of this study was to find out the profile of the customers who are heavy users of Oulu university hospital emergency department and what is the cost of their use in other social- and healthcare services in the year 2014.

The research was carried out on quantitative method touch that was based on the customer registers of the year 2014 from the hospital district of North Ostrobothnia and Oulu social- and healthcare services. This is a retrospective register research. The research material was saved and descriptive and statistical analyzes were done with Excel- and SPSS-statistical programs. According to results heavy users are middle-aged with numerous of different diagnosis. Often there was some kind of problems with life management. There are 0,2 % heavy service users in the Oulu city district area and they used 14,9 % of all contacts that was made by Oulu city residents in Oulu university hospital emergency department. Within the year 2014 these people have 5440 service events in the emergency department (average 14 service events, the least 6 service events and the most 192 service events). Mostly the reason for the entry was injuries and intoxications and over 60 % of these entries were connected with either mental problems or substance abuse problem or both. Age distribution was younger in this group than heavy users who came in the emergency department for other entry reasons. Also these customers used other social- and healthcare services during the research period 3371 visits altogether (average 9 visits, the least 1 visit and the most 27 visits). The total cost of the service use was 9 556 947 € in the year 2014. The average cost/customer was 24 568 €. The cost of social- and healthcare services was over eight times higher than the cost with normal customer. Over one-third (139 customers) of the heavy users reach the average cost, total of 7 128 030 €.

The conclusion of these results can be made that the reason for the emergency department entry of heavy users of Oulu university hospital emergency department is often not the same than the real need of the service and the current social and healthcare system hasn't been able to meet the customers' needs. This research can be used to develop services in Oulu university hospital emergency department and Oulu welfare services. The economic benefit could be reached by focusing resources to the customer group studied. Care management as a bridge builder between public healthcare and specialized health care could be worth of trying according to the international study.

Keywords: social- and healthcare services customer, after-hours care, heavy service users, cost control

SISÄLLYS

SISÄLLYS.....	6
1 JOHDANTO.....	7
2 TERVEYDENHUOLTO MURROKSESSA.....	9
2.1 Yhteispäivystys toimintaympäristönä.....	10
2.2 Asiakkaan hoidon tarpeen arviointi.....	11
2.3 Paljon palveluja käyttävä asiakas.....	13
2.4 Kustannukset palvelunkäytön näkökulmasta.....	14
2.5 Asiakas toiminnan kehittämisen keskiössä.....	16
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT.....	20
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	21
4.1 Tutkimusmetodologia.....	21
4.2 Tutkimuksessa käytetyt menetelmät.....	22
4.2.1 Aineisto ja aineiston keruu.....	22
4.2.2 Aineiston analysointi.....	24
5 TUTKIMUSTULOKSET.....	25
5.1 Oulun seudun yhteispäivystyksen palveluita käyttävien asiakasprofiilit.....	25
5.2 Paljon yhteispäivystyksen palveluita käyttävien asiakkaiden palveluiden käyttö.....	28
5.3 Asiakkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käytön kustannukset.....	42
6 POHDINTA.....	48
6.1 Tutkimustulosten tarkastelua.....	48
6.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	54
6.3 Tutkimuksen eettisyys.....	56
6.4 Kehittämissuhteet ja jatkotutkimushaasteet.....	57
6.5 Oman oppimisemme arviointia.....	59
LÄHTEET.....	61
LIITE 1: HAVAINMÄÄRIT.....	68

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon uusi järjestämislaki on keskeisessä asemassa tämän hetken poliittisessa keskustelussa ja päätöksenteossa. Järjestämislain yhtenä tarkoituksena on pienentää valtiotalouden pitkän aikavälin kestävyysvajetta, joka valtiovarainministeriön vakausohjelman ja kansallisen Eurooppa 2020-ohjelman (2014, viitattu 14.1.15) mukaan on 3 % bruttokansantuotteesta. Yhtenä kestävyysvajetta korjaavana toimintona on julkisten palveluiden kustannusten kasvun hillitseminen ja palveluiden vaikuttavuuden parantaminen. Ajankohtaista on pohtia, millä tavalla sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset ja resurssit ohjautuvat tarkoituksenmukaisesti ja kattavasti. (Valtioneuvosto 2014, 1 -2, viitattu 14.1.2015.)

Suomen hallitus on todennut 9.11.2015 antamassaan valtioneuvoston tiedotteessaan (591/2015, viitattu 2.12.15) että se on tehnyt päätöksen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen jatkosta ja aluehallinnon jaosta. Maahan tullaan perustamaan 18 itsehallintoaluetta, joista 15 järjestää itse sosiaali- ja terveydenhuollonpalvelut.

Oulussa toteutetun tutkimuksen (Leskelä, Komssi, Sandström, Pikkujämsä, Haverinen, Olli & Ylitalo-Katajisto 2013, 31 -64) mukaan 10 % kaupungin asukkaista kerryttää 81 % sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksista. Näiden kalleimpien asiakkaiden ryhmään kuuluvista 38 % käyttää yksinomaan terveystalveluita. Loput 62 % käyttävät terveystalveluiden lisäksi sosiaalipalveluita. Edellä mainittu tutkimus osoittaa, että nykyinen järjestelmämme ei kykene vastaamaan näiden paljon erilaisia palveluja käyttävien asiakkaiden tarpeisiin. Näiden ihmisten sosiaali- ja terveystalvelut tulee suunnitella ja toteuttaa sellaisina sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairanhoidossa, että paljon palveluja käyttävät asiakkaat ohjautuvat asianmukaisten palveluntarjoajien piiriin ja saavat siellä heidän tarpeitaan vastaavat palvelut (Leskelä, ym. 2013, 31 -67).

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä (Oys) on meneillään vuoteen 2030 ulottuva Tulevaisuuden sairaala-uudistamisohjelma, jonka tarkoituksena on uudistaa sairaalan toimintaa toiminnallisesti ja tavoitteena on asiakaslähtöisyys toiminnan perusteena. Ohjelman myötä myös palvelut pyritään kohdentamaan oikein. Näillä muutoksilla tavoitellaan palvelujen parempaa vaikuttavuutta, taloudellisuutta ja tehokkuutta. Yhteispäivystyksen toiminnan kehittämisessä noudatetaan Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin (PPSHP) linjausta. Vision ja toimintastrategian tueksi asiakaslähtöinen toiminnan suunnittelu edellyttää asiakastuntemusta. (PPSHP 2012, viitattu 7.1.2015)

Tämän tutkimuksen toimeksiantaja oli Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Oulun seudun yhteispäivystys. Yhteiskunnallisten paineiden ja Tulevaisuuden sairaala-uudistamisohjelman johdosta Oys:an toimijoilta tuli pyyntö selvittää opiskelijatöinä tehtävänä tutkimuksena paljon yhteispäivystyksen palveluja käyttävien asiakkaiden profiileja ja palvelujen käytön kustannuksia. Toiveena oli selvittää, millaisia ovat paljon yhteispäivystyksen palveluja käyttävät asiakkaat ja mitkä ovat heidän oikeat ja ensisijaiset hoitopaikkansa. Asiakkaiden ohjautuminen tarkoituksenmukaisesti kunnan järjestämiin palveluihin vähentää huomattavasti asiakaskäyntejä yhteispäivystykseen, ja sitä kautta pienentää kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia. Yliääkärit Antti Koskinen ja Annamari Niemi, sekä osastonhoitajat Vesa Vähäkangas ja Marika Kivirinta Oulun seudun yhteispäivystyksestä (OSYP) ovat olleet tämän tutkimuksen tilaajaosapuolen yhdyshenkilöitä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää asiakas- ja potilastietojärjestelmien avulla Oulun seudun yhteispäivystyksessä paljon asioivien asiakkaiden profiileja. Tarkoituksena oli selvittää heidän käyttämänsä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut vuoden 2014 aikana sekä palvelujen käytön kustannukset. Tarkoituksena oli myös selvittää ne Oulun kaupungin terveysasemapiirit, joista yhteispäivystykseen tulee eniten paljon palveluja käyttäviä asiakkaita.

Tutkimuksella tavoitellaan sekä alueellista, että yhteiskunnallista hyötyä, sillä tulosten perusteella voidaan arvioida nykyistä palvelutuotannon organisointia ja tunnistaa sen muutostarpeita paljon palveluja käyttävien asiakkaiden osalta. Saadun tiedon avulla palveluorganisaatiot, kuten PPSHP:n ja Oulun kaupungin sosiaali- ja terveyspalvelujen toimijat voivat arvioida, millä toimintamalleilla tai palveluilla palvelujen suurkuluttajaksi ajautumista voidaan ehkäistä. Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja vastaamaan asiakkaiden tarpeita ja ohjaamaan asiakkaat oikeisiin palveluihin. Tutkimustulosten perusteella voidaan myös kehittää edelleen yhteispäivystyksen eri toimintoja.

2 TERVEYDENHUOLTO MURROKSESSA

Euroopan komissio laatii kullekin Euroopan Unionin (EU) maalle taloutta koskevat maakohtaiset suositukset. Niissä tarkastellaan kunkin EU-maan taloudellista tilannetta ja annetaan suosituksia toimenpiteistä, jotka sen olisi toteutettava seuraavien 18 kuukauden aikana. Suomi on jonkin verran edistynyt vuoden 2013 maakohtaisiin suosituksiin perustuvien toimenpiteiden toteuttamisessa. Toimenpiteisiin kuuluu mm. kunnianhimoinen uudistusohjelma, jolla supistetaan julkisen talouden kesävyysvajetta ja vahvistetaan kasvun edellytyksiä. Suomessa valmistellaan kuntarakenteen ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen kattavaa uudistamista (Euroopan komissio 2014, viitattu 8.1.15).

Pääministeri Juha Sipilän hallitus on sitoutunut viemään loppuun kansallisen sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden palvelurakennemuutoksen, jonka tavoitteena on kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, hallita kustannuksia ja toteuttaa palveluiden täydellinen horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio. Sitä varten sosiaali- ja terveystalouden palvelut yhdistetään kaikilla tasoilla. Sen mukaan julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon uusi palvelurakenne perustuu kuntaa suurempiin itsehallintoalueisiin. Tämä tarkoittaa, että kaikkien julkisten sosiaali- ja terveystalouden palvelujen järjestämisestä vastaavat itsehallintoalueet, joiden päätöksenteko kuuluu vaaleilla valituille valtuustoille. (Sosiaali- ja terveystalouden ministeriö 2015, viitattu 29.10.2015.)

Suomen hallitus pääsi sopuun sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja itsehallintoalueista 7.11.2015. Valtioneuvoston tiedotteessa ilmoitetaan (591/2015, viitattu 2.12.2015) että Suomeen muodostetaan 18 itsehallintoaluetta, joista 15 järjestää sosiaali- ja terveystalouden palvelut itse. Kolme jäljelle jäävää itsehallintoaluetta tukeutuvat palvelujen järjestämisessä toiseen itsehallintoalueeseen lakiin perustuen. Koska jatkossa Suomen julkinen hallinto järjestetään kolmella tasolla, valtio, itsehallintoalue ja kunta, vähentää se merkittävästi erilaisten sosiaali- ja terveystalouden palvelujen järjestämisestä vastaavia organisaatioita, kun tehtäviä siirretään lähes 190 vastuuorganisaatiolta 18 itsehallintoalueelle. Vastuu palvelujen järjestämisestä siirtyy itsehallintoalueille 1.1.2019.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen keskeisimpinä tavoitteina voidaan pitää koko väestön terveyden, hyvinvoinnin ja sosiaalisen turvallisuuden edistämistä. Tärkeinä tavoitteina pidetään sosiaali- ja terveystalouden palveluiden turvaamista kaikille yhdenvertaisesti ja sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden vahvistamista koko maassa. Uudistamisen myötä myös palvelurakenteesta tulee

kustannustehokas ja vaikuttava. Uudistus on laaja integraatio, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja erikoispalvelut muodostavat tarkoituksenmukaisen, ehjän ja yhtenäisen kokonaisuuden (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2012, viitattu 8.1.2015).

Päivystyspalvelut ovat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmän yksi osa. THL:n raportin Sote viidelle alueelle – vaikutusten ennakoarvioinnin (2014, 11) mukaan, tämänhetkinen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä on vielä pirstaleinen ja päivystyspisteitä pyritään yhtenäistämään kiinteästi samasta palvelupisteestä saataviksi. Palveluita tulee kehittää siten, ettei väestön eriarvoisuus vaaranna virka-ajan ulkopuolisten palvelujen saatavuudessa. Palvelut tulee järjestää myös niin, että koko järjestelmä vastaa lisääntyneeseen palveluntarpeeseen kustannustehokkaimmalla tavalla (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2014b, 5, viitattu 17.11.2014.)

2.1 Yhteispäivystys toimintaympäristönä

Osana sosiaali- ja terveydenhuollon rakennepoliittista ohjelmaa on tarkoitus toteuttaa päivystysasetuksen käyttöönotto kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Päivystysasetukseen ehdotetaan seuraavanlaisia täsmennyksiä: päivystys, joka toteutetaan ympärivuorokautisena, tulee järjestää perusterveyshuollon- ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksinä. Erityistapauksissa voidaan myöntää lupa ainoastaan perusterveydenhuollon päivystykselle. Päivystyksenä tehtävä leikkaustoiminta edellyttää sairaalalta tiukkojen kriteerien täyttämistä. Vielä kolmantena täsmennyksenä päivystysasetuksessa määrätään, että synnytyksiä hoitavissa sairaaloissa tulee olla vähintään 1000 synnytystä vuodessa. Päivystysasetus allekirjoitettiin ja hyväksyttiin syyskuussa 2014 ja se astui voimaan 1. tammikuuta 2015 (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2014a, 1 -5, viitattu 17.12.2014).

Päivystys, ja erityisesti yhteispäivystykset ovat keskeisessä osassa sosiaali- ja terveyspalveluita. Päivystystoiminta terveydenhuollossa on perinteisesti Suomessa jaettu perusterveydenhuollon- ja erikoissairaanhoidon päivystyksiin. Valtakunnallisella tasolla perusterveydenhuollon- ja erikoissairaanhoidon välinen työnjako vaihtelee runsaasti. Yleistä on kuitenkin ollut erilaiset lähete- ja konsultaatiokäytännöt, mutta saumattomampaan ja helpompaan yhteistyöhön on pyritty ns. yhteispäivystysten järjestämisellä. Edelleen perusterveydenhuollon palvelut on jaettu virka-aikana tapahtuvaan palveluun ja virka-ajan ulkopuolella tapahtuvaan palveluun (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön työryhmä 2010, 11 -13, viitattu 26.11.2014).

PPSHP:n tekemässä SWOT -analyysissä heikkoutena nähdään mm. toiminnan organisaatiokeskeisyys. Uhkana puolestaan nähdään hoidon porrastuksen rapautuminen ja julkisen terveydenhuollon pirstoontuminen. Lisäksi uhkana on kuntien taloudellinen rajallisuus, sekä perusterveydenhuollon rajallisuus vastata kysyntään hallitsemattoman palvelujen kysynnän edessä. Tulevaisuuden sairaala 2030 uudistamisohjelmassa nähdään, että kaikki alueen toimijat odottavat PPSHP:ltä Oulun seudun yhteispäivystyksen (OSYP) uudistusta, uutta päivystysosastoa, toimivia konsulttitoimijärjestelyitä, yhteen toimivia ja yhteisiä tietojärjestelmiä, selkeää työnjakoa, yhteistyötä tukipalveluissa, kustannusten pitämistä kurissa sekä tuottavuutta ja tehokkuutta. Tärkeitä asioita kaikille ovat myös ensihoidon kehittäminen, hoidon oikeanlainen porrastaminen, kouluttaminen, toiminnan avoimuus sekä läpinäkyvyys (PPSHP 2012, 20 -35, viitattu 7.1.2015).

2.2 Asiakkaan hoidon tarpeen arviointi

Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (1019/2004) edellyttää, että hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään yhteydenoton syy, sairauden oireet ja niiden vaikeusaste sekä kiireellisyys yhteydenottajan kertomien esitietojen tai lähetteen perusteella. Hoidon tarpeen arviointi edellyttää, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on asianmukainen koulutus, työkokemus ja yhteys hoitoa antavaan toimintayksikköön sekä käytettävissään potilasasiakirjat. Vastaanottokäynnin yhteydessä terveydenhuollon ammattihenkilö voi koulutuksensa, työkokemuksensa ja toimintayksikössä sovitun työnjaon perusteella tehdä hoidon tarpeen arvioinnin asiakkaan kertomien esitietojen ja hänestä tehtyjen riittävien selvitysten perusteella. Hoidon tarpeen arviointi voidaan tehdä myös puhelinpalveluna (Valtioneuvosto 2004, viitattu 8.1.15).

Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman työryhmän (2010, 20) raportissa ehdotetaan, että hoidon tarpeen arviointia ja kiireellisyyden arviointia varten asiakkaan tulee saada yhteys terveydenhuollon ammattilaiseen päivystystilanteissa ympäri vuorokauden puhelimitse (ensisijainen yhteydenotto-tapa) tai menemällä alueellisen työnjaon mukaan päivystyspoliklinikalle tai virka-aikaan lievien oireiden ja vammojen vuoksi sovitusti terveyskeskukseen. Virka-aikana ensisijainen puhelinneuvonnan antaja on asiakkaan oma perusterveydenhuollon toimipiste eli oma terveysasema, jossa henkilökunta tuntee asiakkaan. Hätätilanteissa asiakas soittaa hätäkeskukseen. Nykyistä hoidon tarpeen arviointia koskevaa lainsäädäntöä tulee täydentää ohjeistamaan tarkemmin päivystysasiak-

kaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia. Lainsäädännössä tulee huomioida ympäri vuorokauden tapahtuva arvio ja yhteydenotto joko puhelimella tai hakeutumalla päivystyksen toimipaikkaan. Hoidon tarpeen arvio sisältää arvion siitä, tarvitseeko asiakas päivystyshoitoa, muuta kiireellistä hoitoa, kiireetöntä hoitoa tai ei hoitoa lainkaan. Asiakkaan tilan arvioimiseen käytettävästä arviointijärjestelmästä todetaan, että päivystyshoidon tarpeessa olevan asiakkaan arviointia täydennetään tarkemmalla asiakkaan sairauden tai vamman kiireellisyyden ja tarvittavien resurssien arvioinnilla. Tätä arviota varten päivystyspoliklinikoilla ja terveysasemien päiväpäivystyksessä tulee olla paikalliset olosuhteet huomioiva hoidon kiireellisyyden ja tarvittavien resurssien ensiarviojärjestelmä. Ensiarvion jälkeen hoitosuunnitelmaa muutetaan asiakkaan voinnin ja tutkimustulosten mukaan koko päivystyskäynnin ajan. Suomessa käytetään hoidon kiireellisyyden ensiarvion luokitteluun pääosin ABCDE -triagen paikallisia versioita ja monissa muissa maissa käytettävää ESI -triagea (Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä 2010, 22, viitattu 26.11.2014).

Syväojan & Äijälän (2009, 94 -97) mukaan hoidon tarpeen arviointi on merkittävimpiä tehtävänsiirtoja lääkäreiltä hoitajille, mikä määriteltiin vuonna 2005 lainsäädännössä, niin sanotussa hoitotakuulaissa. Hoidon tarpeen arviointi on ensimmäinen ja ratkaiseva askel hoitotakuulain toteutumisessa. Sillä on suoria ja välillisiä vaikutuksia terveydenhuoltojärjestelmän kokonaiskustannuksiin, hoitoprosessien sujuvuuteen, henkilöstön työnjakoon ja ennen kaikkea yksittäisen asiakkaan hoidon onnistumiseen. Hoidon tarpeen arviointi vaatii hoitajalta erittäin hyvää ammattitaitoa ja hoidon tarpeen arvioinnin merkityksen ymmärtämistä asiakkaan, terveydenhuollon organisaatioiden ja yhteiskunnan kannalta.

Terveydenhuoltolain 38 § 1.1.2013 voimaan tulleen asetuksen mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä alueensa ensihoitopalvelu. Ensihoitopalvelu on suunniteltava ja toteutettava yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa siten, että nämä yhdessä muodostavat alueellisesti toiminnallisen kokonaisuuden (Finlex 2010, viitattu 27.10.15). Hoidon tarpeen arviointi ei koske pelkästään päivystystä, vaan siihen osallistuvat jo ensihoidon ammattilaiset kohteeseen saavuttuaan. Heikkisen (2015, viitattu 26.10.15) mukaan jokainen hätäkeskuksen välittämä ensihoitotehtävä ei edellytä potilaan kuljettamista jatkohoitoon. Potilas voidaan hoitaa paikan päällä tai hänet voidaan ohjata hakeutumaan kiireettömään jatkohoitoon. Kuljettamatta jättäminen perustuu ensihoitajan tekemään hoidon tarpeen arviointiin, jonka tarkoituksena on selvittää potilaan terveydentila ja toimintakyky sekä arvioida näiden kehittymistä kuljettamiseen.

2.3 Paljon palveluja käyttävä asiakas

Koskela (2014, 11 -26, viitattu 7.12.2014) määrittelee paljon palveluja käyttävän asiakkaan heterogeeniseksi joukoksi asiakkaita, jotka käyttävät sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita 6-16 kertaa vuodessa. Nordic Health Group (NHG) on toteuttanut tutkimuksen Paljon palveluja käyttävät asiakkaat Oulussa (2011, 3, viitattu 7.12.2014). Siinä asiakas määritellään paljon palveluja käyttäväksi, jos hän käyttää palveluita 6 kertaa tai enemmän vuoden aikana. Nämä asiakkaat ovat usein moniongelmaisia ihmisiä, joilla on somaattisia sairauksia ja/tai psyykkistä stressiä. Hyvin helposti moniongelmaisia asiakkaita siirrellään lääkäriiltä toiselle ja tyypillisenä ilmentymänä voidaan todeta, että asiakkaan hoidolla ei ole jatkuvuutta.

