

Emmi Aalto-Riihiaho – Soile Heikkinen

# POHJOIS-KYMEN SAIRAALAN YHTEISPÄIVYSTYKSEN SUURKÄYTTÄJÄANALYYSI

Opinnäytetyö  
Sosiaaliala (ylempi AMK)

Lokakuu 2016



**Ammattikorkeakoulu**

<b>Tekijät</b>	<b>Tutkinto</b>	<b>Aika</b>
Emmi Aalto-Riihiaho Soile Heikkinen	Sosionomi (ylempi AMK)	Lokakuu 2016
<b>Opinnäytetyön nimi</b>		
Pohjois-Kymen sairaalan yhteispäivystyksen suurkäyttäjänalyysi		145 sivua 9 liitesivua
<b>Toimeksiantaja</b>		
Kouvolan kaupunki, Pohjois-Kymen sairaala		
<b>Ohjaaja</b>		
Yliopettaja Minna Veistilä		
<b>Tiivistelmä</b>		
<p>Opinnäytetyön tavoitteena oli Kouvolan kaupungin Pohjois-Kymen sairaalan suurkäyttäjäasiakkaiden tunnistaminen ja heidän saamaansa sosiaalisen tuen analysointi vuoden 2014 ajalta. Osatavoitteena oli myös palveluiden kehittämistarpeiden havainnointi. Opinnäytetyön tulokset toimivat laajemman Pohjois-Kymen sairaalan toteuttaman yhteispäivystyksen ja terveysasemien suurkäyttäjänalyysin osa- ja taustatutkimuksena.</p> <p>Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä oli pääosin kvantitatiivinen sisältäen kvalitatiivisia osioita. Tutkimusaineisto kerättiin kesällä 2015 tiedonkeruulomakkeen avulla Kouvolan kaupungin Terveys- sekä SosiaaliEffican asiakaskirjausmerkinnöistä. Havaintoyksiköitä oli 238, joista 229 analysoitiin. Suurkäyttäjäksi määrittyi henkilö, joka oli käyttänyt yhteispäivystyksen palveluita yli 10 kertaa vuoden 2014 aikana.</p> <p>Tutkimusaineisto tallennettiin SPSS-ohjelmaan, aineiston tilastolliset analyysit suoritettiin SPSS- sekä Excel-ohjelmilla. Opinnäytetyön määrällinen aineisto analysoitiin ristiintaulukoinnein. Laadullisen aineiston analyysimenetelminä olivat dokumentti- sekä sisälönanalyysi. Tutkimuksen tulokset esitettiin prosentteina, keskiarvoina, sanallisesti sekä havainnollistettiin kuvin ja taulukoin.</p> <p>Yleisimmiksi suurkäyttäjärühmiksi profiloituvat pitkäaikais- ja monisairaat sekä mielen-terveysongelmaiset asiakkaat. Yhteispäivystyksen suurkäyttäjääsiakkaiden sosiaaliset ja terveydelliset taustat ovat moninaiset. Asiakasasiakirjoissa sosiaalisen tuen kuvaus on niukkaa. Pääosin sosiaalista tukea saadaan puolisolta ja lähisukulaisilta, mutta runsaasti myös julkiselta sektorilta. Valtaosa yhteispäivystyksen suurkäyttäjääsiakkaista käyttää runsaasti myös muita julkisia terveyspalveluita. Vajaa kolmasosa ei käytä muita julkisen sektorin palveluita, kuin terveydenhoitopalveluita. Sosiaalitoimen asiakkuus on yli kolmanneksella suurkäyttäjistä.</p> <p>Suurkäyttäjääsiakkaiden tarvitsema tuki on monialaista, yksilöllistä ja pitkäkestoista. Tehostettua tukea tarvitsevat asiakkaat olisi syytä tunnistaa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa ja palvelut tulisi toteuttaa moniammatillisen tiimin tiiviinä yhteistyönä, sosiaali- ja terveydenhuollon palveluohjaajaparein.</p>		
<b>Asiasanat</b>		
asiakas, päivystys, sosiaalinen tuki, sosiaalipalvelut, suurkäyttäjä, terveyspalvelut		

Authors	Degree	Time
Emmi Aalto-Riihiaho Soile Heikkinen	Master of Social Services	October 2016
<b>Thesis Title</b>		145 pages
Frequent Client Analysis of the Joined Emergency Services in North Kymi Hospital		9 pages of appendices
<b>Commissioned by</b>		
Kouvola city, North Kymi hospital		
<b>Supervisor</b>		
Minna Veistilä, Principal Lecturer		
<b>Abstract</b>		
<p>The objective of this thesis was to recognize the frequent clients of North Kymi Hospital in Kouvola, and to analyze the amount of social support that was received by them in the year 2014. A part objective was to also observe the need for improving the services. The results of the thesis work as part and background research for a broader frequent client analysis done by North Kymi Hospital for the joined emergency services and health centre users.</p>		
<p>The research method for the thesis was mainly quantitative, including qualitative parts. The research material was gathered in the summer of 2015 with the help of an information form from Kouvola City Health and Social Effica patient logs. There were 238 analyzing units, of which 229 were analyzed. A person that had used the services of the joined emergency service over ten times within the year 2014, was considered as a frequent client.</p>		
<p>The research material was saved on to a SPSS-programme, the statistical analyze of the material was done with SPSS and Excel programmes. The quantitative material of the thesis was analyzed with cross charts. The qualitative material analyzing methods were document and content analysis. The results of the research were presented in percentages, averages, verbally and also demonstrated by pictures and charts.</p>		
<p>The most common frequent client groups were profiled as people with long-term and many illnesses, and also patients with mental health issues. The frequent clients´ social and health backgrounds are varied. In the patient documents the description for social support is scarce. Social support is mainly received from spouses and close relatives, but also a lot from the public sector. A majority of the frequent clients of the joined emergency service also use plenty of other public health services. Less than a third do not use other services from the public sector except for health care services. Over a third of the frequent clients are customers of social services.</p>		
<p>The support that the frequent clients need is varied, individual and long-term. Clients that need enhanced support should be recognized in the basic services of social and health care, services should be carried out in close co-operation with a multi professional team, with social and health care service counsellor pairs.</p>		
<b>Keywords</b>		
client, joined emergency services, social support, social services, frequent client, health services		

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	SUURKÄYTTÄJÄT JA SOSIAALINEN TUKI.....	11
2.1	Sosiaali- ja terveydenhuollon lähtökohdat .....	12
2.2	Terveydenhuolto ja yhteispäivystys Kouvolassa.....	13
2.3	Sosiaali- ja kriisipäivystys Kouvolassa.....	14
2.4	Terveydenhuoltopalveluiden suurkäyttäjä.....	15
2.5	Sosiaalinen tuki.....	18
2.6	Sosiaalinen tuki, hyvinvointi ja terveys.....	23
2.7	Sosiaalinen toimintakyky .....	26
2.8	Profilointi.....	28
3	TUTKIMUKSEN TAUSTA, TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	29
3.1	Tutkimuksen tavoitteet.....	30
3.2	Tutkimusasetelma.....	32
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	35
4.1	Aineisto.....	35
4.2	Tiedonkeruulomakkeen laatiminen .....	37
4.3	Tiedonkeruulomakkeen testaaminen ja otannat .....	39
4.4	Datan kerääminen tiedonkeruulomakkeella.....	41
4.5	Datan syöttäminen.....	42
4.6	Analyysimenetelmät.....	43
4.6.1	Dokumenttianalyysi .....	44
4.6.2	Sisällönanalyysi.....	45
5	POHJOIS-KYMEN SAIRAALAN YHTEISPÄIVYSTYKSEN SUURKÄYTTÄJÄT .....	47
5.1	Yleisiä tuloksia .....	48
5.1.1	Ikä- ja sukupuolijakauma.....	48
5.1.2	Tilanne työelämässä .....	49
5.1.3	Asuminen .....	50
5.1.4	Asumisolosuhteet.....	52
5.1.5	Kriisit ja elämänmuutostilanteet.....	55

5.1.6	Toimintakyky .....	57
5.1.7	Muistisairaus .....	59
5.1.8	Sosiaalinen toimintakyky .....	59
5.2	Pohjois-Kymen sairaalan yhteispäivystyksen suurkäyttäjien profiilit .....	62
5.2.1	Suurkäyttäjien profiilit .....	62
5.2.2	Moniprofiiliset asiakkaat .....	65
5.3	Sosiaalinen tuki.....	73
5.3.1	Primaari- ja sekundaaritason sosiaalinen tuki .....	73
5.3.2	Tertiaaritason sosiaalinen tuki.....	79
5.3.3	Yhteispäivystyksestä saatu sosiaalinen tuki.....	97
6	SYVENTYMINEN SUURKÄYTTÄJYYTEEN .....	98
6.1	Tutkimustulosten tarkastelua .....	98
6.1.1	Suurkäyttjäasiakkaista muodostuneet asiakasryhmät.....	98
6.1.2	Moniprofiiliset asiakkaat .....	105
6.1.3	Sosiaalinen tuki.....	105
6.2	Tutkimuksen luotettavuus .....	111
6.3	Tutkimuksen eettisyys .....	116
7	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	119
7.1	Tutkimusongelman ja -kysymysten äärellä .....	121
7.2	Kehittämissuhteet ja jatkotutkimushaasteet .....	125
7.3	Yleistä pohdintaa tutkimuksen tekemisestä .....	131
	LÄHTEET.....	137
	LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on suuressa muutoksessa. Merkittävää valmisteilla olevassa muutoksessa on sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun siirto kunnilta sosiaali- ja terveystalueille. Palvelujen järjestämispohja laajenee ja uudistuksen on ennakoitu parantavan palvelujen saatavuutta, laatua ja yhdenvertaisuutta. (Nguyen & Seppälä 2014, 194.) Sosiaali- ja terveydenhuollon (myöhemmin SOTE) uudistus on välttämätön laadukkaiden, yhdenvertaisten ja asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen turvaamiseksi koko maahan. Tarkoituksena on vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluja. (Sosiaali- ja terveystalministeriö 2015.)

