

TERVEYSPALVELUIDEN SUURKÄYTTÄJÄT PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitaja (AMK)
Sosiaali- ja terveysala
Syksy 2019
Sonja Mustonen
Nina Pikkarainen

Tiivistelmä

Tekijä(t) Mustonen, Sonja Pikkarainen, Nina	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK Sivumäärä 26	Valmistumisaika Syksy 2019
Työn nimi TERVEYSPALVELUIDEN SUURKÄYTTÄJÄT PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA Kuvaileva kirjallisuuskatsaus		
Tutkinto Sairaanhoitaja AMK		
Tiivistelmä Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, keitä perusterveydenhuollon suurkäyttäjät ovat ja miten heidän hoitoaan voitaisiin parantaa perusterveydenhuollossa. Aihe rajattiin perusterveydenhuollon suurkuluttajiin. Pois jätettiin pitkäaikaissairauksien hoitoon liittyvät käynnit sekä päivystykselliset käynnit. Työ toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsaukseen valittiin kuusi monipuolista internetlähdettä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli löytää kuuden tutkimuksen pohjalta tietoa siihen, kuinka terveyspalvelun suurkäyttäjä voitaisiin tunnistaa ajoissa. Tarkoituksena oli myös löytää keinoja siihen, kuinka heidän kanssaan tulisi toimia. Työssä haluttiin myös tuoda esille hoitosuunnitelman merkitys suurkuluttajien hoidossa sekä yhteistyötahojen käytön ja saumattoman tiedonkulun merkitys eri toimijoiden välillä. Työstä toivotaan olevan hyötyä perusterveydenhuollon ammattilaisille. Jatkokehittämismahdollisuuksina annettiin järjestelmien kehittäminen sekä kirjallisen oppaan laatiminen hoitosuunnitelman teosta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille.		
Asiasanat perusterveydenhuolto, suurkäyttäjä, hoitosuunnitelma, hoitoketju		

Abstract

Author(s) Mustonen, Sonja Pikkarainen, Nina	Type of publication Bachelor's thesis Number of pages 26	Published Autumn 2019
Title of publication Frequent attenders in primary health care Descriptive literature review		
Name of Degree Bachelor of Health Care, Nursing		
<p>Abstract</p> <p>The purpose of the thesis was to present information about whom are the frequent attenders in primary health care and how their treatment could be improved in it. The topic of the thesis was delimited to apply frequent attenders of primary health care. Topics related to treatment of long-term illnesses and on-call visits were excluded. The type of thesis method used in this thesis is a descriptive literature review. Six diverse internet sources were selected for the literature review.</p> <p>The primary function of the thesis was to find out information about how to identify frequent attenders in a timely manner, and also to aim to find out what type of methods should be used in order to make service better and more manageable achievable for them.</p> <p>The thesis also aimed to highlight the importance of the treatment plan in the treatment of frequent attenders as well as the importance of co-operation and seamless communication between different actors. It is hoped that this thesis will benefit primary health care professionals.</p> <p>The development of the structure and a composition of a written guide book about executing a treatment plan targeted at social- and healthcare professionals were presented as some preferred further improvements in the treatment.</p>		
Keywords primary health care, frequent attenders, treatment plan, care chain		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	TERVEYSPALVELUT SUOMESSA	2
2.1	Perusterveydenhuolto.....	2
2.2	Terveysspalveluiden nykytilanne	3
2.3	Tulevaisuuden näkymät	3
3	KÄSITTEET	5
3.1	Perusterveydenhuollon suurkäyttäjä	5
3.2	Hoitoketju	5
3.3	Hoitosuunnitelma	6
4	OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS.....	8
5	OPINNÄYTETYÖN PROSESSI.....	9
5.1	Kirjallisuuskatsaus opinnäytetyönä	9
5.2	Tutkimuskysymykset	9
5.3	Kirjallisuuskatsaukseen käytetty aineisto	9
5.4	Aineiston analyysi	10
6	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET	12
7	YHTEENVETO JA POHDINTA.....	21
7.1	Tulosten yhteenveto	21
7.2	Tulosten pohdinta	22
8	TULOSTEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	25
9	KEHITYSEHDOTUKSET	26
	LÄHTEET.....	27

1 JOHDANTO

Perusterveydenhuolto on suomalaisen hyvinvointiyhteiskunnan yksi hienoimmista asioista. Lain nojalla jokaisen kunnan ja kaupungin tulee järjestää asukkailleen toimivat perusterveydenhuollon palvelut. Vaikka esimerkiksi lukion yhteiskuntaopin kirjasta luettuna suomalainen verorahoin tuettu hyvinvointiyhteiskunta kuulostaa hienolta, sen toimivaksi saaminen edellyttää monien eri tahojen toimivaa yhteistyötä ja suunnitelmallista toimintaa.

Viime vuosina sosiaali- ja terveyspalvelut ovat olleet kovan muutoksen alla. Suomen edellinen hallitus ajoi vahvasti sosiaali- ja terveysalan uudistusta, joka kuitenkin kaatui. Perusterveydenhuollossa nämä niin sanotut SOTE-uudistukset näkyivät esimerkiksi erilaisina valinnanvapauskokeiluina.

Perusterveydenhuollon palveluja toteutetaan terveyskeskuksissa, työterveyshuollossa sekä yksityisillä terveydenhuollon-asemilla. Terveyskeskukset ympäri Suomea ovat tällä hetkellä hyvin ruuhkautuneita. Terveyskeskuksiin hakeutuu asiakkaita, joiden asioita voitaisiin hoitaa toisaalla ja erilaisella aikataululla sekä suunnitelmilla.

Suomalainen yhteiskunta pitää sisällään terveyspalveluiden suurkuluttajia. Jos heidät tunnistettaisiin ajoissa ja hoito olisi suunnitelmallista, saataisiin pienellä vaivalla terveyskeskusten jonoja lyhyemmiksi.

Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena on selvittää, voidaanko terveyspalveluiden suurkuluttaja tunnistaa ajoissa sekä voidaanko terveyspalveluiden suurkuluttajien hoidosta tehdä kustannustehokasta. Tässä työssä haemme vastauksia myös siihen, mitkä asiat altistavat suurkuluttajuuteen, mikä palveluiden nykytilanne on ja miltä tulevaisuus näyttää. Näihin edellä mainittuihin aiheisiin paneudumme tarkemmin teoriatietoon peilaten.

Opinnäytetyömme on kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Meillä on kuusi tutkimusta aiheeseemme liittyen ja niiden pohjalta vastaamme neljään tutkimuskysymykseemme.

2 TERVEYSPALVELUT SUOMESSA

2.1 Perusterveydenhuolto

Jokaisen Suomen kunnan ja kaupungin tulee järjestää asukkailleen perusterveydenhuollon palveluita. Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee terveyskeskuksen seuraavalla tavalla:

Terveyskeskus on kuntalaisten lähin ja tutuin hoitopaikka, jossa tuotetaan kunnan järjestämät terveydenhuollon palvelut. Palveluiden lisäksi terveyskeskuksissa seurataan ja edistetään väestön terveyttä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.)

Perusterveydenhuoltoa toteutetaan terveyskeskuksissa, työterveyshuollossa ja yksityisillä lääkäriasemilla. Meidän opinnäytetyössämme aihe on rajattu terveyskeskusten palveluiden suukäyttäjiin.

Tiivistetysti terveyskeskuksissa toteutetaan lääkärin- ja sairaanhoitajanvastaanottoja. Samalla toteutetaan pitkäaikaissairauksien seurantaa. Terveyskeskuksissa onnistuu myös pienten vammojen ja ruhjeiden hoito sekä päivystyksellinen hoidontarpeenarvioiminen. Usein terveyskeskusten yhteydessä toimii ehkäisyneuvola sekä perustason mielenterveyspalveluja. Perustasolla tarkoitetaan ennaltaehkäiseviä ja kuntouttavia mielenterveystoimia. Haastavammat tapaukset hoidetaan erikoissairaanhoidon puolella. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.)

Yleinen oletamus on se, että jokaisella Suomen kansalaisella on tasa-arvoiset ja oikeudenmukaiset lähtökohdat palveluiden saamiseksi. Näin ei kuitenkaan aina ole. Tutkimusten mukaan työterveyshuollon palveluja käyttävät ovat työssäkäyviä, paremmin koulutettuja ja mahdollistettuja käyttämään omakustanteisesti myös yksityisten lääkäriasemien palveluja, jotka ovat usein kalliita. Terveyskeskukset sen sijaan ovat kaikille avoin palvelukanava, joiden palveluissa ja laadussa on vielä paljon kehitettävää. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2017.)

Perusterveydenhuollossa tarjotaan yleislääkäritasoista hoitoa vaivoille ja sairauksille, joiden hoito ei vaadi minkään erikoissairaanhoidon alaista arviota. Mikäli sairaus tai vaiva vaatii jonkin erikoisalan erikoislääkärin tutkimuksia tai hoitoa, esimerkiksi kardiologian, saa asiakas lähetteen kyseisen erikoisalan poliklinikalle erikoissairaanhoidon piiriin. (HUS 2019.)

2.2 Terveyspalveluiden nykytilanne

Suomen entisen pääministerin Juha Sipilän hallitus valmisteli pitkän aikaa sosiaali- ja terveysalan uudistusta, niin sanottua SOTE-uudistusta. Tällä tarkoitettiin sitä, että julkisen sosiaali- ja terveyspalveluiden hallinto olisi toteutunut kuntaa suuremmilla itsehallintoalueilla. Itsehallintoalueiden päättäjät olisi valittu vaalein. Sipilän hallituksen SOTE-uudistus ajoi julkisen, yksityisen sekä kolmannen sektorin palveluiden valinnanvapauden mahdollistamista asiakkaan näkökulmasta. (Alueuudistus 2015.)

Tavoitteena on vahvistaa perustason sote-palveluita ja turvata ihmisten nopea hoitoon pääsy (Alueuudistus 2015).

