



ROVANIEMEN PÄIVYSTYSPROFILOINTI 2016

Paljon tukea tarvitsevat – paljon palveluita käyttävät -hanke (Kaste) 2015–2017



**Paljon tukea tarvitsevat –
Paljon palveluita käyttävät
-kehittämishanke 2015–2017**

30. SYYSKUUTA 2016

POHJOIS-SUOMEN SOSIAALIALAN OSAAMISKESKUS, LAPIN TOIMINTAYKSIKKÖ

Kehittäjäsosiaalityöntekijä, YTM Nina Peronius

SPSS-analyysit: tutkija, YTM, FM Petri Vuorijärvi

Sisällys

Tiivistelmä.....	2
1 Profiloinnin tausta ja päivystystoiminta Lapin sairaanhoitopiirin alueella	3
1.1 Paljon tukea tarvitsevat – paljon palveluita käyttävät -Kastehanke	3
1.2 Päivystysmuotoisen toiminnan asema palvelujärjestelmässä	3
1.3 Päivystysjärjestelyjen muutos Lapin sairaanhoitopiirin alueella.....	6
1.4 Profiloinnin tavoite ja aineisto	6
2 Rovaniemen perusterveydenhuollon päivystyskäytön profilointi 1-6/2015.....	8
2.1 Lähes joka viides asioinneista oli usein asioivan tekemä	8
2.2 Yhteydenotot painottuivat virka-aikaan.....	8
2.3 Rovaniemellä diagnoosi kirjattiin vain noin joka toiseen lääkäriasiointiin.....	9
2.4 Rovaniemen päivystyksessä asioinut oli keskimäärin 46 -vuotias.....	9
2.5 Tavallisimmin päivystysasiointi johtui vammasta tai tapaturmasta	9
2.6 Tarkempaan analyysiin valittiin seitsemän diagnoosiluokkaa.....	10
2.7 Käyntisyitä ikäryhmittäin tarkasteltuna	10
2.8 Odottavan aika on pitkä, mutta usein se oli alle kaksi tuntia.....	11
2.9 Ikäluokkien, käyntimäärien ja diagnoosien välillä löytyi selkeitä yhteyksiä.....	13
3 Ovatko useimmin asioivat myös kalleimpia asiakkaita?.....	15
3.1 Eri puolella Suomea tutkittua tietoa	15
3.2 Länsi-Pohjassa selvitettyä.....	16
4 Päivystystoiminnan tilanne Lapin sairaanhoitopiirissä.....	19

Tiivistelmä

Päivystysprofilointi on tehty osana Paljon tukea tarvitsevat – Paljon palveluita käyttävät -Kastehanketta Lapissa. Päivystysmotoiset palvelut ovat olleet 2000-luvulta alkaen voimakkaan valtiollisen ohjauksen piirissä. Suomeen ollaan tavoittelemassa korkeatasoista, laaja-alaista ja mahdollisimman tasa-arvioista päivystysjärjestelmää, jossa tulevaisuudessa mahdollisesti yhdistyisi sosiaali- ja terveydenhuollon päivystys.

Tämän profilointityön tavoitteena on ollut tarkastella esille noussutta pohdintaa siitä, ketä päivystyksessä kävijät oikeasti ovat, erottuvatko usein asioivat kaikista asioinneista jollakin tavalla ja kuinka moni potilaista ehkä hyötyisi ensisijaisesti muista kuin päivystysmuotoisista palveluista. Profiloinnin ensisijaisen aineiston muodostaa Rovaniemen perusterveydenhuollossa tammi-kesäkuussa 2015 tietojärjestelmään kirjatut asiointit. Aineisto oli puutteellinen ja se rajoitti profiloinnin laajuutta. Lisä- ja vertailuaineistona käytetään Lapin keskussairaalasta saatuja aineistoja sekä aiempia, valtakunnallisia selvityksiä. Tässä raportissa on lisäksi avattu päivystysmuotoisen toiminnan lakiperusteisuutta sekä paljon palveluita käyttävien/kalliiden asiakkaiden analyysejä eri puolella Suomea.

Tämän profiloinnin tuloksena voidaan todeta, että Rovaniemen perusterveydenhuollon päivystyksessä tammi-kesäkuussa 2015 kello 7-22 asioi 10 336 eri potilasta, joista Rovaniemeläisiä oli 89 %. Kaikkiaan 19 005 asiointista noin joka kolmanteen (30,6 %) merkittiin diagnoosi. Aineistosta ei voinut selvittää asiointimuotoa: osa on ollut muuta asiointia, kuin vastaanottokäyntejä (puhelu, konsultaatio, lisäkäynti tms.). 18,7 % asioinneista tapahtui sellaisen potilaan toimesta, joka kuuden kuukauden aikana oli asioinut useammin kuin viisi kertaa. Potilaista yli viisi kertaa asioineita oli 4,8 % (494 potilasta).

44 % kaikista asioinneista kesti alle tunnin. Asioinneista, joista löytyi diagnoosi, lähes kaksi kolmesta (60 %) harvemmin asioineiden käynneistä kesti alle kaksi tuntia kun useammin (5+) asioineilla vain alle puolet (47 %) sai asiansa selvitettyä alle kahdessa tunnissa. Muutoinkin ikäluokkien, käyntimäärien, käynnin keston ja diagnoosien välillä löytyi selkeitä yhteyksiä. Vähiten ja keskimääräistä lyhyempiä käyntejä oli nuorimmilla potilailla, joiden käyntisyöt painoutuivat silmä- ja ihotauteihin, vammoihin, tapaturmiin ja virustartuntoihin. Alle 30-vuotiailla läpimenoajat pitenevät hieman, kun ne liittyivät tuki- ja liikuntaelinten vaivoihin, raskausaikaan, neonatalogiaan tai vammoihin. Kaikkein pisimmät käyntiajat ja asiointimäärät painoutuivat ikääntyneimpiin ryhmiin ja liittyivät useammin kasvaimiin, ravitsemukseen ja metaboliikkaan sekä verenkierron ongelmiin, siis sydän ja verisuonisairauksiin. Suurin osa alle 30-vuotiaista asioi päivystyksessä alle kahdessa tunnissa, kun yli 86-vuotiaiden asiointiaika oli keskimäärin alle kolme tuntia.

Nopeat päivystyspalvelujen muutokset vaativat jatkuvaa ja selkeää tiedotusta eri puolille Lappia sekä palveluyksiköille että kansalaisille käytettävissä olevista palveluista sekä ohjausta siihen, milloin tulee soittaa hätäkeskukseen tai hakeutua päivystykseen eri vuorokaudenaikoina. Sosiaalisektorin osaamista terveydenhuollon päivystyksessä voitaisiin hyödyntää nykyistä paremmin, mutta sosiaalipäivystys ei välttämättä ole tehokkain yhteistyökumppani, vaan yhteyttä virka-aikaisiin sosiaalipalveluihin olisi hyvä edelleen sujuvoittaa.

Päivystysprofiloinnin on tehnyt YTM, kehittäjäsosiaalityöntekijä Nina Peronius ja tilastoaineiston käsittelyn SPSS-ohjelman osalta YTM, FM, tutkija Petri Vuorijärvi Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen Lapin toimintayksiköstä. Tämän profilointikuvauksen lisäksi on laadittu diaesitys, jossa voi tarkastella tuloksia kuvioin ja graafein. (PÄIVYSTYSPROFILOINTIDIAT_9-2016_Poske). Diaesitys täydentää erityisesti luvun 2 lukemista.

1 Profiloinnin tausta ja päivystystoiminta Lapin sairaanhoitopiirin alueella

1.1 Paljon tukea tarvitsevat – paljon palveluita käyttävät -Kastehanke

Paljon tukea tarvitsevat – paljon palveluita käyttävät -hanke on Kolpeneen palvelukeskuksen kuntayhtymän hallinnoima ja Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen Lapin toimintayksikön toteuttama Kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisrahoituksella (Kaste) toteutettava hanke. Toiminta-aika on 1.5.2015—31.10.2017 ja toiminta-alueina ovat Kainuu, Keskipohjanmaa, Länsi-Pohja ja Lappi. Hankkeen eri osioissa luodaan, kehitetään ja käyttöön otetaan asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveyspalveluita, työtapoja ja toimintamalleja paljon tukea tarvitseville ja paljon palveluja käyttäville asiakkaille.

Lapin toiminnallisessa osakokonaisuudessa parannetaan paljon tukea tarvitsevien mahdollisuutta osallisuuteen ja hyvinvointiin, uudistetaan palvelurakennetta ja peruspalveluja nostaen esille erityisesti asiakasosallisuutta tukevat toimintatavat ja menetelmät sekä perustetaan kehittämistyö tiedon tuotantoon.

Rajattu päivystyksen profilointi on asetettu yhdeksi Paljon tukea tarvitsevat – paljon palveluita käyttävät – hankkeen Lapin hankeosion tiedontuotannon osioksi. Paljon päivystystä käyttävien asiakkaiden profiloinnin tuloksena voidaan nostaa esille niitä päivystysasiakkaan päivystyksen käytön erityispiirteitä, joiden perusteella myös päivystystilanteessa voidaan arvioida asiakkaan laajemman tuen tarvetta ja osataan ohjata asiakasta hänen tilanteeseensa parhaiten soveltuvien palvelujen piiriin.

1.2 Päivystysmuotoisen toiminnan asema palvelujärjestelmässä

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusohjelman mukaisesti¹ määrittelee äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen **kiireellisen hoidon** tilanteeksi, joka edellyttää välitöntä arviota ja hoitoa, jonka saamista ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Kiireellinen sairaanhoito sisältää myös suun terveydenhuollon, mielenterveyshoidon, päihdehoidon ja psykososiaalisen tuen. Kiireellinen hoito on annettava potilaalle riippumatta hänen asuinpaikastaan. **Kiireellisen hoidon antamista varten on järjestettävä ympärivuorokautinen päivystys**, jossa on riittävät voimavarat ja osaaminen, jotta hoidon laatu ja potilasturvallisuus toteutuvat. Päivystyspisteiden sijainnista ja työnjaosta sovitaan terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa, jossa huomioitava alueen ensihoitopalvelut, päivystyspisteiden väliset etäisyydet sekä väestön palvelutarve. Tarkemmin kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erityisaloista edellytyksistä on määrätty Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa².

Vuoden 2015 alusta voimaan tullut päivystysasetus ohjasi päivystystoiminnan toteuttamista tarkemmin sairaanhoitopiirien alueilla. Päivystysyksikön kokonaisvastuu on asetuksen mukaan laillistetulla lääkärillä, joka johtaa päivystyspalvelujen toteutumista ja huolehtii moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta sekä vastaa potilasturvallisuuden edellyttämistä hoito- ja toimintaohjeista. Päivystykseltä edellytettiin entistä asiakaslähtöisempiä prosesseja, jotka toimivat yli organisaatio- ja kuntarajojen tarvittaessa hyödyntämällä sähköisiä työkaluja osana asiakkaan palvelupolkuja. Eritystä huomiota tuli kohdistaa iäkkäiden, monisairaiden ja monipalvelunkäyttäjien palvelupolun selkeyttämiseen ja toimintakyvyn tukemiseen, jolloin sosiaalipalvelut tulee integroida palvelukokonaisuuteen. Myös väestötasosta tiedotusta tuli lisätä siitä, kuinka tulee toimia hätätilanteissa tai sairastumistapauksissa sekä kehittää kiireellisen hoidon neuvontaa.