Yhteiskunnalliset muutokset ja väestörakennemuutokset asettavat jatkuvasti palvelujärjestelmälle uusia haasteita. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakennemuutoksen lopputulos vaikuttaa keskeisesti väestön hyvinvointiin ja terveyteen. Palvelurakenteen nykyiset muutossuunnat tulevat todennäköisesti jatkumaan, julkisia palveluja tullaan tuottamaan yhä suuremmissa yksiköissä ja yksityisten palveluntuottajien osuus kasvaa. Palvelukentän pirstoutuminen vaikeuttaa etenkin moniongelmaisten ja monisairaiden palvelujen saantia ja todennäköisesti heikentää heidän palvelujaan. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015a.)

Palvelujärjestelmä korjaa ja tasoittaa hyvinvointi- ja terveyseroja, mutta jos järjestelmä ei toimi oikeudenmukaisesti, se voi myös ylläpitää ja vahvistaa niitä. Palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuuden edistämiseksi on pyrittävä vastaamaan käyttäjien erilaisiin tarpeisiin. Tarjolla olevat palvelut eivät välttämättä riitä kaikille, vaan tarvitaan myös kohdennettuja toimia ja palveluja. Heikommassa asemassa olevat tarvitsevat ennaltaehkäiseviä terveys- ja sosiaalityöpalveluita eniten ja heidän tilanteensa kohentamisessa palveluilla on suuri merkitys. Heille palveluiden saanti oikea-aikaisesti on kuitenkin kaikkein haasteellista ja vaikeinta. Ennaltaehkäisevät palvelut ja varhainen tuki vähentävät ihmishenkilistä kärsimystä ja tulevat halvemmiksi kuin pitkälle edenneiden ongelmien ratkaisu. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b.)

Viime vuosina on tunnistettu, että ymmärrys asiakkaiden tarpeista ja kokemuksista edesauttaa toimivien palvelujen kehittämistä ja asiakkaiden hyvinvoinnin edistämistä (Haarni 2015, 94). Terveystalveluiden suurkäytön analy-

soiminen auttaa yksilötasolla terveystalvveluiden käyttöön vaikuttavien tekijöiden ymmärtämisessä. Vain vähäinen osa oireista johtaa hakeutumiseen lääkäriin vastaanotolle (Hannay 1980, 551; Campbell & Roland 1996, 75). Vastaanotolle hakeutumiseen vaikuttavat lääketieteellisten syiden lisäksi sosiaaliset ja psykologiset syyt. Potilaan objektiivisen terveydentilan ja terveystalvveluiden käytön välillä ei ole suoraa yhteyttä. (Campbell & Roland 1996, 75.) Sosiaalipsykologisen terveystalvveluiden käytön mallin mukaan tärkeimpänä terveystalvveluiden käyttöön vaikuttava tekijänä pidetään yksilön näkemystä omasta terveydentilastaan eli subjektiivista tarvetta. Tähän näkemukseen vaikuttavat muun muassa sosiaalinen ympäristö, asenteet ja aiemmat kokemukset. (Mäntyranta, Elonheimo & Brommels 2004, 52.)

Opinnäytetyömme on paikallisesti ajankohtainen, sillä Kouvolassa on meneillään suuri kehittämishanke Ratamo-projekti, jossa sosiaali- ja terveydehuollon yhteistyötä tehostetaan perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, päivystys- ja sosiaalipalveluiden toimivaksi kokonaisuudeksi, ja palveluita räätälöidään uudelleen asiakkaiden tarpeita vastaaviksi. Tavoitteena on vastata ikääntyvän väestön palvelutarpeiden kasvamiseen ja tarjota erikoissairaanhoido, perusterveydenhuolto sekä sosiaalitoimen palvelut saman katon alta. (Kouvolan kaupunki. Ratamo 1. 2016; Sosiaali- ja kuntatalous.) Opinnäytetyömme tuloksia on mahdollista käyttää esimerkiksi Ratamo-keskuksen palveluita suunniteltaessa.

Tämä opinnäytetyönä toteutettu tutkimus on osa laajempaa Kouvolan kaupungin Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueen (myöhemmin HYKS-ERVA) rahoittamaa yhteispäivystyksen ja terveysasemien suurkäyttäjäänalyysia. Opinnäytetyön tilaajana on Kouvolan kaupunki, Pohjois-Kymen sairaala (myöhemmin PoKS). Laajempana, koko HYKS-ERVA-tutkimuksen tavoitteena, on kokonaisvaltainen asiakasohjaus sekä suurkäyttäjien profiloinnin pohjalta kokonaisvaltainen sosiaalityön, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatioon perustuva ennaltaehkäisevien ja korjaavien toimintamallien kehittäminen.

Opinnäytetyömme tavoitteena on profiloida terveydenhuollon yhteispäivystyksen suurkäyttäjät potilas- ja asiakasjärjestelmiin tehtyjen kirjausten avulla sekä tarkastella, millaista suurkäyttäjien saama sosiaalinen tuki on. Analyysin avulla

pyrimme nostamaan esiin palvelujen kehittämistarpeita. Tiedostamme, että asiakas voidaan ääritapauksessa nähdä myös pelkkänä ongelmana, jolloin hänen yksilöllinen elämäntilanteensa jää yksinkertaistettujen luokittelujen ja yleistysten taakse. Myös moniongelmaisista puhuminen on arveluttavaa arvokkaan kohtaamisen näkökulmasta. Vaarallista on myös keskustelu itse hankituista ongelmista (kuten asunnottomuus tai alkoholismi), jotka voivat yksittäistilanteina määritellä asiakkaan vaikeaksi tapaukseksi. (Laitinen & Kempainen 2010, 154–155.) Tarkoituksenamme ei ole nähdä asiakkaita sairauksina tai ongelmina, vaan hahmotella heidän taustojaan ja elämäntilanteitaan mahdollisimman laajasti. Haluamme nähdä profiilin takaa ihmisen, aktiivisen toimijan. Tavoitteenamme on mahdollisen suurkäyttäjäksi ajautumisen tunnistamisen mahdollistaminen ajoissa, jotta asiakkaiden auttamiseksi olisi jatkossa mahdollista kehittää uusia asiakaslähtöisiä työ- ja toimintatapoja.

Opinnäytetyömme tutkimuskysymykset ovat: 1. Millaisia asiakasryhmiä suurkäyttäjät ovat? 2. Millaista sosiaalista tukea suurkäyttäjät ovat saaneet? 2.1. Mitä palveluja suurkäyttäjät ovat käyttäneet? 3. Millaisia palvelujen kehittämistarpeita suurkäyttäjäanalyysi nostaa esiin?

Nimitämme opinnäytetyötämme tutkimukseksi, sillä työmme sisältää enemmän määrällisen tutkimuksen kuin laadullisen kehittämistyön piirteitä. Opinnäytetyömme on kokonaistutkimus, jossa tarkastelemme kaikkia vuonna 2014 Pohjois-Kymen sairaalan yhteispäivystykseen yli 10 kertaa (11 tai enemmän) kontaktin ottaneiden asiakkaiden, eli suurkäyttäjien, Terveys- ja SosiaaliEfficasiakastietojärjestelmiin tehtyjä asiakirjamerkintöjä. Asiakaskertomusten informaatiota tulkitsemalla pyrimme ymmärtämään suurkäyttäjäisy-ilmiötä kokonaisvaltaisesti ja havainnoimaan mahdollisista sosiaalisista syistä johtuvaa päivystyksen suurkäyttöä. Tutkimustavasta johtuen emme voi nostaa esiin kohderyhmän omaa tulkintaa tilanteesta, vaikka tiedostamme sen tärkeyden.