Juha Sipilän hallitus kuitenkin anoi presidentti Sauli Niinistöltä eroa keväällä 2019. Sipilän hallitus jatkoi toimintaansa niin sanottuna toimitusministeriönä kevään 2019 eduskuntavaaleihin asti. Tämä siis tarkoitti samalla SOTE-uudistuksen kaatumista. Sipilän hallituksen kaatumiseen on monia syitä, mutta kaiken kaikkiaan tällöin Suomen valtio havahtui siihen, että perusterveydenhuolto on hyvin velkaantunut ja kovan muutospaineen alla. (Valtioneuvoston kanslia 2004.)

Perusterveydenhuollon muutospainelle on monia painavia syitä. Yksi niistä on Suomen ikärakenteen muutos. Suomi on ikärakenteen kantilta tarkasteltuna historiallisessa taitekohdassa, jossa syntyvyys on alhaisempaa kuin vuosisatoihin. Terveystenhuolto ympäri maailmaa on kehittynyt vuosikymmenien saatossa huimasti, ja erilaisten sairauksien hoito on aivan uudella tasolla. Tiivistettynä tämä tarkoittaa sitä, että ihmisten eliniänodote kasvaa. Suomen valtioneuvoston kanslian julkaisussa väestön ikärakenteen muutosta on pohdittu ikäryhmien suhteellisten kokojen muutoksena. Tällä tarkoitetaan sitä, että samassa, kun työssäkäyvien määrä tulevaisuudessa vähenee, samalla ikääntyneiden määrä taas kasvaa. (Valtioneuvoston kanslia 2004, 10.)

Valtiontalouden tarkastusviraston tutkimuksen mukaan sosiaali- ja terveyspalveluita paljon käyttävät ovat vain pieni prosentti koko väestöstä. Tutkimuksen mukaan kymmenen prosenttia väestöstä käyttää kaiken kaikkiaan 70-80% kaikista sosiaali- ja terveyspalveluista. Tämä luku kuulostaa melko suurelta. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2017, 13.)

2.3 Tulevaisuudennäkymät

Suomen entisen hallituksen sosiaali- ja terveysalan uudistus kaatui keväällä 2019 hallituksen mukana. SOTE-uudistuksen oli tarkoitus parantaa perusterveydenhuollon palveluja, sekä nopeuttaa hoitoon pääsyä. Suomen perusterveydenhuolto on hyvin

velkaantunut, ja säästöpainet ovat suuret. Mitä asialle voidaan tehdä? Valtiontalouden tutkimusviraston tutkimuksen mukaan 10% väestöstä käyttää 70-80% kaikista perusterveydenhuollon palveluista. Tätä kymmentä prosenttia väestöstä kutsutaan terveysterveysten suurkuluttajiksi.

Näitä terveysterveysten suurkuluttajia ei tunnisteta muun asiakaskunnan seasta. Jotta hoidosta saadaan kustannustehokasta, täytyy resurssit osata suunnata oikeaan paikkaan. Tämä edellyttää asiakkaiden varhaista tunnistamista sekä hoidon suunnitelmallisuutta.

Tässä kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa haemme vastauksia siihen, kuinka Suomen perusterveydenhuollon muuttuvaa tilannetta voitaisiin laajoilla toimenpiteillä parantaa, sillä tilanne perusterveydenhuollon palveluiden parissa on kovin huolestuttava yhteiskunnan asettamat muutokset mukaan ottaen.

3 KÄSITTEET

3.1 Perusterveydenhuollon suurkäyttäjä

Perusterveydenhuollon suurkäyttäjän määritelmä hieman vaihtelee eri lähteiden mukaan. Nyman ja Jäppinen (2015) tarkoittavat tutkimuksessaan perusterveyden suurkäyttäjillä henkilöitä, joilla on avosairaanhoidossa yli seitsemän käyntiä tai puhelua vuoden aikana. Osassa tutkimuksissa käynneiksi on laskettu ainoastaan lääkärikäynnit ja osassa sekä lääkäri- että sairaanhoitajakäynnit, jotka vaikuttavat käsitteen määrittelyyn.

Koskela (2017) taas kirjoittaa Duodecim-lehden artikkelissaan, että perusterveydenhuollon suurkäyttäjänä on Suomessa pidetty vähintään kahdeksan käyntiä vuodessa yleislääkärin vastaanotolla tekevää henkilöä. 1990-luvulla tehdyssä tutkielmassa käyttäjät jaettiin vielä viiteen eri alaryhmään pääongelman perusteella. Nämä alaryhmät ovat moniongelmaiset, somaattista sairautta sairastavat, psyykkistä sairautta sairastavat, somatisoivat sekä kriisitilanteessa oireilevat.

Väitöskirjassaan Koskela (2008) kuitenkin kirjoittaa, että terveystalouden suurkäyttäjäksi määritellään henkilö, joka käy yleislääkärin vastaanotolla keskimääräiseen käyntimäärään nähden usein, mutta sen tarkempaa määritelmää siitä ei ole olemassa.

3.2 Hoitoketju

Perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalitoimen ja yksityissektorin palveluiden tulee olla yksi kokonaisuus potilaalle (TAYS 2019). Jokaisen potilasta hoitavan tulisi tuntea potilaan hoitoketju, jotta potilaan hoitoa voitaisiin koordinoita ja taata hoidon jatkuvuus (Iivanainen ym. 2010, 68). Hoitoketjua ei tarvita kaikissa sairauksissa. Yleensä niitä laaditaan sairauksista, joissa kyse on suurista potilasryhmistä, kuten esimerkiksi astmasta tai diabeteksestä. (HUS 2019.)

Hoitoketjulla tarkoitetaan kirjallista suunnitelmaa potilaan hoidosta, joka tukee hoidon porrastusta sairaanhoitopiirin sisällä. Sen tulisi perustua lääketieteellisen tiedon pohjalta hyväksytyyn valtakunnalliseen hoitosuositukseen Käypä hoitoon. (Nuutinen 2000.) Hoitoketjuun ei kuitenkaan sisällytetä varsinaisia hoito-ohjeita, mutta siinä voidaan viitata hoitosuositukseen (HUS 2019).

Hoitoketju turvaa potilaan hoidon sujuvuutta ja tarkoituksenmukaisuutta. Se myös yhtenäistää hoitokäytäntöjä sairaanhoitopiirin sisällä. (Iivanainen ym. 2010, 68.) Sen tavoitteena on turvata potilaan hoidon sujuvuus organisaatorajojen yli sekä eri

ammattiryhmien välillä. Hoitoketjun tulee yhtenäistää hoitokäytäntöjä ja tutkimusten porrastusta. Se toimii myös johtamisen ja kehittämisen työvälineenä. (TAYS 2019.)

Hoitoketju on ymmärretty yleisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon moniammatillisena yhteistyönä (Nuutinen 2000). Se helpottaa terveyskeskuksen ja erikoissairaanhoidon työnjakoa hoidon eri vaiheissa. Siinä voidaan myös kuvailla esimerkiksi sosiaalitoimen roolia kotiutusvaiheessa. (HUS 2019.) Hoitoketjun tulisi kuitenkin vielä paremmin kattaa myös erikoisalojen välisen yhteistyön. Tärkeimpänä tavoitteena on luoda laadukas hoidon kokonaisuus, jossa potilaan etu ja moniammatilliset resurssit ovat tasapainossa. (Nuutinen 2000.)

3.3 Hoitosuunnitelma

Eriyisesti pitkäaikaishoidossa oleville potilaille tulisi laatia ajantasainen hoitosuunnitelma, jotta potilaan hoito olisi mahdollisimman kokonaisvaltaista ja laadukasta (Valvira 2015). Hoitosuunnitelma laaditaan aina heti sairastumisen alkuvaiheessa. Suunnitelman ideana on toimia runkona kokonaishoidon suunnittelulle ja samalla mahdollistaa asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomioimisen. (Käypä hoito 2016.)

Hoitosuunnitelma laaditaan yhdessä asiakkaan kanssa, jolloin se vastaa asiakkaan tarpeita ja samalla tuetaan asiakkaan hoitoon sitoutumista. Hoitavalla lääkärillä on päävastuu hoitosuunnitelmasta, mutta jokainen hoitoon osallistuva terveydenhuollon ammattilainen osallistuu suunnitelman päivittämiseen ja käyttämiseen. (Käypä hoito 2016.)

Kun mahdollisimman moni potilasta hoitava taho osallistuu hoitosuunnitelman käyttämiseen ja laatimiseen, saadaan potilasta parhaiten palveleva suunnitelma. Eriyisesti pitkäaikaishoidossa hoitajat tapaavat potilaan päivittäin ja osaavat huomioida potilaan tilanteen kokonaisvaltaisesti. He myös pystyvät arvioimaan hoidon vaikuttavuutta päivittäin. Jos käytössä on omahoitaja, hänen tulisi etenkin olla mukana hoitosuunnitelmaa laadittaessa. (Valvira 2015.)

Hoitosuunnitelmaan tulee kirjata hoidon tarve, tavoite ja hoidon toteuttamisen keinot. Hoidon tarpeella tarkoitetaan sairautta, jonka vuoksi potilas on hakeutunut hoitoon, esimerkiksi tyypin 2 diabetes. Hoidon tavoitteena voitaisiin pitää painonhallintaa ja hoidon toteuttamisenkeinona esimerkiksi lääkehoitoa ja elintapojen muutoksia. Jokaisen asiakkaan tavoitteet tulisi olla yksilöllisiä ja riittävän haastavia, mutta kuitenkin saavutettavissa olevia. Niitä tulisi ajoittain tarkastella ja mahdollisuuksien mukaan muuttaa toimivimmiksi esimerkiksi voinnin muuttuessa. (Käypä hoito 2016.)

Jokainen potilaan hoitoon kuuluva ammattiryhmä huolehtii omasta osuudestaan hoitosuunnitelman mukaisesti ja voi myös tarvittaessa laatia oman tarkentavan suunnitelmansa. Jos kuntoutushenkilöstö kuuluu osana potilaan hoitoon, on se otettava myös suunnitelmassa huomioon. (Valvira 2015.)