¹ Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusohjelma 30.12.2010/1326

² Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 782/2014 Kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erityisaloista edellytyksistä

Kesän 2016 aikana luonnos terveydenhuoltolain sekä sosiaalihuoltolain muuttamiseksi on ollut lausuntokierroksella kunnissa ja sairaanhoitopiireissä. Lakimuutosluonnokset³ tarkentavat eri päivystyssairaaloiden tehtävänkuvaajaa jakamalla ne laajan päivystysvastuun ja suppeamman päivystysvastuun sairaaloiksi. Samalla esitetään vahvistettavaksi entisestään yhteispäivystysmuotoa ja pyritään edistämään muun päiväaikaisen kiireellisen vastaanottoiminnan muotoja. Asetusluonnoksessa tavoitellaan myös terveydenhuollon päivystystoiminnan ja sosiaalipäivystyksen sekä ensihoidon parempaa integraatiota oikean ja sujuvan palvelun varmistamiseksi kuntalaisille.

Aiemmin kansanterveyslain⁴ mukaan kunnan tuli huolehtia sairaankuljetuksen järjestämisestä alueellaan. Ensihoitopalvelujen järjestäminen siirtyi kuntien vastuulta sairaanhoitopiirin kuntayhtymän vastuulle uuden terveydenhuoltolain⁵ siirtymäajan jälkeen viimeistään 1.1.2013. **Ensihoitopalvelu** sisältää äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen **potilaan kiireellisen hoidon** terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella (pl. meripelastus) ja **potilaan kuljettamisen** tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön, ensihoitovalmiuden ylläpitämisen, potilaan, hänen läheistensä ja muiden osallisten ohjaaminen tarvittaessa psykososiaalisen tuen piiriin, varautuminen erityistilanteisiin sekä virka-avun antaminen. Halutessaan sairaanhoitopiiri voi päättää myös ensivastetoiminnan sisällyttämisestä osaksi ensihoitopalvelua, jolloin voidaan hyödyntää myös muun kuin ambulanssien henkilökunnan ensihoitomahdollisuuksia hoitoviiveen minimoimiseksi.

Vuoden 1983 sosiaalihuoltolakiin tuli 1.3.2006 uutena asiana velvoite arvioida sosiaalihuollon palvelujen tarve viipymättä⁶. Tällöin voimassa ollut lastensuojelulaki täsmensi sosiaalihuoltolain velvoitetta selvittää alle 18-vuotiaan olosuhteet välittömästi, kun tieto lapsen hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavasta uhasta saadaan. Tämän perusteella vuoden 2014 loppuun saakka sosiaalipäivystys painottui ensisijaisesti lastensuojelun sosiaalipäivystykseksi. Vuoden 2015 alusta voimaan tullessa sosiaalihuoltolaissa⁷ velvoitettiin järjestettäväksi **ympäri vuorokautinen sosiaalipäivystys kiireellisen ja välttämättömän avun turvaamiseksi**. Päivystys tulee toteuttaa yhteistyössä terveydenhuollon päivystyksen ja muiden viranomaisten kanssa siten, että **palveluun saa yhteyden ympäri vuorokauden** ja kiireelliset sosiaalipalvelut voidaan toteuttaa lain mukaisesti. Lastensuojelulain mukainen velvoite selvittää lapsen olosuhteet välittömästi on ennallaan, mutta sen rinnalle on nostettu vahvasti myös muut kiireelliset sosiaalipalvelut. **Sosiaalipäivystystehtävissä julkista valtaa vaativia tehtäviä voivat toteuttaa ainoastaan virassa olevat viranhaltijat**, joilla on tehtävään säädetty kelpoisuus. Kiireellisiä sosiaalipalveluja voi toteuttaa myös seudullisina tai alueellisina.

Terveydenhuollon tehtävänä on siis taata ympärivuorokautinen, kiireellinen hoito ympärivuorokautisen päivystyksen muodossa tai potilaan luona ensihoidon toimesta ja sosiaalihuoltolaissa edellytetään ympärivuorokautista yhteyden saamista, jotta kiireelliset sosiaalipalvelut voidaan toteuttaa. Päivystysmuotoista toimintaa edellytetään olevan tarjolla, kun potilaalla on välitöntä arviota tai hoitoa, jonka saamista ei voida siirtää ilman ongelman vaikeutumista. Ensihoidon osalta todetaan, että ensihoito vastaa äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen hoidosta ja kuljetuksesta. Sosiaalihuollon osalta todetaan, että sen kautta tulee taata kiireellinen ja välttämätön apu.

Päivystysmuotoisen avun lisäksi valtiolta edellyttää myös muutoin palvelujen saatavuutta sekä yhteistyötä eri palvelusektorien välillä. Terveydenhuoltolaki edellyttää, että terveydenhuoltopalvelut järjestetään alueelle (lääke- ja terveystieteellisesti) perustellun tarpeen mukaisesti, yhdenvertaisesti sekä lähellä asukasta, paitsi jos keskittäminen on perusteltua palvelujen laadun turvaamiseksi. Sairaanhoitopalvelut tulee

³ Luonnos 19.5.2016: Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta

⁴ Kansanterveyslaki 66/1972, § 14

⁵ Terveydenhuoltolaki 1326/2010, § 39, 1.mom.

⁶ Sosiaalihuoltolaki 19.9.1982/710; muutos 17.2.2006/325, § 40 a.

⁷ Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301, § 29

järjestää todetun tarpeen ja käytettävissä olevien yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti, tarkoituksenmukaisella tavalla ja yhteistyöllä sekä avohoidossa silloin, kun se on potilasturvallisuus huomioon ottaen mahdollista. Perusterveydenhuolto on järjestettävä siten, että potilas voi saada **arkipäivisin virka-aikana välittömästi** yhteyden terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön. Yhteydenottomahdollisuus koskee samalla tavalla myös mielenterveys- ja päihdepalveluja, joiden osalta korostetaan avopalvelujen ensisijaisuutta ja sitä, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä selviytymistä tulee tukea⁸ (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, § 4 ja Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41, § 8).

Sosiaalihuoltolaissa todetaan, että jokaisella kunnassa oleskelevalla henkilöllä on oikeus saada **kiireellisessä tapauksessa yksilölliseen tarpeeseensa perustuvat sosiaalipalvelut siten, ettei hänen oikeutensa välttämättömään huolenpitoon ja toimeentuloon vaarannu**. Jos tilanne ei ole kiireellinen, tulee palvelut saada omalta kotikunnalta. (§ 12.) Sosiaalipalvelut tulee järjestää siten, että ne soveltuvat kaikille asiakkaille ja niihin on mahdollista hakeutua oma-aloitteisesti riittävän aikaisessa vaiheessa ja eri hallinnonalojen peruspalvelujen yhteydessä (jos järjestely edistää palvelujen yhteensovittamista) ja tietoa palveluista ja niihin hakeutumisesta on oltava helposti tarjolla saavutettavalla ja ymmärrettävällä tavalla. (§ 33.)

Eri laeissa nostetaan esille myös **sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön velvoitteet**. Sosiaalihuoltolakia muutettiin vuoden 2015 alusta ja siinä selkeytettiin sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluja tarvitsevan asiakkaan asemaa siten, että palveluita toteutettaessa on sovellettava niitä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon säännöksiä, jotka parhaiten potilaan edun mukaisesti turvaavat tuen tarpeita vastaavat palvelut ja lääketieteellisen tarpeen mukaisen hoidon (30.12.2014/1303, § 8 a). **Sosiaalihuoltolaissa vahvistettiin myös muiden viranomaisten velvollisuutta (ml. terveydenhuolto) ohjata selkeästi sosiaalihuollon palveluja tarvitseva henkilö hakemaan niitä tai henkilön antaessa suostumuksensa otettava itse yhteyttä sosiaaliviranomaiseen, jotta tuen tarve arvioitaisiin** (§ 35). Samoin sosiaalihuollon asiakkaan palveluista vastaavalla viranomaisella on velvoite ottaa asiakkaan suostumuksella yhteyttä sellaiseen viranomaistahoon, joka voi tarjota asiakkaan kaipaamat palvelut, mikäli niitä ei sosiaalihuollon kautta voi järjestää (§ 40). Lisäksi sosiaalihuoltolaki edellyttää sitä, että asiakkaan palvelujen turvaamiseksi on käytettävissä riittävästi asiantuntemusta ja osaamista myös muiden viranomaisten taholta ja näiden on osallistuttava palvelutarpeen arvioinnin tekemiseen, asiakassuunnitelman laatimiseen sekä palvelujen toteuttamiseen (§ 41). Myös päihde- ja mielenterveyslaeissa edellytetään yhteistyötä sekä suunnitelman että palvelujen järjestämiseksi

Päivystysmuotoista palvelua tulee siis olla tarjolla vuorokauden ympäri, kaikkina viikonpäivinä, mutta sen lisäksi potilaan tai asiakkaan tulee saada välittömästi virka-aikana yhteys terveyskeskukseen ja yhteydenoton pohjalta hoidon tarpeen arviointi kolmessa vuorokaudessa. Sosiaalitoimesta tulee saada kiireellisessä tapauksessa välittömät palvelut siten, ettei oikeus välttämättömään huolenpitoon ja toimeentuloon vaarannu. Mielenterveys- ja päihdepalvelulaeissa korostuu oma-aloitteisen hoitoon hakeutumisen helppous. Virka- ja päiväaikainen palvelu nousee ensisijaiseksi ja oikein suunnatun palvelun sekä riittävän ohjauksen, neuvonnan ja tiedotuksen kautta kuntalaiset saivat palvelut oikea-aikaisesti ja oikeasta paikasta. Päivystysmuotoisen toiminnan tarkoituksena on vastata sen jälkeen kaikkein kiireellisimpään avun tarpeeseen. **Mikäli päiväaikainen palvelua ei tavoiteta, se ei kohdistu oikein tai on muutoin riittämätöntä, valuu päivystyksiin asiakkaita, joiden tilanne ei edellytä päivystystyötä.**

⁸ Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, § 5 ja Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41, § 9.

1.3 Päivystysjärjestelyjen muutos Lapin sairaanhoitopiirin alueella

Lapin alueella päivystysmuotoinen palvelu on ollut nopeassa muutoksessa 2000-luvun aikana. Pienten kuntien ympärivuorokautisesta terveydenhuollon päivystyksestä on luovuttu vähitellen siten, että Rovaniemen kaupungin yleislääkäripäivystys yhdistyi sairaanhoitopiirin erikoissairaahoidon päivystykseen muodostaen yhteispäivystyksen 1.9.2015 ja vuoden 2016 alusta Lapissa on toiminut vain kaksi ympärivuorokautista päivystyspistettä: Rovaniemellä Lapin keskussairaalan yhteispäivystys ja Inarin perusterveydenhuollon päivystys. Muissa terveyskeskuksissa päivystysaikaa on rajoitettu siten, että vähintään yöaikaisesta päivystyksestä on luovuttu. Kiireellistä hoitoa on samaan aikaan kehitetty ensihoitopalveluja tehostamalla, kun aiemmin kuntien vastuulla ollut sairaankuljetus siirtyi sairaanhoitopiirin tehtäväksi.

Samaan aikaan myös sosiaalipäivystystä on kehitetty ja sen toimintamuodot ovat yhtenäistyneet siten, että vuoden 2016 alusta Itä-Lappi (Kemijärvi, Salla, Savukoski ja Pelkosenniemi) järjestävät virka-ajan ulkopuolisen viranomaistasoisen päivystyksen edelleen keskinäisellä sopimuksella, Posio yhdessä Taivalkosken ja Kuusamon kanssa ja muut Lapin sairaanhoitopiirin kunnat siten, että etupäivystyksestä vastaa Lapin Ensi- ja turvakoti ja viranomaisvastuisesta takapäivystyksestä kunnan omat työntekijät hieman erilaisin yhteistyöjärjestelyin.