NHG:n toteuttamassa tutkimuksessa (2011, 1-3, viitattu 7.12.2014) ilmeni, että palveluja paljon käyttävät asiakkaat olivat tyypillisimmillään 9 eri ryhmittymään kuuluvia asiakkaita. Näitä asiakasryhmiä olivat vanhuspalveluiden asiakkaat, vammaispalveluiden asiakkaat, lastensuojelun asiakkaat, päihdepalveluiden asiakkaat, psykiatrian asiakkaat, diabeetikot, sekä sydän- ja verisuonitautipotilaat ja somaattisen erikoissairaanhoidon asiakkaat.

Pohjois-Suomen aluejohtoryhmän järjestäytymiskokousmuistiossa (2014, viitattu 8.1.2015) esitetään, että Pohjois-Suomen Kaste-alueella aloitetaan kehittämishanke paljon tukea tarvitsevien palvelujen kehittämiseksi. Aihetta käsittelevässä muistiossa todetaan, kuinka tärkeää on tiedostaa, että osa asiakkaista tarvitsee tilanteensa johdosta paljon palveluita (elämän kriisiytyminen, jolloin palveluiden tarve voi olla hetkittäinenkin). Asiakkaille, jotka käyttävät enemmän palveluita, kuin mitä heidän terveys- ja elämäntilanteensa suoranaisesti edellyttää, olisi tavoitteellista löytää tarkoituksenmukainen ja heidän tarvettaan vastaava palvelutaso. Tarkoitus on löytää paljon palveluja käyttäville asiakkaille parhaiten kohdentuvat palvelut ja toimintamallit. Usein toistuvien asiointikäyntien vähentymisen oletetaan parantavan heidän elämänlaatuaan ja nopeuttavan muiden asiakkaiden palveluiden piiriin pääsyä.

Paljon palveluita käyttävistä asiakkaista on tehty tutkimuksia eri puolilla maailmaa, ja terveydenhuollon ja sairaanhoidon järjestämistavasta riippuen tuloksia voidaan osin verrata. Acosta & Lima (2015, viitattu 2.11.15) tutkimuksen tarkoituksena oli tunnistaa paljon päivystyspalveluja käyttävien asiakkaiden profiilia, sekä analysoida syitä ja tekijöitä mitkä siihen johtavat. Kvantitatiivisessa rekisteritutkimuksessa analysoitiin 385 paljon palveluita käyttävän asiakkaan päivystyspalveluiden

käyttö, lisäksi laadullisessa osassa haastateltiin 18 asiakasta. Tuloksissa todettiin, että 43 % oli iäkkäitä, 85 % oli kroonisia sairauksia, 63,5 % luokiteltiin kiireelliseksi, 42,1 % jäi yli 24 tunniksi ja 46,5 % kotiutettiin. Kroonisten sairauksien paheneminen, luottamus päivystyksen parempaan teknologiaan ja helpompi hoitoon pääsy johtivat useisiin päivystyskäynteihin. Asiakkaat olivat kodittomia, syntyneet Ranskan ulkopuolella ja heillä ei ollut sairausvakuutusta. Lang, Davido, Diakité, Agay, Viel & Flicoteaux (1996, viitattu 20.11.15) tutkimuksessa selvitettiin, millaisia ovat päivystyspalveluja käyttävät asiakkaat, jotka todellisuudessa tarvitsevat kiireetöntä hoitoa. Kahdessa suuressa päivystyksessä poikkileikkaustutkimuksena suoritetussa haastattelussa asiakkailta selvitettiin strukturoidun lomakkeen avulla päivystyskäynnin sisältöä. Haastattelu tehtiin päivystyskäynnin alussa ja päivystyskäynnin jälkeen. Tutkimustuloksien mukaan toisen päivystyspoliklinikan palveluiden käyttäjistä 29 % ja toisen 35 % kuuluivat todellisuudessa kiireettömälle vastaanotolle päivystyksen sijaan. Tähän ryhmään kuuluvat potilaat olivat nuorempia kuin muut päivystyspalveluja käyttävät potilaat. Useimmat heitä olivat työttömiä, kodittomia, syntyneet Ranskan ulkopuolella ja heillä ei ollut sairausvakuutusta.

2.4 Kustannukset palvelunkäytön näkökulmasta

Peltokorpi, Kujala & Lillrank (2011, viitattu 17.11.15) mukaan terveydenhuolto ja siihen kiinteästi liittyvät sosiaalipalvelut muodostavat kansantaloudellisesti hyvin merkittävän toimialan. Väestön ikääntymisen ja uusien menetelmien johdosta sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset lisääntyvät jatkuvasti. Samanaikaisesti kun kuntien rahoitusvaikeudet luovat paineita kustannusten hillitsemiseen, kansalaiset vaativat entistä parempaa hoitoa ja nopeampaa hoitoon pääsyä.

Terveystaloustiede pohjautuu taloustieteeseen, mutta sillä on kaksi päätavoitetta: tehokkuustavoite ja oikeudenmukaisuustavoite. Tavoitteet juontavat juurensa hyvinvointiteoriasta, joka on osa normatiivista taloustiedettä. Teoria pyrkii vertailemaan sosiaalisen hyvinvoinnin tasoja eri tilanteissa ja arvioi, kuinka hyvin talous kohdistaa niukkoja resurssejaan, sekä kuinka oikeudenmukaisesti hyödykkeet ja palvelut jakautuvat yhteiskunnassa. Hyvinvointi on siten summa yksilöiden hyödyistä, jotka puolestaan ovat funktioita yksilöiden kulutuksesta. Päätöksentekijä pyrkii valinnoillaan tuottamaan suurimman mahdollisen hyödyn huomioiden käytettävissä olevat resurssit. Päätöksentekijä joutuu tekemään valintoja siitä mitä tuotetaan, kuinka tuotetaan, ja kenelle tuotetaan (Sintonen 2007, 90-115). Kaikkia toimia, jotka vaikuttavat positiivisesti ihmisten hyvinvointiin ja terveyteen

yhteiskunnan tasolla, ei ole mahdollista toteuttaa voimavarojen niukkuuden takia. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelussa on tehtävä valintoja, jolloin on toivottavaa että valinnat ovat tehokkaita, jotta mahdollisimman korkea hyvinvoinnin taso toteutuu. Taloudellisen arvioinnin perimmäisenä tarkoituksena on informoida päätöksentekijöitä terveydenhuollon resurssien tehokkaasta allokoinnista (Drummond & Sculpher 2005, viitattu 20.11.15).

Terveydenhuollon taloudellisissa arvioinneissa käytetään erilaisia menetelmiä, kuten kustannusten minimointianalyyseja, kustannus-hyötyanalyyseja, kustannusvaikuttavuusanalyyseja, kustannus-tiliteettianalyyseja ja kustannus-seuraamusanalyyseja. (Drummond & Sculpher 2005, viitattu 20.11.15). Yksinkertaisin tapa on niin sanottu kustannusten kuvailu (Øvretveit 1998, viitattu 20.11.15), jota myös tässä tutkimuksessa käytetään. Siinä kuvataan hoitomenetelmien resurssien käyttöä. Sopivan menetelmän valinta riippuu tutkimusongelman ja käytännön tekijöiden lisäksi teoreettisesta lähestymistavasta, jotka voidaan luokitella welfaristiseen, extra-welfaristiseen ja yhteiskunnallisen päätöksenteon lähestymistapaan (Drummond & Sculpher 2005, viitattu 20.11.15)

Drummond & Sculpher (2005, viitattu 20.11.15) mukaan mahdollisia kustannusnäkökulmia terveydenhuollon taloudellisessa arvioinnissa ovat siis esimerkiksi potilaan, terveystarvotuksen, yhteiskunnan, tai palveluntarjoajan perspektiivit. Näkökulma puolestaan vaikuttaa siihen, mitä kustannustekijöitä otetaan mukaan analyysiin. Tässä tutkimuksessa näkökulma on yhteiskunnallinen. Yhteiskunnallinen perspektiivi on näkökulmista laajin, ja se pyrkii ottamaan huomioon kaikille osapuolille aiheutuvat kustannukset riippumatta siitä, kenelle ne kohdistuvat (Drummond & Sculpher 2005, viitattu 20.11.2015).

Taloudellisissa arvioinneissa tarvitaan tietoa kustannuksista tietyltä ajanjaksolta. Näitä kustannuksia ovat mm. sosiaali- ja terveydenhuoltosektoreilla syntyvät kustannukset (kuten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut sekä lääkkeet, laitteet ja hoitotarvikkeet, sosiaalihuollon yms. kustannukset), asiakkaalle ja läheisille syntyvät kustannukset (kuten omavastuut sekä matka- ja aikakustannukset) ja tuotannonmenetykset. Kustannusten luokittelussa rajakustannukset ovat yhden lisäyksikön tuottamisesta aiheutuva kustannusten lisäys. Rajakustannukset huomioivat vain muuttuvat kustannukset (Drummond & Sculpher 2005, viitattu 20.11.15).

Päivystyspalveluiden tehokkuustavoitteen ja oikeudenmukaisuustavoitteen toteutumista on selvitetty eri tulokulmista. Leskelä, Silander, Komssi, Koukkula, Soppela & Lehtonen (2015, viitattu

20.11.15) retrospektiivisessä rekisteritutkimuksessa selvitettiin, mitkä potilasryhmät käyttivät vuoden aikana eniten erikoissairaanhoidon palveluja. Tulosten mukaan merkittävä osa erikoissairaanhoidon palveluja käyttävistä potilaista käyttää usean eri erikoisalalan palveluja. Heidän hoitoketjunjensa aiempaa parempi koordinointi erikoissairaanhoidossa ja erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä saattaisi selkiyttää hoitoprosessia ja vaikuttaa kokonaiskustannuksiin. Palveluohjauksen vaikutuksista kustannuksiin ja asiakastyytyvyyteen on saatu tutkimusnäyttöä mm. Bodenmann, Velonaki, Ruggeri, Hugli, Burnand, Wasserfallen, Moschetti, Iglesias, Baggio & Daepfen (2014, viitattu 3.11.15), joiden vertailevassa tutkimuksessa selvitettiin 250 paljon päivystyspalveluita käyttävän asiakkaan palvelunkäytön määrän kehittymistä jakamalla tutkimusryhmä kahteen 125 asiakkaan ryhmään. Toinen ryhmä sai päivystyksessä pelkän päivystyksellisen hoidon, toinen ryhmä sai kokonaisvaltaista palveluohjausta päivystyshoidon lisäksi. Tulosten mukaan tehokkaat palveluohjauksen toimenpiteet vähensivät päivystyspalvelun käyttöä ja paransivat sosiaalisia ja kliinisiä hoitotuloksia. Ne paransivat myös paljon päivystyspalveluita käyttävien elämänlaatua. Päivystyksen kustannuksia saatiin vähennettyä ja päivystystoiminnan kustannustehokkuutta saatiin lisättyä.

Khangura, Flodgren, Perera, Rowe & Shepperd (2012, viitattu 17.11.15) tutkimuksessa selvitettiin kirjallisuuskatsauksena, millaisia vaikutuksia kiireettömän perusterveydenhuollon palvelun siirtämisellä päivystyksen yhteyteen on ja mitä vaikutuksia sillä on asiakaskäyttäytymiseen ja hoidon vaikuttavuuteen. Saatuja tuloksia verrattiin ensihoitolääkärin tarjoamiin palveluihin päivystyksessä. Tulokset osoittivat, että perusterveydenhuollon lääkärit käyttivät paljon vähemmän terveydenhuollon resursseja kuin ensihoitolääkärit. Ensihoitolääkärit määräsivät potilaille myös enemmän lääkkeitä. Perusterveydenhuollon ammattilaisten toiminta oli kustannustehokasta ja potilastyytyväisyys oli hyvä.

2.5 Asiakas toiminnan kehittämisen keskiössä

Leskelä, ym. (2013, viitattu 20.11.15) mukaan on ollut tiedossa että sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannukset jakautuvat pienelle joukolle. Nykyinen palvelurakenne ja tietojärjestelmät eivät tue tämän kalliin asiakasryhmän hallintaa. Paljon eri palveluja käyttävälle asiakkaalle nykyinen järjestelmä sopii huonosti, sillä heidän tietonsa hajaantuvat perusterveydenhuoltoon, erikoissairaanhoidon, yksityisiin terveyspalveluiden tuottajiin ja työterveyshuoltoon siten, ettei kenelläkään ole lopulta kokonaiskuvaa ja vastuuta asiakkaasta. Tämän vuoksi ennaltaehkäiseviä palveluja ei osata

riittävässä määrin ja oikea- aikaisesti kohdentaa niistä eniten hyötyville. Ratkaisumalliksi ehdotetaan paljon palveluita käyttäville asiakkaille omaa koordinaattoria, joka tuntee heidät ja jolla olisi budjettivalta ja hoitovastuu heidän palveluistaan.

Virtanen, Suonheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas (2011, 11 -12, 49 -53) mukaan sosiaali- ja terveyspalveluissa asiakkaan merkitys on laajasti tunnustettu ja teoretisoitu, mutta asiakaslähtöisyyttä luodaan ja määritellään helposti silti palveluita tuottavan organisaation tarpeiden ja mielenkiinnon näkökulmista. Asiakaslähtöisyys on huomioitu lakiuudistusteksteissä tavoitteena, ja se antaa asiakkaalle oikeuksia. Se ei aiemmin kuitenkaan ole velvoittanut julkista sektoria tarjoamaan palveluitaan asiakaslähtöisellä tavalla. Johdon keskeisenä tehtävänä onkin luoda tilanteita, joissa oman työn asiakaslähtöistä kehittämistä voi tapahtua. Jokaisella johtamisen tasolla on oma tehtävänsä asiakaslähtöisen toiminnan kehittämisessä: ylin johto visioi ja muodostaa tahtotilan, strateginen taso ja esimiestaso tekevät ennakoivia valintoja palvelustrategian ja asiakaspalautejärjestelmien luomiseksi sekä päättävät palvelustrategiasta, tiimitasolla tapahtuu toteutuksen johtaminen ja yksilötasolla käyttäytymisen johtaminen.

Käyttäjien ottaminen mukaan palvelujen kehittämiseen on samaan aikaan syy ja seuraus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden toiminta- ja rahoitusympäristöjen muutoksista kuluneiden vuosikymmenten aikana. Nykyisen muutoksen, jossa sosiaali- ja terveyshallituksen hallinnonalan virasto pyrkii reagoimaan väestön terveydentilan kannalta kriittisiin muutoksiin ja toimimaan samalla toimialan informaatio-ohjaajana, suurimpana haasteena nähdään väestön ikärakenteen muutos ja siitä johtuva asiakasmäärien kasvu ja kustannusten nousu. Resurssien käyttöä on tehostettava ja samaan aikaan palveluiden tuottavuuteen on panostettava laatua ja vaikuttavuutta unohtamatta (Virtanen, ym. 2011, 8 -10).

Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastojen mukaan case ja care managerilla tarkoitetaan palveluohjaajaa tai asiakasvastaavaa, joka on palveluohjauksesta vastaava sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö. Termejä case ja care käytetään tässä sanastossa synonyymeinä kuten myös useassa muussa lähteessä. Määritelmän mukaan palveluohjaaja (case/care manager) arvioi asiakkaan palvelun tarpeen, kokoaa asiakkaalle kuuluvia palveluja ja etuuksia koskevat tiedot yhteen ja varmistaa kokonaisuuden toimivuuden. Palveluohjaaja myös laatii asiakkaalle palvelusuunnitelman yhdessä asiakkaan ja moniammatillisen tiimin kanssa ja toimii yli hallinnon rajojen palvelujen yhteen sovittajana. Asiakasvastaavan toimintakokeilua on tehty pitkäaikaissairauksien terveyshyöty-

mallissa. Pohjois-Suomessa (Oulunkaari) toteutetusta asiakasvastaava toiminnan kaltaisesta toiminnasta saadut alustavat kokemukset ovat myönteisiä. Toiminta kohdistettiin monikäyttäjiin, joilla oli erilaisia vastaanottokäyntejä yli 8/v. Terveyskeskuslääkärillä käyntejä on saatu tilastojen mukaan hillittyä niin, että ne ovat vähentyneet 2-3 käyntiä vuodessa. Päällekkäiset käynnit sekä terveyskeskuksen sisällä että terveyskeskuksen ja yliopistosairaalan välillä ovat vähentyneet ja painopistettä on saatu siirtymään perusterveydenhuoltoon (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 5 -6, 19, viitattu 26.11.2014).

Ala-Nikkola & Sipilä määrittivät (1996, 2) case managementin prosessiksi, jonka tarkoituksena on määrittää ihmisten yksilölliset palvelutarpeet ja löytää niiden kanssa parhaiten yhteensopivat palvelut. Keskeistä tässä prosessissa on palvelujen keskitetty ja vastuullinen koordinointi yhdessä palvelun käyttäjän kanssa. Idea on tullut hyvin suosituksi, koska sen on arvioitu vähentävän kustannuksia ja parantavan palvelujen käyttäjien tyytyväisyyttä. Yhdysvalloissa ja Britanniassa case managementista on tullut osa lakisääteistä palvelujärjestelmää.

Asiakashyötynäkökulmasta tarkasteltuna terveyspalveluiden vaikuttavuuden tehostamiseksi ja palvelunkäytön tarpeen vähentämiseksi paljon palveluita käyttävien asiakkaiden kohdalla on etsitty ratkaisua myös muualla maailmalla. Lesley, Soril, Legget, Lorenzetti & Noseworthy (2015, viitattu 2.11.15) toteuttaman systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla kerättiin yhteen keinoja paljon päivystyksen palveluja käyttävien asiakkaiden käyntien vähentämiseksi. Kirjallisuuskatsauksen mukaan 12 artikkelissa 17:sta ratkaisuna nähtiin care management eli palveluohjaus. Kolmen artikkelin mukaan ratkaisu löytyy henkilökohtaisen potilassuunnitelman tekemisestä ja kahdessa informaation jakaminen terveydenhuollon henkilöstön ja eri organisaatioiden välillä. Samankaltaista hyötyä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisestä palveluohjauksesta ovat todenneet myös Phillips, Brophy, Weiland, Dent & Chenhall (2006, viitattu 6.11.15) retrospektiivisessä kohorttitutkimuksessa selvitettiin vuoden ajalta palveluohjauksen vaikutuksia paljon palveluita käyttävien asiakkaiden päivystyspalveluiden käyttöön. Tutkimuksen mukaan päivystyksessä aloitettu palveluohjaus näytti tutkimuksen mukaan lisäävän päivystyspalveluista saatua hyötyä asiakkaiden kokemana, sekä päivystyskäyntimäärien vähenemisenä. Lisäksi sillä oli positiivinen vaikutus asiakkaiden muihin psykososiaalisiin tekijöihin. Palveluohjauksella puututtiin paljon päivystyspalveluita käyttävien asiakkaiden palvelutarpeeseen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelman Kaste 2012 – 2015 tavoitteena on hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen, sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palveluiden järjestäminen asiakaslähtöisesti. Asiakaslähtöisten ja taloudellisesti kestävien sosiaali- ja terveystalvelujen (edistävä ja ehkäisevä työ, tutkimus, hoito, hoiva ja kuntoutus) varmistaminen vaatii merkittäviä rakenteellisia ja toiminnallisia uudistuksia. Asiakkaiden näkökulmasta palveluiden laadussa ja saatavuudessa on ongelmia ja alueellisia eroja. Ratkaisuna pidetään sitä, että ihmisten osallistumista omien palveluidensa suunnitteluun tulee vahvistaa (Sosiaali- ja terveysministeriö Kaste 2012 – 2015, 26, viitattu 8.1.2014). Käyttäjälähtöisten menetelmien käytön laajentaminen julkisissa palveluissa vaatii asennemuutosta ja uudenlaisia valmiuksia julkisen sektorin toimijoilta (Työ- ja elinkeinoministeriö 2010, 38 -40). Uudenlaiset asiakkuudet haastavat myös palvelut uudistumaan. Keinona tähän on edistää innovatiivisten käytäntöjen ja tuotantotapojen käyttöönottoa laajapohjaisessa kehittämissyhteistyössä (Sosiaali- ja terveysministeriö Kaste 2012 – 2015, 26, viitattu 8.1.2014).

PPSHP:n Tulevaisuuden sairaala 2030-ohjelmakokonaisuus on huomioinut asiakaslähtöisen kehittämisen johtamisen ja pitää yhteispäivystystä merkittävänä toimintaprosessien ohjaajana. PPSHP:n mukaan asiakaslähtöisesti johdettu organisaatio parantaa edelleen hoidon laatua, lyhentää tutkimusten ja hoitojen sisäisiä viiveitä, vähentää toiminnan kapeikoita, tehostaa resurssien joustavaa käyttöä ja työkuormituksen hallintaa. Yhteispäivystys asiakasprosesseja ohjaavana toimintana vähentää virheitä ja viiveitä tehostaen myös resurssien käyttöä (PPSHP 2012, 50, viitattu 7.1.2015).

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää asiakas- ja potilastietojärjestelmien avulla Oulun seudun yhteispäivystyksessä (OSYP) paljon asioivien asiakkaiden profileja. Tarkoituksena on selvittää heidän käyttämänsä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut vuoden 2014 aikana, sekä palvelujen käytön kustannukset. Tarkoituksena on myös selvittää ne Oulun kaupungin terveysasemapiirit, joista yhteispäivystykseen tulee eniten paljon palveluja käyttäviä asiakkaita. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla Oulun yhteispäivystyksessä voidaan kehittää haastavassa elämän tilanteessa olevien asiakkaiden palvelua paremmaksi.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisia ovat paljon Oulun seudun yhteispäivystyksen palveluja käyttävien asiakasprofiilit?
2. Mistä Oulun kaupungin terveysasemapiiristä tulee eniten paljon palveluita käyttäviä asiakkaita yhteispäivystykseen?
3. Millaisia muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja Oulun seudun yhteispäivystyksessä paljon asioivat käyttävät?
4. Mitkä ovat yhteispäivystyksessä paljon asioivien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käytön kustannukset?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimusmenetelmäksi valikoitui kvantitatiivinen, retrospektiivinen rekisteritutkimus. Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus hyödyntää määrällisyyttä: määrien jakautumia, muutoksia ja eroja. Näiden avulla kuvataan ja tulkitaan tutkittavaa ilmiötä, siinä havaittuja yhteyksiä ja vaikutussuhteita (Vilka 2005, 74, 87- 88.). Kvantitatiivinen menetelmä on tutkimustapa, jossa tietoa tarkastellaan numeerisesti. Tämä tarkoittaa, että tutkittavia asioita ja niiden ominaisuuksia käsitellään yleisesti kuvailen numeroiden avulla. Määrällinen tutkimusmenetelmä vastaa kysymyksiin kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein. (Vilka 2007, 14.)