Hoitosuunnitelmassa olisi myös hyvä linjata, kuinka toimitaan akuuttilanteissa sekä elämän loppuvaiheessa. Mahdollinen DNR-päätös tulee kirjata suunnitelmaan. DNR-päätös ei korvaa hoitosuunnitelmaa eikä vaikuta muuhun potilaan hoitoon. Käsitteenä DNR- eli do not resuscitate -päätös tarkoittaa lääkärin tekemää lääketieteellistä päätöstä elvytyksestä pidättäytymiseen sydämen pysähtyessä. (Valvira 2015.)

4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS

Opinnäytetyömme tavoitteena on selvittää, keitä ovat perusterveydenhuollon suurkäyttäjät ja miten heidän hoitoaan voitaisiin parantaa perusterveydenhuollossa. Tavoitteena on myös löytää kuuden tutkimuksen pohjalta tieto siihen, kuinka terveystalouden suurkuluttajia voitaisiin tunnistaa ajoissa. Sekä löytää keinoja siihen, kuinka heidän kanssaan tulisi toimia. Haluamme myös tuoda esille hoitosuunnitelman merkityksen suurkuluttajien hoidossa sekä yhteistyötahojen käytön ja saumattoman tiedonkulun merkitys eri toimijoiden välillä. Näiden avulla voitaisiin mahdollisesti vaikuttaa suurkäyttäjien hoitoketjuun positiivisella tavalla.

Tutkimme, millaisia eri ratkaisuja suurkuluttajien hoitoon eri tutkimuksista löytyy ja miten aiheeseen on perehdytty tutkimusten myötä. Pyrimme valitsemaan monipuolisia ja eri kannalta tehtyjä tutkimuksia kyseisestä aiheesta, jotta saisimme mahdollisimman laajan käsityksen perusterveydenhuollon suurkäyttäjistä. Tutkimusten valitsemiseen vaikuttaa niiden luotettavuus. Tutkimuksia aiheesta valikoitui kuusi, joiden pohjalta teemme kirjallisuuskatsauksen. Aiheen rajasimme perusterveydenhuollon suurkuluttajiin. Pois jätettiin pitkäaikaissairauksien hoito ja päivystyskäynnit.

Meidän opinnäytetyötämme voidaan hyödyntää jokaisessa Suomen terveyskeskuksessa. Tavoitteenamme on määritellä terveystalouden suurkäyttäjät asiakkaana ja selvittää, mitä heille voitaisiin perusterveydenhuollossa tehdä. Tarkoituksenamme on vastata neljään tutkimuskysymykseen, jotka ovat ”Millainen terveystalouden suurkuluttajan hoidon tilanne on tällä hetkellä perusterveydenhuollossa?”, ”Mitä perusterveydenhuollon suurkuluttajien kanssa voitaisiin tehdä?”, ”Miten tilannetta voitaisiin helpottaa?” ja ”Miten sairaanhoitaja voisi työssään vaikuttaa perusterveydenhuollon suurkuluttajiin?”.

Opinnäytetyöllämme haluamme tuoda tietoisuuteen terveyskeskusten suurkäyttäjien nykytilanteen ja erityisesti vastata kysymykseen, kuinka terveyskeskuksessa työskentelevä sairaanhoitaja voi omalla toiminnallaan tehdä asiakkaan hoitopolusta yksinkertaisemman ja hoidosta strukturoidun.

5 OPINNÄYTETYÖN PROSESSI

5.1 Kirjallisuuskatsaus opinnäytetyönä

Salmisen (2011, 39) mukaan kirjallisuuskatsaus tulisi ymmärtää tutkimuksen tutkimuksena, joka mahdollistaa laajojenkin aineistojen tutkimisen ja tiivistämisen. Kirjallisuuskatsauksessa tarkoituksena on kuvata tutkittavaa asiaa mahdollisimman monipuolisesti.

Yleisimmin käytetty kirjallisuuskatsaustyyppi on kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Se perustuu tutkimuskysymyksiin, joiden perusteella saadaan tehtyä laadullinen tutkimus. (Johansson 2007, 3.) Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus, sillä sen tavoitteena on saada monipuolinen katsaus tutkittavasta ilmiöstä.

Tutkimuskysymykset ovat kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa väljempää kuin systemaattisessa. Siinä ei ole tarkkoja sääntöjä, vaan käytetyt aineistot ovat laajoja ja aineiston valintaa eivät rajaa tarkat säädökset. Näin saadaan selkeästi laajempi otos aihetta käsittelevästä kirjallisuudesta. Tämä on myös hyvä tapa saada uutta tietoa jo aiemmin tutkitusta aiheesta. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa viiteen eri osa-alueeseen seuraavasti: tutkimusongelman asettelu, aineiston hankkiminen, arviointi, analyysi sekä tulkinta ja tulosten esittäminen. (Salminen 2011, 6-8.)

5.2 Tutkimuskysymykset

- Millainen terveystieteiden suurkuluttajan hoidon tilanne on tällä hetkellä perusterveydenhuollossa?
- Mitä perusterveydenhuollon suurkuluttajien kanssa voitaisiin tehdä?
- Miten tilannetta voitaisiin helpottaa?
- Miten sairaanhoitaja voisi työssään vaikuttaa perusterveydenhuollon suurkuluttajiin?

5.3 Kirjallisuuskatsaukseen käytetty aineisto

Valitsimme kirjallisuuskatsauksemme kuusi tutkimusta, joiden pohjalta vastaamme tutkimuskysymyksiimme. Tutkimukset, jotka valitsimme työhömmme ovat monipuolisia ja laadultaan luotettavia. Kaksi tutkimuksista on lehteen kirjoitettuja tutkielmia, toinen Sosiaalilääketieteelliseen aikakauslehteen ja toinen Lääketieteelliseen aikakauskirja Duodecimiin. Näiden lisäksi on yliopistotasoinen väitöskirja, ylemmän

ammattikorkeakoulun opinnäytetyö, pro gradu - tutkielma sekä Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus.

Valitsemisemme tutkimuksissa on käytetty erilaisia tutkimusmenetelmiä, kuten kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus. Lisäksi oli käytetty systemaattista kirjallisuuskatsausta sekä kirjoittajan omaa havaintoaineiston analyysiä. Tutkimukset ovat tuoreita, alle 5-vuotta vanhoja. Lukuun ottamatta yhtä, joka sisällöllisesti vastaa uudempia tutkimuksia.

AIHE	TEKIJÄ	JULKAISUVUOSI	TUTKIMUKSEN MENETELMÄ
Terveysasemien avosairaanhoidon suurkäyttäjät	Jäppinen, P. & Nyman, J.	2015	Kvantitatiivinen tutkimus
Mikä auttaisi terveyspalveluiden suurkäyttäjää?	Koskela, T-H.	2017	Kvantitatiivinen tutkimus
Terveyspalveluiden pitkäaikaisensuurkäyttäjän ennustekijät.	Koskela, T-H.	2008	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja havaintoaineiston analyysi
Paljon palveluja käyttävä asiakas sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa.	Liljamo, C.	2017	Kvantitatiivinen tutkimus
Paljon palveluja käyttävän asiakkaan kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista.	Savilampi, J. & Sumukari, M.	2015	Kvalitatiivinen tutkimus
Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa.	Valtiontalouden tarkastusvirasto	2017	Tuloksellisuustarkastuskertomus

TAULUKKO 1. Käyttämämme tutkimukset

5.4 Aineiston analyysi

Aineiston pelkistämällä eli redusoinnilla tarkoitetaan aineiston tiivistämistä tai pilkkomista, niin että tutkimukselle turha tieto jätetään pois. Tutkimuksen aihe ja tarkoitus ohjaa pelkistämistä, jonka pohjalta se tehdään. (Tuomi & Sarajärvi, 2019, 109).

Tutkimuksista etsittiin haluttua tietoa tutkimuskysymysten avulla. Ja tekstiä tiivistettiin omin sanoin.

Aineiston ryhmittelyssä eli klusteroinnissa alkuperäisaineistoa käydään tarkkaan läpi, ja siitä etsitään samankaltaisuuksia sekä eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi. Luokkia tulee näin monia, ja niitä voidaan vielä luokitella esimerkiksi ylä- ja alaluokkiin. (Tuomi & Sarajärvi, 2019, 110).

Käsitteellistämässä, eli abstrahoinnissa, aineistosta erotetaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto. Tämän avulla muodostetaan teoreettista käsitteistöä klusteroinnin pohjalta. Abstrahoinnissa ryhmittelyä jatketaan niin kauan, kuin se on tutkimuksen kannalta mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi, 2019, 111).

6 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

6.1 Palveluun hakeutumisen syyt

Koskelan (2017) kirjoittamassa tutkimuksessa suurkäyttäjän määritelmänä on pidetty Suomessa vähintään kahdeksan käyntiä yleislääkärinvastaanotolla vuoden aikana tekevää asiakasta. Hän kirjoittaa myös, että 1990-luvulla suurkäyttäjät oli jaettu eri alaryhmiin käyntisyyn mukaan. Alaryhmät olivat moniongelmaiset, somaattista sairautta sairastavat, psyykkistä sairautta sairastavat, somatisoivat sekä kriisitilanteessa oireilevat asiakkaat. Nyman ja Jäppinen (2015) puolestaan pitivät suurkäyttäjänä asiakasta, jolla oli terveyskeskuksessa enemmän kuin seitsemän hoitajan- tai lääkärinkäyntiä tai hoitopuhelua vuodessa.

Savilampi ja Sumukari (2015) käyttävät tutkimus- ja kehittämistyössään suurkäyttäjälle määritelmää, jonka mukaan paljon palveluja käyttävä asiakas on käyttänyt sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluja vuoden aikana vähintään kymmenen kertaa. Työstä oli rajattu ulkopuolelle asiakkaat, jotka käyttivät palveluja jonkin kroonisen sairauden vuoksi.

Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomuksessa perusterveydenhuollon nykytilanne nähdään melko heikkona. Tutkimuksessa huomattiin, että pieni osa sosiaali- ja terveystalouden palveluiden käyttäjistä käyttää suurimman osan kaikista resursseista. Jopa 10% asiakkaista käyttää koko sosiaali- ja terveystaloudesta 70-80%. Tarkastuksessa lähdettiin tarkemmin tarkastelemaan kokonaistilannetta. Toteutetaanko terveyskeskusten avosairaanhoidon vastaanotoilla hoitoa, joka edistää asiakkaan terveyttä sekä hillitsee kustannuksia. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2017, 7.)