Päivystyksen osalta on kiinnitettävä huomiota sanastoon. Päivystys-sanaa käytetään esimerkiksi silloin, kun on hengenvaarallisen tilan aiheuttama välitön hoidon tarve, jota tulee tarjota välittömästi tai saman vuorokauden/viikonlopun aikana. Samoin 1-3 vuorokauden sisällä tarvittavan avun tarve (subakuutti), jota voi olla esimerkiksi antibioottihoitoa tarvitseva hengitystietulehdus muutoin terveellä aikuisella ilman hengitysongelmia on päivystyksellinen, mutta tällöin ei välttämättä tarvitse hakeutua päivystykseen yöaikaan.

Nykyisin yleistyvä palvelulupaus ”matala kynnyks” saattaa antaa kuvan päivystyksellisestä toiminnasta, vaikka sen kautta apua voi hakea henkilö, jonka terveydentila tai elämäntilanne tarvitsee tukea, mutta jonka tuen tarve ei edellytä päivystyksellistä toimintaa. Suomesta puuttuu englannin kielessä käytettävä Emergency-sana, joka kuvaa äkillistä, kiireellistä hoidon tarvetta. Näin myös asukkaat saattavat mieltää päivystyksen eri tavoilla ja hakeutua päivystykseen enemmän oman hätäännyksensä mukaisissa tilanteissa, kuin todellisessa, äkillisessä avun tarpeessa. Useissa Lapin terveyskeskuksissa on myös yleisesti käytetty lääkärin ilta-aikaista (päivystys)resurssia purkamaan päiväaikaisen vastaanotto toiminnan resurssien vajeita. Näin joissakin paikoissa on voinut ilta-aikaan päästä vastaanotolle, vaikka vaiva ei ole ollut varsinaisesti päivystyksellinen, mutta potilas on kuitenkin tarvinnut lääkärin arvion ja hoidon nopeammin, kuin terveyskeskuksessa on kyetty antamaan päiväaikaisia lääkärin vastaanottoaikoja. Myös se, mitä lähempänä päivystyspiste on, näyttää vaikuttavan sinne hakeutumisen useuteen⁹.

1.4 Profiloinnin tavoite ja aineisto

Tämän päivystysprofiloinnin tavoitteeksi rajautui sen tarkastelu, minkälainen oli Rovaniemen kaupungin perusterveydenhuollon päivystyksen asiointiprofiili keväällä 2015. Mistä, minkä ikäisiä ja millaisista syistä päivystyksessä asiointi ja kuinka kauan asiointi on kestänyt tammi-kesäkuussa 2015. Erityistä huomiota

⁹ Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueella syksyllä 2015 tehdyssä Paljon palveluita käyttävien palvelunkäyttö -profiloinnissa ilmeni, että esimerkiksi vanhusväestön (yli 75-vuotiaat) osalta päivystyksen käyttöä oli keskimäärin 2,3 käyntiä/asiakas ja päivystyksen käyttö painottui sen mukaan, kuinka lähellä päivystyspistettä ao. kunta sijaitsee. Nordic Healthcare Group 28.10.2015. Loppuraporttidiat. Länsi-Pohja, Paljon palveluita käyttävien palvelunkäyttö.

kiinnitetään niihin henkilöihin, jotka ovat asioineet päivystyksessä usein.¹⁰ Rovaniemen päivystysasioinnin aineiston muodostaa 19 147 kryptattua¹¹ tapausriiviä, joista varsinaiseen aineistoon otettiin 19 005 asiointia. Aineisto oli alun perin muodostettu NHG:n valtakunnallista päivystyksen käyttöä Suomessa vertaileeseen konsulttityöhön, jonka tuloksia hyödynnetään vertailuaineistona profiloinnissa. Aineiston käyttöön on saatu lupa Rovaniemen kaupungilta.

Rovaniemen perusterveydenhuollon päivystysaineistoa täydentää kaksi Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymän aineistoa, joista 10+ aineisto (10+ LKS 2014¹²) kuvaa tarkemmin niitä 26 potilasta, jotka asioivat erikoissairaanhoidon päivystyksessä päiväaikaan ja yhteispäivystyksessä yöaikaan kymmenen kertaa tai useammin vuonna 2014. Aineisto on saatu tunnistamattomaksi tehtyinä, teemoittaisina tuloksina LKS:n tietohallinnosta¹³. Toinen Lapin keskussairaalan päivystysaineisto (LKS 2012-2016) koostuu päivystyksen asiointimuotojen tilastosta vuosilta 2012-2015 sekä 1-6/2016. Jälkimmäisen lähes 100 000 rivin käyntitaulukosta voidaan nostaa esille Lapin keskussairaalan päivystysasioinnin muutosta tilanteessa, jossa Rovaniemen perusterveydenhuollon ja Lapin keskussairaalan erikoissairaanhoidon päivystyksen yhdistyivät yhteispäivystykseksi syyskuun 2015 alusta¹⁴.

Aineistojen valintaan vaikutti se, että 1-6/2015 aineisto oli viimeinen, josta saatiin puolen vuoden otanta tilanteessa, jossa Rovaniemen kaupunki hallinnoi omaa perusterveydenhuollon päivä- ja iltapäiväistä päivystystä. Samoin vuoden 2014 aineisto oli viimeinen Lapin keskussairaalan erikoissairaanhoidon koko vuoden päivystysaineisto. Aineistoista saatuja johtopäätöksiä verrataan käyttöön saatuihin päivystys- ja paljon palveluita käyttävistä tehtyihin analyyseihin.

¹⁰ Usein asioivien rajaksi on useissa selvityksissä (mm. NHG vertailutilastot) määritelty ne potilaat, jotka käyvät vuodessa enemmän kuin kymmenen kertaa (10+ potilaat). Rovaniemen päivystysaineisto on ajalta 1-6/2015, joten usein asioiviksi on määritelty henkilöt, jotka ovat asioineet viisi kertaa tai useammin (5+). 12 kk vertailuaineistossa (LKS) usein asioinnin rajaksi on määritelty 10+. Huomioitavaa on etteivät aineistot ole suoraan vertailukelpoisia, koska päivystyksen käyttö on suurimmalla osalla potilaista jaksottaista. Effica-järjestelmän tietojen perusteella vuoden aikana (1.9.2014 – 31.8.2015) Rovaniemen yhteispäivystyksessä on käynyt 1-2 kertaa 13 508 asiakasta, 3-6 kertaa käyneitä on ollut 3 016 asiakasta ja yli 7 kertaa vuoden aikana päivystyksessä käyneitä on ollut 472 eri henkilöä.¹⁰

¹¹ Henkilötunniste koodattu tunnistamattomaksi, mutta siten, että saman asiakkaan asioinnit voidaan yhdistellä.

¹² LKS= Lapin keskussairaala

¹³ Projektipäällikkö Janne Okkonen, Tietojärjestelmähankkeet - Tietojohdaminen ja tiedolla johtaminen - ERVA-kehityshankkeet. Keskushallinto, Kehittäminen. Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Sähköpostiviestintä 5-8/2016

¹⁴ Lapin sairaanhoitopiirin terveyskeskusten yöpäivystykset ovat siirtyneet LKS:n yhteispäivystykseen lukuunottamatta Inarin terveyskeskuspäivystystä, joka vastaa oman alueensa päivystyksen lisäksi yöaikaisesta terveyskeskuskonsultaatioista koko alueella.

2 Rovaniemen perusterveydenhuollon päivystyskäytön profilointi 1-6/2015

2.1 Lähes joka viides asioinneista oli usein asioivan tekemä

Rovaniemen perusterveydenhuollon päivystyksessä toteutui vuoden 2015 kuuden ensimmäisen kuukauden aikana yhteensä 19 005 asiointia. Tänä aikana päivystyksessä asioi 10 336 eri potilasta kukin keskimäärin 1,8 kertaa. Kerta-asiointeja oli kaikista asioinneista 31,6 % ja 1-4 kertaa asiointeja oli 81,3 %. Asioinneista 56,2 % teki nainen ja 43,8 % mies. (Dia 8.)

Viisi kertaa tai useammin saman henkilön tekemiä asiointeja oli Rovaniemen päivystyksessä 18,7 % asioinneista, joista ulkopaikkakuntalaisten tekemiä oli ainoastaan 3,5 % (127 kappaletta). Potilaista viisi kertaa tai useammin asioivia oli 4,8 % (494 henkilöä). Keskimäärin usein asioiva potilas asioi päivystyksessä puolessa vuodessa 7,2 kertaa. Viisi kertaa tai useammin asioinneista oli naisten tekemiä 57,8 % ja miesten tekemiä 42,2 %. Kaikkiaan asiointeja kertyi potilailla 1-32 vuoden 2015 kuuden ensimmäisen kuukauden aikana. (Dia 9.)

Rovaniemeläisten tekemiä asioinneista oli 88,6 % eli noin joka kymmenennen asioinnin Rovaniemen perusterveydenhuollon päivystykseen teki keväällä 2015 joku muu kuin Rovaniemen kaupungin asukas. Yli puolet näistä 2165 potilaasta tuli muualta kuin Lapista, reilut 34 % Lapin sairaanhoitopiirin kunnista ja 7,5 % Meri-Lapista. Muualta tulevat potilaat ovat todennäköisimmin turisteja tai opiskelijoita. (Diat 10-11.)

Edellisenä vuotena 2014 Lapin keskussairaalan päivystyksessä asioitiin kaikkiaan 17 250 kertaa ja eri potilaita oli 12 286. Keskimäärin LKS päivystyksessä yksi potilas asioi 1,4 kertaa. Kymmenen kertaa tai useammin LKS päivystyksessä asioi 0,2 % potilaista (26 henkilöä) ja heille kertyi kaikkiaan 338 asiointia. 10 + asioinut potilas kävi tai soitti LKS:n päivystykseen siis keskimäärin 12,8 kertaa vuoden aikana. Lapin keskussairaalan päivystyksessä 2014 Rovaniemeläiset tekivät 10 + asioinneista 77 % ja 26 potilaasta kolme neljästä oli Rovaniemeltä. Keskimäärin Rovaniemeläinen 10+ potilas asioi LKS päivystyksessä 13,7 kertaa vuoden 2014 aikana. Muista Lapin kunnista 10+ potilas asioi LKS:n päivystyksessä keskimäärin 11,1 kertaa vuoden aikana ja 70 % muiden kuntien 10+ asioinneista tehtiin läheteellä, kun taas Rovaniemeläisten 10+ asioinneista vain 27 % oli läheteasiointeja. Tulos vastasi NHG:n valtakunnallista vertailua: kaikissa sairaanhoitopiireissä keskuskaupungin asukkaat asioivat päivystyksessä useammin kuin keskimäärin asioidaan.

NHG:n tekemässä valtakunnallisessa 10+ potilaiden vertailussa¹⁵ sairaanhoitopiirien välillä vuodelta 2014 Lapin 10+ potilaiden määrä oli 0,2 % potilaista ja käyntien määrä 2,3 %. Molemmat vertailuluvut ovat lähellä LKS:n päivystystietoja, vaikkakin voi olettaa, että perusterveydenhuollon päivystyksessä asioidaan useammin kuin erikoissairaanhoidon päivystyksessä, joka selittää 0,3 % asiointimääräeroavuuden. Suomessa 10+ asioivia on keskimäärin 0,35 % päivystysten potilaista ja 2,5 % käynneistä, eli Lapin sairaanhoitopiirin tilanne on tässä suhteessa hyvä.