4.1 Tutkimusmetodologia

Hirsjärvi, Remes & Sajavaara (2009, 124) mukaan tutkimuksen hyvä pohja koostuu ongelmanasettelun, tieteenfilosofian, tutkimusstrategian ja teoreettisen ymmärtämisen yhteensopivuudella, joihin tässäkin tutkimuksessa on pyritty tutkimusongelmien asettelussa, selvittämällä aikaisempia tutkimuksia ja johtopäätöksiä. Lisäksi tutkimuskäsitteet on tarkasti määritely, aineiston keruun suunnitelma ja otos on tarkasti rajattu. Aineisto on muodostettu taulukkomuotoon ja se on saatettu tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Päätelmät perustuvat tilastolliseen analysointiin.

Hirsjärvi, ym. (2009, 139) mukaan kvantitatiivista tutkimusta käytetään paljon sosiaali- ja yhteiskuntatieteissä, sillä tässä paradigmassa korostetaan yleispäteviä syyn ja seurauksen lakeja. Taustalla vaikuttaa realistinen ontologia, jonka mukaan todellisuus rakentuu objektiivisesti todettavista tosiasioista. Ajattelutapa on lähtöisin loogisen positivismin filosofisesta suuntauksesta. Looginen positivismi korostaa sitä, että kaikki tieto on peräisin suorasta aistihavainnosta ja loogisesta päättelystä, joka pohjautuu näihin havaintoihin. Anttilan (1998, viitattu 26.10.15) ajattelun täydellinen vastakkaisuus erottaa positivismin ja hermeneuttisen tieteenperinteen toisistaan. Hermeneuttisen metodin ymmärtävä ja tulkitseva ajattelu perustuu siihen, että jokin ilmiö on abstrakti, pelkästään käsitteellinen, kunnes se pystytään konkretisoimaan, ymmärtämään sen kokonaismerkitys jossakin yhteydessä (Anttila 1998, viitattu 26.10.15).

Tässä tutkimuksessa haetaan tilastoinnin eli palvelunkäytön kirjausten perusteella vastausta siihen, millainen on paljon Oulun yhteispäivystyksen palveluja käyttävä ihminen. Vaikka tutkittavaa

ilmiötä pyritäänkin ymmärtämään kokonaisvaltaisesti, tässä tutkimuksessa ei ole kuitenkaan pystytty tutkimustavasta johtuen (ilman laadullisen tutkimuksen menetelmiä) korostamaan tutkittavien tulkintaa tapahtumista ja olosuhteista ja analysoimaan narratiivista tietoa järjestelmällisesti ja intuitiivisesti, vaan tutkimuksessa tulkitaan asiakaskertomusten antamaa informaatiota asiakkaista (Vilka 2005, 97 -98, Creswell 2007, 37).

4.2 Tutkimuksessa käytetyt menetelmät

PPSHP Oulun seudun yhteispäivystyksen pyynnöstä käynnistetty tutkimus paljon palveluita käyttävistä yhteispäivystyksen asiakkaista käynnistyi syksyllä 2014 tutkimusryhmän muodostamisella. Yhteistyöryhmään kuuluivat alkuvaiheessa tutkijoiden lisäksi PPSHP Oulun seudun yhteispäivystyksen ylilääkärin ja osastonhoitajan lisäksi vastuualueen opiskelijakoordinaattori, sekä ajoista vastaavat atk-henkilöt. Tutkimuksen edetessä mukaan liittyivät Oulun kaupungin tutkimukselle asetama vastuuhenkilö sekä ajoista vastaavat ATK- henkilöt.

4.2.1 Aineisto ja aineiston keruu

Tässä tutkimuksessa kvantitatiivisena aineistona käytettiin PPSHP:n ja Oulun kaupungin potilas- ja asiakastietojärjestelmistä (Oberon, Esko, Effic) saatavia asiakaskohtaisia tietoja vuodelta 2014 paljon Oulun seudun yhteispäivystyksessä asioivista asiakkaista, heidän sosiaali- ja terveystalvelujen käytöstä sekä palvelujen käytön kustannuksista.

Tuloksissa asiakkaiden sosiaali- ja terveystalvelujen käytön kustannukset on ilmoitettu kokonaiskustannuksina vuodelta 2014. Tähän kuuluvat perusterveydenhuollon kustannukset, erikoissairaanhoidon kustannukset, asiakasmaksusuudet sekä sosiaalipalveluiden kustannukset. Sosiaalipalveluiden kustannuksiin sisällytettiin tässä tutkimuksessa mielenterveyspalveluiden, kotona asu- mista tukevien palveluiden sekä sosiaalipalvelujen käytön kustannukset. Drummond & Sculpher (2005) mukaan yhteiskunnallisesta näkökulmasta tarkasteltuna kustannusten taloudellisessa arvioinnissa kaikki merkittävät suorat kustannukset ja vaikutukset tulisi määrittää, mitata ja arvottaa riippumatta siitä, kenelle ne kohdistuvat. Tässä tutkimuksessa asiakkailta perityt asiakasmaksut on lisätty kuntaosuuksiin. Sen sijaan ulkopuolelle on jätetty asiakkaiden yksityisten terveystalvelujen

käytön kustannukset, matkakustannukset, taksin ja ensihoidon käytön omavastuuosuudet, lääkekustannukset, palvelutapahtumasta koituneet ajanmenetykset sekä sairauslomista aiheutuneet kustannukset.

THL käyttää potilasluokittelujärjestelmänä DRG -ryhmittelyä (Diagnosis Related Groups erikoissairaanhoidon potilasluokittelujärjestelmä), jota voidaan käyttää toiminnan ja talouden suunnittelussa ja seurannassa, erikoissairaanhoidon palveluiden tuotteistuksessa ja hinnoittelussa, erikoissairaanhoidon kustannusten ja laadun arvioinnissa sekä johtamisen tukena (NordDRG 2015, viitattu 25.1.2015). PPSHP:n osalta käyntitiedot ja niistä koituneet kustannukset poimittiin Oberon-asiakshallintojärjestelmän tietojen pohjalta laadituista DRG -pohjaisesta kuntalaskutustiedoista.

Ennen aineiston keruuta luotiin havaintomatriisipohja. Siihen taulukoitiin kvantitatiivinen aineisto, jota tutkimuksessa havaittiin. Kvantitatiivisen tutkimusaineiston datatiedosto on tyypillisesti havaintomatriisi, joka koostuu riveistä ja sarakkeista. Yhden havainnon tiedot ovat yhdellä rivillä ja muutujan tiedot sarakkeissa. Tämän datatiedoston analysointiin tarvitaan tilasto-ohjelmisto ja sen käytön osaamista (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne & Paavilainen 2011, 77–84). Tilasto-ohjelmistot käyttävät havaintomatriisia perusdatana, josta ne laskevat mm. tunnuslukuja ja piirtävät graafisia esityksiä.

Yhteispäivystyksen palveluita käyttävistä valittiin 6 kertaa tai enemmän päivystyksen palveluita käyttäneet oululaiset asiakkaat ajanjaksolla 1.1.2014 – 31.12.2014. Heidän potilasasiakirjoistaan muodostui varsinainen aineisto, joka sisälsi 389 henkilön potilasasiakirjat. Tutkimuksen poissulkukriteerinä käytettiin alle 6 kertaa vuoden 2014 aikana asioineet asiakkaat sekä ei-oululaiset asiakkaat. Tämä tutkimusjoukko poimittiin sovitulla hakukriteereillä pikapöiminta-ajona Oberon -tietojärjestelmästä Cressida -raportointityökalun avulla.

Seuraavaksi tutkimusjoukon henkilöille poimittiin Oberon -tietojärjestelmästä Cressida -raportointityökalun avulla pikapöiminta-ajona päivystyskäynnit perustietoineen, kuten tapahtuma- aika ja paikka (erikoissairaanhoidon päivystys vai perusterveydenhuollon päivystys), käyntityyppi (onko kyseessä päivystyskäynti, puhelinkonsultaatio vai päivystävän sairaanhoitajan luona käynti) sekä palvelutapahtuma (mitä palvelua asiakas on käyttänyt). Palvelutapahtumia oli yhteensä 5440 kpl joista konsultaatioita oli 706 kpl. Sen jälkeen aineistoa täydennettiin hakemalla jokaiselle palvelutapahtumalle tarkemmat käyntitiedot manuaalisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon

Esko -asiakastietojärjestelmistä, kuten tulosityt, tulomuodot ja jatkohoitopaikka. Samalla tarkennettiin asiakkaan perustietoja kuten esimerkiksi perussairaudet, sekä tehtiin käyntitekstien perusteella muita tutkimukseen liittyviä havaintoja. Tämä vaihe oli tarkkuutta vaativa ja aikaa vievä työvaihe, joka työllisti kolmen tutkijan osalta kesä- ja heinäkuun 2014.

PPSHP:n osalta käyntitiedot ja niistä koituneet kustannukset poimittiin Oberon -tietojärjestelmän pohjalta laadituista DRG-pohjaisista kuntalaskutustiedoista sekä asiakasmaksuista. Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden käytön kustannukset kerättiin Oulun kaupungin potilas- ja asiakastietojärjestelmistä. Samalla saatiin selville, mitä muita Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusjoukko on käyttänyt v. 2014 aikana. Nämä tiedot saatiin ajettua tietojärjestelmistä automaattisesti Oulun kaupungin ja PPSHP:n tietohallinnon asiantuntijoiden avulla. Yksityisten palveluntarjoajien käyttöä tutkimukseen ei saatu mukaan.

Saatujen aineistojen henkilötunnukset kryptattiin yhteisellä avaimella aineistojen yhdistämisen mahdollistamiseksi. Tämän jälkeen henkilöiden iät luokiteltiin ikäryhmiin. Näillä toimenpiteillä yksittäisen henkilön tunnistaminen ei ole mahdollista. Myös palveluiden käyntitiedot kryptattiin koodivaimella, joka on vain tutkijoiden hallussa.

4.2.2 Aineiston analysointi

Asiakastietojen eli asiakaskertomustietojen avulla profiloitiin paljon palveluja käyttäviä asiakkaita erilaisten taustamuuttujien (asiakas ID, ikäryhmä, sukupuoli, terveysasemapiiri, perussairaudet, tapahtumapaikka, käyntityyppi, palvelutapahtuma, tuloaika, poistumisaika, tulosyy, tulomuoto, jatkohoitopaikka) pohjalta. Aineisto analysoitiin Microsoft Excel -taulukkolaskentaohjelmaa ja SPSS -tilasto-ohjelmaa käyttäen. Tulosten esittämisessä käytetään kuvailevan tilastotieteen menetelmiä, kuten frekvenssijakaumia, mediaania, keskiarvoja, sekä minimi- ja maksimiarvoja. Lisäksi tarkasteltiin muuttujien välisiä yhteyksiä Pearsonin x^2 tilastollisella merkitsevyydestillä. Analyysivaiheessa tuotettiin tutkimusaineistosta myös erilaisia kuvaajia (mm. pylväsdiagrammit) kuvaamaan ja havainnollistamaan tutkimustuloksia. Analyysivaiheen lopuksi paljon palveluja käyttävät asiakkaista muodostettiin alustavia asiakasprofieileja erilaisten taustamuuttujien (kuten esim. ikä, sukupuoli, perussairaudet, käyntitiedot) ja käyntitekstien havainnointien pohjalta.

5 TUTKIMUSTULOKSET

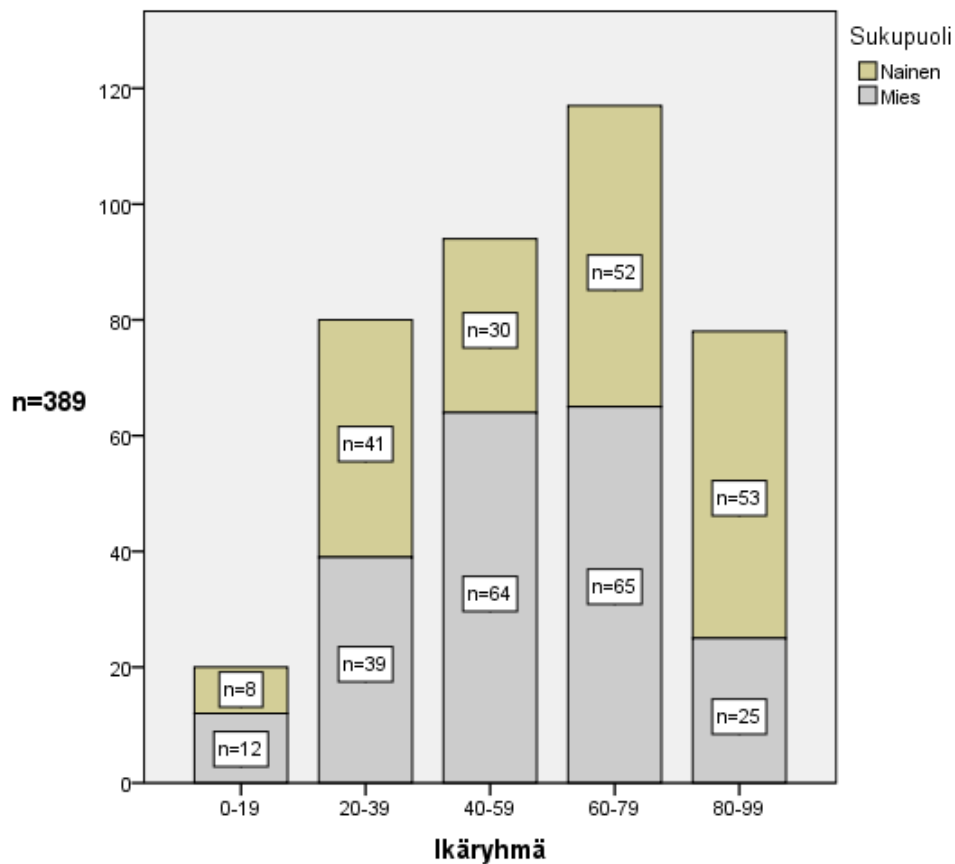
Tutkimuksessa selvitettiin paljon Oulun yhteispäivystyksessä käyneiden oululaisten asiakkaiden palvelunkäyttöä. Vuoden 2014 lopussa (31.12.2014) Oulun kaupungissa asui 196 291 asukasta, joista 49,8 % oli miehiä ja 50,2 % naisia (Oulun kaupungin konsernipalvelut, viitattu 3.11.15) Tutkimuksen kohteena olevien asiakkaiden ikä ja terveysasemapiiri on ilmoitettu sen mukaan, mikä se on ollut vuoden päättyessä eli 31.12.2014.

5.1 Oulun seudun yhteispäivystyksen palveluita käyttävien asiakasprofiilit

Lopullinen tutkimusjoukko valikoitui (n = 389) asetettujen kriteerien perusteella: Tutkimuskriteerinä olivat 6 tai enemmän kertaa Oulun seudun yhteispäivystyksessä asioineet vuoden 2014 aikana, sekä asuminen Oulun kaupungissa tuona aikana. Prosentuaalisesti katsottuna 0,2 % oululaisista kuului tutkimukseen.

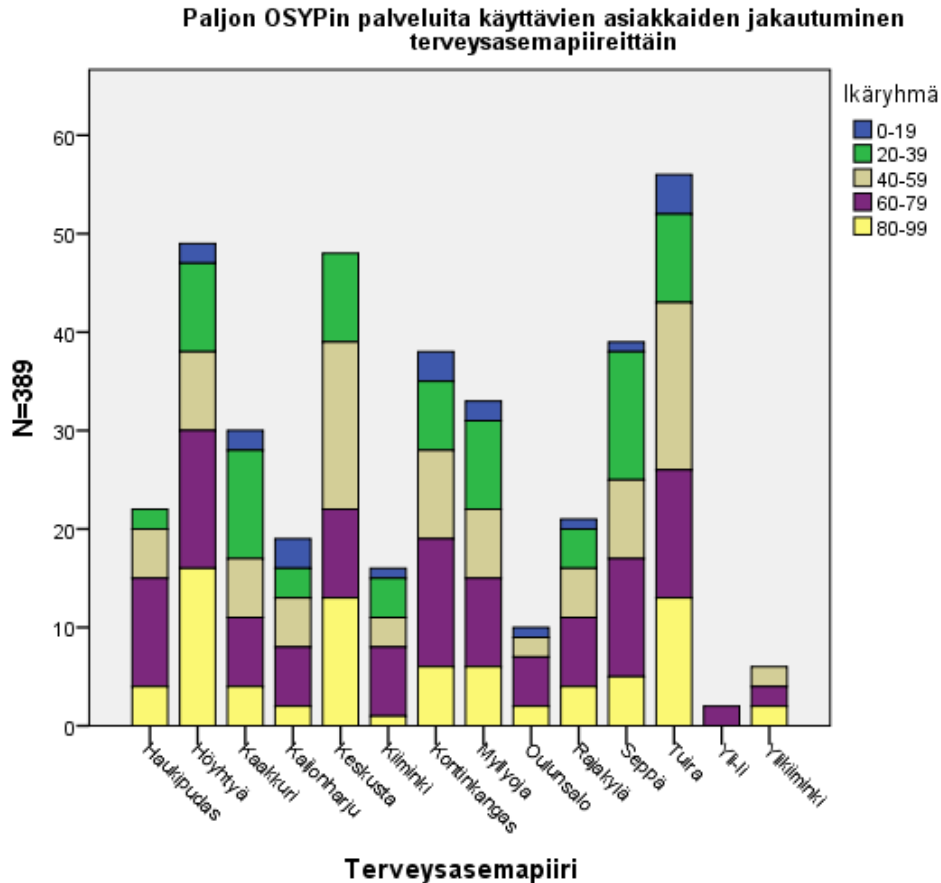
Asiakkaat jaettiin viiteen ikäryhmään, kahdenkymmenen vuoden välein. Nämä ikäryhmät ovat käytetyimmät myös aiemmissa tutkimuksissa. Suurin ikäryhmä olivat 60-79 v (117 asiakasta). Seuraavaksi suurin ikäryhmä olivat keski-ikäiset 40-59 v (94 asiakasta). Vähiten asiakkaita tuli nuorimmasta ikäryhmästä. Suurin asiakaskunta löytyi 40-79 v (129 asiakasta) miehistä. Nuoremmissa ikäryhmässä 20-39 v asiakkaat jakaantuivat aika tasan, miehiä (39 asiakasta) ja naisia (41 asiakasta). Vanhimmissa ikäryhmässä 80-99 v (78 asiakasta) oli naisia (53 asiakasta) miehiä (Kuvio 1). Tutkimuksessa paljon yhteispäivystyksen palveluja käyttäviä naisia oli 47 % ja miehiä 53 %. Tämän mukainen jakauma jatkui tuloksissa myös ikäjakaumassa lukuun ottamatta nuorempien ryhmää (20–39 v), joissa naisia ja miehiä oli lähes yhtä paljon. Asiakkaiden keski-ikä oli 56,4 vuotta.

Paljon OSYPin palveluita käyttävien asiakkaiden sukupuoli- ja ikäjakauma



KUVIO 1. Paljon Oulun seudun yhteispäivystyksen palveluita käyttävien asiakkaiden (n = 389) ikä- ja sukupuolijakauma

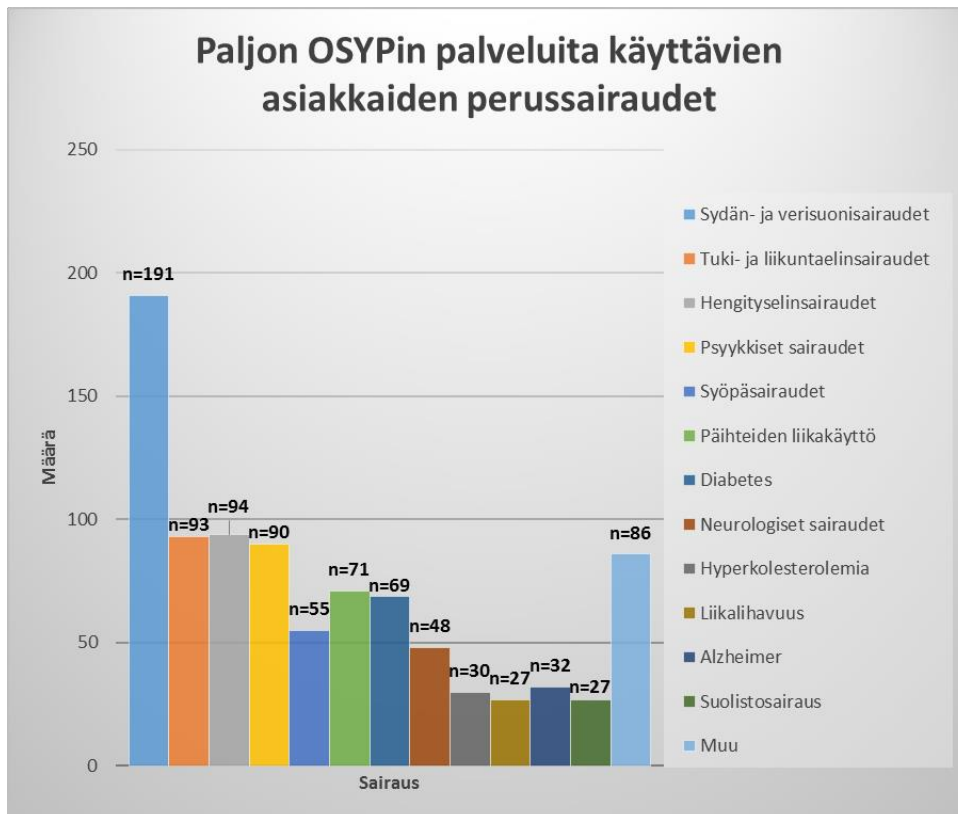
Paljon palveluita käyttävien asiakkaiden terveysasemapiirien vertailussa (Kuvio 2) voidaan todeta, että suurin osa asiakkaista asui Tuiran (14,4 %), Höyhtyän (12,6 %) ja Keskustan (12,1 %) terveysasemapiirin alueella. Tutkimusjoukosta vähiten asiakkaita asui Yli-lin (0,5 %) ja Ylikiimingin (1,5 %) terveysasemapiirin alueella. Samassa kuviossa näkyy myös ikäjakauma ikäryhmittäin. Tuiran ja Keskustan alueella suurin ikäryhmä oli 40-59 vuotiaat, kun Höyhtyän alueella suurin ikäryhmä oli 80-90 vuotiaat. Yli-lin, Ylikiimingin ja Keskustan alueelta ei tutkimusjoukkoon valikoitunut lainkaan 0-19 vuotiaita.