Tarkastuksessa nousi esille yksi muita suurempi epäkohta. Huomattiin, ettei koko Suomen mittakaavassa ole koskaan tutkittu terveystalouden suurkuluttajien määrää tai heidän käyttämiinsä palveluihin uppoavaa rahamäärää. Tarkastuksessa nähdään, ettei asiakasryhmää vielä tunnisteta, eikä heille sopivaa ja kustannustehokasta hoitoketjua ole vielä edes tutkitusti olemassa. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2017, 7.)

Valtiontalouden tarkastusviraston tutkimuksissa haastateltiin hoitajia sekä asiakkaita. Asiakkaat ovat kokeneet hyväksi omahoitajatyöskentelyn. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että tietty hoitaja hoitaa tiettyjen asiakkaiden asioita. Asiakas saa hoitajan tarvittaessa puhelimitse kiinni, ja hoitaja vastaa hoitosuunnitelman toteutumisesta yhdessä lääkärin kanssa. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2017, 8.)

Savilammen ja Sumukarin (2015) tutkimuksessa todettiin, että asiakkaat eivät kokeneet omia käyntejään turhina, vaan tarpeellisina ja ajankohtaisina. He kuitenkin tiedostivat sen,

että käyttävät paljon sosiaali- ja terveydenhuollonpalveluja. Asiakkaille tuli usein tunne, että terveydenhuollon ammattihenkilöt vähätelivät heidän hoidontarvettaan. He eivät saaneet vastaanottoaikoja varattua, jolloin he eivät saaneet palveluja oikeaan aikaan, tarpeeksi tai lainkaan. Hoidontarve koettiin suurempana kuin eri sosiaali- ja terveydenhuollonpisteistä saatiin. Asiakkaat tapasivat kuitenkin myös ystävällistä ja ammattitaitoista henkilökuntaa, joka koettiin positiivisena kokemuksena. Yksityiset sosiaali- ja terveydenhuollonpalvelut koettiin hyvänä nopeuden ja perusteellisuuden ansiosta.

Henkilökunnan vaihtuvuus terveyskeskuksissa on tällä hetkellä hyvin suuri. Omahoitajamalli todettiin hyväksi, sekä asiakkaan, että terveydenhuollon ammattilaisen näkökulmasta. Tämän toteutuminen on valitettavasti hyvin vähäistä. Usein on valitettavasti huomattu, että potilaan tunnistaminen jää esimerkiksi sairaanhoitajan tai lääkärin vastuulle, lyhyessä kasvotusten korkeintaan viisitoista minuuttia kestävässä hoitotilanteessa. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2017, 15.)

6.2 Palveluiden kehittämistarpeet

Jotta nyky-yhteiskunta pystyisi tarjoamaan kustannustehokasta sekä tehokasta hoitoa asiakkailleen, täytyisi asiakkaat pyrkiä tunnistamaan. Sosiaali- ja terveystalouden johdolle suunnatussa kyselyssä selvisi, että yli 2,6 miljoonaa suomalaista asuu sellaisten terveyskeskusten vastuualueella, jossa asiakkaiden tunnistamiseen ei pyritä millään toimilla. Tämä lukumäärä on järkyttävän suuri. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2017, 17.)

Haastattelussa hoitajat totesivat, että ohjeistus asiakkaiden tunnistamiseen on vain suullista, ei kirjallista. Haastattelussa myös selvisi, että jo olemassa olevan tiedon hyödyntäminen potilastietojärjestelmistä oli hyvin vähäistä. Hoitajien haastattelusta kävi myös hyvin ilmi, ettei asiakkaiden tunnistamiselle ole olemassa mitään yhtenäistä kriteerejä. Niin kuin aikaisemmin jo mainittiin, potilaan tunnistaminen saattoi jäädä hoitajan tekemään arvion varaan lyhyellä käynnillä. Tällöin asiakkaan todellinen vaiva saattoi jäädä huomaamatta ja asiakkaan hoito saattoi pitkittyä entisestään tunnistamisen puutteiden ja epäyhtenäisyyden takia. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2017, 19.)

Hoitajien haastattelusta selvisi myös, että hoitosuunnitelmia hyödynnetään hyvin harvoin. Asiakkaat kokivat, että tarkka hoitosuunnitelma, jonka suunnitteluun he olivat itse osallistuneet, vähensi ylimääräisiä lääkärikäyntejä, sekä asiakas pysyi itse mukana hoidon etenemisen seuraamisessa. Laki velvoittaa, että hoitosuunnitelma tulee tehdä vain

tarvittaessa. Tätä tietoa on käytetty eritavoin eri avohoidon toimipisteissä. (Valtiontalouden tarkastusvirasto, 2017, 25.)

Tarkastushavaintojen mukaan hoitosuunnitelmilla voidaan estää turhaa tai päällekkäistä palvelujen käyttöä ja näin hillitä kustannuksia. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2017, 25).

Nykytilanteena voidaan todeta se, että pieni prosentti koko väestöstä käyttää suurta osaa terveystalouden palveluista. Samalla kuitenkin huomattiin, että koko Suomen mittakaavassa ei koskaan ole tunnistettu, keitä tähän pieneen asiakasryhmään oikein kuuluu. Mikäli tämän pienen prosentuaalisen osan asiakkaiden tarpeet tunnistettaisiin, osattaisiin sosiaali- ja terveysalan resursseja kohdentaa oikeisiin paikkoihin. Tämä saisi kysynnän ja tarjonnan kohtaamaan ja perusterveydenhuollon säästöpainetta voitaisiin helpottaa.

Valtiontalouden tarkastusviraston kartoituksessa huomattiin se, että palvelut asettavat asiakkaat eriarvoiseen asemaan asuinpaikan mukaan. Toisaalla, jossa suurikäyttäjät tunnistetaan, palvelut on strukturoitu siten, että asiakkaan kaikki asiat hoidetaan yhdessä ainoassa paikassa. Toisaalla, jossa tunnistaminen on heikompaa, saattaa suurkuluttaja joutua asioimaan useassa paikassa, eikä terveydenhuollon ammattilainenkaan välttämättä tiedä, missä asiakkaan pitäisi huolensa kanssa olla. Asiakkaiden haastatteluista kävi ilmi, että asiakkaiden tunnistaminen toteutui paremmin pienillä paikkakunnilla. Siellä hoitaja ja lääkäri usein tunsivat asiakkaan ja hänen taustansa. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2017, 30).

Tuomas-Heikki Koskela tutki väitöskirjassaan (2008) terveystalouden pitkäaikaisen suurikäyttäjien ennustetekijöitä. Hän suoritti tutkimuksensa tamperelaisessa terveystalouksessa vuosina 2002-2004. Tutkimuksessa seuratuilla suurkuluttajilla oli vähintään kahdeksan käyntiä vuoden aikana. Käynnit eivät saaneet olla pitkäaikaisen sairauden hoitoa, eivätkä päivystyksellisiä käyntejä. Jokainen käynti terveystalouksessa oli oma käyntinsä. Tutkimukseen osallistuneet olivat satunnaisotanta. Lopulliseen tutkimukseen osallistui 84 potilasta.

Koko tutkimuksen ajan tamperelaisessa terveystalouksessa vallitsi sijaispula. Sijaispulan takia hyväksi koettu omahoitoisuus oli lähes mahdotonta. Pitkiä jonotusaikoja helpotettiin esimerkiksi ostopalvelulääkäreillä, joiden potilastuntemus on hyvin huono. (Koskela 2008, 92.)

Valtiontalouden tarkastusviraston tutkimuksessa (2017) puhuttiin paljon siitä, ettei asiakkaita tunnisteta ja siksi palveluita on hyvin haastava kehittää ja kohdentaa.

Väitöskirjassaan Koskela (2008) tutki tamperelaisen terveystalouksien 18-64-vuotiaiden joukosta yli kahdeksan käyntikertaa vuodessa omaavien 84:n asiakkaan pohjalta

terveyspalvelun suurkäyttäjän ennakkotekijöitä. Kun asiakas tunnistettaisiin ajoissa, voitaisiin resursseja kohdentaa. Tähän tarvitaan tutkittua tietoa siitä, keitä nämä asiakkaat ovat ja miten olemassa olevia potilastietojärjestelmiä voitaisiin kehittää.

Väitöskirjassaan Koskela haastatteli paperilomakkeilla asiakkaita ja kartoitti heidän terveydentilaansa sekä fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia. Lomakkeissa kartoitettiin mielialaa, kuolemanpelkoa, koettua elämänlaatua, alkoholinkäyttöä, stressin sietokykyä, elämäntapahtumia, sekä asiakastyytyväisyyttä. (Koskela 2008, 98.) Kyselyistä saadut vastaukset Koskela pisteytti ja kasasi erilaisiksi taulukoiksi ja diagrammeiksi väitöskirjaansa. Niiden pohjalta Koskela vastasi omiin tutkimuskysymyksiinsä.

Väitöskirjassaan Koskela pohtii ennakkoinnin tärkeyttä. Hänen tutkimuksensa pohjalta terveyspalveluiden suurkuluttajuudelle altistaa naissukupuoli, korkea BMI, aiempi terveyspalveluiden suurkäyttö, raittius sekä asiakastyytyväisyys. Koskela avasi tutkimustaan siten, että naiset käyttävät terveyspalveluja miehiä enemmän. Naiset kokivat olevansa alttiimpia sairauksille ja kokivat nykyisen terveydentilansa huonommaksi. Raittiutta taas Koskela avasi siten, että suurkuluttajat kokevat olevansa muita alttiimpia sairauksille, joten he eivät halua altistaa itseään alkoholin vaaroille. Asiakastyytyväisyyttä taas perusteltiin siten, että terveyspalveluiden suurkuluttajat kunnioittavat lääkäreitä, sekä muita terveydenhuoltoalan ammattilaisia ja haluavat usein heiltä vastauksen kysymykseen, usein he haluavat vastauksia useimmilta ammattilaisilta. (Koskela 2008,107-122.)