Tutkimuksen aihe on kiinnostava ja ajankohtainen valtakunnallisen SOTE-uudistuksen ja Kouvolan alueellisen Ratamo-hankkeen kynnyksellä. Opinnäytetyöllämme on samansuuntaisia tavoitteita kuin SOTE-uudistuksessa (Ojanlatva 2014), HYKS-ERVA-tutkimuksella ja Ratamo-keskus-hankkeella. Kaikissa tavoitellaan toimivampia palveluketjuja, palveluiden oikea-aikaista tarjoa-



mista, nopeaa hoitoon pääsyä ja palveluiden yhteensovittamista. Aiheen ajan-kohtaisuudesta kertoo myös se, että vuoden 2015 aikana sosiaalialalla tehtiin muitakin opinnäytetöitä sosiaali- ja terveydenhuollon paljon palveluja käyttävistä asiakkaista ja aiheesta ilmestyi tutkimuksia myös terveydenhuollon puolelta. Osassa näitä terveydenhuollon suurkäyttäjätutkimuksia ja sosiaalialan opinnäytetöitä on alettu tutkia myös sosiaalihuollon palveluiden käyttöä. (ks. Savilampi & Sumukari 2015; Hannus, Kurkela & Palokangas 2015; Leskelä, Silander, Komssi, Koukkula, Soppela & Lehtonen 2015; Kaattari, Tiirinki, Turkki, Nordström & Taanila 2015.) Viimeisten vuosien aikana myös sosiaalihuollon palveluja on alettu tutkia terveydenhuollon suurkäyttäjätutkimuksissa ja sosiaalialan opinnäytetöissä. (Ks. Leskelä, Komssi, Sandström, Pikkujämsä, Haverinen, Olli & Ylitalo-Katajisto 2013; Savilampi & Sumukari 2015.) Huomionarvoista on myös, että vuonna 2015 on alkanut Sosiaali- ja terveysministeriön Pohjois-Suomen alueen Kaste-kehittämishanke 2015–2017: Paljon tukea tarvitsevat – Paljon palveluita käyttävät. Hankkeen toiminnallisissa osioissa on tarkoitus luoda, kehittää ja käyttöönottaa asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveyspalveluita, työtapoja ja toimintamalleja paljon tukea tarvitseville ja paljon palveluita käyttäville asiakkaille. (Paljon tukea tarvitsevat – Paljon palveluita käyttävät -kehittämishanke 2016.)

Sosiaalialan opiskelijoina olemme kiinnostuneita antamaan oman panoksemme sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisen yhteistyön ja palvelujen asiakaslähtöiseen kehittämiseen. Yleisessä tiedossa on, että terveydenhuollon suurkäyttäjillä tai paljon palveluja käyttävillä asiakkailla on monisyinen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarve. Terveydenhuollon suurkäyttäjien taustat ovat usein myös sosiaalisesti monimutkaisia ja esimerkiksi heikko sosioekonominen tilanne saattaa vaikuttaa negatiivisesti heidän terveydentilaansa. (Koskela 2008; Niemelä & Alahuhta 2016.) Sosioekonomisilla tekijöillä, kuten koulutuksella, tuloilla, asumistasolla, asemalla työelämässä, on osoitettu olevan selvä yhteys henkilön hyvinvointiin ja terveyteen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015; Carr-Hill, Rice & Roland 1996). Erilaisille asiakkaille tulisi tuottaa palvelut eri tavalla. Myös suurkäyttäjyyteen liukumassa olevat asiakkaat on tärkeä oppia tunnistamaan. (Oulun kaupunki 2013.) Sosiaalipalvelut eroavat luonteeltaan terveyspalveluista, sillä ne ovat terveyspalveluita enemmän sidoksissa tiettyyn elämänvaiheeseen ja tarve niiden käyttöön on satunnaisempaa (Muuri & Manderbacka 2014, 219).

Opinnäytetyössämme pyrimme tunnistamaan suurkäyttäjien monimuotoisia taustoja ja sosiaalista tukea. Näitä analysoimalla pyrimme ymmärtämään ihmisiä yksilöinä. Ymmärtämisen kautta profiloimme asiakkaita, jotta ymmärryksemme syvenisi yksittäisestä yleiseen. Luokittelun ja profiloinnin avulla pyrimme lopulta tunnistamaan keinoja tukea ihmisiä oikea-aikaisesti ja asiakaslähtöisesti. Suurkäyttäjien tunnistaminen on tärkeää, jotta heidän tarvitsemiin palveluihin voidaan koordinoita ja tarjota järjestelmällisemmin. Pidämme tärkeänä suurkäyttäjäyden ja -käyttäjien tutkimista ja tunnistamista. Vain ilmiötä ja suurkäyttäjiasiakkaita ymmärtämällä palveluita voidaan kehittää vastaamaan asiakkaiden todellisia tarpeita. Olemme molemmat työskennelleet sosiaalityön asiantuntijoina terveydenhuollon toimintaympäristössä sairaalan sosiaalityöntekijöinä ja tutustuneet suurkäyttäjäilmiöön työmme kautta. Myös moniammatillinen toimijuus on meille tuttua ja ominaista. Toivomme opinnäytetyömme selkiyttävän käsitystä siitä, miten (suurkäyttäjä)asiakkaiden ohjautumista oikeanlaisiin palveluihin voidaan edistää ja asiakkaan kierrättämistä palvelusta toiseen vähentää sekä palvelujen laatua parantaa asiakaslähtöisemmäksi.

Opinnäytetyössämme käsittelemme terveydenhuollon suurkäyttäjäyttä sosiaalisen tuen viitekehityksessä asiakaslähtöisyyttä painottaen. Sosiaalista tukea tarkastelemme pääasiassa vuorovaikutteisena toimintana läheisiltä ja viranomaisilta saadun tuen näkökulmasta. Tutkimustuloksemme ovat tutkimustavasta johtuen lähinnä määrällisiä, mutta siitä huolimatta pyrimme laadulliseen analyysiin. Työssämme etenemme teoreettisen viitekehityksen kautta työmme tutkimuksellisen osuuden kuvaamiseen, tutkimuksen tuloksiin, analyysiin ja lopulta johtopäätöksiin.

Olemme kirjottaneet työmme lukijalähtöisesti. Työ on selkeää luettavaa koulutustaustaan tai asiantuntijuuteen katsomatta. Työhön sisältyy jonkin verran toistoa siksi, että työn jokainen kappale on itsenäisesti luettavissa. Työn lukemisen voi siis aloittaa mistä osiosta hyvänsä tai lukea vain itseään kiinnostavat osiot.

## 2 SUURKÄYTTÄJÄT JA SOSIAALINEN TUKI

Seuraavissa kappaleissa esittelemme hiukan tutkimuksemme kontekstia. Lisäksi kerromme Kouvolan alueen terveydenhuollon ympäristöstä. Tutkimuksemme lähtökohdat ja tavoitteet ovat nähtävissä myös terveyden- ja sosiaalihoitolaeissa. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326; Sosiaalihoitolaki 30.12.2014/1301.)

Vuonna 2013 somaattisen (eli muun kuin psykiatrisen) erikoissairaanhoidon palveluita käytti Suomessa yhteensä 1,78 miljoonaa asiakasta. Terveyskeskuskäyntejä oli 23,6 miljoonaa, joista lääkärikäyntejä oli 4,3 miljoonaa ja muiden ammattihenkilöiden luona käyntejä 16,8 miljoonaa. Jokainen maamme asukas käytti keskimäärin perusterveydenhuollon palveluita 4,3 kertaa vuodessa. Perusterveydenhuollon päivystyskäyntejä oli 0,4 miljoonaa. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaana oli 25 561 asiakasta ja psykiatrisessa avosairaanhoidossa runsas 1,8 miljoonaa käyntiä ja 159 131 asiakasta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016a.) On siis selvää, että puhuttaessa terveydenhuollon yhteispäivystyksen suurkäyttäjääsiakkaista ja heidän käynneistään, ne ovat kokonaisuuteen peilaten melko pieni osa (Kouvolassa vajaa kymmenesosa vuonna 2014). Se, mikä mielestämme tekee heistä merkittävän tarkasteltavan osan, ei ole pelkästään kyseisten asiakkaiden ”kalleus” palvelujärjestelmälle, vaan työhistorioidemme aikana tekemämme havainto siitä, että kenties nämä henkilöt eivät tule palvelujärjestelmässämme kohdatuiksi ja autetuiksi.

Vuoden 2013 aikana koko maamme väestöstä kaksi kolmasosaa kävi lääkäri-ässä. Kaikissa ikäryhmissä naiset kävivät enemmän lääkäri-ässä kuin miehet ja erityisesti sukupuolten välinen ero korostui alle 45-vuotiaiden ikäryhmissä. Eläkeikäiset käyttivät lääkäri-äpalveluita eniten. Pitkäaikaissairas kävi yli kaksi kertaa useammin lääkäri-ällä kuin ei-pitkäaikaissairas, mutta pitkäaikaissairaiden käynnit vähenivät iän kasvaessa kun taas ei-pitkäaikaissairaiden lisääntyivät ikääntymisen myötä. Alempiin tuloluokkiin kuuluvat käyttivät enemmän terveyskeskuslääkäri-äpalveluja kun taas ylemmissä keskiluokissa käytettiin enemmän työterveys- ja yksityislääkäri-äpalveluja. Eläköitymisen kynnyksellä suosituimpia palveluja olivat työterveys- ja yksityiset lääkäri-äpalvelut. Eläkeikäisten keskuudessa käytettiin eniten terveyskeskuksen ja erikoissairaanhoidon poli-

klinikan lääkäripalveluja. Hoitopääsyt odotusaikoihin oltiin yleisesti tyytymättömiä. Yksityisen sektorin palveluun oltiin tyytyväisempiä kuin julkisen terveydenhuollon palvelujen laatuun. (Nguyen & Seppälä 2014, 192, 196.)