KUVIO 2. Paljon Oulun seudun yhteispäivystyksen palveluita käyttävien asiakkaiden (n = 389) terveysasemapiirit

Paljon yhteispäivystyksessä asioineet asiakkaat olivat yleisesti monisairaita ihmisiä, joilla oli useita perussairauksia. Kuviossa 3 on ilmoitettu asiakkaiden perussairaudet ja niiden esiintyvyys tutkimukseen kuuluvilla asiakkaila. Asiakkaista 66,3 % oli enemmän kuin yksi perussairaus. Tutkimuksessa suurin yksittäinen perussairausryhmä oli sydän- ja verisuonisairaudet (191 asiakkaalla). Seuraavaksi suurin perussairausryhmä oli hengityselinsairaudet (94 asiakkaalla). Psykkiset sairaudet (90 asiakkaalla) ja päihteiden liikkäyttö (71 asiakkaalla) olivat myös suuria yksittäisiä perussairausryhmiä. Tuloksissa sydän- ja verisuonisairaus oli diagnosoitu eniten tutkimusryhmään kuuluvilla asiakkaila, silti hyperkolesterolemia oli puolestaan harvoin diagnosoitu perussairaus. Diabeteksen (69 asiakkaalla) ja hengityselinten sairauksien (94 asiakkaalla) esiintyvyys oli vahvasti edustettuna tutkimusryhmään kuuluneilla asiakkaila, jos asiaa tarkastellaan kansanterveydellisestä näkökulmasta. Monessa tapauksessa päihteiden liikkäyttö ja psykkiset sairaudet esiintyivät samalla henkilöllä. Päihteiden käyttäjillä yli puolella (52,1 %) oli myös psykkisiä sairauksia. Vastaavasti psykkisesti sairaista 37 henkilöllä (41,1 %) oli päihteiden liikkäyttöä. Tilastollisen

merkitsevyydestin (*Pearson χ^2*) mukaan päihteiden liikakäytön ja psyykkisten sairauksien riippuvuus toisistaan oli tutkimusjoukolla tilastollisesti merkitsevä. Näiden perussairauksien korrelaatio on näillä asiakkailla hyvin vahva toisiinsa nähden eli asiakkailla, joilla oli psyykkinen sairaus, oli myös päihteiden liikakäyttöä.



KUVIO 3. Paljon Oulun seudun yhteispäivystyksen palveluita käyttävien asiakkaiden ($n = 389$) yleisimmät perussairaudet

5.2 Paljon yhteispäivystyksen palveluita käyttävien asiakkaiden palveluiden käyttö

Paljon palveluita käyttäneet asiakkaat käyttivät vuoden 2014 aikana yhteensä 5440 kertaa Oulun yhteispäivystyksen palveluita. Näistä 706 palvelutapahtumaa oli puhelinkonsultaatioita. Palvelutapahtumiin sisältyvät myös asiakkaan siirtymiset saman käyntitapahtuman sisällä erikoisalalta toiselle kuten esimerkiksi perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon puolelle. Nämä olivat merkitty omina käynteinä tietojärjestelmään. Näitä ns. sisäisiä siirtoja oli yhteensä 308 kpl. Yksi asiakas käytti palveluita keskimäärin 14 kertaa. Vähiten palveluita vuoden 2014 aikana käytettiin 6 kertaa ja eniten 192 kertaa.

Kuviossa 4 on esitetty, miten tutkimusjoukon asiakkaiden palvelutapahtumat jakautuvat eri kuukausille. Eniten yhteispäivystyksen palveluita käytettiin elokuussa (533) ja vähiten syyskuussa (387). Kuukauden keskiarvo oli 453 palvelutapahtumaa / kk. Kaikista palvelutapahtumista 3410 tapahtui arkipäivinä keskiarvon ollessa 13 palvelutapahtumaa / vuorokausi. Muut tapahtumat (2029) ajoittuivat viikonlopuille (lauantai ja sunnuntai) tai arkipyhäpäiville (joita oli v. 2014 9 päivää). Näiden päivien keskimääräinen palveluntarve oli 19 palvelutapahtumaa / vuorokausi.



KUVIO 4. Paljon Oulun seudun yhteispäivystyksen palveluita käyttävien asiakkaiden (n = 389) palvelutapahtumien jakautuminen kuukausittain

Seuraavassa taulukossa (Taulukko 1) on analysoitu tutkimusjoukon päivystyskäyntien jakautumista eri käyntityypeittäin. Kuten taulukosta huomataan, suurin osa käynneistä on tapahtunut perusterveydenhuollon yhteispäivystyksessä (4292 käyntiä). Erikoissairaanhoidon päivystyskäyntejä oli asiakkailla yhteensä 1232 käyntiä. Päivystyskäynneistä yleisin käyntityyppi oli perusterveydenhuollon päivystävän lääkärin vastaanottokäynnit, joita oli 2640 käyntiä (48,5 % kaikista käynneistä). Seuraavaksi eniten käyntejä oli erikoissairaanhoidon päivystävän lääkärin poliklinikkakäynnit, joita oli 1142 käyntiä (21 %). Perusterveydenhuollon päivystävän hoitajan vastaanotolla asiakkaat olivat käyneet 888 kertaa, joka vastaa 16,3 % kaikista käynneistä. Lisäksi taulukosta voidaan nostaa esiin myös perusterveydenhuollon päivystävän lääkärin puhelinvastaanotot, joita oli 674 puhelua (12,4 %).

TAULUKKO 1. Paljon Oulun seudun yhteispäivystyksen palveluita käyttävien asiakkaiden (n = 389) päivystystapahtumien jakaantuminen eri käyntityyppeihin

Paljon OSYPin palveluita käyttävien asiakkaiden palvelutapahtumien jakautuminen tapahtumapaikan ja käyntityypin mukaan				
Käyntityyppi		Tapahtumapaikka		Yhteensä
		24200 ESH PÄIVYSTYS	24201 OSYP PERUSTERVEYDENHUOLLON PÄIVYSTYS	
4 Lab,rtg, muu tutk	Määrä	1	0	1
	%	,1%	0,0%	,0%
6 Sarjahoito	Määrä	1	0	1
	%	,1%	0,0%	,0%
A Päivystys pkl-käynti	Määrä	1142	0	1142
	%	92,7%	0,0%	21,0%
C Puhelin vastaanotto	Määrä	0	674	674
	%	0,0%	16,0%	12,4%
D Käynti ulkopuolella	Määrä	0	3	3
	%	0,0%	,1%	,1%
E Konsultaatio	Määrä	32	0	32
	%	2,6%	0,0%	,6%
L Lisäkäynti	Määrä	56	3	59
	%	4,5%	,1%	1,1%
P PTH päivystyskäynti	Määrä	0	2640	2640
	%	0,0%	62,7%	48,5%
Q PTH päivystyskäynti hoit.	Määrä	0	888	888
	%	0,0%	21,1%	16,3%
Yhteensä	Määrä	1232	4208	5440
	%	100,0%	100,0%	100,0%

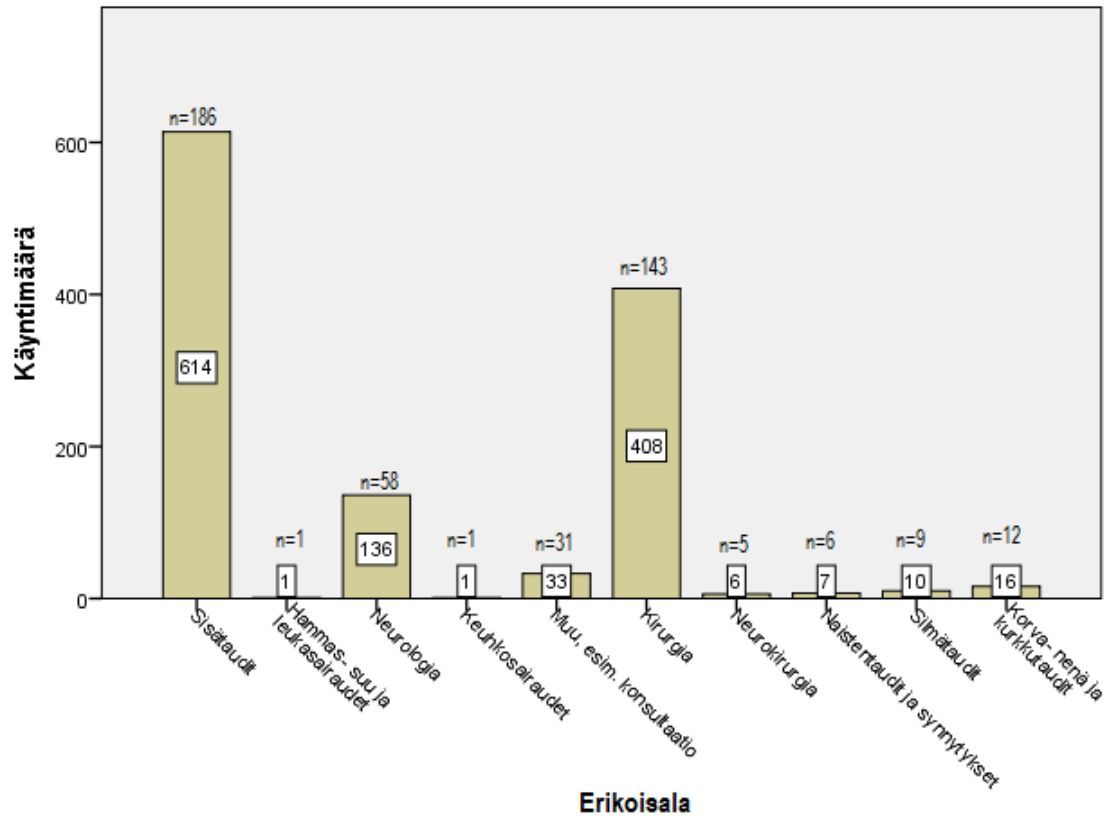
Taulukossa 2 on esitetty päivystyskäyntityyppien jakautuminen sukupuolen mukaan. Tutkimusjoukon miehet (n = 205) käyttivät päivystyksen 5440 palvelutapahtumista yhteensä 2933 kertaa (54 %) ja naiset 2507 kertaa (46 %). Taulukosta voidaan todeta, että käyntityypeistä miehet käyttivät hieman naisia enemmän erikoissairaanhoidon palveluita (A päivystyspkl-käynti), päivystävän lääkärin vastaanottokäyntejä (P PTH päivystyskäynti) sekä päivystävän hoitajan vastaanottokäyntejä (Q PTH päivystyskäynti hoit.). Naisten puolestaan asioivat hieman miehiä enemmän puhelimitse päivystävälle lääkärille (C Puhelin vastaanotto).

TAULUKKO 2. Paljon Oulun seudun yhteispäivystyksen palveluita käyttävien asiakkaiden (n = 389) päivystyskäyntityyppien jakaantuminen sukupuolen mukaan

Paljon OSYPin palveluita käyttävien asiakkaiden päivystyskäyntityyppien jakautuminen sukupuolen mukaan				
Käyntityyppi		Sukupuoli		Yhteensä (n=389)
		Nainen (n=184)	Mies (n=205)	
4 Lab,rtg, muu tutk	Määrä	1	0	1
	%	,04%	0,0%	,02%
6 Sarjahoito	Määrä	1	0	1
	%	,04%	0,0%	,02%
A Päivystys pkl-käynti	Määrä	479	664	1143
	%	19,1%	22,6%	21,0%
C Puhelin vastaanotto	Määrä	361	313	674
	%	14,4%	10,7%	12,4%
D Käynti ulkopuolella	Määrä	3	0	3
	%	,1%	0,0%	,1%
E Konsultaatio	Määrä	22	10	32
	%	,9%	,3%	,6%
L Lisäkäynti	Määrä	26	33	59
	%	1,0%	1,1%	1,1%
P PTH päivystyskäynti	Määrä	1282	1357	2639
	%	48,6%	51,4%	48,5%
Q PTH päivystyskäynti hoit.	Määrä	332	556	888
	%	13,2%	19,0%	16,3%
Yhteensä	Määrä	2507	2933	5440
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Tutkimusjoukon 389 asiakkaasta erikoissairaanhoidon palveluita käytti 279 asiakasta v. 2014. Kun tarkastellaan erikoissairaanhoidon käyntien (1232 käyntiä) jakautumista erikoisaloittain (Kuvio 5), voidaan havaita selkeästi kolme eniten käytettyä palvelua. Suurin palveluntarve oli sisätautien erikoisalalla, jonka palveluita käytettiin 614 kertaa (49,8 %). Kirurgian erikoisalan palveluita tarvittiin 408 kertaa (33,1 %) joka oli selkeästi toiseksi käytetyin erikoisalan palvelu. Kolmanneksi tarpeellisin palvelu oli neurologian erikoisalan palvelut 136 käynnillä. (11,0 %).

Paljon OSYPin palveluita käyttävien asiakkaiden erikoissairaanhoidon käyntien jakautuminen erikoisaloittain (n=279)



KUVIO 5. Paljon Oulun seudun yhteispäivystyksen palveluita käyttävien asiakkaiden (n = 389) erikoissairaanhoidon palvelutapahtumien jakautuminen erikoisaloittain

Perussairauksien esiintymistä päivystyskäynneissä on tarkasteltu taulukossa 3. Kuten taulukosta voidaan todeta, sydän- ja verisuonitautien esiintyvyys on käyntien taustalla kaikkein suurinta (45,6 %). Psykkisiä sairauksia esiintyi käynneissä toiseksi eniten (30,3 %). Suhteellisesti eniten käyn- tejä ilmeni asiakkailla, joilla oli liikalihavuus (12 %) tai päihteiden liikakäyttö (11 %) perussairautena. Nämä perussairaudet omaavat asiakkaat tarvitsivat eniten yhteispäivystyksen palveluita suhteessa asiakasmäärään.

TAULUKKO 3. Paljon Oulun seudun yhteispäivystyksen palveluita käyttävien asiakkaiden (n = 389) perussairauksien esiintyminen palvelutapahtumissa (n=5440)

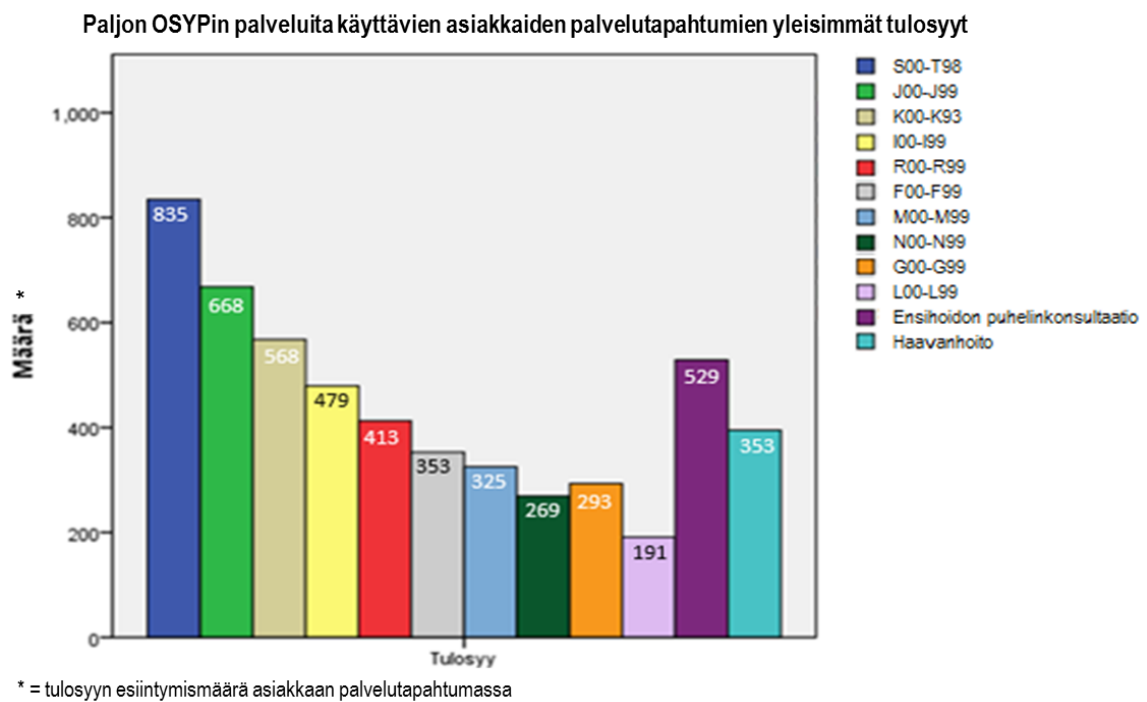
Paljon OSYPin palveluita käyttävien asiakkaiden (n=389) perussairauksien esiintyminen palvelutapahtumissa (n=5440). Asiakkailla voi olla useita perussairauksia.						
Perussairaus	Palvelutapahtumien määrä, joissa taustalla tämä perussairaus	% osuus kaikista palvelutapahtumista	Asiakasmäärä, joilla tämä perussairaus	% osuus tutkimusjoukosta	Palvelutapahtumamäärä / asiakas	Suhteellinen % osuus palvelutapahtumista
Sydän- ja verisuoni-sairaudet	2478	45,6 %	191	49,1 %	13,0	7 %
Tuki- ja liikuntaelin -sairaudet	1311	24,1 %	93	23,9 %	14,1	8 %
Hengityselinsairaudet	1518	27,9 %	94	24,2 %	16,1	9 %
Psyykkiset sairaudet	1648	30,3 %	90	23,1 %	18,3	10 %
Syöpäsairaudet	685	12,6 %	55	14,1 %	12,5	7 %
Päihteiden liikakäyttö	1433	26,3 %	71	18,3 %	20,2	11 %
Diabetes	1108	20,4 %	69	17,7 %	16,1	9 %
Neurologiset sairaudet	776	14,3 %	48	12,3 %	16,2	9 %
Hyperkolesterolemia	368	6,8 %	30	7,7 %	12,3	7 %
Liikalihavuus	589	10,8 %	27	6,9 %	21,8	12 %
Alzheimer	348	6,4 %	32	8,2 %	10,9	6 %
Suolistosairaus	390	7,2 %	27	6,9 %	14,4	8 %

Päivystyskäynnin tulosityitä tarkasteltaessa on käytetty ICD-10 koodiston virallista luokittelua. Kuviosta 6 käyvät ilmi yleisimmät tulosityt paljon yhteispäivystyksen palveluja käyttävien osalta vuonna 2014.

Asiakkailla oli usein useita tulosityitä. Ensihoito oli konsultoinut yhteispäivystyksen lääkäriä yhteensä 529 kertaa. Eniten asiakkaita tuli yhteispäivystykseen (835 käyntiä) erinäisten vammojen ja myrkytysten takia. Tämä ryhmä sisältää vammat, loukkaantumiset tai pahoinpitelyt, sekä kaikki erilaiset lääkeaineen, alkoholin tai muun lääkeaineen aiheuttamat myrkytykset tai yliannostukset.

Toiseksi eniten käyntejä yhteispäivystykseen oli hengityselinten sairauksien vuoksi (668 käyntiä). Tämä sisältää esimerkiksi kaikki flunssan vuoksi päivystykseen tulleet asiakkaat, astman pahenemisvaiheen ja COPD:n vuoksi päivystykseen hoitoon tulleet asiakkaat. Ruuansulatuselinten sairauden vuoksi (568 käyntiä) tulleeita oli kolmanneksi eniten. Tämä käynti sisältää käynnit gastroenteritistä maha- suolikanavan vaikeampiin tauteihin saakka, sekä vatsakipujen tulleet asiakkaat, ei kuitenkaan gynekologiset kiputilat. Peräpukamapötilat kuuluivat tähän ryhmään.

Hermoston sairauksien vuoksi tulleet asiakkaat (479 käyntiä) olivat pääosin asiakkaita, joilla oli ollut ohimennyt kouristelukohtaus. Sen lisäksi ryhmään kuuluivat ne, joilla oli muutoksia tajunnan-tasossa. Yhteispäivystykseen tulleiden tulosityitä tarkastellessa huomioitavaa oli haavan hoito sairaanhoitajan vastaanotolla -käyntien (353 käyntiä) suuri määrä (Kuvio 6). Tutkimuksessa kävi ilmi, että nämä käynnit olivat pääosin aina sovittuja käyntejä, ja sisälsivät aiemmin aloitetun haavan jatkohoitoa. Uudet haavat ja haavojen sulkeminen eivät kuuluneet tähän lukuun.