2.2 Yhteydenotot painottuivat virka-aikaan

Lapin keskussairaalassa 2014 päivystysten asiointit jakautuivat päivä- ja ilta-ajan suhteen suhteellisen tasaisesti ja yöaikaan (00-07) asiointeja oli noin puolet päiväajan (8-15) asioinneista. Rovaniemen päivystyksessä 62 % asioinneista alkoi 8.00 - 15.59 välillä ja 36,5 % ajoittui ilta-ajalle. Osan määrällisestä

¹⁵ NHG:n 10+ vuosikäyntien diasarja on luottamuksellinen ja tarkoitettu tilaajien käyttöön. Tilaajina ovat toimineet sairaanhoitopiirit. Diasarjassa käytetään käsitettä käynti, mutta missään ei avata, sisältääkö se myös muut asiointit puhelut, konsultaatiot ym.) vai pelkästään konkreetit potilaskäynnit. Tietoa ei ole myöskään siitä, mistä kunnista päivystysaineistoa konsulttityöhön on kerätty. Koska Rovaniemen 1-6/2015 aineisto on aiemmin toimitettu NHG:lle, niin oletus on, että myös vuoden 2014 koonti sisältää vähintään Rovaniemen ja Lapin keskussairaalan päivystystilastot.

erosta selittää se, että Rovaniemen perusterveydenhuollon päivystys päättyi iltaisin kello 22 ja avautui uudelleen arki-aamuisin kello 8.00. (Dia 12.) 5+ asioijat ottivat yhteyttä Rovaniemen päivystykseen hieman varhaisempaan kellonaikaan kuin alle viisi kertaa asioivat.

2.3 Rovaniemellä diagnoosi kirjattiin vain noin joka toiseen lääkäriasiointiin

Rovaniemen päivystysaineistossa ei ollut saatavilla käyntityyppiäottelua, mutta aineistosta oli mahdollista erottaa se, onko kirjaamisen tehnyt lääkäri vai joku muu (hoitaja/lääkintävahtimestari). Noin puolessa lääkäriasiointeja (mutta vain neljässä hoitaja-asioinnissa) oli potilaalle merkitty diagnoosi. Analysoinnissa lähdettiin siitä oletuksesta, että diagnoosin sisältävät asioinnit ovat varsinaisia päivystyskäyntejä ja muut esimerkiksi hoitajan ohjausta, hoitajan ja lääkärin puheluita tai konsultaatioita sekä mahdollisesti lisäkäyntejä/sarjahoitokäyntejä. Rovaniemen päivystyksen kaikista noin 19 005 asioinnista 30 %:ssa löytyi diagnoosi (n=5837) ja kaikista lääkäriasioinneista (n=12 232) diagnoosi löytyi 47,6 %:ssa.

Vertailussa vuoden 2014 LKS päivystysaineistoon voidaan todeta, että 92,3 % asioinneista oli käyntejä¹⁶. Vain 7,7 % asioinneista oli puheluita. Käynneistä päivystyskäyntejä oli 88 % ja loput olivat uusinta- tai sarjakäyntejä. Lapin keskussairaalan päivystyksen vuoden 2014 10+ potilailla asioinneista puheluita oli 11 % ja käyntejä oli 89 %, vaikkakin näistä käynneistä joka neljäs oli lisäkäynti tai sarjahoitokäynti. (Dia 13.)

2.4 Rovaniemen päivystyksessä asioinut oli keskimäärin 46 -vuotias

Kaikkein nuorimpien ikäluokkien sekä 90-luvulla syntyneiden suuret määrät nostavat Rovaniemen päivystyksessä asioineiden keski-ikä 46 vuoteen. Väkimäärään suhteutettuna 30-65 vuotiaat ovat kuitenkin noin 10 % aliedustettuna ja yli 66-vuotiaat noin 10 % yliedustettuna. Kun asiointien määriä ja syntymävuotta vertaamalla keskenään, asioijan keskimääräinen ikä nousee seitsemään asiointikertaan saakka, jona jälkeen usein asioivien keski-ikä laskee, mutta samalla myös kaikkein ikääntyneimmät loppuvat asioinneista. 12 kertaa tai useammin kävijöissä on vain yksittäisiä 1990-luvulla tai myöhemmin syntyneitä. (Dia 14.)

Kun asiointimääriä tarkastellaan ikäryhmittäin on suuntaus kuitenkin selvä: mitä enemmän ikää potilaalla on, sitä useammin hän asoi Rovaniemen päivystyksessä. Alle 15 -vuotiaista vain reilu 10 % asoi usein (5+ kertaa), kun 86-vuotta täyttäneistä usein asoi lähes joka kolmas. Määrällisesti nämä ryhmät olivat kuitenkin lähes samankokoiset (355 ja 387 asiointia). (Diat 15-16.)

Ikälukkien perusteella tarkasteltiin vielä ilmoittautumisaikoja Rovaniemen päivystykseen. Lähes puolet alle 15-vuotiaiden ilmoittautumisajoista tapahtui ilta-aikaan. Eläkeikäisillä ilta-aikaan tapahtui vain noin joka kolmas ilmoittautuminen. (Dia 17.)

NHG:n Suomen sairaanhoitopiirien 10+ päivystysten vuosiasiointimäärien vertailussa Lapin sairaanhoitopiirin alueella toteutunut päivystyspotilaiden ikäjakauma on melko tasainen, mikään ikäryhmä ei noussut piikkiä esille päivystysasioinneissa.

2.5 Tavallisimmin päivystysasiointi johtui vammasta tai tapaturmasta

Rovaniemien päivystyksessä diagnoosin saaneista 5833 lääkäriasioinnista 1 300 asoi vamman tai tapaturman vuoksi (S)¹⁷. Seuraavaksi yleisin diagnoosi koski jotakin oiretta tai haittaa (R), jolle ei löytynyt selkeää lääketieteellistä syytä tai diagnoosin määrittäminen tarvitsi lisätutkimuksia ja kolmanneksi tavallisin oli hengityselinten sairauksiin liittyvä diagnoosi (J). Jos tarkastellaan 5 + asiointien määrää suhteessa kuhunkin diagnoosiluokkaan, niin useimmin joutuivat päivystyksessä asioimaan ne potilaat, jotka kärsivät

¹⁶ käynti= erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon päivystyskäyntejä, lisäkäyntejä ja sarjahoitokäyntejä

¹⁷ Diagnoosinumerointi perustuu kansainväliseen ICD-luokitukseen.

endokrinologisista ongelmista tai pahanlaatuisista kasvaimista sekä tartuntataudeista, vaikka näissä kokonaisasioijien määrä oli erittäin alhainen. Määrällisesti suurin osa 5+ asioinneista (207) kohdistui kuitenkin oireasiointeihin sekä hengityselinten sairauksiin (176). (Diat 18-19.)

Mielenterveys- ja päihdediagnoosien määrä oli yllättävän alhainen (3,5 % diagnooseista). Profiloinnissa oli käytössä aineisto, jossa oli merkittynä vain yksi diagnoosi. Esimerkiksi päihtyneenä itsensä loukannut saa tällöin ensijaiseksi merkinnäksi vammadiagnoosin.

Lapin keskussairaalan vuoden 2014 usein asioivien osalta oli käytössä päädiagnoosin lisäksi jopa 5 lisädiagnoosia. Kaikkien näiden diagnoosien osalta tehdyssä analyysissä nousi myös esille oire(R) – diagnoosien merkitys päivystystyössä¹⁸. Kahdeksallatoista kaikista 26:ta 10+ asioijasta oli yhtenä diagnoosina oirediagnoosi. Suuri diagnoosien määrä kuvasi hyvin erikoissairaanhoidon päivystysasiakkaiden monisairautta.

2.6 Tarkempaan analyysiin valittiin seitsemän diagnoosiluokkaa

Tarkempiin analyysiin poimittiin seitsemän diagnoosiluokkaa. Diagnoosiluokat valittiin siten, että niitä esiintyi suhteellisen paljon sekä Rovaniemen päivystysaineistossa, että LKS:n 10+ asioinneista. Mukaan valittiin myös mielenterveys/psykiatria -diagnoosiluokka (F), vaikkei se Rovaniemen aineistossa määrällisesti kovin merkittäväksi noussutkaan. Rovaniemen aineistosta olisi voinut nostaa vertailuun myös silmätaudit (H) ja virtsa- ja sukupuolielinten sairaudet (N), mutta niitä ei ollut ollenkaan LKS:n 10+aineistossa, joten ne jätettiin tarkemman analyysin ulkopuolelle.

Nämä valitut diagnoosiluokat olivat seuraavat:

A = tartunta- ja loistaudit

F = mielenterveysongelmat ja psykiatriset sairaudet (F10 alkoholin aiheuttamat)

I = verenkiertoelinten sairaudet (I48 eteisvärinä)

J = hengityselinten sairaudet (J18 keuhkokuume)

M = tuki & liikuntaelinten sairaudet (M79 muut pehmytkudossairaudet, M54 selkäsärky)

R = oireet, sairauden merkit ja löydökset (R06 hengityksen poikkeavuudet, R53 huonovointisuus ja väsymys, R07 kurkkukipu ja rintakipu ja R10 vatsa- ja lantiokipu)

S = vammat

NHG:n valtakunnallisessa sairaanhoitopiirien välisessä vertailussa todettiin, että 10 yleisintä diagnoosiluokkaa kattaa reilun viidenneksen päivystyskäynneistä, Lapin sairaanhoitopiirin alueella kuitenkin ainoastaan reilut 10 %. Luokkia ei voi verrata suoraan, koska NHG:n vertailu on luokkien välillä tarkempaa kuin tässä Rovaniemen profiloinnissa. Ylläolevaan listaan on kuitenkin lisätty NHG:n kymmenen yleisintä diagnoosiluokkaa ja näin voidaan todentaa, että niin Lapissa kuin valtakunnallisesti kohdataan päivystyksissä samankaltaisia vaivoja.

2.7 Käyntisyitä ikäryhmittäin tarkasteltuna

Kuten edellä tuli jo esille, eniten käyntejä eli tehtiin Rovaniemen päivystykseen erilaisten vammojen ja tapaturmien takia (1 313 käyntiä). Niistä suurimman osan (57 %) tekevät 16-65 -vuotiaat. Hengityselinsairauksien takia päivystyskäyntejä oli 12,3 % diagnosoiduista käynneistä (717). Ne jakautuivat melko tasaisesti eri ikäryhmiin, vaikkakin kaikkein ikääntyneimmillä oli niitä hieman harvemmin. 5+ käynnit

¹⁸ R-alkuinen diagnoosi saadaan tilanteessa, jossa potilaan oireelle ei ole (vielä) löydetty selkeää lääketieteellistä syytä. Osalle selkeä syy jää kokonaan löytymättä. Osa R-diagnooseista muuttuu selkeämmiksi tautidiagnooseiksi erilaisten lisätutkimusten tulosten valmistuttua.

jakautuivat myös melko tasaisesti kaikkiin ikäryhmiin. Suhteellisesti eniten, eli lähes puolet usein asioivista olivat 66-85-vuotiaita. Tuki- ja liikuntadiagnooseja tehtiin Rovaniemellä keväällä 2015 kaikkiaan 9,2 % (538). Ne painottuivat selkeästi 31-65 -vuotiaisiin. Verenkiertoon liittyvät diagnoosit painottuivat selkeästi 31-65 sekä erityisesti 66-85 -vuotiaiden ikäryhmiin, joista jälkimmäisessä ikäryhmässä oli myös paljon 5+ käyntejä. Erilaisten tartuntojen vuoksi päivystysasiointeja oli 3,2 % käynneistä (187) ja vaikka asiointimäärät olivat pienet, oli erityisesti 31-65 -ikäryhmässä enemmän 5+ asiointeja kuin alle viiden asiointeja. (Diat 20-28.)