## 2.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon lähtökohdat

Terveydenpolitiikan tavoitteena on väestön mahdollisimman hyvä terveys ja sosiaali- ja terveyspalveluiden tavoitteena puolestaan on väestön terveyden ja hyvinvoinnin tasa-arvoinen ja oikeudenmukainen jakautuminen koko väestölle. Sosiaalipalveluiden voidaan tulkita olevan nyky-yhteiskuntaan kuuluva sopimus arkielämän järjestämisestä. Terveydenhuolto on tuoreimpien eurooppalaisten tutkimusten mukaan rahoituskriisissä ja sosiaalipalvelut kulkemassa kohti residuaalista mallia. (Nguyen & Seppälä 2014, 193.; Muuri & Manderbacka 2014, 213.)

Terveydenhuoltopalveluiden tarkoituksena on muun muassa väestön terveyden, hyvinvoinnin, toimintakyvyn sekä sosiaalisen turvallisuuden edistäminen ja ylläpitäminen, sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon muodostaman entistä selkeämmän yhtenäisen kokonaisuuden saavuttaminen, terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyden lisääminen, väestöryhmien terveyserojen kaventaminen sekä terveyden- ja sosiaalihuollon järjestäminen yhteistyössä eri toimijoiden kesken. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Sosiaalihuoltopalveluiden tarkoituksena on muun muassa väestön hyvinvoinnin ja sosiaalisen turvallisuuden edistäminen ja ylläpitäminen, eriarvoisuuden vähentäminen ja osallisuuden edistäminen, hyvinvointia edistävien toimenpiteiden ja laadukkaiden sosiaalipalvelujen turvaaminen, asiakaskeskeisyyden lisääminen sekä sosiaalihuollon ja kunnan eri toimijoiden välisen yhteistyön parantaminen. (Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.)

Sosiaalityöllä pyritään perinteisesti auttamaan erityisesti yhteiskunnan heikoimmassa asemassa olevia ihmisiä ja eettisenä periaatteena on tukea eritaivoja marginaalisissa elämäntilanteissa tai pidemmissä elämän tasapainoa

horjuttavissa tilanteissa eläviä, esimerkiksi mielenterveysongelmista, päihteiden hallitsemattomasta käytöstä, yksinäisyydestä tai sairastumisesta kärsiviä ihmisiä. (Pohjola 2016, 87.) Toimeentulotuki ja lasten päivähoito kuuluvat väestön subjektiivisiin oikeuksiin (Muuri & Manderbacka 2014, 213). Elokuussa 2016 astui voimaan uusi varhaiskasvatuslaki, jolla rajattiin lasten oikeus varhaiskasvatukseen 20 viikkotuntiin, mikäli lapsen molemmat vanhemmat eivät joko työskentele tai opiskele (Varhaiskasvatuslaki 29.1.2016/108). Toimeentulotuen lisäksi koko väestölle kohdennettuja palveluja ovat sosiaalityöntekijän neuvonta- ja päihdepalvelut. Muiden sosiaalipalvelujen saamiseen liittyy jokin erityiskriteeri palvelun piiriin kuulumisesta. (Muuri & Manderbacka 2014, 213.)

Terveydenhuoltojärjestelmän avulla pyritään ennaltaehkäisemään sairauksia, ylläpitämään terveyttä ja hyvinvointia. Terveydenhuolto voidaan jakaa karkeasti perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon, joiden palvelut tuotetaan julkisesti tai yksityisesti. Kiireellinen akuuttihoito, kuten perusterveydenhuollon- ja erikoissairaanhoidon-, sekä yhteispäivystys, tuotetaan puhtaasti julkisen sektorin toimesta. (Nguyen & Seppälä 2014, 193.)

Päivystyksessä potilaalle tulee antaa kiireellistä hoitoa riippumatta hänen asuinpaikastaan. Kiireellinen hoito on äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämä välitön arvio ja hoito, jota ei voida tehdä myöhemmin ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Ympäri vuorokautinen päivystys järjestetään suurten terveyskeskusten tai sairaaloiden yhteydessä. (STM 2016.)

## 2.2 Terveydenhuolto ja yhteispäivystys Kouvolassa

Kouvolassa asui vuoden 2014 lopussa 86 453 asukasta, joista miehiä oli 42 384 eli 49 prosenttia ja naisia 44 069 eli 51 prosenttia (Tilastokeskus 2016). Kouvolassa on kuusi kunnallista terveysasemaa, joissa huolehditaan kuntalaisten perusterveydenhuollosta. Virka-aikana terveyden- tai sairaanhoitoa tarvitsevat kuntalaiset ottavat ensisijaisesti yhteyden oman alueensa terveysasemaan. Terveysasemalla arvioidaan hoidon tarve ja kiireellisyys. Asiakkaan ilmoittautuessa hänelle tehdään hoidon tarpeen arviointi eli triage-kiireellisyysluokitus, jonka perusteella hänet ohjataan asianmukaiseen hoitoon. Äkillisen sairauden kohdatessa asiakkaan on mahdollista saada kuluvan päivän aikana

akuuttiaika sairaanhoitajalle tai yleislääkärille oman alueen terveysasemalta. Mikäli äkillistä, vakavaa sairautta ei voida hoitaa terveysasemalla tai akuuttiaikoja ei ole saatavilla, ohjataan asiakasta ottamaan yhteys Pohjois-Kymen sairaalassa toimivaan yhteispäivystykseen. (Kouvolan kaupunki 2015.)

Vuoden 2015 alussa voimaan tulleessa terveydenhuoltolain päivystysasetuksessa määritellään, että kiireellistä hoitoa on oltava saatavilla kunnan tai kuntayhtymän alueella ympärivuorokautisesti joko perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystyksenä tai niiden yhteispäivystyksenä (Terveydenhuoltolaki 50.§). Asetuksen säätämisen jälkeen yhteispäivystykset ovat yleistyneet päivystystyön toteuttajayksikköinä. Kouvolaissa yhteispäivystys on otettu käyttöön vuonna 2011. (Tapiola 2016.)

Ympärivuorokautinen päivystys on Kouvolan alueella keskitetty Kuusankoskelle Pohjois-Kymen sairaalan yhteispäivystykseen. Yhteispäivystyksessä toimii yleislääkäripäivystys, operatiivinen ja konservatiivinen päivystys, sairaanhoitajien päivystysvastaanotto sekä sosiaali- ja kriisipäivystys. Päivystys on tarkoitettu välitöntä ja kiireellistä hoitoa tarvitseville. Äkillisesti ja vakavasti sairastuneet, kiireellistä ensiapua tarvitsevat sekä potilaat, joiden yleiskunto on äkillisesti ja merkittävästi heikentynyt ottavat yhteyttä Pohjois-Kymen sairaalan päivystykseen puhelimitse tai asioivat suoraan päivystyksessä. Päivystykseen ilmoittautuessa triage-hoitaja tekee jokaiselle asiakkaalle kiireellisyysluokituksen, jonka perusteella asiakas ohjataan sairaanhoitajan, yleislääkärin tai erikoislääkärin vastaanotolle. (Kouvolan kaupunki 2015.)

### 2.3 Sosiaali- ja kriisipäivystys Kouvolaissa

Kouvolan sosiaali- ja kriisipäivystys toimii ympärivuorokautisesti Pohjois-Kymen sairaalan yhteispäivystyksen yhteydessä. Sosiaali- ja kriisipäivystys (myöhemmin Sokri) tarjoaa henkistä ensiapua kriisin, onnettomuuden tai muun järkyttävän kokemuksen kohdatessa sekä muissa hankalissa elämäntilanteissa. Ohjausta ja neuvontaa annetaan tilanteen mukaan puhelimitse, toimistolla tai kotikäynneillä. Sokri vastaa myös virka-ajan ulkopuolisista kiireellisistä sosiaalipalvelutehtävistä. (Sosiaali- ja kriisipäivystys 2016.)

## 2.4 Terveydenhuoltopalveluiden suurkäyttäjä

Terveydenhuollon suurkäyttäjiä kutsutaan myös paljon terveystalvueluita käytäväiksi, avainasiakkaiksi tai kalliiksi asiakkaiksi (Tapiola 2016). Ilmiönä terveystalvueluiden suurkäytön yleisyys riippuu määritelmän kriteereistä (Koskela 2008, 25). Kirjallisuudesta ei ole löydettävissä mitään yksiselitteistä raja-arvoa, jonka ylittyessä terveystalvueluiden käyttö muuttuu suurkäytöksi. Terveystalvueluiden suurkäyttäjäksi voidaan määritellä asiakas, joka käy lääkäriillä väestön keskimääräiseen käyntitiheyteen nähden usein (Koskela 2008, 24).

Tutkimuksissa suurkäyttöä on määritelty käyntimäärien mukaan (2–24 käyntiä vuoden seuranta-aikana) (ks. esim. Koskela 2008, 41–44; Savilampi & Sumukari 2015, 10, 18.; Hannus ym. 2015, 23, 24.), prosenttiosuuksin (3–25 %) kaikista terveystalvueluita käyttäneistä (Kivelä 2014, 2) tai kustannusperusteisesti. Käyntimäärään perustuvan katkaisupisteen sijaan voidaan myös määritellä käyntimäärä, joka asettuu tutkitussa ikä- ja sukupuolivalikoidussa väestössä tiettyyn ylimpään prosentuaaliseen osuuteen. Kirjallisuudessa yleisimmin käytetty suurkäytön katkaisupiste on ylin 10 prosenttia käyntimäärästä, eli asiakkaista eniten lääkäriissä käynyt kymmenesosa. (Koskela 2008, 24, 25.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kustannusten kertyminen ns. kalliille asiakasryhmälle voi toimia suurkäyttöä määrittävänä tekijänä (Leskelä ym. 2013, 3164).