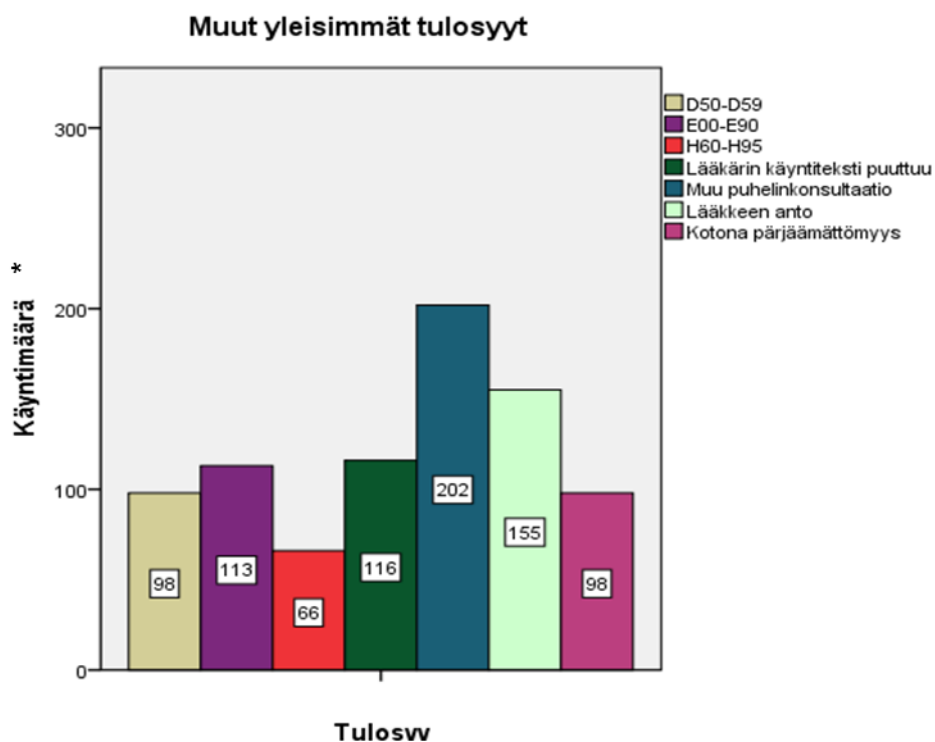


KUVIO 6. Paljon Oulun seudun yhteispäivystyksen palveluita käyttävien asiakkaiden (n = 389) päivystyskäyntien yleisimmät tulosityyt

TAULUKKO 4. Paljon Oulun seudun yhteispäivystyksen palveluita käyttävien asiakkaiden (n = 389) päivystyskäyntien tulosyyt ja ICD-10 koodisto (liittyy kuvioon 6)

Tulosyy	Selite
S00-T98	Vammat, myrkytykset ja eräät muut ulkoisten syiden seuraukset
J00-J99	Hengityselinten sairaudet
K00-K93	Ruuansulatuselinten sairaudet
I00-I99	Verenkiertoelinten sairaudet
R00-R99	Muualla luokitattomat oireet, sairaudenmerkit sekä poikkeavat kliiniset ja laboratoriolöydökset
F00-F99	Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt
M00-M99	Tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudosten sairaudet
N00-N99	Virts- ja sukupuolielinten sairaudet
G00-G99	Hermoston sairaudet
L00-L99	Ihon- ja ihonalaiskudoksen sairaudet
Ensihoidon puhelin-konsultaatio	Ensihoidon konsultaatiopuhelu päivystävälle lääkärille
Haavanhoito	Haavanhoitokäynti päivystävällä sairaanhoitajalla

Alla (Kuvio 7) on kuvattu paljon palveluita käyttävien asiakkaiden käyntien yleisimmät muut tulosyyt. Yhteispäivystyksen päivystävä lääkäri oli konsultoinut muualta Oulun kaupungin sosiaali- ja terveysterveyspalvelu -yksiköistä tulleisiin konsultaatiopyyntöihin (kuten esim. terveyskeskukset, kaupunginsairaala, palvelukodit) yhteensä 202 kertaa. Päivystykseen tultiin sovitusti saamaan suonensisäistä antibioottihoitoa tai muuta lääkkeen antoa 155 kertaa. Yhteensä 116 käynniltä puuttui lääkärin tai hoitajan tekemä tai sanelema asiakaskäyntiteksti Esko-potilastietojärjestelmästä. Oberon-tietojärjestelmästä löytyi tieto, että potilas on kirjattu päivystykseen sisälle asiakkaaksi, mutta asiakkaasta ei löydy lääkärin tai hoitajan tekemää käyntitekstiä. Tulossyynä kotona pärjäämättömyys esiintyi 98 kertaa.



* = tulossyn esiintymismäärä asiakkaan palvelutapahtumassa

KUVIO 7. Paljon Oulun seudun yhteispäivystyksen palveluita käyttävien asiakkaiden (n = 389) muut yleisimmät tulokset

TAULUKKO 5. Paljon Oulun seudun yhteispäivystyksen palveluita käyttävien asiakkaiden (n = 389) päivystyskäyntien muiden yleisimpien tulosten selitteet

Tulosy	Selite
D50-D89	Veren ja verta muodostavien elinten sairaudet sekä eräät immuunimekanismin häiriöt
E00-E90	Umpierityssairaudet, ravitsemussairaudet ja aineenvaihduntasairaudet
H60-H95	Korvan ja kartiolisäkkeen sairaudet
Lääkärin käyntiteksti puuttuu	Potilasasiakirjoista puuttuu lääkärin käyntiteksti
Muu puhelinkonsultaatio	Päivystävän lääkärin muu puhelinkonsultaatio
Lääkkeen anto	Antibioottitiputus tai muu lääkkeen anto
Kotona pärjäämättömyys	Asiakas todennut, ettei pärjää kotona

Tutkimuksessa tarkasteltiin myös päivystystapahtumien jakaantumista yleisimmän tulosityn (S00-T98) vammat, myrkytykset ja eräät muut ulkoisten syiden seuraukset mukaan. Taulukosta 6 voidaan nähdä, että nämä asiakkaat ohjautuivat erikoisaloista todennäköisimmin sisätautien erikoisaloille ja vammat kirurgialle, mutta kuitenkin ensisijaisesti asiakkaat ohjautuivat perusterveydenhuoltoon. Taulukko osoittaa missä määrin vaikeimmat tapaturmat ja loukkaantumiset ja vaikeimmat myrkytykset ohjautuivat sisätautien ja kirurgian erikoisalojen hoitoon.

TAULUKKO 6. Paljon Oulun seudun yhteispäivystyksen palveluita käyttävien asiakkaiden (n = 389) yhteispäivystykseen tulosityn vammat, myrkytykset ja eräät muut ulkoisten syiden seuraukset jakautuminen palvelujen käytön mukaan

Tulosyy: Vammat, myrkytykset ja eräiden muiden ulkoisten syiden seuraukset -jakautuminen eri palveluihin		
<i>Palvelu</i>	<i>Käyntimäärä</i>	<i>%</i>
<i>Somaattinen erikoissairaanhoido/Sisätaudit</i>	67	8,0 %
<i>Somaattinen erikoissairaanhoido/Neurologia</i>	12	1,4 %
<i>Somaattinen erikoissairaanhoido/Muu, esim. konsultaatio</i>	5	0,6 %
<i>Somaattinen erikoissairaanhoido/Kirurgia</i>	75	9,0 %
<i>Somaattinen erikoissairaanhoido/Silmätaudit</i>	2	0,2 %
<i>Somaattinen erikoissairaanhoido/Korva- nenä- ja kurkkutaudit</i>	4	0,5 %
<i>Yhteispäivystys/Perusterveyshuolto</i>	515	61,7 %
<i>Yhteispäivystys/Puhelin vastaanotto</i>	90	10,8 %
<i>Yhteispäivystys/Päivystävän sairaanhoitajan vastaanotto</i>	65	7,8 %
Yhteensä	835	100%

Vammat ja myrkytykset (ICD S00-T98) olivat selkeästi eniten käyntejä aiheuttava tulosyy. Tämän vuoksi tuloksia analysoitiin myös ristiintaulukoimalla. Tätä tulosyitä analysoitiin suhteessa palvelunkäyttöön, perussairauksiin, ikään ja sukupuoleen. Seuraavissa taulukoissa (Taulukot 7-9) tulosityn ja taustamuuttujien yhteyksiä on tarkasteltu Pearsonin χ^2 merkitsevyydestiillä. Tarkastelun

perusteella voidaan todeta, että taustamuuttujilla oli tilastollista merkitsevyyttä tulosityhyn (kaikissa p-arvo = ,000).

Päihteiden liikkakäyttöä esiintyi suurimmalla osalla paljon palveluja käyttävistä asiakkaista (63,2 %) perussairautena kun tulositynä olivat vammat ja myrkytykset (Taulukko 7). Tutkimustuloksista kävi ilmi, että usealla paljon palveluja käyttävistä asiakkaista oli myös jokin psyykinen sairaus, kun tulositynä olivat vammat ja myrkytykset. Taulukossa 8 esitetään, että tämän tulosityn omaavilla asiakkailla ikäjakauma on jyrkempi alussa esitettyyn asiakkaiden yleiseen ikäjakaumaan ja että nämä asiakkaat olivat enimmäkseen nuoria ja työikäisiä aikuisia 20- 59 v ikäryhmään kuuluvia. Tutkimustuloksista voidaan myös todeta (Taulukko 9), että tässä tulosityluokassa asiakkaat olivat pääosin miehiä (74 %).

TAULUKKO 7. Asiakkaiden perussairauksien esiintyminen Oulun seudun yhteispäivystykseen tulosityn vammat, myrkytykset ja eräät muut ulkoisten syiden seuraukset (ICD S00-T98) kohdalla

Perussairauksien esiintyminen Tulosity: Vammat, myrkytykset ja eräät muut ulkoisten syiden seuraukset (/835 käyntiä)		
Sydän- ja verisuonisairaudet	295	35,3 %
Tuki- ja liikuntaelinsairaudet	166	19,9 %
Hengityselinsairaudet	100	12,0 %
Psyykkiset sairaudet	333	39,9 %
Syöpäsairaudet	46	5,5 %
Päihteiden liikkakäyttö	528	63,2 %
Diabetes	124	14,9 %
Neurologinen sairaus	160	19,2 %
Hyperkolesterolemia	23	2,8 %
Liikalihavuus	55	6,6 %
Alzheimer	36	4,3 %
Suolistosairaus	35	4,2 %
Muu	123	14,7 %

TAULUKKO 8. Tulosity ICD S00-T98 ikäryhmittäin

Tulosity: Vammat, myrkytykset ja eräät muut ulkoisten syiden seuraukset jakautuminen ikäryhmittäin		
Ikäryhmä	Käyntimäärä	%
0 - 19v.	9	1 %
20 - 39v.	263	31 %
40 - 59v.	352	42 %
60 - 79v.	145	17 %
80 - 99v.	66	8 %
Yhteensä	835	100 %

TAULUKKO 9. Tulosity ICD S00-T98 sukupuolittain

Tulosity: Vammat, myrkytykset ja eräät muut ulkoisten syiden seuraukset jakautuminen sukupuolittain		
Sukupuoli	Käyntimäärä	%
Nainen	220	26 %
Mies	615	74 %
Yhteensä	835	100 %

Tämän tulosityn tarkastelussa selvisi vielä se, että 835 käynnistä 413 kertaa asiakas oli tuotu ambulanssilla yhteispäivystykseen. Asiakas oli saapunut itse päivystykseen 158 kertaa.

Taulukossa 10 on kuvattu päivystykseen tulomuodot. Useimmin yhteispäivystykseen asiakas saapui omalla kyydillä (32,2 % käynneistä) tai ensihoidon kuljettamana (27,8 %). Kaikkiaan 559 käynnillä (10,3 %) tulomuoto ei selvinnyt. Lähes yhtä monta kertaa ensihoito (9,8 %) konsultoi puhelimitse Oulun yhteispäivystyksen lääkäriä. Muualta tulleiden (Kaupunginsairaala, palvelukodit) konsultaatioiden määrä oli 202 kertaa (4 %). Vain kerran (0,2 %) tutkimusryhmään kuuluva asiakas oli tuotu pelastushelikopteri Sepellä Oulun yhteispäivystykseen. Muulla erikoisalakonsultaatiolla tarkoitetaan Oulun yhteispäivystyksen lääkärin tai erikoislääkärin tekemää konsultaatiota toiselle erikoisalalle.

Useimmin (59 %) Oulun yhteispäivystyksen paljon palveluja käyttävä asiakas siirtyi käynnin jälkeen kotiin (Taulukko 11). Asiakkaiden jatkohoitopaikka oli myös terveyskeskuksen vuodeosasto (11 %). Viidennes käynneistä (20,2 %) johti siihen, että potilas siirtyi erikoissairaanhoidon tutkittavaksi tai hoidettavaksi.

TAULUKKO 10. Asiakkaiden (n = 389) päivystykseen tulomuodot

Paljon OSYPin palveluita käyttävien asiakkaiden päivystykseen tulomuodot		
	lkm	%
Ambulanssi	1510	27,8
Poliisi	67	1,2
Läheinen	235	4,3
Itse	1753	32,2
Ensihoidon puhelinkonsultaatio	529	9,8
Erikoisala konsultaatio	344	6,3
Ei tiedossa	576	10,3
Muu puhelinkonsultaatio	202	4,0
Vanhemmat	47	,86
Potilaskuljettaja	172	3,2
Lääkäri käy toteamassa kuoleman	4	,07
Pelastushelikopteri	1	,02
Yhteensä	5440	100,0

TAULUKKO 11. Asiakkaiden (n = 389) jatkohoitopaikat

Paljon OSYPin palveluita käyttävien asiakkaiden päivystyskäynnin jälkeinen jatkohoitopaikka		
	lkm	%
Koti/Vanhainkoti	3094	56,9
Terveyskeskus osasto	vuode- 597	11
Sairaala/Erikoissairaanhoito	1099	20,2
Kotisairaala/Coronaria	14	0,3
Poliisi, putka	69	1,3
Poistui omatoimisesti tapaamatta lääkäriä	144	2,6
Muu	130	2,4
Kenttätien palvelukeskus	59	1,1
Ensihoito kuljettaa päivystykseen*	124	2,3
Ohjataan psykiatriseen hoitoon	67	1,2
Ohjataan päivystykseen arvioon*	29	0,5
Poistuu vastoin lääkärin suositusta	14	0,3
Yhteensä	5440	100

Ensihoidon toiminnan järjestäytymisestä ja tehostumisesta kertoo konsultaatiopuheluiden määrä (Taulukko 12); kaikkiaan päivystävää lääkäriä konsultoitin Oulun yhteispäivystykseen (529 kertaa), kun kyseessä oli tutkimukseen kuuluva paljon palvelua käyttävä asiakas. Konsultaatiopuhelusta

johtuvaa jatkohoitopaikkaa tarkasteltaessa voidaan todeta, että ensihoitajien puhelinkonsultaatioista 71,1 % tapauksissa oli päädytty kuljettamatta jättämiseen. Kuljetus päivystykseen oli tapahtunut 18,7 % kohdalla.

TAULUKKO 12. Asiakkaiden jatkohoitopaikka ensihoidon konsultaation perusteella

Paljon OSYPin palveluita käyttävien asiakkaiden jatkohoitopaikka ensihoidon puhelinkonsultaation perusteella (529 puhelua)		
Jatkohoitopaikka	lkm	%
Koti/Vanhainkoti	376	71,10
Sairaala/Erikoissairaanhoito	7	1,30
Poliisi, putka	17	3,20
Kenttätien palvelukeskus	15	2,80
Ensihoito kuljettaa päivystykseen	99	18,70
Ohjataan päivystykseen arvioon	11	2,10
Terveyskeskus vuodeosasto	1	0,19
Muu	1	0,19
Ohjataan psykiatriseen hoitoon	2	0,38
Yhteensä	529	100

Tutkimuksessa selvitettiin myös tutkimusryhmään kuuluvien asiakkaiden käyttämien muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttöä Oulussa. Näitä ovat Oulun kaupungin perusterveydenhuollon palvelut, elektiivinen eli suunniteltu erikoissairaanhoidon palvelunkäyttö Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä sekä Oulun kaupungin sosiaalipalvelut. Muita palveluita tutkimusjoukon asiakkaista 388 asiakasta tarvitsi vuoden 2014 aikana yhteensä 3371 kertaa. Yksi asiakas käytti palveluita keskimäärin 9 kertaa. Vähiten palveluita vuoden 2014 aikana käytettiin 1 kertaa ja eniten 27 kertaa.

Muista Oulun kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista (Taulukko 13) eniten tarvittiin Oulun kaupungin perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon palveluita (804 käyntiä). Seuraavaksi eniten asiakkaat tarvitsivat Oulun kaupungin sosiaalipalveluiden mielenterveyspalveluita (531 käyntiä). PPSHP:n elektiivisen hoidon palveluista suurinta käyttö oli sisätaudit ja keuhkosairaudet -palveluiden (304 käyntiä) sekä kirurgian (234 käyntiä) osalta. Yhdellä tutkimusjoukon asiakkaalla ei ollut muiden palveluiden käyttöä lainkaan vuonna 2014.

TAULUKKO 13. Paljon palveluita käyttävien asiakkaiden (n = 388) muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttö

Paljon OSYPin palveluita käyttävien asiakkaiden muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttö (n=388)				
Erikoisala/Palvelu	Käyntimäärä			
	Ouka PERUS-TERVEYDENHUOLTO	PPSHP ELEKTIIVINEN HOITO	Ouka SOSIAALI-PALVELUT	Yhteensä
AVOTERVEYDENHUOLTO	804	0	0	804
MIELENTERVEYSPALVELUT	0	0	531	531
KESKITETYT PALVELUT	352	0	0	352
SISÄTAUDIT JA KEUHKOSAIRAUDET	0	304	0	304
KIRURGIA	0	234	0	234
OULUN KAUPUNGINSAIRAALA	219	0	0	219
KOTONA AS. TUKEVAT PALVELUT/YHT	0	0	210	210
SUUN TERVEYDENHUOLTO	126	0	0	126
SOSIAALIPALVELUT	0	0	84	84
KORVA- NENÄ- JA KURKKUTAUDIT	0	56	0	56
AIKUISPSYKIATRIA	0	56	0	56
NEUROLOGIA	0	55	0	55
APUVÄLINEPALVELUT	0	55	0	55
SISÄTAUDIT JA KEUHKOSAIRAUDET	0	54	0	54
SILMÄTAUTIEN KLINIKKA	0	48	0	48
SYNNYTYKSET JA NAISTENTAUDIT	0	29	0	29
FYSIOTERAPIA	0	29	0	29
HAMMAS- JA SUUSAIRAUDET	0	26	0	26
IHOTAUDIT	0	23	0	23
LASTENTAUDIT JA LASTENNEUROLOGIA	0	21	0	21
ANESTESIA JA TEHOHOITO	0	20	0	20
TUKIELIN JA NEUROKIRURGIA	0	18	0	18
SYÖPÄTAUDIT	0	12	0	12
NUORISO- JA YLEISSAIRAALAPSYKIATRIA	0	3	0	3
PERINNÖLLISYYSLÄÄKETIEDE	0	2	0	2
YHTEENSÄ	1501	1045	825	3371

5.3 Asiakkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käytön kustannukset

Paljon palveluita käyttäneiden asiakkaiden sosiaali- ja terveyspalveluiden käytön kokonaiskustannukset olivat 9 556 947 € vuonna 2014. Tutkimuksessa on kustannusten laskemisen osalta käytetty yhteiskunnallista lähestymistapaa, se pyrkii ottamaan huomioon kaikille osapuolille aiheutuvat kus-

tannukset riippumatta siitä, kenelle ne kohdistuvat. Asiakkaiden maksamat palvelujen käytön osuudet (asiakasmaksut), yhteensä 620 892 euroa, on laskettu mukaan palvelujen käytön kustannuksiin. Tutkimusryhmään kuuluvien potilaiden käynnit olivat 14,9 % (vrt. Oulun kaupungin konsernipalvelut 2014, 64) Oulun yhteispäivystyksen käyntikerroista vuoden 2014 aikana. Keskimääräiset kustannukset olivat 24 568 €/asiakas. Paljon palveluita käyttävien asiakkaiden ryhmän sisällä kustannukset jakaantuivat epätasaisesti: 139 asiakasta (35,7 %) käytti palveluita yhteensä 7 128 030 € edestä (74,6 % koko tutkimusjoukon kustannuksista). Näiden 139 asiakkaan keskimääräiset kustannukset olivat 51 281 €. Paljon palveluita käyttävien asiakkaiden (n=389) ryhmästä pienin kustannus palveluiden kokonaiskäytölle oli 425 €/vuosi/asiakas ja suurin kustannus oli 418 885 €/vuosi/asiakas. Tutkimusjoukon (n = 389) osuus Oulun väestöstä on 0,2 %. Sosiaali- ja terveyspalvelujen käytön kokonaiskustannukset olivat 1,6 % Oulun kaupungin (Oulun kaupungin konsernipalvelut 2015, 86) hyvinvointipalveluiden kustannuksista.

Paljon palveluja käyttäneiden asiakkaiden (n = 389) Oulun seudun yhteispäivystyksessä tapahtuneen erikoissairaanhoidon päivystyskustannukset olivat 528 849 €. Perusterveydenhuollon päivystyskustannukset olivat 399 645 €. PPSHP elektiivisen palvelunkäytön, eli suunnitellusti tapahtuvan ja ajanvaraukseen perustuvan erikoissairaanhoidon kustannukset olivat 4 472 509 €. Oulun kaupungin perusterveydenhuollon palvelukustannukset olivat 2 102 935 €, sosiaalipalvelujen käytön kustannukset olivat 1 432 121 €. Oulun kaupunki peri avoterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen käytöstä 419 217 € asiakasmaksuja, ja PPSHP 201 675 € (Taulukko 14 ja Kuvio 8).