Hieman tarkemmin tutustutaan oire- ja mielenterveysdiagnoosien tilanteeseen Rovaniemen päivystyksessä kuuden ensimmäisen kuukauden aikana 2015. Oirediagnoosin, sairauden merkin tai löydöksen (R) sai 18 % päivystyksessä kävijöistä, eli lähes joka viides (1046). Heistä suurin osa oli 31-65 -vuotiaita, mutta sangen moni edelleen 66-85 -vuotiasta, joiden joukosta löytyi myös eniten 5+ asioijaa. Kun oirediagnooseja analysoi tarkemmin, liittyy niistä 35% (365) verenkiertoon tai hengitysteihin, 28 % (288) erilaisiin ruuansulatus- ja vatsavaivoihin ja joka viides (208) oirediagnoosi on määritelmällä ”yleinen oire”. 122 oirediagnoosia (12 %) liittyi psyykkiseen terveyteen. (Diat 28-31.)

Mielenterveys (F)-diagnoosi saatiin 3,4 % Rovaniemen perusterveydenhuollon kello 8-22 päivystysasioinneista (201). Asioijista yli puolet (117) edusti työikäisten joukkoa (31-65 -vuotiaita) ja 5+ asioijia oli kävijöistä joka viides (22,4 %). Kun tarkemmin avaa F-diagnoosin saaneiden luokitusta huomaa, että pääosa, 37 %, liittyy lääkkeiden ja päihteiden väärinkäyttöön (74 kpl) 22 % neurooseihin/psykosomaattisiin häiriöihin (45), 15 % mielialahäiriöihin (30) ja joka kymmenes skitsofreniaan (20). Lisäksi diagnoosit liittyivät somaattisiin sairauksiin (14), elimellisiin aivosairauksiin (11) ja dementiaan (5). (Diat 32-33.). Huomioitavaa edelleen on, että päihtyneenä asioivia on ollut puolen vuoden aikana enemmän, kuin tässä näkyvät 74 asiointia. Päädiagnoosiksi ei vain ole kirjattu lääkkeiden tai päihteiden väärinkäyttöä.

2.8 Odottavan aika on pitkä, mutta usein se oli alle kaksi tuntia

Rovaniemen 1-6/2015 päivystysaineisto antoi mahdollisuuden arvioida myös käyntiaikojen kestoa, sillä ilmoittautumisajan lisäksi merkittävässä osassa aineistoa oli myös lääkärin vastaanotolle pääsyaika ja vastaanoton päättymisaika¹⁹. **Läpimenoaika** kuvaa sitä aikaa, joka kuluu ilmoittautumisesta siihen, että vastaanotto merkitään päättyneeksi. **Vastaanottoaika** tarkoittaa sitä aikaa, joka alkaa, kun lääkäri tai hoitaja avaa potilaan asiakirjan ja päättyy siihen, kun vastaanotto merkitään päättyneeksi. Erikseen tarkasteltiin vielä diagnoosin saaneiden asiakkaiden läpimenoaikaa ja vastaanoton kestoa, koska nämä potilaat todennäköisemmin todellisuudessa olivat päivystyksessä paikalla.

Lähes joka toisen asiakkaan läpimenoaika on kestänyt alle tunnin. Tähän sisältyvät²⁰ myös todennäköiset puhelut ja lääkärin konsultaatiot. Kolme neljästä potilaasta asioi alle kahdessa tunnissa, 16 % kolmessa tunnissa ja vain 7 % viettää päivystyksessä aikaa yli neljä tuntia. 5+ asioijilla ei asiointin kesto eroa merkittävästi harvemmin päivystyksessä asioivista. (Dia 32.)

Diagnoosin saaneiden potilaiden läpimenoaikaa tarkasteltaessa muuttuu tilanne mielenkiintoisemmaksi. 5+ kävijöistä 17 % pääsee pois alle tunnissa, kun harvemmin asioivien käynneistä 28 % hoituu alle tunnissa. Koska tämä asiointiaikaluuokka sisältää myös ns. nolla-asiointit²¹, niin voi olettaa, että puhelimitse tms.

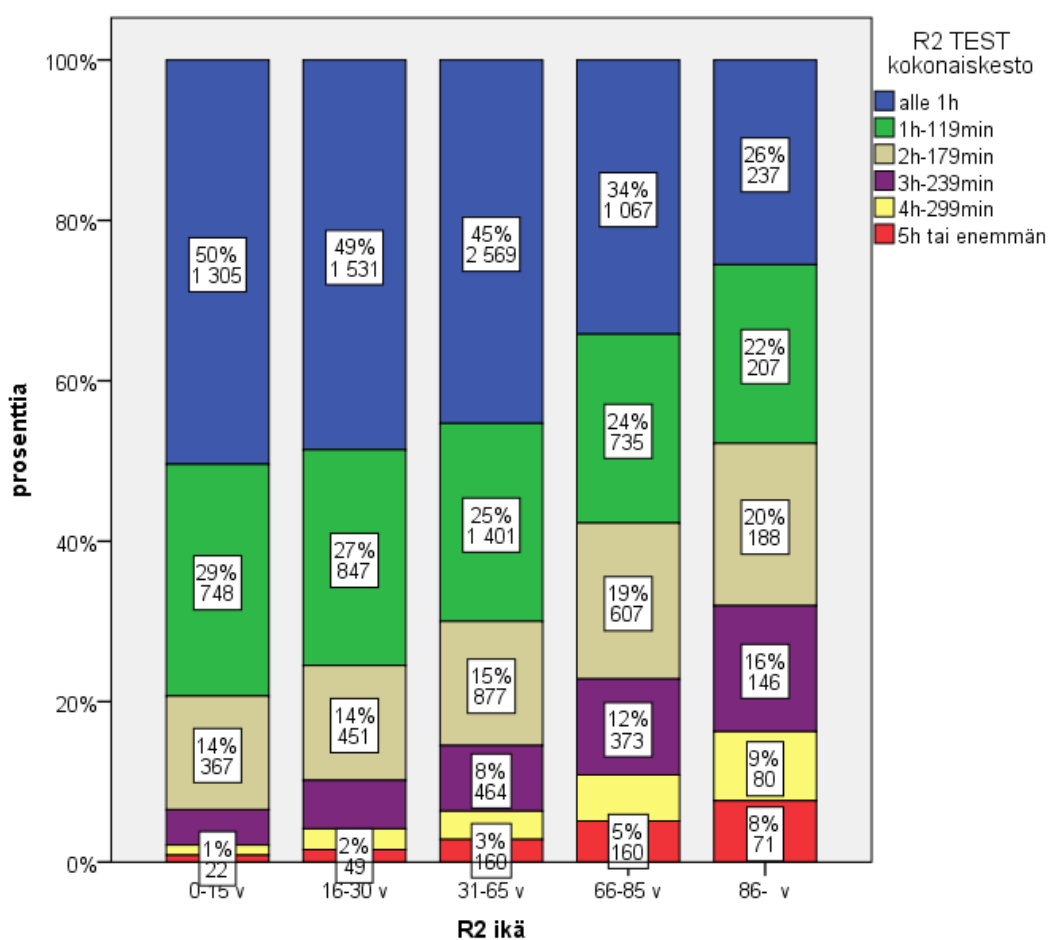
¹⁹ Päättymisaikoja arvioitaessa on huomattava, että ne liittyvät siihen tilanteeseen, jossa lääkäri on saanut käsiinsä tilanteessa tutkimusvastaukset ja kykenee tapaamaan potilaan uudelleen, sopimaan hoidosta ym. sekä kirjaamaan asian päättyneeksi. Joissakin tapauksissa potilas on jo ehkä tässä vaiheessa poistunut tai sitten pääsee konkreettisesti lähtemään päivystyksestä vasta paljon myöhemmin esim. jatkohoitoon.

²⁰ Ilmoittautumisajaksi ja lääkärin vastaanoton päättymisajaksi merkitty sama kellonaika.

²¹ Ilmoittautumisajaksi ja lääkärin vastaanoton päättymisajaksi merkitty sama kellonaika

saadaan konsultoitua useampi harvemmin asioivista kuin 5+ asioivista. Kahdesta kolmeen tuntia asioivien prosentuaaliset osuudet ovat lähes yhtäläiset harvemmin ja useammin asioivilla, mutta sen jälkeen usein asioivien asiointiajat pitkittyvät siten, että yli kolme tuntia päivystyksessä kuluu 18 %:lla 1-4 kertaa asioivista mutta jo lähes joka kolmannella 5+ asioivista (28 %). (Dia 33.)

Kaikkien asioiden osalta useamman kuin joka kolmannen harvemmin asioivan vastaanottoaika on alle 15 minuuttia, mutta 5+ asioijista nopeaa apua saa vain 29 %. Mitä pidemmän aikaa vastaanotto kestää, sitä suurempi osa potilaista on 5+ asioijia. Yli tunti kuluu neljänneksellä 1-4 kertaa asioivista mutta 31 %:lla 5+ asioijista. Diagnoosin saaneista vastaanoton pitkittyminen usein asioivilla näkyy vielä selvemmin. Kun lääkäri hoitaa alle puoleen tuntiin puolet 1-4 kertaa asioivista, niin samassa ajassa saa vastaanoton päätökseen vain noin joka kolmas 5+ asioija. Tunnista kolmeen tuntiin lääkärillä menee 27 % 1-4 kertaa asioivien tilanteen selvittelyyn ja yksi kahdestakymmenestä joutuu odottamaan yli kolme tuntia. 5+ asioivilla tunnista kolmeen menee 37 %:lla ja yli kolme tuntia joutuu asioiden selkeytymistä odottamaan joka kymmenes. (Diat 34-35.)



Kuvio 1. Läpimenoajat ikäluokkien mukaan esitettyinä. Koottu pylväskuvio. Rovaniemen perusterveydenhuollon päivystyskäynnit 1-6/2015.

Kun läpimenoaikoja tarkasteltiin ikäluokittain, oli helppo havaita, että alle 30-vuotiaista noin puolet asioi alle tunnissa. Ikääntyneimmän potilasryhmän (yli 86-vuotiaat) osalta enää neljännes asioi tunnissa ja lähes yhdellä kymmenestä ikääntyneimmistä asiointiin kului viisi tuntia tai enemmän. Määrällisesti eniten yli viisi tuntia päivystyksessä asioineista on kuitenkin 31-85 –vuotiaita.

NHG:n 10+ vuosikäyntien potilaat -aineistosta käy ilmi, että valtakunnallisesti 10+ käyntien läpimenoaika on pidempi kuin kaikilla potilailla. Lappi oli ainoa sairaanhoitopiiri, jossa 10+ kävijöiden läpimenoaika oli 2014 itse asiassa lyhyempi kuin keskimääräinen potilaan läpimenoaika. Päivystyspotilaan läpimenoaika oli 2014 selvityksen mukaan Lapissa noin kaksi tuntia, joka oli lyhin läpimenoaika koko Suomessa.