Tutkimusten mukaan 10 prosenttia väestöstä aiheuttaa noin 80 prosenttia sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista. (Kapiainen, Seppälä, Häkkinen, Lauharanta, Roine & Korppi-Tommola 2010, 4–12.) Kansainvälisesti kustannukset jakautuvat hyvin samankaltaisesti kuin Suomessa (Leskelä ym. 2015, 2865). Leskelän ym. (2013, 3163) mukaan Yhdysvalloissa on todettu vuonna 1988, että 10 prosenttia väestöstä aiheutti 75 prosenttia terveystalvuelujen kustannuksista laitoshoidon jäädessä tutkimuksen ulkopuolelle.

Terveydenhuoltopalveluiden suurkäyttäjät ovat tyypillisesti naisia, monisairaita, iäkkäitä, yksinasuvia ja heikossa sosiaalisessa asemassa olevia. Myös pitkäaikaissairaudet ovat merkittävä riskitekijä terveystalvuelujen käytön kasvulle. Suurkäyttäjien kokema elämänlaatu on yleensä tavallista heikompi. (Jyväsjärvi 2005, 41; Koskela 2008, 207; Leskelä ym. 2013, 3163.) Suurkäyttäjistä yli puolella on tavallisesti jokin fyysinen sairaus, psyykkisiä ja sosiaalisia

ongelmia ja kolmannes on moniongelmaisista (Kivelä 2014, 3). Moniongelmaisen terveyspalveluiden suurkäyttäjän profiiliin liittyy usein myös päihdeongelma, sekä vaikeuksia työelämässä ja ihmissuhteissa (Jyväsjärvi 2005). Moniongelmaisuus altistaa terveyspalvelujen pitkäaikaiselle suurkäyttötarpeelle (Koskela 2008, 205).

Perusterveydenhuollon palvelujen suurkäyttöä ennustavat tekijät voidaan jakaa neljään ryhmään: suoraan terveyteen liittyvät (sairaudet), välillisesti terveyteen liittyvät (sosiaaliset tekijät), terveyskäyttäytymiseen liittyvät (elintavat) sekä koettuun terveyteen liittyvät ennustekijät. Tilastollisesti merkittävin ennustekijä on asiakkaan subjektiivinen kokemus huonosta terveydentilasta. Myös pitkäaikaissairaudet ja matala koulutustausta selittävät suurkäyttäjäyyttä merkittävästi. (Kaattari ym. 2015, 191.)

Perhe, sen toimivuus ja perheenjäsenten väliset suhteet vaikuttavat terveyteen ja sitä kautta terveyspalvelujen käyttöön. Terveyspalvelujen käyttökulttuuri periytyy perheessä sukupolvelta toiselle. Todennäköisimmin suurkäyttäjäperheissä kaikki käyttävät paljon terveyspalveluita. Suurkäyttäjäperheillä on tavanomaista enemmän sosiaalisia ja taloudellisia vaikeuksia sekä perheen sisäisiä ongelmia. (Jyväsjärvi 2005, 412–413.)

Koskelan (2008, 3, 90) tutkimuksessa suurkäyttöä ennustivat ikä (etenkin yli 65-vuotiaiden keskuudessa), naissukupuoli, pitkäaikaissairaus, aiempi runsas terveyspalveluiden käyttö, psyykkiset stressioireet, ylipaino, raittius, heikko asiakastyytyväisyys, ärtyvä paksusuoli -oireyhtymä ja kuolemanpelko. Myös psyykinen stressi lisää terveyspalveluiden käyttöä ja vaikka raittius ennustaa suurkäyttöä osiltaan, liittyy alkoholin suurkäyttö moniin päivystyskäynteihin. Omalääkärin suurkäyttäjät ovat erilaisia kuin päivystyksen suurkäyttäjät. Terveyspalveluiden suurkäyttäjät myös kokevat olevansa alttiimpia eri sairauksille ja sairaampia kuin tavanomaisesti terveyspalveluita käyttävät asiakkaat. He eivät tavallisesti tunne hallitsevansa sairautta eikä heillä ole käsitystä, mikä heidän oireensa on aiheuttanut. Suurkäyttäjät saattavat herkemmin kokea epämiellyttävinä tai poikkeavina tuntemuksina samat oireet, jotka toisille ovat normaaleja tai merkityksettömiä tuntemuksia. Myös asiakkaan sairaudenpelko, sairaudenhallinta tai kyky vaikuttaa sairautensa hoitoon vaikuttaa ter-



veyspalveluiden käyttötottumuksiin. Somatisoivat ja moniongelmaiset suurkäyttäjät ovat tyytymättömiä fyysiseen terveydentilaansa. (Koskela 2008, 28–29, 184, 207.)

Tanskalaisessa tutkimuksessa miehillä yksinasuminen, työttömyys ja työkyvyttömyyseläke sekä naisilla ammattikoulutuksen puute ja työttömyys linkittyivät terveyspalveluiden suurenkäyttöön (Vedsted & Olesen 2005). Aiemmassa suomalaisessa tutkimuksessa terveyspalveluiden suurenkäyttöön on nähty liittyväksi alhainen sosiaalinen asema (Jyväskylä 2001, 21). Potilaan heikon sosioekonomisen tilanteen (ammatti, koulutus, työ, varallisuus) voidaan katsoa vaikuttavan kielteisesti hänen terveydentilaansa ja siten lisäävän terveyspalveluiden tarvetta (Carr-Hill ym. 1996). Koskelan (2008, 204) aineistossa vailla ammatillista koulutusta oli 35 prosenttia kaikista potilaista. Potilaan ammatillisen koulutuksen puute liittyi tilastollisesti merkittävästi terveyspalveluiden pitkäaikaiseen suurenkäyttöön. (Koskela 2008, 204.)

Suomalaisessa väestössä vastaanotolle tulon syyt ovat ensisijaisesti somaattisia oireita ja fyysisiä vaivoja (Jyväskylä 2005, 411). Psykkinen stressioireilu ja psykosomaattinen sairastaminen liittyvät tästä huolimatta vahvimmin terveyspalveluiden suurenkäyttöön. Terveyspalveluiden suurenkäyttäjillä on kuitenkin psyykkisten sairauksien ja oireiden lisäksi myös merkittäviä pitkäaikaissairauksia. Suomalaiset suurenkäyttäjät ovat ensisijaisesti alemmista sosiaaliluokista. (Jyväskylä 2005, 441; Koskela 2008, 43–44.)

Seurannassa 7–33 prosenttia suurenkäyttäjistä säilyy suurenkäyttäjinä, riippuen suurenkäyttäjäyyden sekä seurannan ja sen pituuden kriteereistä. Toisena seurantavuonna suurenkäyttäjinä säilyy vähintään 25 prosenttia, seuranta-ajan pidentyessä suurenkäyttäjien osuus pienenee. (Koskela 2008, 25–26.) Pitkällä aikavälillä tarkasteltuna väestöstä noin kolmen prosentin on todettu olevan jatkuvia suurenkäyttäjiä (Jyväskylä 2005, 411).

Nordic Healthcare Groupin vuonna 2011 tekemän selvityksen mukaan Oulussa 10 prosenttia asukkaista kerryttää 81 prosenttia kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksista. Kallein kymmenesosa väestöstä tarvitsee vuodessa neljää kunnan palvelukokonaisuutta, muu väestö vain yhtä. Kallis kymmenesosa oululaisista käyttää lähes 100 prosenttia sosiaalipalveluista, lukuunottamatta henkilökohtaista apua, josta sen käyttöosuus on 80 prosenttia. (Leskelä ym. 2013, 3163, 3166.)

Yhteenvedona voidaan todeta, että eri tutkimuksissa terveystalvelujen suurkäyttäjän määritelmässä on suurta vaihtelua, mutta suurimmalle osalle suurkäyttö on lyhytaikainen ilmiö (arviolta 30 % on suurkäyttäjii myös seuraavana vuonna) (Koskela 2008, 86). Toisaalta Leskelän ym. (2013) mukaan on todennäköistä, että suuria kustannuksia aiheuttava asiakas kuuluu kalliisiin asukkaiisiin myös seuraavana vuonna. Tässä tutkimuksessa olemme tutkimuksen tilaajan kanssa käymiemme neuvottelujen, tilaajan Terveystalveista tekemien ajoin ja aiempien tutkimusten pohjalta määritelleet suurkäyttäjiksi asiakkaat, jotka ovat käyttäneet Pohjois-Kymen sairaalan yhteispäivystystalveluja yli 10 kertaa, eli 11 kertaa tai enemmän vuoden 2014 aikana. Tutkimuksessa suurkäyttäjiaasiakkaita on 238, mikä on noin prosentti kaikista päivystyksessä asioineista vuonna 2014.