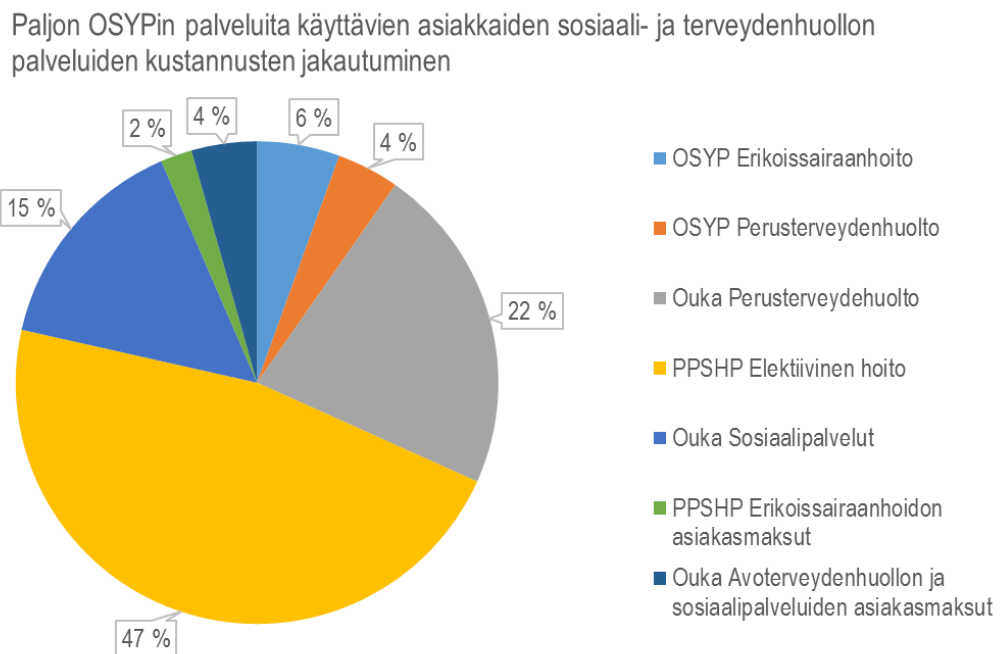
TAULUKKO 14. *Paljon Oulun seudun yhteispäivystyksen palveluita käyttävien asiakkaiden (n = 389) palvelunkäytön kustannusten jakaantuminen euroina*

Paljon OSYPin palveluita käyttävien asiakkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käytön kustannukset (n=389) *	
OSYP** Erikoissairaanhoido	528 849 €
OSYP** Perusterveydenhuolto	399 640 €
Ouka*** Perusterveydehuolto	2 102 935 €
PPSHP Elektiivinen hoito	4 472 509 €
Ouka*** Sosiaalipalvelut	1 432 121 €
PPSHP Erikoissairaanhoidon asiakasmaksut	201 675 €
Ouka*** Avoterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden asiakasmaksut	419 217 €
Yhteensä	9 556 947 €

*Tutkimuksessa on kustannusten laskemisen osalta käytetty yhteiskunnallista lähestymistapaa, se pyrkii ottamaan huomioon kaikille osapuolille aiheutuvat kustannukset riippumatta siitä, kenelle ne

kohdistuvat. Asiakkaiden maksamat palvelujen käytön osuudet (asiakasmaksut), yhteensä 620 892 euroa, on laskettu mukaan palvelujen käytön kustannuksiin.

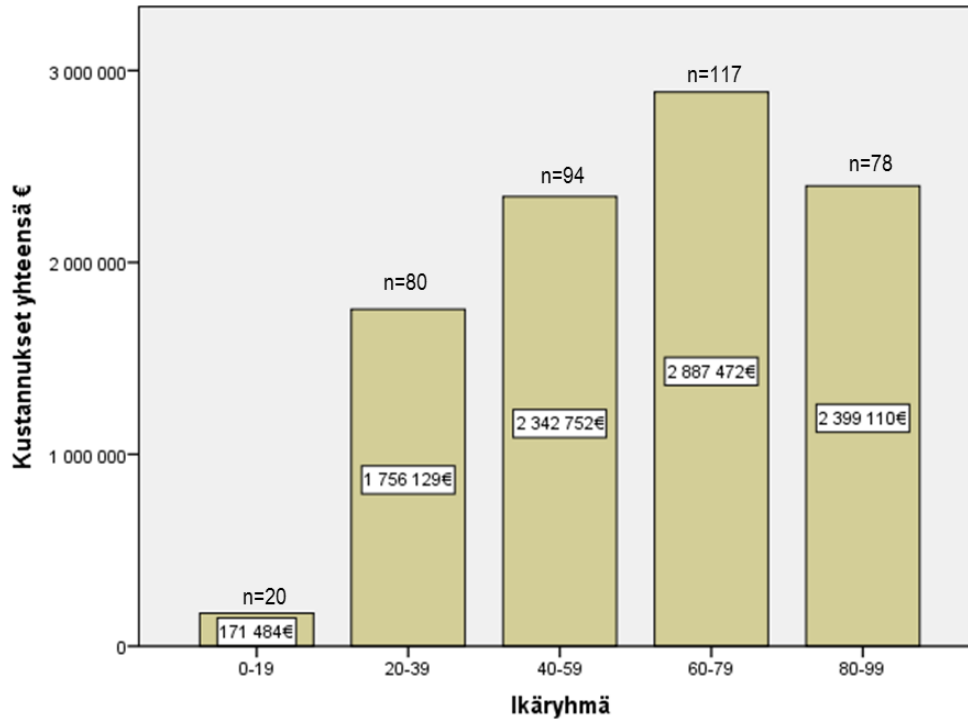
Oulun seudun yhteispäivystys, *Oulun kaupunki



KUVIO 8. Paljon Oulun yhteispäivystyksen palveluita käyttävien asiakkaiden (n = 389) palvelun käytön kustannusten jakaantuminen prosentteina

Asiakkaat (n = 389) jaettiin ikäryhmittäin 0-19 vuotta, 20-39 vuotta, 40-59 vuotta, 60-79 vuotta sekä 80-99 vuotta. Kuviossa 9 esitetään sosiaali- ja terveysten palvelujen käytön kustannukset ikäryhmittäin. Ensimmäisen ryhmän, 0-19 vuotta täyttäneiden kokonaiskustannukset olivat vuonna 2014 171 484 €, 20-39 vuotta täyttäneiden 1 756 129 €, 40-59 vuotta täyttäneiden 2 342 752 €, 60-79 vuotta täyttäneiden 2 887 472 € ja 80-90 vuotta täyttäneiden 2 399 110 € (yhteensä 9 556 947 €).

Paljon OSYPin palveluita käyttävien asiakkaiden palvelunkäytön kustannusten jakautuminen ikäryhmittäin



KUVIO 9. Paljon Oulun seudun yhteispäivystyksen palveluita käyttävien asiakkaiden (n = 389) sosiaali- ja terveystalvelujen käytön kustannukset ikäryhmittäin

Oulun kaupungin perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden asiakaskohtaisia sosiaali- ja terveystalvelukustannuksia tarkasteltaessa tutkimusryhmään kuuluvien palvelunkäytön kustannusten osalta voidaan todeta, että tutkimusjoukon 14 asiakkaalla ei ollut lainkaan näiden palveluiden käyttöä. Palveluita käyttäneiden kokonaismäärä oli näin 375 asiakasta (Taulukko 15). Näistä palveluista kerätyt asiakasmaksut sisältyvät kustannuksiin. Avoterveydenhuollon palveluja käytettiin eniten, 804 kertaa (23,8 %). Seuraavaksi käytetyin palvelu oli mielenterveyspalvelut, joita käytettiin 531 kertaa (15,7 %). Tutkimusryhmään kuuluvien asiakkaiden palvelunkäytön kustannukset Oulun kaupungin perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden osalta olivat halvimmillaan 9 €/asiakas ja kalleimmillaan 82 309 €/asiakas. Keskihinta Oulun kaupungin palvelunkäytölle olivat 10 542 €/asiakas.

TAULUKKO 15. Paljon Oulun seudun yhteispäivystyksen palveluita käyttävien asiakkaiden Oulun kaupungin perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden asiakaskohtaiset kustannukset (n = 375)

Paljon OSYPin palveluita käyttävien asiakkaiden Oulun kaupungin Perusterveydenhuollon ja Sosiaalipalveluiden asiakaskohtaiset kustannukset (n=375)	
Halvin	9 €
Kallein	82 309 €
Keskihinta	10 542 €

5.4 Palvelunkäytön kustannukset terveysasemapiireittäin

Keskimääräinen kokonaiskustannus terveysasemapiireittäin tarkasteltuna oli 682 639 €, kun kallemmillaan se oli 1 607 292 € (Höyhtyä) ja halvimmillaan 80 266 € (Yli- li). Kustannusten ero kallemman ja halvimman terveysasemapiirin välillä oli 1 527 026 €.

Terveysasemapiireittäin eriteltyt kustannukset osoittavat (Taulukko 16), että suurimmat sosiaali- ja terveyspalveluiden käytön kustannukset syntyivät Höyhtyä terveysasemapiirin alueella asuvien tutkimukseen kuuluvien asiakkaiden toimesta (17 % kustannuksista). Toiseksi nousivat Tuiran terveysasemapiirin alueella asuvat (15 % kustannuksista) ja kolmanneksi keskustan terveysasemapiiriin alueella asuvat (12 % kustannuksista). Vähiten kustannuksia tuottivat Yli- lin ja Ylikiimingin terveysasemapiirin alueella (1 % kustannuksista), sekä Oulunsalon ja Kiimingin terveysasemapiirien alueella asuvat (3 % kustannuksista).

Höyhtyä asiakkaiden palvelunkäytön kustannukset olivat suurimmat kun vertaillaan Oulun seudun yhteispäivystyksen ja erikoissairaanhoidon päivystyksen, PPSHP elektiivisen käytön kustannusten sekä Oulun kaupungin avoterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden asiakasmaksujen kohdalla, yhteensä 1 306 839 €. Sosiaalipalveluiden suurimmat kustannukset olivat puolestaan keskustan terveysasemapiirien alueella, yhteensä 320 169 €. Erikoissairaanhoidon asiakasmaksuja perittiin eniten Tuiran terveysasemapiirin alueella asuvilta, yhteensä 35 926 €.

Tuiran terveysasemapiirin alueelta tuli eniten paljon yhteispäivystyksen palveluita käyttävistä nk. suurten kustannusten asiakkaista, joiden palvelunkäytön keskihinta ylitti 24 000 €, yhteensä (24 asiakasta eli 17,3 %).

TAULUKKO 16. Paljon Oulun seudun yhteispäivystyksen palveluita käyttävien asiakkaiden (n = 389) kustannusten jakautuminen terveysasemapiireittäin

Paljon OSYPin palveluita käyttävien asiakkaiden kustannusten jakautuminen terveysasemapiireittäin									
Terveysasemapiiri	Kustannusyksikkö							Yhteensä €	Osuus %
	OSYP_ES	OSYP_PTH	PERUSTERVEY- DENHUOLTO	PPSHP_ ELEKTIVINEN	SOSIAALI- PALVELUT	Erikoissairaan- hoidon asiakasmaksut	Avoterveyden- huollon ja sosiaali- palveluiden asiakasmaksut		
Haukipudas (n=22)	46 941 €	20 508 €	137 006 €	397 223 €	102 108 €	15 639 €	34 745 €	754 169 €	8 %
Höyhtyä (n=49)	56 707 €	56 272 €	357 380 €	764 272 €	275 582 €	24 871 €	72 208 €	1 607 292 €	17 %
Kaakkuri (n=30)	46 958 €	31 094 €	162 132 €	345 880 €	35 139 €	20 573 €	15 330 €	657 106 €	7 %
Kaijonharju (n=19)	23 222 €	16 890 €	41 992 €	308 614 €	11 892 €	10 092 €	6 341 €	419 043 €	4 %
Keskusta (n=48)	53 486 €	58 457 €	262 797 €	341 724 €	320 169 €	19 817 €	63 813 €	1 120 264 €	12 %
Kiiminki (n=16)	38 383 €	10 603 €	65 847 €	134 427 €	36 896 €	7 961 €	10 402 €	304 519 €	3 %
Kontinkangas (n=38)	45 299 €	40 864 €	219 152 €	435 701 €	135 380 €	17 870 €	39 485 €	933 750 €	10 %
Myllyoja (n=33)	39 348 €	44 258 €	150 784 €	234 055 €	122 625 €	12 687 €	31 496 €	635 253 €	7 %
Oulunsalo (n=10)	18 541 €	7 256 €	73 392 €	153 583 €	476 €	5 973 €	14 187 €	273 407 €	3 %
Rajakylä (n=21)	24 606 €	17 677 €	108 923 €	109 817 €	83 542 €	6 986 €	23 767 €	375 318 €	4 %
Seppä (n=39)	40 315 €	31 561 €	142 280 €	489 893 €	73 675 €	20 355 €	26 651 €	824 730 €	9 %
Tuira (n=56)	81 083 €	60 285 €	344 460 €	683 838 €	161 900 €	35 926 €	66 590 €	1 434 082 €	15 %
Yli-li (n=2)	5 608 €	597 €	8 682 €	58 791 €	3 665 €	1 438 €	1 485 €	80 266 €	1 %
Ylikkiiminki (n=6)	8 352 €	3 318 €	28 109 €	14 692 €	69 073 €	1 487 €	12 717 €	137 748 €	1 %
Yhteensä	528 849 €	399 640 €	2 102 935 €	4 472 509 €	1 432 121 €	201 675 €	419 217 €	9 556 947 €	100 %

6 POHDINTA

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että tyypillinen Oulun yhteispäivystyksen paljon palveluita käyttävä asiakas on 40-79 -vuotias ja hän asuu Tuiran, Höyhtyän tai Keskustan alueella. Hän sairastaa useita perussairauksia ja asioi perusterveydenhuollon päivystävän lääkärin vastaanotolla tulemalla yhteispäivystykseen itse tai ensihoidon kuljettamana yleensä vamman, myrkytyksen tai eräiden muiden ulkoisten syiden vuoksi. Tällöin hänellä on useasti perussairautena päihderiippuvuus tai mielenterveysongelma. Tutkimuksen ja hoidon päätteeksi hänen jatkohoitopaikka on useimmin koti. Keskimääräisen asiakkaan muuhun palvelunkäyttöön Oulun kaupungin palveluista kuuluvat avoterveydenhuollon palveluiden käyttäminen, sekä sosiaalipalveluista mielenterveyspalveluiden käyttö. Erikoissairaanhoidon palveluista hän käyttää sisä- ja keuhkosairauksien tai kirurgian erikoisalan palveluita. Palvelunkäytön kokonaiskustannus on keskimäärin 24 568 €/vuosi, kun se keskihintaisella oululaisella on toimintakatteesta 2 610 €/vuosi ja toimintamenoista 3 012 €/vuosi.

6.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Paljon palveluja käyttävät asiakkaat olivat yleisesti monisairaita ja moniongelmaisia. Tutkimustulokset ovat samansuuntaisia kuin aiemmat aiheesta tehdyt tutkimukset (Leskelä, ym. 2013, Leskelä, ym. 2015, viitattu 20.11.15 ja Acosta & Lima 2015, viitattu 2.11.15).

Paljon palveluja käyttävien asiakkaiden ikäjakaumat 20-39 vuotta ja 40-59 vuotta korostuivat, kun tulosyö oli ICD S00-T98 eli vammat, myrkytykset ja muut ulkoiset syyt. Tarkasteltaessa tulosyitä ja ikäjakaumia, havaittiin että ero naisten ja miesten välillä kasvaa suuremmaksi jos tarkastellaan sitä suhteessa suurimpaan tulosyöluokkaan vammat ja myrkytykset. Tässä ryhmässä suurimmalla osalla oli perussairautena päihderiippuvuus. Vanhempien ikäryhmässä (70-99 v) puolestaan naisia oli huomattavasti enemmän kuin miehiä, johtuen ilmeisesti keskimääräisestä naisten miehiä pidemmästä elinajasta. Paljon palveluita käyttävien asiakkaiden terveysasemapiirien tarkastelussa huomataan, että eniten asiakkaita tutkimusjoukosta asui Tuiran terveysasemapiirin alueella vuonna 2014. Oulun kaupungilta saatujen terveysasemapiirien asukaslukujen mukaan (Taulukko 17) Tuiran terveysasemapiirin alueella asui v. 2014 eniten asukkaita (25 645 asukasta). Seuraavaksi eni-

ten asukkaita asui Haukiputaan (19 326) ja Myllyojan (18 080) terveysasemapiirien alueilla. Tutkimuksessa selvisi, että Tuiran jälkeen seuraavaksi eniten asiakkaita tutkimusjoukosta asui Höyhtyän ja Keskustan terveysasemapiirien alueilla. Näillä terveysasemapiireillä asui Höyhtyällä 13 820 ja Keskustan alueella 13 624 asukasta. Kun verrataan tutkimusjoukon asiakasmääriä terveysasemapiirien asukaslukuun, suhteellisesti eniten tutkimusjoukon asiakkaita asui Höyhtyän ja Keskustan alueilla. Näillä alueilla asuu paljon iäkkäitä asukkaita, joten väestörakenne voisi olla selittävä tekijä tälle ilmiölle. Keskustassa ei ollut yhtään nuorimpien ikäjakauman (0-19 vuotta) mukaiseen ryhmään kuuluvaa paljon yhteispäivystyksen palveluja käyttävää asukasta. Kiimingissä ja Haukiputaalla puolestaan oli asukaslukuun suhteutettuna vähän paljon yhteispäivystyksen palveluja käyttäviä asiakkaita. Tämän ilmiön yhtenä selittäjänä voisi olla yhteispäivystyksen etäisyys. Yhteispäivystys sijaitsee Oulun keskustan lähituntumassa. Asuinalueen väestörakenteen sosioekonominen asema voi myös olla osaltaan selittävä tekijä palvelunkäytön jakaantumiselle. Valitettavasti vuoden 2014 sosioekonomista asemaa kuvaavia tietoja ei saatu tähän tutkimukseen yrityksistä huolimatta mukaan.

TAULUKKO 17. Paljon Oulun seudun yhteispäivystyksen palveluita käyttävien asiakkaiden (n = 389) terveysasemapiirit ja asiakasmäärät

Paljon OSYPin palveluita käyttävien asiakkaiden terveysasemapiirit ja asiakasmäärät			
Terveysasema	Asukasmäärä	Tutkimusjoukko n	Suhde
Haukipudas	19 326	22	0,11 %
Höyhtyä	13 820	49	0,35 %
Kaakkuri	14 649	30	0,20 %
Kajonharju	17 487	19	0,11 %
Keskusta	13 624	48	0,35 %
Kiiminki	13 770	16	0,12 %
Kontinkangas	17 845	38	0,21 %
Myllyoja	18 080	33	0,18 %
Oulunsalo	10 018	10	0,10 %
Rajakylä	12 843	21	0,16 %
Seppä	13 614	39	0,29 %
Tuira	25 645	56	0,22 %
Yli-li	2 111	2	0,09 %
Ylikiiminki	3 239	6	0,19 %
Yhteensä	196 803	389	0,20 %

Oulun yhteispäivystyksessä paljon palveluita käyttävien asiakkaiden palvelunkäytön vilkkain kuu-kausi oli elokuu, jonka jälkeen käyttö tasaantui loppuvuotta kohden. Käyntien jakaantuminen perusterveydenhuollon päivystyskäyntien osalta osoitti, että asiakkaat ovat löytäneet päivystävän sairaanhoitajan vastaanoton (21,1 % käynneistä). Puhelinkonsultaatiot (16 %) ja perusterveydenhuollon lääkärinkäynnit (62,7 %) olivat luonnollisesti hyvin edustettuna.

Kuten päivystyksen henkilökunnalla ja ylilääkärillä oli ennako-oletuksena, on moni paljon palvelua käyttävistä asiakkaista päihteiden käyttäjiä. Tutkimuksen avulla saadun tiedon perusteella heillä oli usein myös mielenterveydellisiä ongelmia, ja he käyttivät runsaasti päivystyspalveluita, avoterveydenhuollon palveluiden ja sosiaalipalveluiden käytön mahdollisuudesta huolimatta tai niiden lisäksi. Tästä voidaan päätellä, että avoterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelut voivat olla heikosti tavoitettavissa tai ne eivät tavoita kaikkia palvelun tarvisijoita. Päihdeongelman diagnosointi havaitaan usein liian myöhään ja usein ihmisellä on jo ilmennyt moninaisia sosiaalisia ongelmia ennen diagnoosin saamista.

Tutkimuksessa selvisi, että psyykkisesti sairaiden päihdepotilaiden tilanne on ongelmallinen. Esi-merkiksi suisidaalisuuden vuoksi yhteispäivystykseen hakeutuneita asiakkaita ei psykiatrian päi-vystykseen otettu, jos heillä oli alkoholiongelma ja he olivat päihtyneenä. Oulun Kaupunginsairaala puolestaan ei voi hoitaa asiakasta, koska asiakkailla oli alkoholideliriumista johtuvaa harhaisuutta ja aggressiivisuutta. Ovatko nämä asiakkaat terveydenhuoltomme väliinputoajia ja millainen pal-velu auttaisi heitä? Tämän tyyppisiä potilaita oli toistuvasti yhteispäivystyksessä. Tekstien mukaan asiakkaita jouduttiin poistamaan päivystyksestä mielenterveysongelman ja päihteiden aiheuttaman käyttäytymishäiriön vuoksi, ja useassa tapauksessa saman illan aikana he palasivat ensihoidon tuomana suisidiyrityksen jälkeen ja lopulta jatkohoitopaikaksi muodostui erikoissairaanhoidon osasto, jopa tehohoitoyksikkö.

Tutkimuksellisesti merkittäviä asioita, joita ei sovittujen käytänteiden mukaan pitäisi esiintyä tässä määrin tai ei lainkaan, löydettiin aineistosta: mm. 116 käynniltä puuttui lääkärin tai hoitajan tekemä tai sanelema asiakaskäyntiteksti Esko- potilastietojärjestelmästä. Oberon - tietojärjestelmästä löytyi tieto, että potilas on kirjattu päivystykseen sisälle asiakkaaksi, mutta asiakkaasta ei löydy lääkärin tai hoitajan tekemää käyntitekstiä. Käyntitekstien puuttuminen koski ainoastaan perusterveydenhuollon potilaiden käyntejä, erikoissairaanhoidossa tekstit ja laskutustiedot löytyivät täydellisesti.

Tekstin puuttuminen on asiakkaan kannalta ongelmallista, ja se voi olla potilasturvallisuutta vaarantava seikka. Lääkärin ja hoitajan kohdalla kysymys on oikeusturvasta, jos hoidossa tuleekin jotain huomautettavaa. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (Finlex, 2001, viitattu 17.11.15) toteaa, että potilaskertomukseen tulee tehdä merkinnät jokaisesta potilaan avohoito- ja kotihoitokäynnistä sekä osastohoitojaksosta. Käyntejä ja hoitokajsoja koskevista tiedoista tulee käydä ilmi tulossyy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys tai terveysriski, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppulausunto.