2.9 Ikäluokkien, käyntimäärien ja diagnoosien välillä löytyi selkeitä yhteyksiä

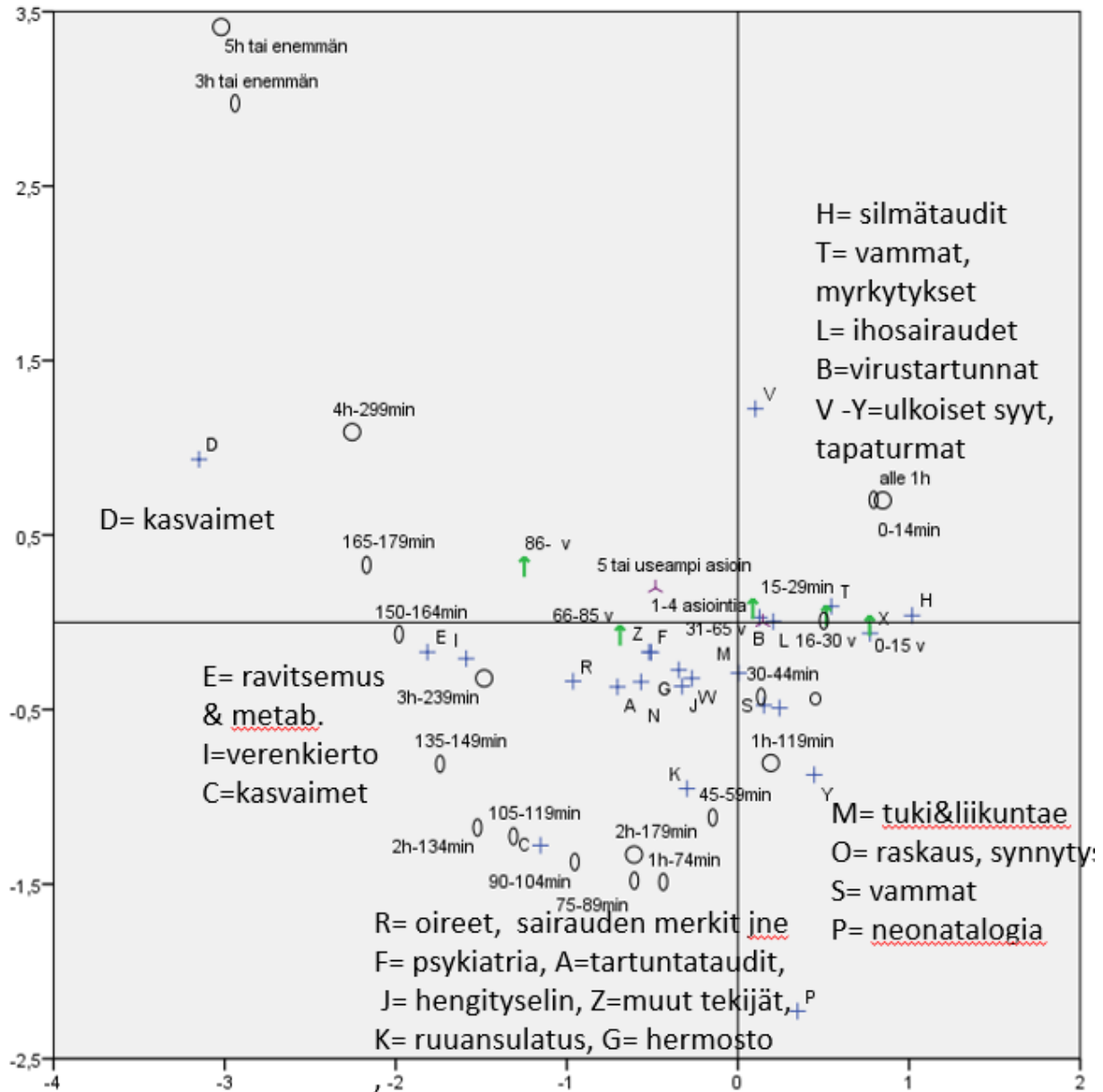
Moniulotteinen korrespondenssianalyysi (MCA²²) mahdollistaa kolmen ja useammankin muuttujan välisten suhteiden tarkastelua yhtä aikaa. SPSS-aineistoanalyysiohjelma asemoi muuttujien luokakeskipisteet moniulotteiseen kenttään, josta on mahdollista hahmottaa eri luokkien välisiä yhteyksiä. Päivystysprofiloinnissa tarkasteltiin MCA-kentässä potilaan diagnoosin, iän, asiointimäärän (alle 5 tai 5+) sekä läpimenoajan ja vastaanottoajan suhteita.²³

Lyhimmät läpimeno- ja vastaanottoajat sekä vähiten käyntejä tarvinneet potilaat olivat kävijäryhmistä nuorimpia ja käyntisyöt painottuivat silmä- ja ihotauteihin, vammoihin, tapaturmiin ja virustartuntoihin. Alle 30-vuotiailla oli hieman pidempiä läpimenoaikoja, kun ne liittyvät tuki- ja liikuntaelinten vaivoihin, raskausaikaan ja neonatalogiaan sekä vammoihin. Kaikkein pisimmät käyntiajat painottuivat ikääntyneimpään ryhmään ja liittyvät muita useammin kasvaimiin, ravitsemukseen ja metaboliikkaan sekä verenkierron ongelmiin, siis sydän- ja verenkierron sairauksiin. Siinä välissä, tunnin – kahden läpimeno- ja vastaanottoajoilla ovat esimerkiksi oirediagnoosin saaneet, psykiatriset ongelmat, tartuntataudit, ruuansulatusongelmat, hengityselinongelmat sekä hermostoon liittyvät ongelmat. Psykiatrisen diagnoosin saaneet olivat keskimäärin hieman nuorempia kuin oirediagnoosin saaneet. (Diat 37-42.)

Tulos viittaa siis siihen, että kaikista ikääntyneimmät asioivat keväällä 2015 Rovaniemen terveyskeskuksen päivystyksessä pisimpään, mutta käynnit liittyivät myös useimmin vakavaan terveydelliseen ongelmaan. Koska aineistossa ei ollut tietoa potilaan tulo- tai jatkohoitopaikasta, ei voida arvioida sitä, venyikö päivystyksessä oloaika jatkohoitopaikan puutteen vuoksi vai tutkimusten ja hoidon tarpeiden vuoksi.

²² Multiple Correspondance Analysis

²³ Rovaniemen kaupungin päivystysaineiston keskeiset muuttujat asetettiin yhtäaikaaisesti moniulotteiseen korrespondenssianalyysiin. Tällä korrespondenssianalyysin erityislajilla on se etu, että sillä voidaan tarkastella useiden muuttujien keskinäisiä suhteita yhtä aikaa, kun taas ristiintaulukoinnissa ja korrespondenssianalyysin perusmuodossa tarkastelu rajautuu kahteen muuttujaan. Muuttujat voivat edustaa mitä mitta-asteikkoa tahansa, eli niiltä ei välttämättä vaadita edes järjestysasteikkoluokkia. Tämän vuoksi myös diagnoosipääluokkien asettaminen analyysiin numeeristen muuttujien sekaan on mahdollista. Muuttujien eri luokkien keskinäinen sijainti moniulotteisen korrespondenssianalyysin tuloksena syntyvässä kuviossa ilmaisee niiden välisiä yhteyksiä tai riippumattomuuksia. Eri muuttujienluokkien ollessa kuviossa lähellä toisiaan nämä luokat esiintyvät usein yhdessä aineiston tapauksissa. Jos kuviossa olevan muuttujan tai muuttujien luokat asettuvat joko pysty- tai vaaka-akselin suuntaisesti selkeään suuruusjärjestykseen riittävällä vaihteluvälillä, voidaan akseli/ulottuvuus nimetä sisällöllisesti tämän vaihtelun mukaan. **Le Roux, Brigitte & Rouanet, Henry (2010):** Multiple Correspondence Analysis. Series: Quantitative Applications in the Social Sciences 163. SAGE publications Ltd. London. **Mamia, Tero (2009):** Mistä työhyvinvointi syntyy? Teoksessa Blom, Raimo & Hautaniemi, Ari (toim.): Työelämä muuttuu, joutaako hyvinvointi? Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press. Hakapaino.



Kuvio 2: Monimuuttuja-analyysi (MCA-kenttä). Rovaniemen perusterveydenhuollon päivystyskäynnit 1-6/2015. + = diagnosoinumero, ↑= potilaan ikä ikäryhmittäin (-15, 16-30 31-65, 66-85 ja 86-), λ= 1-4 asiointia ja 5 tai useampi asiointi, o= läpimenoaika, 0=vastaanottoaika.

3 Ovatko useimmin asioivat myös kalleimpia asiakkaita?

3.1 Eri puolella Suomea tutkittua tietoa

Paljon, ja samaan aikaan monenlaisia palveluita käyttävät asiakkaat ovat yleensä keskustelun kohteena myös silloin, kun puhutaan kaikkein kalleimmista asiakkaista. Tässä päivystysprofiloinnissa käytettävissä olevista tiedoista ei voinut arvioida usein asioivien potilaiden kokonaiskustannuksia palvelujärjestelmässä. Se mahdollistuu pian, kun Lapin keskussairaalaan käyttöön otettu uusi Kaira-potilastiedon hallintajärjestelmä saadaan kokonaisuudessaan hyödynnettyä. Edelleen siitä jää puuttumaan sosiaalihuollon palvelujen kustannukset, mutta joitakin laajempia aineistoajoja on jo tehty.

Paljon palveluita käyttävää asiakasta voidaan kutsua myös suurkäyttäjäksi, suurkuluttajaksi, kalliiksi asiakkaaksi/potilaaksi tai jopa krooniseksi suurkäyttäjäksi. Sanat luovat todellisuutta ja määritelmät voivat loukata palvelujen käyttäjää, kuten Oulussa toteutetussa opinnäytteessä epäiltiin²⁴. Suurkäyttäjä tai -kuluttaja voi viitata liikaa päihteidenkäyttöön, kallis asiakas -nimityksenä voi korostaa liikaa asiakkaan yhteiskunnalle aiheuttamia kustannuksia. Palvelu voi myös olla kallis, vaikka asiakas ei asioisikaan usein, mutta toisaalta usein asioivan kustannukset saattavat nousta korkeiksi, vaikka yksittäinen käynti ei olisikaan kallis. Usein paljon palveluita käyttävien asiakkaiden joukosta poistetaan ne, joiden runsas asiointimäärä johtuu jostakin kroonisesta somaattisesta ongelmasta esim. diabetes.²⁵ Rajaus asettaa esimerkiksi psykiatrissa sairautta sairastavan, usein palvelujen piiriin hakeutuvan asiakkaan eriarvioiseen asemaan somaattista sairautta sairastavaan verrattuna. Usein asioiva voi käyttää joko sosiaali- tai terveyspalveluja tai molempia yhtä aikaa.

Se, milloin asiakas tai potilas luokitellaan paljon palveluita käyttäväksi, voidaan määritellä eri tavoin. Määrittely voidaan tehdä palvelujen konkreettisen käyntimäärän perusteella, jolloin vuosittaisen käytön raja on terveydenhuollon puolella usein ollut 100 käyntikertaa/vuodessa (esim. NGH 10+ päivystystä käyttävät sairaanhoitopiirien välinen vertailu²⁶, Tampere²⁷) tai suhteellisen käyntimäärän perusteella (asioi esimerkiksi terveyskeskuslääkärillä usein verrattuna väestön keskimääräiseen käyntitiheyteen), jolloin usein ikäihmiset ja pitkäaikaissairaat nousevat esille. Absoluuttisten käyntimäärien sijaan voidaan määritellä myös se käyntimäärä, joka sijoittuu tutkimuksessa ikä- ja sukupuolivalikoidussa väestössä tiettyyn ylimpään prosentuaaliseen osuuteen. Tavallisimmin tällöin puhutaan ylimmästä 10 % käyntimääristä eli potilaista eniten lääkäriä käynyt kymmenesosa. Suurkäyttö voi myös ”jäädä päälle” eli kroonistua jonkun akuuttivaiheen jälkeen.²⁸ Suurkäyttö on siis tietyissä tilanteissa ”hyväksyttävää” ja jopa suositeltavaa ja mahdollistaa esimerkiksi kotona selviytymisen asumispalvelun tai osastojakson sijasta, mutta muuttuu ei-toivottavaksi jossakin vaiheessa.

²⁴ Savilampi, Johanna ja Sumukari, Minna 2015. Paljon palveluja käyttävän asiakkaan kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Tutkimus- ja kehittämistyö. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Ylempi ammattikorkeakoulu. Oulun ammattikorkeakoulu. Viitattu 23.5.2016. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/95133/Sumukari_Minna.pdf?sequence=1, s. 51

²⁵ Savilampi, Johanna ja Sumukari, Minna 2015. Paljon palveluja käyttävän asiakkaan kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Tutkimus- ja kehittämistyö. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Ylempi ammattikorkeakoulu. Oulun ammattikorkeakoulu. Viitattu 23.5.2016. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/95133/Sumukari_Minna.pdf?sequence=1

²⁶ NHG 10+ raportti.