## 2.5 Sosiaalinen tuki

Valitsimme sosiaalisen tuen opinnäytetyömme teoreettiseksi viitekehukseksi, sillä sosiaalisen tuen, hyvinvoinnin ja terveyden välillä on syvä yhteys. Koimme, että terveydenhuollon näkökulmassa tämä sosiaalisen tuen aspekti on tärkeää nostaa esille ja näkyviin. Se tulisi myös huomioida yksilön oikeanlaisen palvelukokonaisuuden suunnittelussa.

Sosiaalisen tuen käsite on hyvin monitahoinen ja -tasoinen. Sosiaalista tukea on pyritty kirjallisuudessa määrittelemään monin eri tavoin ja monenlaisista lähtökohdista. Sosiaalista tukea ja sen merkitystä alettiin tutkia erityisesti 1970-luvulla, jolloin tutkimus keskittyi lähinnä ei-ammattilaisten antamaan sosiaaliseen tukeen ja sosiaalisen integraation terveystalveuksiin (Kumpusalo 1991, 13). Sosiaalinen tuki on määritelty sosiaalisista suhteista saatavaksi voimavaraksi (Cohen & Syme 1985). Lisäksi sitä on määritelty vuorovaikutusprosessiksi, jossa sosiaalinen verkosto tarjoaa emotionaalista, aineellista tai taloudellista apua (Bowling 1994). Sosiaalinen tuki voidaan jakaa konkreettiseen tukeen, tiedolliseen tukeen sekä psyykkiseen tukeen (Metteri & Haukka-Wacklin 2004, 56–57).

Kumpusalo (1991, 14) on tutkinut sosiaalista tukea ja tiivistää useiden tutkijoiden käsityksiä kokonaisuudeksi. Hänen mukaansa sosiaalinen tuki on vuorovaikutuksellista toimintaa, joka voi olla suoraa henkilöltä toiselle tai epäsuoraa,

järjestelmän antamaa tukea. Kumpusalon tulkinnan mukaan sosiaalinen tuki on ihmisten välistä vuorovaikutusta, jossa sosiaalisen tuen eri muotoja annetaan ja saadaan. Sosiaalisen tuen muotoja ovat: 1 aineellinen tuki, kuten raha tai lääke; 2 toiminnallinen tuki, kuten palvelu tai kuntoutus; 3 tiedollinen tuki, kuten ohjaus tai opastus; 4 emotionaalinen tuki, kuten kannustus tai empatia sekä 5 henkinen tuki, kuten yhteinen uskonto tai aate.

Sosiaalista tukea antaa yksilön sosiaalinen verkosto. Sosiaalinen verkosto on se ihmisjoukko, jonka kanssa yksilö on vuorovaikutuksessa. (Barnes 1972.) Henkilön sosiaalisella verkostolla on monta tasoa. Rakenne sosiaalisessa tuessa on ihmistä ympäröivien suorien ja epäsuorien sosiaalisten suhteiden lukumäärä ja muoto. Lähimmällä tasolla (yleensä) ovat puoliso, perhe ja läheisimmät ystävät. Seuraavalla tasolla ovat ystävät, työtoverit ja kaukaisemmat sukulaiset. Kauimmaisen ”renkaan” henkilön sosiaalisessa verkostossa muodostavat ammattilaiset ja ne ihmiset, jotka liittyvät henkilön rooleihin. Nämä kauimmaisen verkostorenkkaan ihmissuhteet ovat myös kaikkein alttiimpia muutokselle. Toisaalta on huomioitava, että erityisesti tällä kauimmaisella renkaalla, jota myös tertiäritasoksi kutsutaan, viralliseen tukitoimintaan vaikuttaa se, että sekä tuen saajaa että antajaa kontrolloidaan usein virallisesti. (Gottlieb & Bergen 2009, 512.)

Samantapaiseen lopputulokseen on päädytty myös 1990-luvun loppupuolella Suomessa sosiaalisen tuen verkostoja ja niiden muotoutumista tutkittaessa. Kinnunen (1998) jakaa sosiaalisen tuen tarjoajat kolmeen erityyppiseen toimijaan: henkilökohtaiseen tuttavuuteen perustuviin (esim. perhe ja naapurit), vertaisuuteen perustuviin (esim. saman järjestön jäsenet) ja normiperusteisiin (esim. julkisen tahon ammattiauttajat). Tutkimuksessaan Kinnunen havaitsi, että henkilön sukulaisten merkitys tämän saamaan sosiaaliseen tukeen oli huomattava, noin kolme neljäsosaa (Kinnunen 1998, 77). Toisaalta esimerkiksi Antonucci (1990) on havainnut, että esimerkiksi vanhusväestö kokee ystäviltä saamansa sosiaalisen tuen merkityksellisemmäksi kuin sukulaisilta saadun, sillä sukulaiset ovat velvoitettuja auttamaan ja ystävien tarjoama apu perustuu enemmän vapaaehtoisuuteen. Sosiaalisen tuen muotoutumiseen vaikuttavat paitsi yksilön elämänhallintamahdollisuudet myös lähiyhteisö ja julkiset hyvinvointipalvelut, ja merkityksellistä on, miten yksilö havaitsee ja hyödyntää tarjolla olevat mahdollisuudet. Yksilön saamaan sosiaaliseen tukeen

vaikuttavat kuitenkin paitsi omat valinnat myös muiden ihmisten toiminta. (Kinunen 1998, 41–42.)

Sosiaalinen tuki voidaan nähdä myös tilannekohtaiseksi, erilaisissa elämäntilanteissa olevien ihmisten tueksi, jota tarjotaan vuorovaikutuksena yksilön ja tämän ympäristön kanssa kiinteissä sosiaalisissa verkostoissa (Törrönen 2010, 26). Toisilleen läheiset ihmiset tukevat toisiaan arjessa selviytymisessä useimmiten niin, että keski-ikäiset tukevat heitä vanhempia sukupolvia sukulinjassa tai iäkkäiden sukupolvi auttaa toistaan. Vain harva auttaa omia lapsiaan. Hyvinvointivaltion vastuun korostaminen on kaikissa ikäryhmissä laaja. (Vilkko, Muuri, Saarikalle, Noro, Finne-Soveri & Jokinen 2014, 222, 227.)

Sosiaalista tukea on vastavuoroinen suhde, joka tuottaa tukea rakkauden muodossa (Heino & Veistilä 2014). Aina ihminen ei välttämättä edes tarvitse sosiaalisen tuen verkostonsa varsinaista toimimista, vaan jo tieto sen olemassaolosta voi auttaa ja lisätä hyvinvointia (Tarkka 1996, 15–16; Saari 2010, 77). Israelin (1982), joka on perehtynyt useisiin tutkimuksiin sosiaalisesta tuesta, mukaan sosiaalisessa tuessa laadullisilla tekijöillä eli ihmisen kokemuksilla ja tunnesiteiden voimakkuuksilla on suurempi vaikutus ihmisen terveyteen kuin tuen määrällä (esimerkiksi tapaamistiheys).

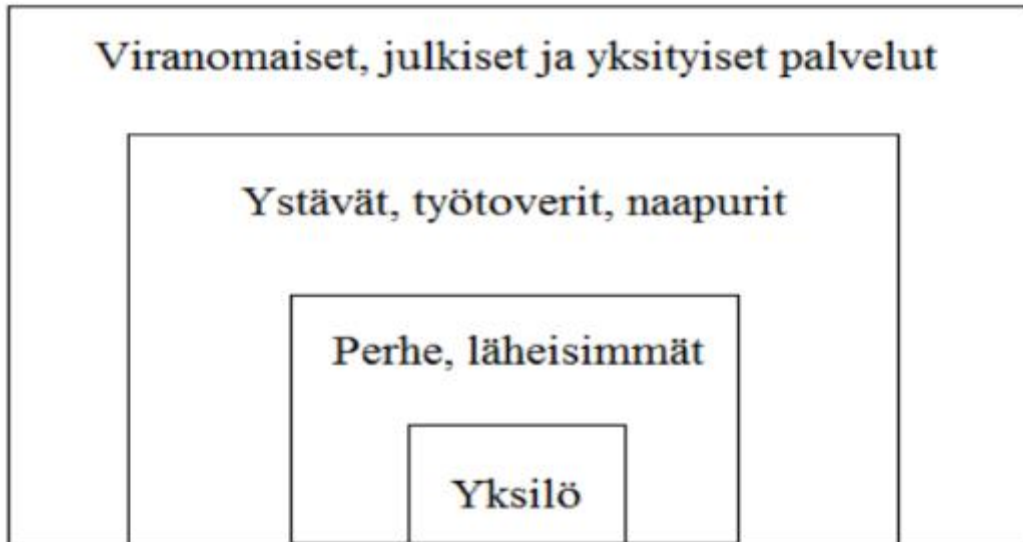
Sosiaalisen tuen määrittelystä tekeekin haastavaa sen liittyminen aina voimakkaasti henkilön subjektiiviseen kokemukseen (Metteri & Haukka-Wacklin 2004, 55). Antonucci (2001) on todennut, että ihmiset voivat saada objektiivisesti mitattuna saman määrän sosiaalista tukea, mutta henkilöiden oma subjektiivinen kokemus on erilainen. Toisaalta myös kokemus saadun tuen ”oikeanlaisuudesta” voi vaikuttaa saadun tuen kokemiseen. Sosiaalista tukea on subjektiiviselta kannalta tutkittu jonkin verran ja mielenkiintoista on, että ihminen saa usein parhaiten apua silloin kun hän ei itse ajattele tai koe saavansa apua (Howland & Simpson 2010). Sosiaalisen tuen vaikuttavuus on sidoksissa tuen tarvitsijaan, ongelmaan, johon tukea tarvitaan, annettuun apuun, sen määrään ja ajoitukseen, tuen tarjoajaan sekä auttamisympäristöön (Kumpusalo 1991).