Nymanin ja Jäppisen (2015) tutkimuksessa havaittiin, että perusterveydenhuollon suurkäyttäjien vastaanottokäynteihin yleisimmin syynä oli ylähengitystieinfektiot, masennus, ahdistus, verenpainetauti sekä aikuistyyppin diabetes. Suurkäytön havaittiin olevan yleisempää naisilla, vanhoilla henkilöillä sekä somaattista tai psyykkistä sairautta sairastavilla. Päätelmänä tutkimuksessa on, että terveyskeskusten suurkäyttöä selittävät etenkin potilaan ikä ja sairaudet.

Seurannan aikana Koskela totesi, että terveyspalvelun suurkäyttö on väliaikaista. Suurkäyttö kohdistui yleensä muuttuneeseen elämäntilanteeseen, johon usein liittyi avioero, muu perhekriisi tai läheisen sairastumiseen. Näitä henkilöitä luonnehdittiin Koskelan väitöskirjassa lyhytaikaisiksi terveyspalveluiden suurkäyttäjiksi. Tutkittavista vain 26, eli 31% täytti tutkimuksen alusta loppuun kriteerin, kahdeksan käyntiä tai enemmän. Nämä 31% ovat Koskelan tutkimuksen mukaan terveyspalveluiden suurkäyttäjii. (Koskela 2008, 132-133.)

Koskelan (2017) teoksessa suurkäyttöön liitettiin myöskin naissukupuoli, somaattiset sairaudet, sosiaaliset tekijät, psyykkiset stressioireet sekä ahdistus. Tutkimuksessa

selvitettiin, että suurkäyttöön johtaneiden ongelmien perusteellinen selvittäminen ja henkilökohtainen hoitosuunnitelman tekeminen olisi olennaista, jotta käynnejä saataisiin vähennettyä ja asiakkaat silti saisivat tarvitsemansa hoidon.

Koskelan (2017) tutkimuksen tuloksena selvitettiin ensin hoitoon hakeutumisen syy, jonka jälkeen jokaiselle potilaalle tuotettiin oma yksilöllinen hoitosuunnitelma, johon sekä terveydenhuollon ammattilaiset että asiakkaat sitoutuivat täysin. Satunnaistetussa kontrolloidussa interventiossa huomattiin, että asiakkaiden elämänlaatu parani sekä heidän terveydenhuollonpalveluiden käynnit vähenivät.

Nymanin ja Jäppisen (2015) tutkimuksessa voitiin päätellä, että terveydenhuollon suurkäyttöä ei voida pitää yleisenä ilmiönä Helsingin kaupungissa. Tähän on vaikuttanut muun muassa sairaanhoitajien ja lääkärin välinen parityöskentelymalli, hoitopuheluilla korvatut vastaanottokäynnit sekä internetin kautta tapahtuva asiointi, joka on lähivuosina lisääntynyt. Nymanin ja Jäppisen mukaan terveyspalveluiden suurkäyttäjien tunnistaminen voisi auttaa palveluiden kohdistamista paremmin heidän tarpeiden mukaiseksi.

Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla suurkäyttäjien käynneistä oli 2,3% naisia ja 1,7% miehiä. Kaikista vastaanottokäynneistä vuoden aikana suurkäyttäjät tekivät 9,4%. Suurkäyttäjät kävivät lääkärin vastaanottokäynneillä keskimäärin 9,9 vuoden aikana, kun muut potilaat kävivät vastaanotolla kaksi kertaa vuoden aikana. Suurkäyttäjien yleisimmät käyntidiagnoosit olivat akuutti ylähengitystieinfektio, selkäsärky ja akuutti keuhkoputkentulehdus. (Nyman & Jäppinen 2015, 8.)

Sairaanhoitajan vastaanotolla suurkäyttäjät tekivät 23,1% kaikista käynneistä vuoden aikana. Heillä oli keskimäärin 15,8 käyntiä vuodessa, kun muilla potilailla käyntimäärä oli noin 1,9 käyntiä vuodessa. Suurkäyttäjistä sairaanhoitajan vastaanotolla oli 3,7% miehiä ja 3,3% naisia. Heidän yleisimmät käyntidiagnoosinsa olivat kurkun oire, yskä, päänsärky, repeämä tai viilto, kohonnut verenpaine, vahatulppa, oksentelu, vatsakivut, kuume sekä ennaltaehkäisevä terveydenhuolto. Masennusta todettiin olevan joka neljännellä suurkäyttäjällä. (Nyman & Jäppinen 2015, 11-13.)

Koskelan tutkimuksessa on haettu ennustetekijöitä suurkuluttajuudelle. Väitöskirjassaan hän pohtii, jos tutkitun tiedon, ennakkoinnin ja potilastietojärjestelmän voitaisiin yhdistää, tällöin hoidon suunnittelua voitaisiin toteuttaa asiakkaan tarpeisiin nähden parhaalla mahdollisella tavalla. Koskela pohtii myös seulonnan mahdollisuutta. Jos potilastietojärjestelmät pystyisivät tunnistamaan asiakkaat, joiden käyntimäärät ylittävät kahdeksan, voitaisiin heidän hoitopolkujansa tarkastella uudelta kantilta. (Koskela 2008, 208.)

Valtiontalouden tarkastusviraston (2017) ja Koskelan (2008) tutkimuksista yhteenvetona voidaan todeta, ettei terveystalouden suurkuluttajia oikein tunnusteta, eikä asiaa ole koko suomen mittakaavassa koskaan edes tutkittu. Koskelan (2008) väitöskirjan tutkimuksen perusteella voidaan myös todeta, että sosiaali- ja terveysalalla on pula työntekijöistä, eikä työntekijöillä valitettavasti ole aikaa hoitosuunnitelmien tekoon tai välttämättä edes asiakkaan taustatietoihin perehtymiseen. Koskelan (2008) tutkimuksessa on todettu, että omahoitajuus on asiakkaiden näkökulmasta todettu toimivaksi ja tehokkaaksi työskentelytavaksi, johon ei valitettavasti ole resursseja, eikä aikaa.

Perusterveydenhuollon suurkäyttäjien hoidossa profilointi ja jaottelu pääongelman ja käyntisyyn mukaan, hoitosuunnitelmien laatiminen ja omahoitajan järjestäminen voisivat vaikuttaa positiivisesti kustannuksiin ja hoitoon (Koskela 2017). Omahoitaja sekä -lääkäri koettiin tarpeellisiksi ja tärkeiksi asioiksi myös Savilammen ja Sumukarin (2015) tutkimuksessa. Asiakkaat kokivat positiivisena myös sen, että viesti- ja soittopyyntöihin vastattiin nopeasti. Erilaisia vertaistukiryhmiä asiakkaat kuitenkin toivoisivat lisää.

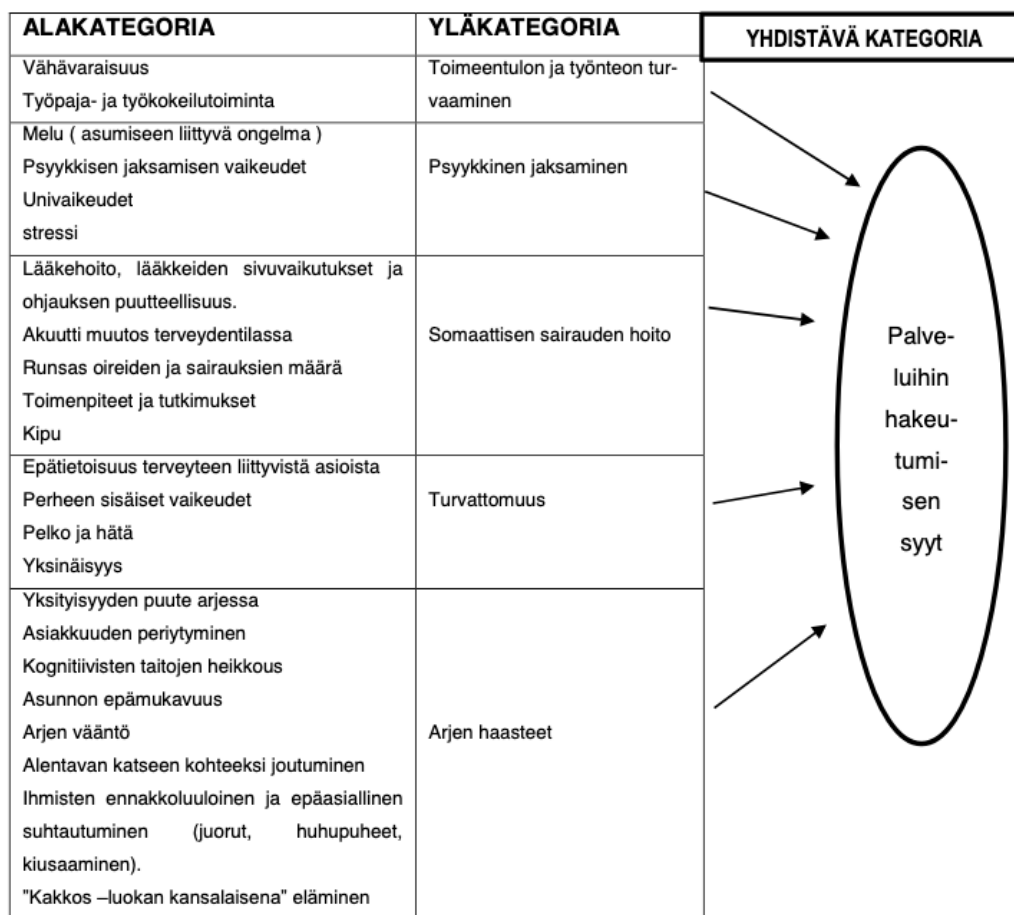
Kaiken kaikkiaan hoitajaresursseihin ja vastaanottoaikojen pituuteen vaikuttavat henkilöt ovat sosiaali- ja terveydenhuoltoalan päättäjiä, päälliköitä ja johtajia. Pro gradu tutkielmassaan Liljamo (2017) toteaa myös niin sanotun johtoportaan merkityksen olevan kovin suuri.