Yllättävää oli huomata, kuinka paljon yhteispäivystykseen tuli sinne kuulumattomia potilaita, etenkin sovitusti esimerkiksi haavanhoitoihin ja suonensisäisiin antibioottitiputuksiin. Ensisijainen hoitopaikka olisi varmaankin päiväaikainen perusterveydenhuolto, tai Coronaria -kotisairaalan tapainen hoito. Tutkimuksessa vain 14 asiakaskäyntiä ohjautui Coronaria -kotisairaalan palveluiden piiriin, vaikka lääkkeen antokäyntejä ja haavanhoitokäyntejä oli satoja. Jos palveluntarpeen määrään ei pystytä vastamaan nykyisissä paikoissa, on varmasti järkevää pohtia palveluntarpeen kartoittamisen ja seurannan avulla uuden, iltaan painottuvan sairaanhoitajavastaanoton aloittamista.

Monet tekijät tutkimuksessa osoittivat sen, että näiden paljon yhteispäivystyksen palvelua käyttävien asiakkaiden tiheät käynnit eivät läheskään joka kerta olleet lääketieteellisesti tarpeellisia. Samankaltaisia tuloksia ovat saaneet mm. Acosta & Lima (2015, viitattu 2.11.15), Lang, ym. (1996, viitattu 20.11.15). Asiakkaat kokivat yksinäisyyttä, turvattomuutta ja usein myös psyykinen oireilu somatisoitui vahvasti. Tutkimuksesta välittyi se kuva, että he kokivat saavansa turvaa itselleen ja jonkinlaista apua myös sosiaalisiin ongelmiin tulella päivystykseen. Kuten Leskelä ym. (2013, viitattu 6.11.15) Oulussa toteutetussa tutkimuksessa paljon sosiaali- ja terveyspalveluita käyttävistä asiakkaista on todennut, pieni osa väestöstä tuottaa valtaosan kustannuksista. Hoidon vaikuttavuuden parantamiseksi ja käytetyn palvelun tehokkuuden lisäämiseksi palvelujärjestelmän tulisi keskittyä tämän ryhmän hallintaan, ja kohdennetusti ehkäistä siihen joutumista. Iäkkäät ja heikossa sosiaalisessa asemassa olevat käyttävät runsaasti palveluita. Tässä tutkimuksessa olemme käyttäneet ilmiöstä käsitettä elämänhallinnalliset ongelmat - kuvaamaan tilannetta, jolloin asiakkaan kotona selviytyminen on merkittävästi alentunut ja näkyy sosiaali- ja terveyspalvelunkäytön keskimääräistä suurempana käyttönä.

Kustannuksista puhuttaessa on muistettava, mistä näkökulmasta kustannuksia tarkastellaan. Tämän tutkimuksen näkökulma on yhteiskunnallinen näkökulma, jossa on kerätty tutkimukseen kuuluvien asiakkaiden sosiaali- ja terveyspalvelukäytön kokonaiskustannukset vuodelta 2014 julkisen terveydenhuollon puolelta. Sen sijaan tutkimuksessa ei ole huomioitu asiakkaiden yksityisten terveyspalveluiden käytön kustannuksia, matkakustannusten omavastuuosuuksia, lääkekustannuksia tai sairauspoissaoloista johtuvia ansion menetyksiä (vrt. Drummond & Sculpher 2005). Kustannuksiin ei ole myöskään laskettu ambulanssi- ja taksikyytien aiheuttamia omavastuuosuuksia tai Kelan korvaamia kustannuksia. Oulun yhteispäivystyksen paljon palveluja käyttävien asiakkaiden (0,2 % koko Oulun asukasmäärästä) käyttävät siis 14,9 % yhteispäivystyksen Oulun kaupunkilaisten toteuttamista yhteispäivystyskäynneistä. Yhteenlasketut kustannukset yhteispäivystyksen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystyksestä, sekä Oulun kaupungin avoterveydenhuollosta olivat yhteensä 3 031 424 €. Sosiaalipalveluiden kanssa kustannukset olivat 4 463 545 €. PPSHP ja Oulun kaupungin perimien asiakasmaksujen yhteenlaskettu summa oli 620 892 €. Loput olivat erikoissairaanhoidon kustannuksia, yhteensä 4 472 509 €.

Oulun kaupungin v. 2014 tilinpäätöksen (2015, viitattu 3.11.15) mukaan hyvinvointipalveluiden kustannukset jakaantuvat seuraavasti: sosiaali- ja terveyspalvelut yhteensä 65,5 % ja erikoissairaanhoido 34,5 %. Tässä tutkimuksessa paljon Oulun seudun yhteispäivystyksen palveluita käyttävien asiakkaiden (n = 389) palvelunkäytön kustannukset jakaantuivat seuraavasti: sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannukset 53,2 % ja erikoissairaanhoidon palvelukustannukset 46,7 %. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin Leskelä, ym. (2015, viitattu 3.11.15) tutkimuksessa, jonka mukaan paljon palveluita käyttävien erikoissairaanhoidon kustannusten jakautuminen on epätasaista muuhun väestöön verrattuna. Heidän mukaansa sisäisiä läheteitä ja potilaan pallottelua tulisi vähentää koordinoimalla erikoisalat ylittäviä hoitoketjuja paremmin, sekä kehittämällä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä.

Kustannuksia tarkasteltaessa selvisi, että PPSHP Oulun yhteispäivystyksen paljon palveluita käyttävien sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaiskustannukset olivat 1,6 % Oulun kaupungin hyvinvointipalveluiden v. 2014 tilinpäätöksessä ilmoitetuista toimintamenoista. Tutkimukseen kuuluneiden asiakkaiden osuus koko väestöstä oli 0,2 % (389 asukasta/196 291 asukasta). Jos mukaan lasketaan pelkkä yhteispäivystyksen palvelukäyttö ilman erikoissairaanhoidon päivystystä, eli yhteispäivystyksen perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotto, päivystävän sairaanhoitajan luona käynti ja konsultaatiot yhteensä 4 207 käyntiä, käyttö vastasi 11,5 % Oulun kaupungin ilmoittamasta vuosikäyntimäärästä. Voidaankin todeta, että laskettaessa mukaan erikoissairaanhoidon

päivystyskäynnit (1 233 käyntiä), paljon palveluita käyttävien toimesta tapahtui 14,9 % Oulun kaupungin asukkaiden käyttämistä yhteispäivystyskäynneistä. Sosiaali- ja terveystalvöpalvelujen käytön kokonaiskustannukset olivat 21 556 € suuremmat kuin Oulun kaupungin asukkaalla keskimääräisesti tarkasteltuna.

Oulun kaupungin tilinpäätöksen (Oulun kaupunki 2015, 87) mukaan hyvinvointipalveluiden toimintakulut erikoissairaanhoidon kustannusten kanssa olivat v. 2014 yhteensä 590 942 214 €, joista toimintatuottoina on merkitty 57 281 000 €. Asukasta kohti kustannukset olivat vuoden 2014 lopussa 3 012 €/asukas, menojen kasvua edellisvuoteen oli 0,63 %. Oulun kaupungin konsernipalvelujen tekemän tilastotiedon (2015, 66) mukaan asukkaiden yhteispäivystyksen käynnit olivat v. 2014 yhteensä 36 430 käyntiä. PPSHP tilastollisen vuosikirjan mukaan (2015, 156) OYS:n yhteispäivystyksen perusterveydenhuollon avohoitokäynneistä jäsenkunnittain v. 2014 oululaisten osuus oli 42 890 käyntiä.

Rajakustannuksia pohdittaessa voidaan ajatella, että jos paljon palveluita käyttävien kustannuksia saataisiin laskettua keskimääräisestä kustannuksesta 10 % eli 2 457 €, se merkitsisi vuositasolla noin 955 695 € säästöä. Jos luku saataisiin puolittamaan paljon palveluita käyttävän nykyisen keskihinnan (24 568 €/asukas) ja tavallisen keskihintaisen oululaisen (3012 €/asiakas) kustannusten väliin (estimaatti 13 500 €/asukas), olisivat säästöt nykyiseen 4 279 000 €/vuosi. Jos yhteispäivystyksen paljon palveluita käyttävien asukkaiden määrä olisi 500 asiakasta (nyt 389 asiakasta, lisäys 28 % eli 111 asiakasta), heidän sosiaali- ja terveystalvöpalvelujen aiheuttamat kustannukset yhteensä 12 285 000 €/vuosi. Jos Oulun kaupungin asukkaista noin 11 % olisi paljon yhteispäivystyksen palveluita käyttäviä asiakkaita, koko kaupungin hyvinvointipalveluiden vuosikustannukset kuluisivat heidän palvelunkäyttönsä kattamiseen.

Oulun kaupungilta saatua terveysasemapiirien asukastilastoa hyödyntämällä tiedetään, että Höyhtyän alueen asukasluku on 13 820 asukasta (osuus paljon palveluita käyttävien palvelunkäytön kokonaiskustannuksista 17 %), Tuiran asukasluku 25 645 asukasta (osuus paljon palveluita käyttävien palvelunkäytön kokonaiskustannuksista 15 %) ja keskustan asukasluku 13 624 asukasta (osuus paljon palveluita käyttävien palvelunkäytön kokonaiskustannuksista 12 %). Yli-lin asukasluku on 2 111 asukasta (osuus paljon palveluita käyttävien palvelunkäytön kokonaiskustannuksista 1 %), Ylikiimingin asukasluku on 3 239 asukasta (osuus paljon palveluita käyttävien palvelunkäytön kokonaiskustannuksista 1 %) ja Kiiminki 13 770 asukasta (heidän osuutensa paljon palveluita käyttävien palvelunkäytön kokonaiskustannuksista oli 3 %). Voidaan todeta, että kalleimmassa päässä

Tuiran osalta väkiluku voisi olla yksi selittävä tekijä palvelunkäytön korkeille kustannuksille. Höyhtyän ja Keskustan korkeat kustannukset selittynevät alueen väestörakenteella, koska näillä alueilla asuu iäkkäämpiä asiakkaita ja heidän hoitonsa on usein vaativampaa ja kalliimpaa. Halvimmassa päässä, eli Yli-li ja Ylikiiminki, voitaneen kuitenkin todeta asukasluvun vaikuttavan kustannusten pienuuteen. Sen sijaan Kiimingin kohdalla asukasluvu ja kustannusten pienuus ei selity samalla tavalla.

Tarkasteltaessa asukkaiden esiintyvyyttä ikäryhmittäin ja asuinalueittain on yli 65 vuotta täyttäneitä lähimpään tasaprosenttiin pyöristäen Höyhtyän asukkaista 20 %, Tuiran asukkaista 23 %, keskustan asukkaista 21 %, Yli-lin asukkaista 22 %, Ylikiimingin asukkaista 16 % ja Kiiminki + Jääli 12 %. Tarkasteltaessa asukkaiden esiintyvyyttä ikäryhmittäin ja asuinalueittain on 25-64 vuotta täyttäneitä lähimpään tasaprosenttiin pyöristäen Höyhtyän asukkaista 50 %, Tuiran asukkaista 51 %, keskustan asukkaista 50 %, Yli-lin asukkaista 44 %, Ylikiimingin asukkaista 49 % ja Kiiminki + Jääli 49 %.

Terveysasemapiireittäin tarkasteltuna kustannuksille on vaikea löytää yhtä selittävää syytä, jos verrataan kalleimpia ja halvimpia terveysasemapiirejä. Alueen väkiluku ja tutkimuksessa käytetty ikäperusteinen jako voivat osaltaan toimia selittävänä tekijänä, mutta taustalla voivat vaikuttaa myös perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen kehittäminen, kohdentuminen ja saatavuuden hyvä taso. Puolestaan raskaiden palveluasumisen yksiköiden keskittäminen samoihin terveysasemapiireihin voi vaikuttaa pienten piirien palvelunkäytön kustannusten suuruuteen. Asuinalueen väestörakenteen sosioekonominen asema voi myös olla osaltaan selittävä tekijä palvelunkäytön ja kustannusten jakaantumiselle. Valitettavasti vuoden 2014 sosioekonomista asemaa kuvaavia tietoja ei voitu saada tähän tutkimukseen yrityksistä huolimatta mukaan.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tieteellisen tiedon keskeinen tunnusmerkki on sen luotettavuus. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta arvioidaan validiteetin ja reliabiliteetin avulla (Toikko & Rantanen 2009, viitattu 2.12.15). Hirsjärvi, ym. (2009, 226) mukaan tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta, eli tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia tutkimusta toistettaessa. Ronkainen, ym. (2011, 132 -133) mukaan reliabiliteetti koostuu kahdesta osasta, yhtenäisyydestä ja

pysyvyydestä tai vakaudesta. Mittarin pysyvyyttä voidaan arvioida tekemällä esimerkiksi toistomittauksia. Yhtenäisyydellä tarkoitetaan mittarin sisäistä johdonmukaisuutta. Reliabiliteetin ajatuksella on käyttöä tutkimuksessa yleisesti, esimerkiksi havaintoja kerätessä tai aineistoa analysoitaessa luokittelu edellyttää johdonmukaisuutta ja tarkkuutta. Havainnot tulee luokitella samankaltaisella logiikalla eikä luokittelutapaa voi vaihtaa kesken tutkimuksen. Jos havainnoijia tai aineiston luokittelijoita on useita, heidän välillään ei voi olla systemaattista eroa. Tässä tutkimuksessa asiakaskertomuksia havainnoimalla ja asiakaskertomusten rakenteisiin tutustumalla tutkimuskysymysten valossa saatiin rakennettua havaintomatriisi. Tämän jälkeen jokaisesta asiakaskertomuksesta kerättiin samat tiedot yhtenevällä luokittelumenetelmällä, eikä kolmen tutkijan kesken voinut muodostua tutkijasta riippuvaa eroa matriisin täyttämässä.

Hirsjärvi, ym. (2009, 226 -228) mukaan validius puolestaan tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Validiutta voidaan arvioida eri näkökulmista, jolloin puhutaan ennustevalidiudesta, tutkimusasetelmavalidiudesta ja rakennevalidiudesta. Ronkainen, ym. (2011, 131) mukaan validiteettia käytetään myös tutkimuksen laatua kuvaavana yleisempänä terminä. Tällöin sillä tarkoitetaan tiedon tuottamista pätevällä tavalla eli sellaisten ratkaisujen ja käytäntöjen avulla, jotka ovat perusteltavissa tieteen yleisten kriteerien tai tutkimuksen edustaman tutkimusperinteen näkökulmasta. Lisäksi pätevyys tarkoittaa sitä, että tutkimus on pätevää tutkimuksen kohteena olevan ilmiön kuvaajana. Tutkimuksessa on osoitettava linkki tutkimuksen tulosten ja tutkittavan asian välillä. Kolmantena pätevyyteen liittyy ajatus tutkijan ja tutkittavien maailman välisestä suhteesta. Kysymys on siitä, kuinka vahvasti tutkijan käsitteet, tulkinnat ja havainnot vastaavat yhteisön jäsenten käsitteitä, tulkintoja ja havaintoja. Koska aineisto on tutkijan tai tutkimusryhmän käsittelemää, tulkitsemaa tai tekstiksi muuttamaa, on pidettävä huolta etteivät omat käsitykset tai oma tulkintakehys jää aineiston ja tutkittavana olevien ihmisten ylitse.

Tässä tutkimuksessa reliabiliteettia varmistettiin prosessin alusta alkaen. Tutkimusjoukon ja käyntien perustiedot poimittiin tietojärjestelmistä tarkasti sovittujen hakukriteerien avulla. Poiminnassa avustivat PPSHP:n tietohallinnon kokeneet ammattilaiset, jotka olivat tottuneet suorittamaan pika-poiminta-ajaja. Saadut aineistot tarkistettiin vielä satunnaisotannalla vertaamalla tietojen oikeellisuus ja eheys manuaalisesti potilastietojärjestelmistä. Tarkempien käyntitietojen manuaaliseen poimintaan havaintomatriisiin sovittiin tutkijoiden kesken yhteiset toimintatavat ja luokittelumenetelmät, jolloin virhemahdollisuuksien määrä olisi mahdollisimman vähäinen. Lisäksi tutkijoiden osaamista kasvatettiin tutkimuksen vaatimukseen nähden siten, että ymmärrys ja työskentelytavat olisivat mahdollisimman yhteneväiset ja tutkimukseen sopivat. Kustannusten kerääminen

PPSHP:n ja Oulun kaupungin tietojärjestelmistä tapahtui tutkimusjoukon asiakasavaimen perusteella kokoneiden tietohallintoammattilaisten toimesta. Näiden osalta tutkimustulosten ja menetelmien reliabiliteetti on hyvä ja toistettavissa esim. jossain toisessa sairaanhoitopiirissä, jossa on käytössä samat tietojärjestelmät. Validiteettia lisäsivät tietojen kerääminen luotettavista lähteistä, eli potilashallintojärjestelmästä ja potilaskertomuksista. Tutkimuksessa sitouduttiin tiedon tuottamiseen sellaisten ratkaisujen ja käytäntöjen avulla, jotka ovat perusteltavissa tieteen yleisten kriteerien näkökulmasta.

Tutkimustyön loppupuolella elo-syyskuussa 2015 saimme Oulun kaupungilta tarvittavat käynti- ja kustannustiedot tutkimusjoukon käyttämistä muista sosiaali- ja terveyspalveluista. Sen sijaan sosioekonomista asemaa kuvaavia tietoja (ammatti, koulutus, työtilanne) vuodelta 2014 emme onnistuneet yrityksistä huolimatta saamaan käsiimme. Havaitimme, että luotettavaa ja ajanmukaista tietoa suomalaisista näistä tiedoista ei ole tallennettuna mihinkään keskitettyyn rekisteriin. Tämän muuttujan jouduimme jättämään tutkimuksestamme pois.

6.3 Tutkimuksen eettisyys

Oulun Ammattikorkeakoulu on sitoutunut Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeeseen (2012), jonka tavoitteena on hyvän tieteellisen käytännön edistäminen ja tieteellisen epärehellisyyden ennaltaehkäiseminen tutkimusta harjoittavissa organisaatioissa, kuten yliopistoissa, ammattikorkeakouluissa ja tutkimuslaitoksissa. Niiden tulee soveltuvin osin noudattaa ohjetta myös yritysten ja muiden tahojen kanssa tehtävässä kansallisessa ja kansainvälisessä tutkimusyhteistyössä. Tämän tutkimuksen tietojen kerääminen, analysointi ja raportointi on tehty avoimesti ja rehellisesti noudattaen tieteellisen tutkimuksen hyviä käytäntöjä.

PPSHP- Tutkijoille (2015, viitattu 29.10.2015) lausutaan, että Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin alueellinen eettinen toimikunta - The Regional Ethics Committee of the Northern Ostrobothnia Hospital District arvioi tutkimushankkeet ja antaa niistä lausunnon. Toimikunta selvittää lausuntoaan varten onko tutkimussuunnitelmassa otettu huomioon tutkimuslain säännökset, tietosuojasäännökset, tutkittavien asemaa koskevat kansainväliset veloitteet sekä lääketieteellistä tutkimusta koskevat määräykset ja ohjeet. Toimikunta myös ohjaa, tukee ja auttaa tutkijoita tekemään eettisen arvioinnin kestävästä tutkimuksesta lakien ja säädösten mukaan. Tämän tutkimuksen ja jatko-

tutkimuksena tehtävän perusopiskelijoiden laadullisin menetelmin toteutettavan tutkimuksen luonteen vuoksi, tutkimukselle täytyi anoa puoltava lausunto PPSHP:n eettiseltä toimikunnalta. Sen jälkeen tälle rekisteritutkimukselle tarvittiin tutkimusluvat PPSHP:n johtajalta, Oulun kaupungin terveystalouden johtajalta, Oulun kaupungin sosiaalisen palveluiden johtajalta sekä ikäihmisten hyvinvoinnin johtajalta sekä Työ- ja elinkeinoministeriöstä. Luvat tutkimukselle myönnettiin kaikista anotuista paikoista keväällä 2014. Työ rajattiin koskemaan Oulun kaupungin asukkaita, eikä yksittäisiä tutkimuslupia muiden kuntien johtavilta viranhaltijoilta tarvittu. Työ aloitettiin tutkimuslupien myöntämisen jälkeen, ja sen kaikissa vaiheissa noudatettiin tutkimuslupa- hakemuksessa ilmoitettuja toimintamalleja ja käytänteitä.

Tutkimuksen kohteena ovat kirjalliset dokumentit eli potilaskertomukset ja käyntitiedot. Tutkimuksessa käsiteltiin tietoja täysin luottamuksellisesti ja siinä on huomioitu eri tavoin asiakkaiden intimitteittisuojaa, anonymiteettiä ja juridisia oikeuksia varmistavat tekijät. Asiakkaiden henkilö- ja käyntitiedot numeroitiin koodikieleksi (esim. Asiakas ID, palvelutapahtuma 1, palvelutapahtuma 2 jne.) ja iät luokiteltiin ikäryhmiin 20 vuoden välein (0-19 v, 20-39 v, 40-59 v, 60-79 v ja 80-99 v). Näin varmistetaan asiakkaan tunnistaminen käytännössä mahdottomaksi ja siten korostetaan tutkimuksen eettisyyttä. Tutkimuksessa kerätyt tiedot ovat luottamuksellisia, niitä ei luovuteta ulkopuolisille, eikä tietoja käytetä muuhun kuin tutkittavan kanssa sovittuun tarkoitukseen. Tutkimukseen osallistujien henkilöllisyyttä ei paljasteta eikä hänen henkilötietojaan säilytetä huolimattomasti. Tutkimusta varten kerätyistä tiedoista huolehditaan myös tutkimuksen valmistumisen jälkeen, eivätkä tutkimuksessa kerätyt tiedot tule ulkopuolisten tietoon tutkimuksen missään vaiheessa. Tutkijoilla on pysyvä vaitiolovelvollisuus (Tietosuojavaltuutetun toimisto 2010, viitattu 2.12.15). Tutkimustyö vietiin päätökseen yhteistyökumppanien kanssa sovitulla tavalla, ja tutkimustuloksista ilmoittamisessa on noudatettu samaa kuten PPSHP opinnäytetyön tekemisen ohjeessa (2014, viitattu 2.12.15) sekä PPSHP eettisen toimikunnan ohjeissa (2015, viitattu 2.12.15) vaaditaan.