Yhteiskunnan takaama sosiaaliturva on epäsuoraa, tavallisesti persoonatonta ja sillä tyydytetään lähinnä ihmisen välttämättömiä aineellisia perustarpeita ja -

palveluja. Aineellinen perusturva ei ole ihmiselle riittävä tuki, vaan jokainen tarvitsee myös lähiyhteisön persoonallista tukea ja suoraa vuorovaikutusta tunteakseen itsensä hyväksytyksi ja arvostetuksi yhteisön jäseneksi. (Kumpusalo 1991, 14.)

Sosiaalityö ja yhteiskunnallisen sosiaalipalvelujärjestelmän palvelut ovat yksi keskeinen tapa toteuttaa sosiaalista tukea. Sosiaalialan työllä pyritään edistämään hyvinvointia niin yksilön, ryhmien kuin yhteisöidenkin näkökulmista ja työssä hyödynnetään laaja-alaista osaamista ja menetelmiä. Keskeisinä toimintatapoina ovat esimerkiksi psykososiaalinen työ, verkostotyö ja moniammatillisessa työssä sosiaalisen, sosiaalisen toimintakyvyn ja yksilön kokonaistilanteen hahmottaminen. Sosiaalipalvelujärjestelmän tarjoama sosiaalinen tuki ei siis ole pelkästään konkreettista suorittamista, kuten esimerkiksi asuntoasioiden järjestelyä tai toimeentulotuen myöntämistä, vaan kokonaisvaltaista asiakkaan tukea. (Suonio, Linderborg & Lassila 2014.)

Tutkimuksessamme ymmärrämme sosiaalisen tuen Casselin (1976) tavoin sosiaalisten suhteiden läheisyyden perusteella yksilön ympärille muotoutuvina kaarimaisina vyöhykkeinä (ks. kuva 1). Erityisesti henkilöä lähinnä oleva taso on merkittävää ihmisen terveydelle ja psykofyysissosiaaliselle hyvinvoinnille. Yksilöä lähinnä olevan, primaaritason sosiaalisen tukirakenteen muodostavat oma perhe ja läheisimmät ihmiset. Seuraava sekundaaritason kaari muodostuu ystäväistä, sukulaisista, naapureista ja työtovereista. Kolmanteen, tertiaaritason kuuluvat tuttavat sekä viranomaisilta ja julkisilta yhteisöiltä saatu apu ja tuki. (Kumpusalo 1991, 15.)



Kuva 1. Sosiaalisen tuen tasot Casselin mukaan (Kumpusalo 1991)

Tutkimuksessamme sosiaalinen tuki käsittää läheisten ja yhteiskunnallisen palveluverkoston tuen sekä kolmannen sektorin ja harrastus- ja työyhteisöjen ym. tarjoaman tuen. Ajattelempa, että monipuolisesti sosiaalista tukea lisäämällä henkilön sairautentunnetta ja stressiin määrää voidaan vähentää. Asiakasta voidaan ohjata tunnistamaan normaalit kehon tuntemukset ja erottamaan ne sairaudesta. Näin on mahdollista vähentää asiakkaan huolta, stressiä, sekä herkkää hoitoon hakeutumista ja lisätä kokemusta hyvinvoinnista.

Tutkimme asiakaskirjausmerkintöjen perusteella suurkäyttäjäasiakkaiden saamaa sosiaalista tukea, lähinnä sosiaalisen tuen muotoja ja tasoja hahmotellen. Pyrimme analysoimaan sosiaalisen tuen määrää ja merkityksiä. Emme kykene mittaamaan asiakkaiden omia mielipiteitä tai tuntemuksia sosiaalisesta tuesta, sen laadusta, riittävydestä tai merkityksistä. Lähinnä voimme saada selville viitteitä sosiaalisen tuen laajuudesta ja antajatahoista. Sosiaaliseen tukeen näemme liittyväksi myös yksilön tunteen siitä, että hänestä pidetään huolta ja välitetään, tunteen kunnioitetuksi ja arvostetuksi tulemisesta, mahdollisuuden saada tietoa, tukea ja ohjausta sekä mahdollisuuden saada aineellista apua ja tukea. Tässä työssä tätä aspektia ei valitettavasti ollut mahdollista tavoittaa.

## 2.6 Sosiaalinen tuki, hyvinvointi ja terveys

Sosiaalisen tuen ja sen vaikutuksesta terveyteen on oltu enenevässä määrin kiinnostuneita aina 1970-luvun jälkipuolelta alkaen. Tuolloin Cassel (1976) esitteli laajan arvioinnin pohjalta olettamuksen sosiaalisten suhteiden ja sosiaalisen tuen keskeisestä osuudesta terveyden säilymisessä, joiden hän esitti vaikuttavan immunologisten ja neuroendokriinisten toimintajärjestelmien kautta henkilön alttiuteen sairastua. Cassel (1976) katsoi syntyvän sairauden riippuvan taudinaiheuttajasta, mutta riskin sairastua muun muassa sellaisista alttiuteen vaikuttavista tekijöistä kuin liitynnästä sosiaaliseen lähiyhteisöön ja siitä saatuun sosiaaliseen tukeen. Sosiaalisen tuki on tärkeä suojaava tekijä erilaisten elämäntapahtumien ja kriisien haittavaikutuksia vastaan (Cassel 1976).

Sosiaalinen tuki kuvaa sitä, miten ja millaisia suhteita ihminen luo ympäröiviin yhteisöihin ja yhteiskuntaan. Sosiaalisen tuen, kuten myös sosiaalisen pääoman perusta löytyy ihmisen perustarpeista, joten niillä on keskeinen merkitys ihmisen hyvinvointiin ja hyvään elämään. Yhteistä näille käsitteille on tunne kuulumisesta johonkin, luottamus ja vastavuoroisuuden kokemus sekä sosiaalinen sitoutuminen ryhmiin ja verkostoihin. Suomalaisissa tutkimuksissa on todettu runsaan ystäväpiirin, luottamuksen ja erilaiseen yhteisölliseen toimintaan osallistumisen edistävän hyvinvointia ja toimivan terveyden lähteenä. Sosiaalinen tuki on liitetty terveyden psykososiaalisiin voimavaroihin ja sosiaalisen tuen merkitys hyvinvoinnille on kiistaton. (Kukkurainen 2006, 36–38.) Sosiaalinen tuki on tärkeä keino esimerkiksi masennuksesta toipumisessa riippumatta masennuksen vakavuudesta tai siihen saadusta hoidosta (Hiilamo & Tuulio-Henriksson 2012).

Sosiaalinen tuki on vuorovaikutuksessa tapahtuvaa toimintaa, joka auttaa yksilöä kohtaamaan ja selviytymään paremmin vaikeissa elämäntilanteissa sekä kriisi- ja ristiriitatilanteissa. On todettu, että ihmisen saama sosiaalinen tuki myös vaikuttaa myönteisesti ihmisen terveyteen. (Tarkka 1996, 16–17.) Sosiaalisen tuen voidaan ajatella vaikuttavan suoraan henkiseen tai fyysiseen terveyteen tai epäsuorasti stressitilanteen aiheuttamaan reaktioon, vähentäen tilanteen negatiivisten tekijöiden vaikutusta (Kukkurainen 2006, 39).

Sosiaalisten suhteiden laatu ja määrä vaikuttavat elinikään ja terveyteen. Toiminnallinen tuki ja etenkin emotionaalinen tuki ovat hyvinvoinnin ja terveyden

kannalta tärkeämpiä kuin ihmissuhteiden määrää. Alentunut sosiaalinen tuki voi heikentää hyvinvointia. (Kukkurainen 2006, 39.) Vaikutukset tulevat esille useiden tutkijoiden mukaan sosiaalisen tuen saamisen lisäksi mahdollisuudesta sosiaaliseen tukeen, jolloin jo silläkin on tärkeä terveyttä edistävä ja ylläpitävä merkitys elämässä (Metteri & Haukka-Wacklin 2004, 55). Lisäksi merkityksellisyyteen liittyy kokemus kuulluksi tulemisesta ja itsensä ilmaisemisen sekä määrittelemisen mahdollisuus sosiaalisissa suhteissa. Henkilön kokiessa tätä sosiaalisissa suhteissaan eli sosiaalisen tuen ollessa hyvää, lisääntyy hyvinvointi ja ihminen saa vaikeissa elämäntilanteissa voimia. (Heino & Kärmenniemi 2013.)

Sosiaalinen tuki saa ihmisen tuntemaan, että hän on rakastettu, arvostettu ja vastuullinen jäsen yhteisössä ja että hänestä välitetään ja pidetään huolta. Sosiaalinen tuki vaikuttaa positiivisesti sekä negatiivisesti ihmisen fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen. Sosiaalinen tuki toimii raskaiden elämäntapahtumien, kriisien ja psyykkisen stressin puskurina. Heikko sosiaalinen tuki yhdistettynä psyykkiseen stressiin lisää terveyspalvelujen käyttöä. (Jyväsjärvi 2005, 413.)