²⁷ Holmberg-Marttila, D., Jääskeläinen, J., Niskanen, T. & Mattila, K. 2003. Terveyspalveluita paljon käyttävät muita tyytyväisempiä perusterveydenhuollon palveluihin. Kunnallislääkäri 7/2003 vsk 18. Viitattu 28.5.2014, <https://docs.google.com/viewer?url=http://www.coronaria.fi/vaihe3/yle/kl/kl72003/terveyspalveluita.pdf>. mukaan Tampereella vuosina 1999 - 2001 tehtyjen asiakaskyselyjen tuloksena palvelujen suurkäyttäjiksi luokiteltiin henkilöt, jotka olivat edeltäneen vuoden aikana käyneet terveyskeskuksessa enemmän kuin 10 kertaa.

²⁸ Koskela, T-H. 2008. Terveyspalveluiden pitkäaikaisen suurkäyttäjän ennustekijät. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 425. Väitöskirja. Kuopio: Kopijyvä.

Kun tarkastellaan palvelujen kustannuksia, nostetaan usein esille se kallein 10 % kuntalaisista. Esimerkiksi Oulussa 10 % asukkaista kerrytti 81 % kokonaiskustannuksista²⁹, neljännes Turkulaisista aiheutti 70 % kustannuksista³⁰ tai 10 % asukkaista aiheutti 74 % kustannuksista Länsi-Pohjassa³¹. Kallein 10 % käyttäjien kustannusten osuuksien selvityksissä ei suoraan näy palvelujen määrällinen käyttö, mutta pääosa kalleimmasta asiakaskymmenyksestä käyttää useampaa kuin neljää eri palvelua vuodessa, mutta toisaalta lähes 60 % kalleimman kymmenyksen kustannuksista aiheutui yksistään vanhusten (asumis)palveluista ja somaattisesta erikoissairaanhoidosta. Pakkalan tutkimuksessa (Turun selvitys, alaviite 30) todettiin, että kalleimmalla kymmenyksellä oli useita eri sairausdiagnooseja ja yli 20 terveydenhuollon kontaktia vuodessa. Ovatko kaikki kalleimpaan kymmenykseen kuuluvat kuntalaiset paljon palveluja käyttäviä vai käyttävätkö he ensisijaisesti kalliita palveluja?

Millaiset asiakkaat sitten käyttävät usein sosiaali- ja/tai terveystalvueluita tai kuuluvat kalleimpaan kymmenykseen? Oulun paljon palveluja käyttävistä on tunnistettu vuonna 2013 julkaistussa artikkelissa se, että heillä on useimmiten monia sairauksia tai pitkäaikaissairauksia, korkea ikä ja heikko sosiaalinen asema³². Koskelan väitöskirjassa³³ tuotiin esille, että paljon terveydenhuollon palveluja käyttävät asiakkaat kokivat olevansa paitsi sairaampia mutta myös alttiimpia eri sairauksille kuin muut. Kaikkein tyytymättömiä fyysiseen terveydentilaansa olivat ne, joilla oli monenlaisia ongelmia tai jotka somatisoivat ongelmansa. Kaikkein eniten terveystalvuelujen käyttöä oli niillä asiakkailla, joilla oli huono käsitys siitä, mikä sairauden on aiheuttanut, heikko sairauden hallinta tai vähän mahdollisuuksia vaikuttaa sairautensa hoitoon. Myös lähipiiri saattoi vaikuttaa terveystalvuelujen käytön herkkyyteen. Ne, joilla on hyvin kehittynyt ja tiivis sosiaalinen verkosto hakeutuvat vähän lääkärin vastaanotolle. Toisaalta yksinäisyydestä aiheutuva turvattomuus lisäsi palvelujen käyttöä ja myös perheessä totuttu ja jopa ylisukupolvinen toimintamalli vaikuttaa käytön määrään.

3.2 Länsi-Pohjassa selvitettyä

NHG teki Länsi-Pohjan alueelle selvityksen Paljon palveluita tarvitsevien palvelunkäytöstä syksyllä 2015³⁴. Tehtävänä oli tarkastella Länsi-Pohjan kuntien asukkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttöä ja asiakasvirtoja palveluiden välillä. Yhtenä palveluna tarkasteltiin päivystyksen käyttöä. Analyysit keskittyivät paljon palveluita käyttävien kuntalaisten profilointiin sekä vanhuspalveluja, päihde- ja mielenterveyspalveluja sekä lastensuojelun asiakasperheiden palvelujen käyttöön. Selvitys arvioi ensisijaisesti palvelujen käytön kustannuksia, joita oli laskettu asukastasolla kerätyistä suoritiedoista, asiakkuuksista ja laskutus-, maksu- ja tilinpäätöstiedoista asiakaskohtaisesti kerättyinä tai tilinpäätöslukuja allokkoiden.

Länsi-Pohjassa 10 % asukkaista aiheutti 74 % sosiaali- ja terveystalvuelujen kustannuksista vuonna 2014. Sikäli se vastaa muualla Suomessa esiintyvää tilannetta (NHG:n verrokkialueilla vaihtelu 74-81 %). Määrällisesti se 69 800 asukkaan alueella vastaa noin 6 900 asiakasta. Noin 46 500 muuta alueen asukasta käyttää jonkinverran palveluita ja noin 16 400 asukkaalla ei ollut vuonna 2014 lainkaan sote-palvelujen käyttöä.

²⁹ Oulun kaupunki 2014, viitattu 19.5.2014. http://www.ouka.fi/oulu/sosiaali-ja-perhepalvelut/ajankohtaista/-/asset_publisher/2fVr/content/id/2266497

³⁰ Pakkala, E. 2013. Suurkuluttajat kuormittavat lääkäreitä eniten. Viitattu 28.5.2014, <http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/suurkuluttajat+kuormittavat+laakareita+eniten/a904040>.

³¹ Paljon palveluita käyttävät. Länsi-Pohja. Loppuraportti 28.10.2015. NHG

³² Leskelä, Komssi, Sandström, Pikkujämsä, Haverinen, Olli & Ylitalo-Katajisto 2013, 31-63 (Leskelä, R-L., Komssi, V., Sandström, S., Pikkujämsä, S., Haverinen, A., Olli, S-L. & Ylitalo-Katajisto, K. 2013. Paljon sosiaali- ja terveystalvueluja käyttävät asukkaat Oulussa. Suomen Lääkäreilehti 48/2013 vsk 68..)

³³ Koskela, T-H. 2008. Terveystalvueluiden pitkäaikaisen suurkäyttäjän ennustekijät. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 425. Väitöskirja. Kuopio: Kopijyvä. s. 3,28-29, 33

³⁴ Paljon palveluita käyttävät. Länsi-Pohja. Loppuraportti 28.10.2015. NHG

Kaikista palveluita käyttäneistä ”kalliit” asiakkaat muodostavat noin 15 % asiakaskunnasta. Kustannukset asiakasta kohden vuodessa ovat tällöin noin 20 000€, kun ei-kalliiden asiakkaiden vuosikulut ovat noin 1 000€. Kokonaisvuosikustannukset Länsi-Pohjassa vuonna 2014 olivat 169,2 M€, josta ”kalliit” asiakkaat vastasivat 126,9 M€ kustannuksista (n.75 %).

Länsi-Pohjassa kalliit soteasiakkaat jakautuvat siten, että vanhuspalvelujen asiakkaat edustivat noin 35 % kustannuksista, kalliit somaattiset sairaudet noin 25 % ja vammaispalveluasiakkaat noin 15 % kokonaiskustannuksista. Psykiatrian, lastensuojelun, päihde(mt)-palvelujen ja erittelemättömien kustannusten osuus kustannuksista oli 10 % kahta puolta ja pelkän aikuissosiaalityön osuus prosenttien luokkaa. Vain 9 % asukkaista oli vuonna 2014 Länsi-Pohjassa sosiaalipalvelujen asiakas ja jos tähän lisätään myös vain toimeentulotuen puitteissa asioineet, saadaan sosiaalipalvelujen asiakasmääräksi 13 %. Pelkästään erilaisissa terveyspalveluissa asioi yli 60 % ja ilman palveluita pärjäsi noin joka neljäs Länsi-Pohjan asukas. Useamman kuin neljän palveluntarjoajan kanssa asioi vuoden 2014 aikana yli puolet vanhuspalvelujen asiakkaista, lähes puolet aikuissosiaalityön ja päihde- ja mt-palvelujen asiakkaista ja lähes joka kolmas vammais- tai kehitysvamma palvelujen käyttäjä.

Länsi-Pohjassa tarkasteltiin myös sitä, kuinka kalleimman 10 % kustannukset muodostuivat asiakasryhmittäin. Kuviosta saa sen käsityksen, että päivystykseen kohdistuneissa kustannuksissa järjestyksessä suurimmasta pienimpään korostuu päihde- ja mielenterveysasiakkaiden, vanhusten, somaattisen erikoissairaanhoidon ja vammaisten/kehitysvammaisten ja psykiatrian asiakkaat. Päihde- ja mt-asiakkaiden ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon piirissä olevien osalta eniten päivystyskäytöstä aiheutunutta keskimääräistä kustannusta on ollut niillä ei-asumispalvelujen piirissä olleilla, joilla on lisäksi ollut psykiatrian avo- tai vuodeosaston käyttöä (kaksoisdiagnoosiasiakkaat?, n=148) ja hieman harvemmin niillä päihde/mt-palvelujen piirissä olevilla, joilla ei ole psykiatrian erikoissairaanhoidon asiakkuutta (n=277). Kolmanneksi eniten päivystyspalvelukustannuksia keskimäärin on aiheuttanut psykiatrian erikoissairaanhoidon piirissä olleet (n=389) ja vähiten asumispalvelujen piirissä olleet päihde ja mt-palvelujen asiakkaat (n=29). Kaikkiaan päivystystyön kustannuksiksi psykiatrian, mielenterveys ja päihdeasiakkaiden osalta (n=843) voitaisiin (tulostiedon perusteella) arvioida Länsi-Pohjassa olevan keskimäärin 700€/vuosi eli yhteensä noin 590 000€.

Noin 41 %:lla psykiatrisen vuodeosastohoitoon tulleista edellinen kontakti ollut avohoito (suunniteltu sairaalakuntoutus- tai hoitojakso?) ja päivystyksestä osastolle on tullut noin 37 % potilaista. Vuodeosastohoitojakson jälkeen suurin osa potilaista (76 %) jatkoi psykiatrian tai mielenterveyspalvelujen avohoidossa, pieni osa (4 %) palaa osastolle ja lähes joka viides (19 %) ei näy missään palvelussa. Noin kolmannes psykiatrian vuodeosaston potilaista palaa osastolle puolen vuoden sisään edellisen jakson päättymisestä. Huomattavaa on, että psykiatria/päihde/mt-asiakkaiden palvelujen kustannuksista merkittävä osuus aiheutuu somaattisesta sairaanhoidosta. Päihde- ja mielenterveysasiakkailla somaattisten sairauksien hoitokustannuksia kertyy vuodessa keskimäärin 5000-6500€/asiakas, joka vastaa puolta niistä kustannuksista, joita kertyy esimerkiksi asiakkaalle, joka ei ole asumispalvelujen tai psykiatrisen ESH:n piirissä. Kun em. asiakkaita on Länsi-Lapissa noin 277 vuodessa, kertyy terveydenhuollon kustannuksia pelkästään jo 1 800 500€. Näistä päivystykseen kohdistuu pelkästään tässä asiakasegmentissä noin 222 000€.