Liljamo (2017, 13-14) kuvaa nyky-yhteiskunnassa terveystalouden olevan kovin pirstaleisia ja asiakkaita hoidetaan siilomaisesti. Siilomaisuudella tarkoitetaan sitä, että asiakkaita ei hoideta yksilöllisesti, vaan kaikkia pyritään hoitamaan lähes samalla tavalla. Siilomainen työskentelytapa saattaa olla nopeaa ja edullista, mutta ei kustannustehokasta. Koskelan (2008) tutkimuksessa asiakkaisen haastatteluiden pohjalta voidaan kuitenkin todeta, ettei asiakkaiden, eikä hoitajien näkökulmasta katsottuna tämä siilomainen työskentely tapa ole kaikkea muuta, kuin asiakaslähtöinen ja tehokas.

Savilammen ja Sumukarin (2015) tutkimustuloksena löydettiin, että asiakkaat turvautuivat usein useaan eri sosiaali- ja terveydenhuollonpalveluun, esimerkiksi lääkärinvastaanottoon, diabeteshoitajan vastaanottoon sekä laboratorioon. Asiakkaat olivat myös käyttäneet yksityisiä lääkäripalveluita.

Savilammen ja Sumukarin (2015) tutkimuksessa todettiin suurikäyttäjien palveluihin hakeutumistarpeen olleen usein monisyinen ja vaativa. Heillä oli monia eri syitä hakeutua terveydenhuollonpalveluihin (kuvio 1). Osalla huonot asumisolosuhteet, kuten jatkuva melu, olivat johtaneet unettomuuteen, stressiin sekä psyykkisen jaksamisen ongelmiin. Asiakkailla todettiin monia somaattisia oireita sekä sairauksia, jotka vaativat sairaanhoitoa. Lisäksi hoitoon hakeuduttiin lääkeshoidon, lääkkeiden sivuvaikutusten ja

lääkehoidon ohjauksen puutteen vuoksi. Monet kokivat myös pelkoa, yksinäisyyttä sekä turvattomuutta. Osa suurkäyttäjistä kertoi joutuvansa elämään juorujen kohteena ja kokeneensa myös kiusaamista. Juorut liittyivät usein perhe-elämään, kuten parisuhdeväkivaltaan.



KUVIO 1. Palveluihin hakeutumisen syyt (Savilampi & Sumukari, 2015, 28.)

Savilammen ja Sumukarin (2015) tutkimuksessa monet suurkäyttäjät kokivat terveydenhuollon ammattilaisilta epäoikeudenmukaista kohtelua sekä ennakkoluuloja. Vastaanottopisteillä asiakkaat kokivat, ettei yksityisyydensuoja ole riittävä, eivätkä he pystyneet kertomaan ongelmistaan ja huolistaan täysin avoimesti ammattilaisille. Suurkäyttäjät kuvasivat tuntevansa itsensä ”kakkosluokan kansalaiseksi”.

Suurkäyttäjien mukaan terveyden- ja sosiaalihuollon palveluissa on kehittämistä. Tutkimuksen mukaan kehittämiskohteita (kuvio 2) olisi esimerkiksi henkilökunnan asennoitumisessa asiakasta kohtaan, liian lyhyet lähikontaktit ammattilaisten kanssa, vastaanottotilojen järjestäminen toimivimmiksi sekä henkilökunnan ammattitaidon kehittäminen. Suurkäyttäjien mukaan omalääkärin ja -hoitajan saaminen olisi erityisen tärkeää. Ammattihenkilöstön vuorovaikutustaitoja sekä asiakkaan kunnioitusta olisi

kehitettävä. Monet kokivat, että heitä pidettiin ”hulluina”. Myös osa lääkärin kirjeistä koettiin loukkaavina. Ammattilaisten tulisi kehittää omaa käytöstään asiakaslähtöisemmäksi ja hyväksyvämmäksi. (Savilampi & Sumukari, 2015, 34-36.)

ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA	YHDISTÄVÄ KATEGORIA
Henkilökunnan suuri vaihtuvuus Henkilökunnan lähikontaktin puute Henkilökunnan vähyys Omalääkärin puute Vastaanottoajan lyhyys Hoidon ja tukien riittämättömyys	Liian vähäiset ja lyhyet lähikontaktit oman sosiaali- tai terveysalan henkilön kanssa.	
Yksityisyyttä ei huomioida Kiusaamisen kohteeksi joutuminen Ei arvosteta ihmisenä, ei oteta tosissaan, epätasa-arvoinen kohtelu. Luulosairaana ja hulluna pitäminen Pompottaminen, välinpitämättömyys Henkilökunta välttelee Henkilökunta on epämiellyttävää	Henkilökunnan arvostamaton asennoituminen asiakasta kohtaan.	
Henkilökunnan ammattitaidottomuus Tiedottamisen ja ohjaamisen puutteellisuus.	Epäammattillinen henkilökunta	
Vastaanotto- ja terveyskeskustilojen toimimattomuus. Puhelinpalvelun toimimattomuus Numerojärjestelmän toimimattomuus vastaanotossa ja päivystyksessä. Sähköisen palvelun käyttöönotto ja käyttämisen vaikeus.	Vastaanottotilojen ja järjestelmien toimimattomuus.	
Rajattu puhelinvaraus Ajansaannin vaikeus Odotusajan pituus	Vastaanottoajan saannin vaikeus	
Vertaisryhmien puute Yksityiset palvelut ovat liian kalliita Sosiaali- ja terveystoimi toimivat erillään.	Eri toimijoiden palveluja ei ole riittävästi tai niitä ei ole mahdollista käyttää.	
Tyytymättömyys Kallioon Tyytymättömyys säästötoimenpiteisiin. Osallistumisen merkityksettömyys	Vaikutusmahdollisuus Kallion kehittämiseen on vähäistä.	

KUVIO 2. Kehittämistarpeet (Savilampi & Sumukari, 2015, 34.)

Koskelan (2017) tutkimuksessa kerrottiin Väli-Suomen terveyskeskusten Hyvä potku-hankkeesta, jonka tavoitteena oli pitkäaikaissairauksien hoidon kehittäminen terveyshyötymallin mukaan. Potilaiden tulisi saada osallistua mahdollisimman paljon oman hoitonsa suunnitteluun. Hoito tulisi suunnitella heidän kanssaan yhdessä sekä laatia heille yksilöllinen hoitosuunnitelma sen perusteella. Hankkeessa tehtiin tuhansia

hoitosuunnitelmia myös paljon palveluja käyttäville asiakkaille. Tieteellistä näyttöä hankkeen hyödyistä suurkäyttäjille ei kuitenkaan ole saatu.

Suomalaisessa hyvinvointiyhteiskunnassa palveluja tuottavat yksityinen, julkinen sekä kolmas sektori. Sektoreiden välisen yhteistyön lisääminen ja asiakaslähtöisyyden merkityksen ymmärtäminen on sosiaali- ja terveysalan johtajien ja päälliköiden vastuulla. Tuottamalla asiakaslähtöisiä sektorirajat ylittäviä palveluja, saavutetaan hyvä lopputulos sekä asiakaan, että terveydenhuoltoalan ammattilaisen näkökulmasta. Jonkun päättäjän täytyisi ottaa niin sanotusti koppi sektoreiden välisten palveluiden yhtenäistämisestä. (Liljamo 2017,15.)

Tutkielmassaan Liljamo (2017) on todennut päättäjillä olevan suuri rooli sosiaali- ja terveysalan muutoksen keskiössä. Tärkeäksi tutkielmassa on myös nimetty organisaation sisällä vallitsevan kulttuurin muutos. Organisaatiokulttuurilla tarkoitetaan normeja ja toimintatapoja, jotka ovat kaikilla tiedossa työyhteisön sisällä. Kun jokin vuosia hyvin toiminut tapa päätetään muuttaa, voi asia aiheuttaa eriäviä mielipiteitä työyhteisössä. Esimerkkinä tässä voidaan käyttää hoitosuunnitelmien tekoa. (Liljamo, 2017, 24.)

Valtiontalouden tarkastusviraston (2017) tarkastelussa huomattiin, että laki vain suosittaa hoitosuunnitelmien teon. Eri työyhteisöt ovat toteuttaneet tätä lain asettamaa ehtoa eriävin tavoin. Tiivistetysti hoitosuunnitelmia on käytetty hyvin vähän puutteellisten ohjeiden ja ajanpuutteen vuoksi. Tämän takia sosiaali- ja terveysalan johtajia tarvitaan korjaamaan puutteellisia kirjallisia ohjeita, perehdyttämään henkilökuntaa ja johtamaan organisaatioiden sisäisiä muutoksia. (Liljamo 2017, 24-25)

Yhteenvetona voitaisiin sanoa, että sosiaali- ja terveysalan johtajien ja esimiesten joukosta tarvitaan joku yhtenäistämään ja tuomaan eri sektoreiden palvelut lähemmäksi toisiaan. Sektoreiden välisellä yhteistyöllä saataisiin asiakkaille kattava valikoima erilaisia palveluja, jokaiselle jotakin. Niin sanotun johtoportaan tulisi nähdä linkki asiakaslähtöisyyden ja kustannustehokkuuden välillä ja näin ollen muuttaa organisaatiokulttuureja siihen suuntaan, että esimerkiksi hoitosuunnitelmien tekoon on aikaa ja niitä tulee tehdä.

7 YHTEENVETO JA POHDINTA

7.1 Tulosten yhteenveto

Kirjallisuuskatsauksemme yhteenvetona voimme alkuun todeta, että tutkimuksemme ennako-olettama osui oikeaan. Ennen opinnäytetyöprosessin aloitusta lähdimme pohtimaan ruuhkautuneiden terveystilanteiden tilannetta. Juha Sipilän hallituksen ajama SOTE-integraatio kaatui hallituksen mukana keväällä 2019, ja tämän jälkeen meille syntyi ajatus siitä, mikä ja ketkä oikeasti ruuhkauttavat terveystilanteet.