6.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet

Tutkimustuloksista voidaan päätellä, että yhteispäivystyksen paljon palveluita käyttävillä tulosyö ei usein ole sama kuin palvelun todellinen tarve, eikä nykyinen järjestelmä ole onnistunut auttamaan heitä riittävän kattavasti. Palveluohjauksen käyttöönottoa yhdyssiltana perusterveydenhuollon ja

erikoissairaanhoidon välillä kannattaisi aiheesta tehdyn kansallisen ja kansainvälisen tutkimusnäytön mukaan kokeilla yhtenä vaihtoehtona. Taloudellista hyötyä saavutettaisiin keskittämällä voimavaroja paljon palveluita käyttäviin ja vähentämällä päivystykseen kuulumattomien käyntien määrää.

Monitieteellisen tutkimusryhmän ollessa kyseessä yhden tutkijan täytyi suorittaa tietosuojaan liittyvä PPSHP:n oma verkkokurssi ennen tietojärjestelmätunnusten saamista. Sen jälkeen useiden tunnuksiin liittyvien lupahakemuksien jälkeen tutkimusryhmälle saatiin käyttöoikeudet PPSHP:n verkkoon ja tarvittaviin järjestelmiin. Tässä käyttöoikeuksien hallintaprosessissa havaitsimme, että tunnusten hallinta ja lupamenettelyt saattavat olla varsin pirstaleisia ja ohjeistus vastuista on heikkoa. Tieto toimintatavoista on hajautettu eri vastuuhenkilöille, jolloin tarvittavien papereiden tai toimintaohjeiden saaminen oli vaikeaa. Näihin vaiheisiin kuului tutkimuksen mittakaavassa paljon aikaa. Ehdotammekin miettimään mahdollisuutta, että tutkimuslupa- ja tunnusasioiden toimintaohjeistus ja lupaneuvonta keskitettäisiin jo olemassa olevalle PPSHP tutkimus- ja kehittämisyksikölle. Käyttäjänhallintaan liittyviä lupa-asioita jouduttaisi myös siirtymään sähköiseen käyttäjätunnusten hallintajärjestelmään.

Tietojen rakenteellisen kirjaamisen ja sähköisiin asiakaskertomuksiin liittyvän kehittämistyön jatkaminen on tärkeää, sillä tällä hetkellä käytössä olevissa järjestelmissä tieto on usein saatavuudeltaan heikkoa. Myös raportointijärjestelmien kehittäminen ja hyödyntäminen laajemmin parantaa asiakasymmärrystä ja helpottaa päätöksen tekoa. Tiedon heikon saatavuuden syynä voivat olla ATK-ohjelmien toimimattomuus ja / tai se, etteivät järjestelmät ”puhu keskenään”. Myös käyttäjien osaamisessa tai tietojen kirjaamisen toimintatavoissa voi olla eroavaisuuksia ja kehittämistarpeita. Tässä tutkimuksessa esiin nousi havainto, kuinka hyvin erikoissairaanhoidon tietojen kirjauksessa käytetään ICD10-luokittelua, mutta perusterveydenhuollon kirjauksissa sen käyttö oli vähintäänkin puutteellista. Tämä asia on kuitenkin muuttumassa lähivuosien aikana kansallisen terveysarkiston (KanTa) kokonaisvaltaisen käyttöönoton myötä. Sähköisten, yhteisten asiakastietojärjestelmien toimivuus ja niiden käyttö kaikissa palvelupisteissä lisää hoidon laatua ja turvallisuutta, tuo jatkuvuutta hoidolle ja helpottaa hoitohenkilökunnan työtä. Lisäksi tietojen rakenteellinen kirjaaminen helpottaa erilaisten raporttien saatavuutta ja luotettavuutta, joita voidaan hyödyntää palveluiden kehittämisen ja päätöksen tekoon. Toimivien sähköisten asiakastietojärjestelmien avulla saavutetaan kustannussäästöä, kuten Stokes - Buzzelli, Peltzer - Jones, Martin, Ford & Weise (2010, viitattu 2.11.15) tutkimuksessa todettiin: toimivien sähköisten potilaskertomusten ja hoitosuunnitelman käyttö ja esim. laboratorikokeiden tilaaminen sähköisesti vähensi päivystyksen kustannuksia tutkimuksen

aikana 24 %. Päivystyskäyntien määrä väheni 25 %. Tutkimus kannustaa ja rohkaisee jatkamaan kansallisen sähköisen asiakastietojärjestelmän kehittämistä osana toiminnan kehittämistä.

Vuodeosastopaikkojen puutteesta johtuva työ kuormittaa yhteispäivystyksen henkilökuntaa. Sen lisäksi tutkimuksessa selvisi, että potilaan siirtyminen erikoisalalta toiselle ei välttämättä ollut yhteydessä sairauden vaatimaan tilanteeseen, vaan vapaiden asiakaspaikkojen puuttumiseen. Kuntalaskutuksessa kuitenkin lyhyetkin vierailut eri erikoisaloilla näkyvät erikseen.

Tutkimuksen seuranta-aika oli vuosi 2014. Tutkimuksen uusiminen esimerkiksi vuonna 2015 voisi tuoda lisäsyvyyttä tutkimuksen tuloksille. Näin voidaan seurata ovatko Oulun kaupungin tai Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin meneillään olevat tai suunnitteilla olevat palvelurakennemuutokset vaikuttaneet palvelunkäyttöön tai kustannuksiin. Tähän tutkimukseen liittyvän, sairaanhoitaja AMK-perusopiskelijoiden aloittaman asiakasanalyysin ja palvelumuotoilutyön valmistuttua Oulun yhteispäivystyksellä ja PPSHP:lle saadaan tietoa toiminnan kehittämiseksi.

6.5 Oman oppimisemme arviointia

Tutkimuksen aihe on mielenkiintoinen, mutta samalla haasteellinen. Viime aikoina on julkisuudessa ollut hyvin vahvasti esillä, että julkisten palvelut ovat rakennemuutoksen tarpeessa. Tutkimusaiheemme on erittäin ajankohtainen ja se on herättänyt kiinnostusta laajasti jo alkuvaiheessa. Tämä on ollut positiivinen asia tutkimustyön etenemisen kannalta, sillä hankkeessa mukana olevat ohjaajat opettajat ja työelämän sidosryhmien edustajat ovat olleet innostuneita. Toki myös tutkijoiden oma innostuneisuus ja uteliaisuus aiheeseen ovat kantaneet eteenpäin työn edetessä. Noin vuoden kestänyt raskas urakka on ollut mahdollista sinnikkyden ansiosta, sekä tutkijoiden toinen toisiltaan saaman vertaistuen avulla. Monitieteellinen tutkimusryhmä on ollut vahvuus tutkimuksen hallinnan ja osaamisen hyödyntämisen kannalta: monitieteelliseen tutkimuksen aloittamiseen tarvitaan rohkeutta, mutta työ on tekijöilleen palkitsevaa ja opettavaista.

Tutkimusprosessin eri vaiheissa on eteen tullut monenlaisia haasteita. Jo tutkimuksen alussa kävi selväksi, että tämän tutkimuksen lisäksi mukaan liitetään kaksi perusopiskelijoista koostuvaa tutkimusryhmää tekemään tutkimusryhmän perusjoukon asiakkaista syvempää asiakasanalyysia laadullisen tutkimuksen keinoin palvelumuotoilun keinoja käyttäen, sekä yksi ryhmä samalla menetelmällä haastattelututkimusta yhteispäivystyksen henkilökunnalle. Alkuun tämä aiheutti epäselvyyttä

tavoitteissa, menetelmissä ja työvaiheissa. Sen vuoksi tutkimusprojektissa rajattiin selkeästi laajuus ja tavoitteet, sekä eri tutkimusosioiden aikataulujen eriyttäminen toisistaan. Näin tekemällä saatiin tutkimusprojektiin selkeyttä ja kaikille mukana olijoille yhteinen käsitys mitä tehdään, miten ja missäkin vaiheessa.

Koska perusopiskelijoiden tutkimuksiin liittyy asiakkaiden haastatteluja, tutkimushankkeelle haettiin eettisen toimikunnan puoltava lausunto. Ensimmäinen lausuntihakemus jätettiin helmikuun 2015 lopussa, ja kahden tarkentavan kierroksen jälkeen puoltava lausunto saatiin huhtikuun 2015 alussa. Tämän jälkeen tutkimukselle haettiin tarvittavat tutkimusluvut. Jos kyseessä olisi ollut pelkästään rekisteritutkimus, jota tämä tutkimusosuus käsitteli, eettisen toimikunnan lausuntoa ei olisi tarvittu ja tutkimustyö olisi mahdollisesti päässyt alkamaan aikaisemmin.

Varsinainen tutkimustyö lähti ripeästi liikkeelle, tästä lämmin kiitos menee PPSHP:n tietohallinnon asiantuntijoille ja opetuskoordinaattorille, jotka avustivat meitä pikapoiminta- ajoissa ja tarvittavien työtilojen (fyysisten ja virtuaalisten) järjestelyissä. Saimme hyvin nopeasti käsiimme tarvittavan lähitöaineiston, jonka jälkeen pääsimme keräämään tutkimusaineistoa. Tässä vaiheessa saimme paljon apuja myös yhteispäivystyksen osastohoitajilta ja henkilökunnalta, jotka auttoivat meitä eräänlaisissa käyttöongelmissa sekä tutkimustilojen järjestelyissä.

Kaiken kaikkiaan tutkimus oli meille tutkijoille opettavainen ja rikastuttava kokemus. Saimme hyvän läpileikkauksen tämän tyyppisen tutkimustyöprosessin eri vaiheista Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Opimme lisää sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä Oulun alueella, niiden palvelurakenteesta sekä kustannus- ja tuottojen muodostumisista. Lisäksi opimme ymmärtämään paremmin PPSHP:n ja Oulun kaupungin hyvinvointitoimikunnan organisaatioiden toimintaa ja hallintomallia. Huomasimme myös, miten asiakkaiden tarpeita pyritään huomioimaan ja heidän tietosuojaansa vaalitaan kaikessa toiminnassa lakien velvoittamalla tavalla. Tutkimustyön ohessa omaksuimme valtavasti uutta tietoa potilastietojärjestelmistä, niiden käyttötavoista ja haasteista. Ja mikä parasta, olemme saaneet tutustua matkan varrella todella avuliaisiin ja ystävällisiin työntekijöihin niin PPSHP:n kuin Oulun kaupungin osalta. Ilman heidän työpanostaan ja myötämielisyyttään työstämme olisi tullut huomattavasti vaikeampaa. Oli myös erittäin tärkeää, että ohjaavat opettajamme olivat läsnä ja lähes samalla tavalla innostuneita tästä työstä kanssamme. Emme olisi millään pärjänneet ilman heidän tukeaan ja kannustustaan!

LÄHTEET

Acosta, A. & Lima, M. 2015. Frequent users of emergency services: associated factors and reasons for seeking care. Viitattu 2.11.2015, <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/0104-1169-rlae-23-02-00337.pdf>

Ala-Nikkola, M. & Sipilä, J. 1996. Yksilökohtainen palveluohjaus – uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin. Viitattu 26.11.2014, <http://www.omaistepsuusimaa.fi/palveluohjaus/pdf/po-sipila.pdf>

Anttila, P. Tutkimisen taito ja tiedonhankinta. Viitattu 26.10.15, http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimisen_taito_ja_tiedon_hankinta/02_tiedon_intressit_ja_tieteen_olemus/2_3_2_0hermeneuttinen_tieteenperinne

Bodenmann, P., Velonaki, V-S., Ruggeri, O., Hugli, O., Burnand, B., Wasserfallen, J-B., Moschetti, K., Iglesias, K., Baggio, S. & Daepfen, J -B. 2015. Case management for frequent users of the emergency department: study protocol of a randomised controlled trial. Viitattu 3.11.2015, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4071797/>

Creswell, J. 2007. Qualitative inquiry & research design. Choosing among five approaches. Viitattu 25.10.2015, <http://www.stiba-malang.com/uploadbank/pustaka/RM/QUALITATIVE%20INQUIRY%20ok.pdf>

Denzin, N., & Lincoln, Y. 2005. Introduction: The discipline and practice of qualitative research. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *The sage handbook of qualitative research* (2nded.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Drummond, M & Sculpher, M. 2005. Common Methodological Flaws in Economic Evaluations. Viitattu 29.10.2015, <https://www.uic.edu/sph/prepare/courses/chsc433/drummond.pdf>

Euroopan komissio. 2014. Eurooppa 2020 - strategia Suomessa. Viitattu 8.1.2015, http://ec.europa.eu/europe2020/europe-2020-in-your-country/finland/country-specific-recommendations/index_fi.htm

Finlex. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä. Viitattu 17.11.2015, <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20010099>

Finlex. 2010. Terveystieteiden laeiksi. Viitattu 27.10.2015, <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Hallituksen päätös rakennepoliittisen ohjelman toimeenpanosta osana julkisen talouden suunnitelmaa. 2014. Viitattu 17.12.2014, <http://valtioneuvosto.fi/tiedostot/julkinen/kehysneuvottelut-2014/paatos/fi.pdf>

Heikkinen, T. 2015. Kuljettamatta jättämisen taustalla vaikuttava ensihoitoprosessi. OAMK. Theseus. viitattu 26.10.2015, http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/95586/Heikkinen_Terhi.pdf?sequence=1

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos, Helsinki: Tammi.

Kantonen, J. 2014. Terveyskeskuspäivystyksen ABCDE-triagen ja kehittämistoimenpiteiden vaikutukset potilasvirtoihin. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 27.11.2014, <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96219/978-951-44-9609-7.pdf?sequence=1>

Kapiainen, S., Väisänen, A. & Haula, T. 2014. Terveystieteiden ja sosiaalihuollon yksikkökustannuksia Suomessa vuonna 2011. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy. Viitattu 12.1.2015, https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114683/THL_RAPO3_2014_web.pdf?sequence=1

Khangura, J., Flodgren, G., Perera, R., Rowe, B. & Shepperd, S. 2012. Does employing general practitioners to provide care for patients with non-urgent problems in emergency departments decrease resource use and costs? Viitattu 6.11.2015, http://www.cochrane.org/CD002097/EPOC_does-employing-general-practitioners-to-provide-care-for-patients-with-non-urgent-problems-in-emergency-departments-decrease-resource-use-and-costs

Koskela T. 2014. Millaisia ovat eniten palveluita käyttävät terveyskeskusten potilaat? Onko vaikuttavaa hoitoa heidän auttamiseksi? Viitattu 7.12.2014, <http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/paljon-tukea-tarvitsevat/15-1-seminaarin-esitykset/tuomas-koskela-millaisia-ovat-eniten-palveluita-kayttavat-terveyskeskusten-potilaat-onko-vaikuttavaa-hoitoa-heidan-auttamiseksi/view>

Lang T., Davido A., Diakitè B., Agay E., Viel J-F. & Flicoteaux B. 1996. Using the hospital emergency department as a regular source of care. Viitattu 20.11.2015, <http://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1007372800998#>

Leskelä, RL., Komssi, V., Sandström, S., Pikkujämsä, S., Haverinen, A., Olli, SL., Ylitalo-Katajisto, K. 2013. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. *Lääkärilehti* 48(68), 3163-3169c.

Leskelä, R-L., Silander, K., Komssi, V., Koukkula, L., Soppela, J. & Lehtonen, L. 2015. Paljon erikoissairaanhoidon palveluja käyttävät potilaat. Viitattu 3.11.2015, http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/nosto43_3.pdf

Lesley, J., Soril, L., Leggett, D., Lorenzetti, T. & Noseworthy, F. 2015. Reducing Frequent Visits to the Emergency Department: A Systematic Review of Interventions. Viitattu 2.11.2015, <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0123660>

Lincoln, YS. & Guba, EG. 1985. *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Miettinen, S. 2011. *Palvelumuotoilu - uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen*. Helsinki: Teknologiainfo Teknova Oy.

Nordic Health Care Group. 2013. Oulun kaupunki: Paljon palveluita käyttävien asiakkaiden profilointi. Viitattu 7.12.2014, <http://www.nhg.fi/yritys/referenssit/oulu-kaupunki-paljon-palveluita-kayttavien-asiakkaiden-profilointi/>

NordDRG, 2015. Kansallinen erikoissairaanhoidon potilasluokittelujärjestelmä. Viitattu 25.1.2015, <http://www.norddrg.fi/content/mik%C3%A4-drg>

Oulun kaupunki. 2015. Tilinpäätös vuodelle 2014. Viitattu 1.11.2015, http://www.ouka.fi/c/document_library/get_file?uuid=d5d751f0-96b4-4302-a2f0-d7776d0eaf5d&groupId=52058

Oulun kaupungin konsernipalvelut. 2015. Tilastollinen vuosikirja 2014. Viitattu 1.11.2015, <http://www.ouka.fi/oulu/paatoksenteke-ja-hallinto/talous>

Øvretveit, J. 1998. Evaluating health interventions. Open University Press, Buckingham.

Peltokorpi, A., Kujala, J. & Lillrank, P. 2004. Keskeneräisen potilaan kustannukset. Viitattu 17.11.2015, http://www.kaks.fi/sites/default/files/Tutkimusjulkaisu%2045_0.pdf

Phillips, G., Brophy, D., Weiland, T., Chenhall A. and Dent, A. 2006. The effect of multidisciplinary case management on selected outcomes for frequent attenders at an emergency department. Viitattu 6.11.2015, <https://www.mja.com.au/journal/2006/184/12/effect-multidisciplinary-case-management-selected-outcomes-frequent-attenders>

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2012. Tulevaisuuden sairaala 2030 ohjelmakokonaisuus. Viitattu 7.1.2015, http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/27588_valtuusto_11062012_liite_6_-_tulevaisuuden_sairaala_oys_2030_-ohjelmakokonaisuus.pdf

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2014. Ohjeita sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille opinnäytetyön tekemiseen PPSHP:ssä. Viitattu 25.1.2015 ja 2.12.2015, https://www.ppsHP.fi/terveydenhuollon_opiskelijat/prime101.aspx

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2015. Rekisteritutkimukset. Viitattu 6.2.2015, <http://www.ppsHP.fi/rekisteritutkimukset>

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2015. Tutkijoille: Eettinen toimikunta. Viitattu 29.10.2015 ja 2.12.2015, https://www.ppsHP.fi/eettinen_toimikunta

Pohjois-Suomen aluejohtoryhmä. 2014. Hankeaiho: Paljon tukea tarvitsevat 2015 - 2017. Viitattu 8.1.2015, <https://www.innokyla.fi/documents/721554/24c7f5d1-a0c5-408b-a48c-da777cccb1c9>

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom - Yläne, S. & Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: WSOY.

Sintonen, H. 2007. Taloudellinen arviointi: Teoksessa: Mäkelä, M., Kaila, M., Lampe, K. & Teikari, M., toim. Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Asiakasvastaava - toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa. Viitattu 26.11.2014,
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-15516.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2012-2015. Viitattu 8.1.2015,
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014a. Päivystysasetus. Viitattu 17.12.2014,
www.stm.fi/vireilla/paivystysasetus

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014b. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Viitattu 17.12.2014,
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9817041&name=DLFE-31557.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Hallitus päätti sote-uudistuksen jatkosta ja itsehallintoalueista. Viitattu 12.11.2015,
http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/hallitus-paatti-sote-uudistuksen-jatkosta-ja-itsehallintoalueista

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Viitattu 26.11.2014,
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11049.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Sote- ja itsehallintouudistus. Viitattu 29.10.2015,
<http://stm.fi/sote-uudistus>

Stokes - Buzzelli, S., Peltzer - Jones, J., Martin G., Ford, M. & Weise, A., 2010. Use of Health Information Technology to Manage Frequently Presenting Emergency Department Patients. Viitattu 2.11.2015, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2967687/>

Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Sanoma Pro Oy. Helsinki

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. SOTE viidelle alueelle - vaikutusten ennakoarviointi. Viitattu 17.12.2014, http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=10386860&name=DLFE-31541.pdf

Tietosuojavaltuutetun toimisto. 2010. Rekisteri- ja tietosuojaselosteet. Viitattu 6.2.2015 ja 2.12.2015, <http://www.tietosuoja.fi/fi/index/materiaalia/lomakkeet/rekisteri-jatietosuojaselosteet.html>

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Viitattu 2.12.2015, <http://www.uasjournal.fi/index.php/kever/article/viewFile/1088/919>

Työ- ja elinkeinoministeriö. 2010. Kysyntä- ja käyttäjälähtöinen innovaatiopolitiikka. Viitattu 27.11.2014, https://www.tem.fi/files/27546/Jasentely_ ja_toimenpideohjelma.pdf

Valtioneuvosto. 2015. Tiedote 591/2015: Hallitus päätti sote- uudistuksen jatkosta ja itsehallinto-alueista. Viitattu 2.12.2015, http://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/hallitus-paatti-sote-uudistuksen-jatkosta-ja-itsehallintoalueista?_101_INSTANCE_3wyslLo1Z0ni_groupId=10616

Valtioneuvosto. 2004. Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004. Viitattu 8.1.2015, <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041019>

Valtiovarainministeriö. 2014. Vakausohjelma ja kansallinen Eurooppa 2020-ohjelma. Viitattu 14.1.2015, [www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw/?\\${APPL}=akirjat&\\${BASE}=akirjat&\\${THWIDS}=0.23/1421224703_164209&\\${TRIPPIFE}=PDF.pdf](http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw/?${APPL}=akirjat&${BASE}=akirjat&${THWIDS}=0.23/1421224703_164209&${TRIPPIFE}=PDF.pdf)

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Virtanen, P., Suonheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P., & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen. Helsinki: Tekes.