24 % vuodeosaston hoitojaksolle tulevista ikäihmisistä saapuu erilaisen päivystyksen/vastaanotto toiminnan kautta (esh-, yhteis- ja pth-päivystys ja pth-vastaanotto). Vanhuspalvelujen päivystystoiminnan kustannukset eivät ole asiakasta kohti korkeimpia, ehkä noin 800€/vuodessa keskimäärin, mutta koska asiakkaita riittää (n=2033) vanhuspalvelujen asiakkaiden päivystyskäytöstä aiheutuu kustannuksia jopa 1 600 000€. Noin 54% yli 75-vuotiaista käytti päivystystä vuonna 2014. Säännöllisen kotihoidon asiakkaista päivystyksessä asioi myös reilu puolet ja ympärivuorokautisen asumispalvelun asiakkaista 49 %. Vertailutaulukosta käy selvästi

ilmi, että Kemissä asuvat käyttivät eniten päivystyspalveluja. Ikääntyneet aiheuttavat arviolta 5 m€ päivystyskustannuksista noin kolmanneksen. Tätä enemmän päivystyskustannuksia tulee ainoastaan somaattisen erikoissairaanhoidon asiakkaista (yli 2 m€). Loput noin 1,4 m€ jakaantuu muiden ryhmien kesken.

Lapin sairaanhoitopiirin alueella (noin 120 000 asukasta) voidaan arvioida ”kalliiden” asiakkaiden osuutta siten, että otetaan 75 % alueen sote-kustannuksista (454 m€)³⁵ jolloin saadaan luku 340,5 m€. Tämä jaetaan paljon palveluja käyttäneiden asukkaiden arviomäärällä 13 500³⁶ ja saadaan **kalliin sote-asiakkaan arviokustannuksiksi Lapissa noin 25 222€/asiakas/vuosi**. Arvioluku vastanee kohtalaisen hyvin Lapin kalliimpia sote-kustannuksia, jotka aiheutuvat vanhemmasta ja sairaammasta väestöstä, pidemmistä välimatkoista sekä hajautuneemmasta palvelurakenteesta.

Kustannuksista suurin osa aiheutunee Lapissa, samoin kuin Länsi-Pohjassakin, ikäihmisen tehostetun asumisen kustannuksista sekä erikoissairaanhoidosta. Toisaalta voidaan olettaa ikäihmisten kotona asumisen lisäävän päivystyksen ja muiden vastaanottopalvelujen käyttöä. Tilanne on sama psykiatristen potilaiden osalta, joilla asumispalvelun käyttö lähes lopetti päivystyksen käytön Länsi-Pohjassa.

³⁵ NHG:n luku, josta arvattavasti poistettu työterveyshuolto ja suun terveydenhuolto, koska muutoin ei pidä paikkaansa suhteessa Sotkanetin peruslukuihin.

³⁶ Arviolta 90 000 asukasta käyttää Lapin sairaanhoitopiirin alueella sote-palveluita, joista 15 %, eli 13 500, käyttää niitä paljon

4 Päivystystoiminnan tilanne Lapin sairaanhoitopiirissä

Syksyllä 2016 on eletty jo vuoden ajan yhteispäivystyksen aikaa. Lapin keskussairaalassa toimiva yhteispäivystys oli vuoden 2016 ensimmäisen kuuden kuukauden aikana hoitanut jo 23 200 päivystysasiointia, joista 10+ käyntejä on ollut 824. Jos trendi säilyy samana, vuoden 2016 loppuun mennessä päivystysasiointeja kertynee noin 45 000, joista 10+ asiointeja on jopa yli 1600. Varsinaisten käyntien ja muun asioinnin suhde säilynee ennallaan: noin 80% asioinneista on päivystyskäyntejä. (Diat 44-48.)

Rovaniemellä on keväällä 2016 tehty analyysi Lapin sairaanhoitopiirin alueen sosiaalipäivystyksestä³⁷. Sen johtopäätöksissä tuotiin esille mm. se, että mikäli tilannetta katsotaan pelkästään sosiaalipäivystyksen kannalta sosiaalipäivystyksen nykyjärjestelyt riittävät Lapissa. Laaja-alue, sosiaalipäivystyksen voimakas paikkasidonnaisuus, työntekijän virka-vastuuveto sekä se, että sosiaalipäivystyksellisiä tilanteita ilta- ja yöaikaan tulee suhteellisen harvoin; pienissä kunnissa ehkä muutamia kertoja vuodessa; asettaa sosiaalipäivystyksen kehittämiseksi suuria haasteita. Kuitenkin somaattisen päivystystoiminnan puolelta nousee esille toiveita siitä, että sosiaalipäivystys vastaisi entistä vahvemmin niistä potilaista, joita ei voida auttaa tai tukea päivystyksen toimesta. Ketä nämä potilaat sitten ovat ja kuinka paljon heitä on? Löytyikö heitä profiloinnissa?

Ensitunne päivystysprofiloinnin analyysin osalta oli, että ylivoimaisesti suurin osa asiakkaista asioi päivystyksessä oikean, usein vakavankin, vamman tai sairauden perusteella. Ikääntyneimmät, usein kaikkein pisimpään päivystyksessä viipyvät asiakkaat saivat useammin myös diagnooseja, joihin kuuluu suuri tuen ja hoidon tarve. Erityisesti palvelukodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastolla vakituisesti asuvien ikäihmisten tuen ensisijainen tarve olisi erityishoidon/konsultaation saaminen omaan palveluyksikköön, jolloin sitä ei tarvitsisi hakea päivystyspisteestä. Tämä tarkoittaa mm. hoitajien määrän ja hoitajien koulutustason sekä (erikois)lääkärin saatavuuden parantamista näissä yksiköissä. Osa tutkimusmahdollisuuksista on kuitenkin kaikissa tapauksissa saatavilla vain erikoissairaanhoidon päivystyspisteessä.

Omissa kodeissaan asuvien, usein päivystyksessä pitkittyneesti asioivien potilaiden muun tuen tarvetta ei saadun materiaalin perusteella voinut selvittää. Tehostetumman tuen tarve kotona asumisen tueksi ei kuitenkaan tavallisesti ole päivystysluonteista, vaan vaatii oman palvelualueen työntekijöiden huolellista tilanne- ja palvelutarveanalyysia ja sen mukaisia, suunniteltuja palveluja. Näiden potilaiden tilanteen selvittäminen kuuluu sosiaalisektorin toimijoille ja oleellista on saada tieto heistä oikeaan paikkaan (ts. aikuissosiaalityö, vanhuspalvelut, päihdepalvelut, vammaispalvelut) ja oikeaan, eli virka-aikaan. Tähän tuonee apua kehitetty sähköinen tiedonsiirtomahdollisuus, joka toimii ohi keskenään toimimattomien potilas- ja asiakasjärjestelmien Virtu.fi –palvelussa ja jossa voi potilaan luvalla, ja eräissä tapauksissa myös ilman potilaan nimenomaista lupaa, kertoa huolensa tämän tilanteesta ja pyytää palvelutarpeen arviointia. Sama lomake auttaneekin ensihoidon arjessa silloin, kun saman asiakkaan luona käydään hälytystehtävässä usein ilman että erityistä hoidollista tarvetta tai kuljetustarvetta tulee esiin.

Jäin myös pohtimaan sitä, osataanko päivystystilanteessa ottaa sosiaalipäivystykseen yhteyttä silloin, kun oikeasti olisi sosiaalipäivystyksellistä tarvetta. Näitä ovat esimerkiksi tilanteet, kun päivystyksen asiakkaana ja ehkä osastollekin jäämässä on henkilö, jolla on yksin alaikäisiä huollettavia tai esimerkiksi omaishoidettavana oleva puoliso. Toinen kiireellistä selvittämistä vaativa tilanne on lähi- ja perhesuhdeväkivalta ja tämä vähintäänkin tilanteessa, jossa perheessä on alaikäisiä lapsia. Poliisin lisäksi

³⁷ Sosiaalipäivystys Lapin sairaanhoitopiirin alueella. Tarja Väänänen. Rovaniemen kaupunki 2016, virkamiesselvitys.

tulisi sosiaaliviranomaisen olla mukana tilanteessa, koska ensisijaisena tehtävänä tällöin on varmistaa lapsen turvallisuus.

Muualta saatujen kokemusten perusteella³⁸ voidaan olettaa, että sosiaalityön ja sosiaalipalvelujen kokonaisuuden osaamisesta olisi hyötyä päivityksissä. Tämä ei tarkoita kuitenkaan samaa kuin sosiaalipäivystystyö. Päivityksessä työskentelevä sosiaalialan ammattilainen kykenisi ehkä selvittämään asiakkaan elämäntilannetta ja palvelujen tarvetta laajemmin, kuin hoitohenkilökunta ja lääkäri ehtii ja osaa ja nostaa esille ne potilaat, joiden osalta olisi hyvä tehdä asiakkaan kotona laaja palvelutarpeen selvitys. Samalla voisi kouluttaa ja kannustaa päivityksen henkilökuntaa ottamaan yhteyttä sosiaalipäivystykseen sitä vaativissa tilanteissa myös silloin, kun päivityksen sosiaalityöntekijä tai muu sosiaalialan osaaja ei ole paikalla.

Ensisijaisesti Lapissa kaivataan kuitenkin tiedotusta siitä, missä asioidaan päiväaikaan ja missä yöaikaan sekä milloin tulee ehdottomasti soittaa hätäkeskukseen ja milloin hakeutua omatoimisestikin päivitykseen. Lapin eri kuntien sivuilla sekä Lapin keskussairaalan sivuilla olevien ohjeiden tulisi olla yhteneviä ja ehkä nykyistä selkeämpiä. Myös erilaisille hoito- ja hoivayksiköille tulisi tarjota kohdennettua ohjausta siitä, missä tilanteessa tulee ottaa yhteyttä päivitykseen (perusterveydenhuollon ympärivuorokautinen päivitys Ivalon kunnassa) ja milloin kutsua ensihoito arvioimaan tilannetta.

Päivityksen järjestäminen tulevaisuudessa on Lapissa haasteellista. Uuden päivitysasetuksen vaatima laaja erikoisalojen päivitys vie osansa rajallisista resursseista, samoin se, että Länsi-Pohjan alueelle jää hieman suppeampi, erillinen päivitysyksikkö. Lapin asukkaiden suhteellisen vähäistä määrää, kustannuksia aiheuttavia pitkiä etäisyyksiä ja harvaa palveluverkkoa ei ehkä kuitenkaan kompensoida täysin tulevissa valtionavustuksissa Lapin Maakuntaan. Päivitystoiminta on kuitenkin 24/7 toimintamallinsa ja laajan varallaolovelvoitteensa vuoksi kallista ja vie paljon henkilöstöresurssia. Edelleen tulee jatkaa sen pohtimista, kuinka riittävä päivitysvalmius turvataan koko Lappiin ja samalla se, kuinka asiakkaat ohjautuisivat ensisijaisesti päiväaikaan palveluihin, joissa voidaan pääsääntöisesti tarkastella asiakkaan tilannetta ja palvelukokonaisuutta laajemmin kuin päivitystilanteessa ja yhteistyössä sosiaali- ja terveyspalvelujen kanssa.

³⁸ Päivi Koikalainen, Tiina Tuominen, Marja Heikkilä. Kokemuksia sosiaalityö päivityksessä –pilotista. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri ja Keski-Suomen Sote 2020 –hanke. 15.3.2016.
http://www.jyvaskyla.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvaskylawwwstructure/81675_V-Paivin_21-3-Raportti_paivityksen_ ja_sosiaalityon_pilotti_17032016_wordver.pdf, viitattu 13.9.2016.