Ohjaavan opettajamme kanssa lähdimme pohtimaan, keitä terveystilanteiden suurkuluttajat oikein ovat ja mikä altistaa suurkuluttajuudelle. Näistä edellä mainituista kysymyksistä mielenkiintomme heräsi siihen, mikä terveystilanteiden nykytilanne oikein on perusterveydenhuollon piirissä.

Perusterveydenhuollon nykytilanne on huolestuttava. Valtiontalouden tarkastusviraston tutkimuksessa huomattiin, ettei koko Suomen mittakaavassa ole koskaan tutkittu, ketkä oikeasti kuormittavat sosiaali- ja terveystilanteita sekä kuinka paljon heihin oikein uppoaa rahaa. Samalla huomattiin, että yli 2,6 miljoonaa suomalaista asuu alueella, jossa sosiaali- ja terveystilanteiden asiakkaiden tunnistamiseen ei ole annettu minkään laista ohjetta. Valtiontalouden tarkastusviraston tutkimuksesta voitiin myös todeta, että lain vain suosittamia hoitosuunnitelmia ei resurssipulan takia hoitajat ehdi tehdä.

Eri tutkimuksista kävi myös ilmi, että hoitaja-lääkäri työparityöskentelymalli todettiin sekä asiakkaan, että terveydenhuollon ammattilaisen näkökulmasta toimivaksi ja kustannustehokkaaksi työskentelytavaksi. Asiakkaat kokivat myös, että omahoitajan huolehtiessa hoitosuunnitelman toteutumisesta ja hoitoa suunniteltaessa yhdessä asiakkaan kanssa, oli motivaatio hoitoon sitoutumiselle parempi. Tutkimuksista voidaan kuitenkin todeta, että työntekijöistä on jatkuva pula, sijaisia on paljon ja tällöin omahoitajuus on lähes mahdoton järjestää.

Tämän hetkistä perusterveydenhuollon tilannetta voitaisiin helpottaa hyvin helposti esimerkiksi siten, että potilastietojärjestelmät tunnistaisivat asiakkaat, joilla on kahdeksan käyntiä tai enemmän vuodessa. Asiakkaiden tunnistaminen ei olisi tällöin vain terveydenhuollon ammattilaisen varassa.

Sosiaali- ja terveystilanteiden muutos vaatii jonkun johtamaan sitä. Tälläkin hetkellä on paljon eri palveluntarjoajien palveluja saatavilla, mutta yhteistyö niiden välillä on kovin vähäistä ja heikkoa. Sektoreiden välisen yhteistyön lisääminen ja pienetkin muutokset työyhteisöjen

toimintatavoissa vaati muutosta aina organisaatiokulttuurista lähtien. Tämä muutos vaatii sen, että päättäjät näkevät linkin asiakaslähtöisyyden ja kustannustehokkuuden välillä.

Vaikka suuret muutokset lähtevät sosiaali- ja terveysalan päättäjistä, voi myös sairaanhoitaja omalla työllään edistää suurkuluttajien hoitoa positiivisella tavalla.

Sairaanhoitajan asenne asiakasta kohtaan vaikuttaa suuresti asiakkaan tyytyväisyyteen ja turvallisuuden tunteeseen. Asenteen lisäksi vuorovaikutustaidot ovat sairaanhoitajan yksi tärkein työkalu ja kehityskohde. Jokaista asiakasta on kunnioitettava ja jokaisen asiakkaan tulee saada tasa-arvoista hoitoa ja kohtelua. Myös ammattitaitoa on kehitettävä ja pidettävä ajan tasalla. Hoitotyö on parhaimmillaan monipuolista ja nopeasti kehittyvää, joten uusia asioita ja keinoja tulee kokoajan lisää.

7.2 Tulosten pohdinta

On kovin huolestuttavaa huomata, että sosiaali- ja terveysalan uudistumisen kaatumisen jälkeen todetaan, että ei oikein edes tiedetä, ketkä tai mikä järjestelmää kuormittavat. Vuosikymmenien aikana on paljon tutkittu juurikin sitä, kuinka terveyskeskusten toimintaa saataisiin nopeutettua ja toiminta olisi asiakaslähtöisempää. On surullista huomata, että valtio on velkaantunut ja samalla yritetään säästää siitä, minkä toimintaa voitaisiin isommalla budjetilla parantaa.

Asiakkaiden oma kokemus terveydenhuollosta oli se, että asiakkaan osallistaminen paransi motivaatiota sitoutua hoitoon sekä heidän oli helpompaa pysyä mukana siinä, miten hoito oikein etenee. Tiivistettynä asiakkailla oli hoitosuunnitelma, sekä omahoitaja, tuttu ihminen, kehen sai tarvittaessa ottaa yhteyttä. Tutkitun tiedon varassa voidaan kuitenkin myös todeta, että työntekijöistä on koko ajan valtava pula. Samalla voidaan todeta, että omahoitajuus toteutuu vain pienillä paikkakunnilla.

Useammassa tutkimuksessa todettiin, että pienellä paikkakunnalla, jossa myös potilaita on vähän, tunnistetaan asiakas paremmin. Usein hoidosta vastaavat terveydenhuollon ammattilaisetkin tunnistavat asiakkaat ja samalla potilastietojärjestelmissä olemassa olevaa tietoa ei välttämättä tarvitse hyödyntää.

Yksityisillä lääkäriasemilla hoito oli asiakkaiden näkökulmasta asiakaslähtöisempää ja ammattilaiset olivat tietoisia tilanteesta. Nyky-yhteiskunnan tilanne asettaa kansalaiset hyvin eriarvoiseen asemaan. Jos asiakkaalla on rahaa tai vakuutus, voi huoletta käyttää yksityisiä palveluja. On kuitenkin paljon ihmisiä, joilla tilanne ei ole niin hyvä. Pienellä paikkakunnalla voit saada yksilöllistä ja hyvää palvelua julkisella puolella, suurella paikkakunnalla tilanne on toinen. Samalla asiakkaan hoitoon vaikuttaa se, onko kyseisen terveysaseman työyhteisössä velvoitettu tekemään hoitosuunnitelmia vai ei. Nyky-

yhteiskunnan tilanne vaikuttaa siltä, että on sattumaa, minkä terveyskeskuksen vastuualueeseen kuulut, sekä millaisessa sosioekonomisessa asemassa oikein olet.

Mikäli samanlaista toimintatapaa toteutetaan esimerkiksi Tampereen kokoisessa kaupungissa, voidaan todeta, ettei esimerkiksi yksi sairaanhoitaja voi muistaa kaikkea oleellista jokaisesta potilaasta. Tutkimusten mukaan yli 2,6 miljoonaa suomalaista asuu alueella, jossa asiakkaiden tunnistamisen eteen ei ole tehty juurikaan mitään toimia. Samalla myös huomattiin, että hoitosuunnitelmien hyödyntäminen on naurettavan vähäistä. Tämä toki liittyy myös siihen, että laki vain velvoittaa niiden tekoon.

Sairaanhoitajien haastattelun pohjalta voidaan todeta, ettei hoitosuunnitelmien tekoon ole aikaa, eikä asiasta ole tullut kirjallista ohjeistusta esimies tasolta. Nykytilanteessa tiedon strukturoimattomuus ajaa siihen, ettei tiedetä, mihin asiakkaita voitaisiin ohjata, jotta he saisivat tarvitsemansa hoidonstrukturoinnin yhdestä paikasta. Asiakkaat saattavat joutua hakeutumaan useaan otteeseen terveyskeskuksen sairaanhoitajan vastaanotolle siksi, ettei heidän niin sanottu vaivansa saa heti tarvitsemaansa suunnitelmallista apua. Myös asiakkaiden taustoihin ja perustietoihin perehtyminen jää helposti vähälle ja juuri siitä tällaisessa tilanteessa olisi hyötyä.

Tarkkoja hoitosuunnitelmia ei tehdä hoidon alkuvaiheessa, jolloin asiakas saattaa joutua kertomaan samat asiat yhä uudelleen, vaikka samat tiedot olisivatkin jo potilastietojärjestelmässä. Tässä tulemme siihen tilanteeseen, jossa jo hoitoon hakeutumistilanteessa tehty tarkka hoitosuunnitelma palvelisi asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisten etua positiivisesti. Myös heikko yhteistyö julkisen ja yksityisen sektorin välillä aiheuttaa lisätyötä niin hoitajille kuin asiakkaillekin.

Esimerkiksi sairaanhoitajanvastaanotolle hakeutuneen terveystalouden suurkuluttajan tilanteeseen tarkempi paneutuminen saattaa säästää useilta muilta käynneiltä. Hoitoon hakeutumisen hetkessä pyrittäisiin heti kartoittamaan, miksi asiakas on esimerkiksi saman vaivan takia hakeutunut hoitoon useita kertoja ja kuinka vaivaa on aiemmin hoidettu, sekä miksi siitä ei aiemmin ole ollut hyötyä.

Toimivan hoitosuunnitelman tekeminen vaatii tiivistä moniammatillista yhteistyötä eri tahojen välillä. Vähintään toimivan hoitosuunnitelman tekeminen vaatii tiiviin yhteistyön esimerkiksi juuri sairaanhoitajan ja lääkärin välillä. Tällöin määritellään asiakkaan tulossyy, nykytila, jo tehnyt tutkimukset ja aiempi terveydentila. Hoitosuunnitelmaan tärkeänä merkintänä tehdään mitä tutkimuksia ja minkä erikoisalun parissa ja millä aikataululla ne toteutetaan.

Jotta toimiva hoitoketju saadaan aikaiseksi, terveydenhuollon ammattilaisten tulee pystyä kommunikoida keskenään ja osata hakea jo olemassa olevaa tietoa potilastietojärjestelmistä. Lisähaasteen toki tuo mahdollinen ulkopaikkakuntalaisuus tai se, että asiakas on kieltänyt hoitotietojen luovuttamisen. Tämä hankaloittaa tiedonsaantia huomattavasti ja toimivat hoitoketjun muodostamista.

Toimivan hoitoketjun suunnitteleminen kuulostaa hyvinkin helpolta, näin tekstimuodossa kirjoitettuna, mutta sen käytännön toteuttaminen ei ole helppoa. Sosiaali- ja terveysalan säästötoimet ovat selkeä jatkumo, jonka jokainen osa tarvitsee muutosta. Suuret muutokset tapahtuvat poliittisten päättäjien keskuudessa, jotka päättävät budjeteista, lakimuutoksista ja resurssien kohdentamisesta. Samalla lähiesimiehillä ja yksittäisellä sairaanhoitajalla on tärkeä rooli siinä, että jokainen saa ansaitsemansa yksilöllisen ja hyvän hoidon.

8 TULOSTEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Valitessamme kirjallisuuskatsaukseen tutkimuksia pohdimme niiden luotettavuutta ja eettisyyttä. Lehtiin kirjoitetut tutkielmat ovat molemmat lääketieteellisistä lehdistä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti on suomalainen tiedejulkaisu ja aikakauskirja Duodecimin tavoitteena on toimia suomen lääkäreiden ja lääketieteen opiskelijoiden täydennyskoulutuksena. Molempien lehtien artikkelit valitaan tarkkaan ja ne käyvät läpi tieteellisen vertaisarvioinnin. (Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2019; Duodecim 2019.)

Näiden tutkielmien lisäksi kirjallisuuskatsaukseemme valikoitui yliopistotasoinen väitöskirja, jossa Koskela (2008, 165) käytti informaattikkoa apunaan tutkimusten valinnassa. Hänen kirjallisuuskatsauksensa systemaattiseen osaan valikoitui lisäksi vain pitkäaikaistutkimuksia ja interventioita. Savilammen ja Sumukarin (2015, 47) tutkimus- ja kehittämistyössä aiheen valintaan vaikuttivat yhteiskunnallinen merkitys sekä mahdollisuus uuden tiedon tuottamiseen. Näiden kriteerien pohjalta he valitsivat työnsä aiheeksi JYVÄ-hankkeen.

Liljamon (2017, 53) pro gradututkimus toteutettiin Parempi Arki- hankkeessa, jonka tavoitteena oli kehittää paljon palveluita käyttävien asiakkaiden palveluja. Hankkeessa moniammatillinen työryhmä kehitti herätteitä paljon palveluja käyttävien asiakkaiden tunnistamiseen ja niiden avulla arvioivat tätä omassa työssään arviointilomakkeen avulla. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomuksessa (2017, 38-39) aineistonanalyysinä käytettiin laadullista sekä kuvailevaa määrällistä analyysia. Tutkimuksessa asiakkaiden valitsemisessa keskeistä oli asiakkaiden vapaaehtoisuus, sillä tutkimukseen osallistumista ei voitu asiakkailta velvoittaa.

Sosiaali- ja terveystalouden nykytilanteesta on melko paljon eri lähteisiin perustuvaa tietoa, mutta luotettavimmaksi tietolähteeksi valitsimme Valtiontalouden tarkastusviraston vuoden 2017 tuloksellisuustarkastuskertomuksen. Tässä tarkastuskertomuksessa on ajankohtaista ja tutkittua tietoa koko suomen mittakaavassa Sosiaali- ja terveystalouden nykytilanteesta ja niiden epäkohdista.

9 KEHITYSEHDOTUKSET

Työtä tehdessämme pohdimme mahdollisia jatkokehittämismahdollisuuksia aiheesta. Kehitysehdotuksina on järjestelmien kehittäminen sekä kirjallinen ohjeistus hoitosuunnitelman tekemisestä.

Potilastietojärjestelmien kehittäminen on koko ajan ajankohtaista ja hyvin tärkeää. Olisi hyvä, että potilastietojärjestelmät tunnistaisivat paljon palveluja käyttävät asiakkaat. Näin heidät huomattaisiin heti, eikä heidän tunnistamisensa olisi tällöin vain terveydenhuollon ammattilaisen varassa. Heidän hoitoaan voitaisiin ennakoida ja ohjata heidät heti oikean palvelunpiiriin.

Hoitosuunnitelmasta on ohjeistus Käypä Hoito-suosituksessa, mutta kirjallisuuskatsauksemme perusteella voisi tiivistetystä hoitosuunnitelmaoppaasta olla hyötyä hoitohenkilökunnalle. Hoitosuunnitelman tärkeyttä pitäisi korostaa ja sen käyttöä lisätä perusterveydenhuollossa. Tarkka ja huolellisesti tehty hoitosuunnitelma palvelee sekä asiakasta, että terveydenhuollonammattilaisia.

LÄHTEET

Alueuudistus. 2015. Hallitusohjelman linjaukset 29.5.2019 [viitattu: 7.7.2019]. Saatavissa: <https://alueuudistus.fi/soteuudistus/hallituksen-linjaukset>

Duodecim. 2019. Duodecim-lehti [viitattu 31.7.2019]. Saatavissa: <https://www.duodecim.fi/tuotteet-ja-palvelut/aikakauskirja-duodecim/>

HUS. 2019. Perusterveydenhuolto vs. erikoissairaanhoido [viitattu: 13.5.2019]. Saatavissa: <https://www.hus.fi/hus-tietoa/liikelaitokset-ja-tukipalvelut/apuvalinekeskus/kuntoapu-tietojarjestelma/Sivut/default.aspx>

HUS. 2019. Hoitoketjut [viitattu 16.6.2019]. Saatavissa: <https://www.hus.fi/ammattilaiselle/hoitoketjut/Sivut/default.aspx>

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P., 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Tammi.

Jamk Jyväskylän ammattikorkeakoulu. 2019. Kirjallisuuskatsaukset. Opinnäytetyön ohjaajan käsikirja [viitattu 13.5.2019]. Saatavissa: <https://oppimateriaalit.jamk.fi/yamk-kasikirja/kirjallisuuskatsaukset/>

Johansson, K., 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja.

Jäppinen, P. & Nyman, J. 2015. Terveysasemien avosairaanhoidon suurkäyttäjät. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti [viitattu 13.5.2019]. Saatavissa: <https://journal.fi/sla/article/view/50756/15435>

Koskela, T-H. 2017. Mikä auttaisi terveystalouden suurkäyttäjää?. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim [viitattu 13.5.2019]. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2017/7/duo13633>

Koskela, T-H. 2008. Terveystalouden pitkäaikaisensuurkäyttäjän ennustekijät. Kuopion yliopisto [viitattu 13.5.2019]. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1042-3/urn_isbn_978-951-27-1042-3.pdf

KUVIO 1. Savilampi, J. & Sumukari, M. 2015. Paljon palveluja käyttävän asiakkaan kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Tutkimus- ja kehittämistyö. Oulun ammattikorkeakoulu [viitattu 18.7.2019]. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/95133/Sumukari_Minna.pdf?sequence=1

KUVIO 2. Savilampi, J. & Sumukari, M. 2015. Paljon palveluja käyttävän asiakkaan kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Tutkimus- ja kehittämistyö. Oulun ammattikorkeakoulu [viitattu 18.7.2019]. Saatavissa:

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/95133/Sumukari_Minna.pdf?sequence=1

Käypä hoito. 2016. Diabeetikon hoidonohjauksen järjestäminen, toteutus ja sisältö.

Hoitosuunnitelma [viitattu:13.5.2019]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=9F651F4BDD4A5D8D31E9FB40067EF2FA?id=nix00796>

Liljamo, C. 2017. Paljon palveluja käyttävä asiakas sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa. Sosiaali- ja terveys- hallintotieteen pro gradu -tutkielma [viitattu 2.7.2019].

Saatavissa:

https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/2721/osuva_7766.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Nuutinen, M. 2000. Hoitoketju. Duodecim [viitattu 13.5.2019]. Saatavissa:

<https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo91721.pdf>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Vaasan yliopiston julkaisuja [viitattu 25.6.2019]. Saatavissa: https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Savilampi, J. & Sumukari, M. 2015. Paljon palveluja käyttävän asiakkaan kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Tutkimus- ja kehittämistyö. Oulun ammattikorkeakoulu [viitattu 13.5.2019]. Saatavissa:

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/95133/Sumukari_Minna.pdf?sequence=1

Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti. 2019. Tietoa julkaisusta [viitattu 31.7.2019].

Saatavissa: <https://journal.fi/sla/about>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019. Terveyskeskukset [viitattu: 6.5.2019]. Saatavissa:

<https://stm.fi/terveyskeskukset>

TAYS. 2019. Hoito- ja palveluketjut [viitattu 25.6.2019]. Saatavissa: <https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoketjut>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2017. Terveyspalvelut. Perusterveydenhuolto [viitattu 13.5.2019]. Saatavissa: [https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-](https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/palvelujarjestelma/terveyspalvelut/perusterveydenhuolto)

[terveyserot/eriarvoisuus/palvelujarjestelma/terveyspalvelut/perusterveydenhuolto](https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/palvelujarjestelma/terveyspalvelut/perusterveydenhuolto)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2019. Laadullinen tutkimus- ja sisällönanalyysi. Tammi, Helsinki [viitattu 23.8.2019]. Saatavissa:

https://reppu.lamk.fi/pluginfile.php/1157429/mod_resource/content/1/Laadullinen%20%2B%20sisanalyysi%20esim..pdf

Valtioneuvoston kanslia. 2004. Väestön ikärakenteen muutos ja siihen varautuminen [viitattu: 7.7.2019]. Saatavissa:

https://vnk.fi/documents/10616/622938/J2904_V%C3%A4est%C3%B6n+ik%C3%A4+rakenteen+muutos+ja+siihen+varautuminen.pdf/b7d570ed-82a4-4dc1-9ce5-d6d1e06238cf/J2904_V%C3%A4est%C3%B6n+ik%C3%A4+rakenteen+muutos+ja+siihen+varautuminen.pdf?version=1.0

Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus. 2017. Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa [viitattu: 7.7.2019]. Saatavissa: <https://www.vtv.fi/app/uploads/2018/05/22105012/paljon-palveluja-tarvitsevat.pdf>

Valvira. 2015. Potilasta palveleva hoitosuunnitelma tehdään yhteistyössä [viitattu 25.6.2019]. Saatavissa: <https://www.valvira.fi/-/potilasta-palveleva-hoitosuunnitelma-tehdaan-yhteistyossa>