Asiakkaan lähipiiri vaikuttaa terveyspalveluiden käytön herkkyyteen. Asiakkaat, joilla on hyvin kehittynyt tiivis sosiaalinen verkosto, käyvät lääkärin vastaanotolla vähän. Asiakkaan sairauskäyttäytyminen voi olla perheestä opittua ja herkkyys hakeutua lääkäriin, etenkin terveyspalveluita paljon käyttävissä perheissä, voi siirtyä sukupolvelta toiselle. (Campbell & Roland 1996, 76.) Sosiaalinen tuki toimii eri tavoin naisilla ja miehillä. Sosiaalisen tuen ja fyysisen terveyden välillä on vahvempi yhteys miehillä kuin naisilla ja sosiaalisen tuen ja psyykkisen terveyden välillä vahvempi yhteys naisilla kuin miehillä. (Kukkurainen 2006, 39, 40.)

Berkmanin ym. (2003) mallin mukaan sosiaalisen verkoston vaikutukset terveyteen toimivat erilaisten polkujen kautta: tarjoamalla sosiaalista tukea, antamalla sosiaalisia vaikutteita, tarjoamalla voimavaroja ja aineellisia hyödykkeitä sekä mahdollistamalla sosiaalista sitoutumista, osallistumista ja henkilökohtaisia kontakteja. Nämä psykososiaaliset prosessit, jotka ovat liitoksissa käyttäytymiseen, vaikuttavat puolestaan terveyteen fysiologisten ja psykologisten mekanismien ja terveyskäyttäytymisen kautta.



Sosiaalisella tuella on sekä suoria että epäsuoria vaikutuksia terveyteen sekä kohentavia vaikutuksia sekä fyysiseen, psyykkiseen että sosiaaliseen toipumiseen. Riittävä sosiaalinen tuki nopeuttaa työelämäänpaluuta sairauden jälkeen, vähentää terveystalvelujen tarvetta ja vaikuttaa positiivisesti sairauden eri vaiheista toipumiseen. (Kumpusalo 1991, 17.) Esimerkiksi päihteidenkäyttäjien toipumisessa on sosiaalisten verkostojen ja sosiaalisen tuen merkitys havaittu useissa tutkimuksissa (esim. Ellis, Bernichon, Yu, Roberts & Herrell 2004; Sarpavaara 2014).

Hoitotyössä sosiaalinen tuki on hoitoon tai kuntoutukseen kuuluva erityinen voimavara, jossa asiakkaan tarpeet tulevat tyydytetyiksi ammatillisen suhteen kautta (Kukkurainen 2006, 39). Sosiaalisen tuen oikea-aikaisuus on erityisen tärkeää, tukea on oltava saatavilla heti kun sitä tarvitaan. Liian aikaisin saatu tuki vähentää omatoimisuutta ja lisää riippuvaisuutta tuen antajista. (Kumpusalo 1991, 17, 20.)

Puutteet sosiaalisessa tuessa on tutkimuksissa yhdistetty lisääntyneeseen kuolemanvaaraan (Bowling 1997; Berkman & Syme 1979) ja heikentyneeseen sairauksista toipumiseen sekä huonoon psyykkiseen terveyteen (Bowling 1997). Kontaktit sukulaisten ja läheisten ystävien kanssa vähentävät kuolemanvaaraa yli 60-vuotiaiden keskuudessa ja nuoremmilla naimisissa ololla oli sama vaikutus. (Seeman, Kaplan, Knudsen, Cohen & Guralnik 1987.) Yleisesti vähäinen sosiaalinen tuki ja vuorovaikutuksen puute lasten ja sisarusten kanssa lisäsivät kuolemanvaaraa (Blazer 1982). Heikko sosiaalisen tuen verkosto sekä vähäinen sosiaalinen aktiivisuus ja osallistuminen liittyivät lisääntyneeseen kuolemanvaaraan (Walter-Ginzburg, Blumstein, Chetrit & Modal 2002). Sosiaalinen aktiivisuus on nähty kuolemanvaaraa vähentävänä tekijänä (Glass, Mendes de Leon, Marottoli & Berkman 1999; Jylhä & Aro 1989).

Sosiaalisella tuella ja sosiaalisella aktiivisuudella on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia, sillä aktiivinen elämän tyyli edistää terveyttä ja kognitiivisia toimintoja (Mendes de Leon, Glass & Berkman 2003; Gleit, Landau, Goldman, Chuang, Rodrigues & Weinstein 2005). Lisäksi sen on todettu suojaavan dementialta (Wang, Karp, Winblad & Fratiglioni 2002) ja depressiivisyydeltä (Glass, De Leon & Bassuk 2006; Lampinen 2006) sekä ehkäisevän toimintarajoitusten kehittymistä (Avlund, Lund, Holstein, Due, Sakari-Rantala & Heikkinen 2004). Dementialta suojaaviksi tekijöiksi on havaittu myös naimisissa olo

ja läheiset ihmissuhteet (Fratiglioni, Wang, Ericsson, Maytan & Windblad 2000), jotka myös liittyvät sosiaaliseen tukeen. Tikkanen (2006) on havainnut tutkimuksessaan, että leskeys, yksin asuminen erityisesti miehillä ja ystävien määrä sekä tapaamistiheys ovat yhteydessä hyvinvointiin. Passiiviset auttamuksuhteet sukulaisten, ystävien ja naapureiden kesken sekä vähäinen osallistuminen vapaa-ajantoimintoihin ja palkalliseen työhön ennustivat pitkäaikaiseen laitoshoitoon joutumista iäkkäillä (Vanhala, Sintonen, Immonen, Kytölä & Pynnönen 2007).

Terveyspalveluiden suurkäyttäjät tunnistavat itsessään enemmän fyysisiä ja psyykkisiä oireita kuin muut. He eivät löydä normaaleja selityksiä oireilleen, normaalit tuntemukset koetaan herkästi haittaavina oireina ja tästä syystä heillä on yleistä alhaisempi oireilukynnys ja he hakeutuvat herkemmin hoitoon. Myös mieliala vaikuttaa oireherkkyyteen. (Jyväskylä 2005, 411, 412.)

## 2.7 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalisen toimintakyvyn mittaaminen edellyttää useiden erilaisten ulottuuksien huomiointia, mikä tekee siitä myös haasteellista. Väestötutkimuksissa sosiaalista toimintakykyä on mitattu enimmäkseen sosiaalisen osallistumisen laajuutena ja onnistuneisuutena tai kuvaamalla liki-indikaattoreita, kuten verkostoa, sosiaalista aktiivisuutta, sosiaalista tukea ja yksinäisyyttä. Suositeltavaa olisi käyttää laajemmalti sosiaalisen toimintakyvyn laajuutta ja monitasoisuutta kuvaavia menetelmiä, jotka erittelevät kykyä olla vuorovaikutuksessa, kykyä suoriutua erilaisista sosiaalisista tilanteista ja kykyä toimia yhteisöissä ja laajemmalti yhteiskunnan jäsenenä sekä kykyä tehdä johtopäätöksiä ja hallita elämänsä niiden pohjalta. On suositeltu, että sosiaalista toimintakykyä arvioitaessa huomioidaan 1. sosiaalinen verkosto ja sosiaalinen eristyneisyys, 2. sosiaalinen yhteisyys, 3. yksinäisyys, 4. sosiaalinen aktiivisuus ja osallistuminen ja 5. sosiaaliset taidot: sosiaalinen joustavuus ja vuorovaikutusongelmat. (Heikkinen & Tiikkainen 2011, 1–3.)

Sosiaalinen toimintakyky on yhteydessä yksilöön ja häneen liittyviin tekijöihin, kuten sosiaaliset taidot, temperamentti, tavoitteet ja arvot. Myös fyysisillä tekijöillä, kuten näöllä ja kuulolla on sosiaalisen toimintakyvyn kannalta merki-

tystä. Yhä enemmissä määrin myös tekniset valmiudet, kuten sosiaalisen median käyttö tai älypuhelimien omistaminen, vaikuttavat sosiaaliseen toimintakykyyn. Lisäksi sosiaalista toimintakykyä arvioitaessa on tärkeää muistaa, että se muotoutuu myös vuorovaikutuksessa sosiaaliseen verkostoon, yhteisöihin, elinympäristöön ja yhteiskuntaan sekä suhteessa niiden tarjoamiin mahdollisuuksiin ja rajoituksiin. Sosiaalista toimintakykyä arvioitaessa on huomioitava myös ihmisen osallisuutta ja toimijuutta vuorovaikutuksessa erilaisissa sosiaalisissa verkostoissa, joita ihmisen elämässä on sekä suoriutumista elämän rooleista, kuten esimerkiksi vanhemmuus, työrooli ja kansalaisuus. Myös sosiaalista aktiivisuutta ja osallistumista ylipäätään tulee arvioida sekä näitä suhteessa yhteisyyden ja osallisuuden kokemukseen, joka henkilöllä on. Huomionarvoisia tekijöitä sosiaaliseen toimintakykyyn nähden ovat vuorovaikutussuhteiden laatu ja tärkeisiin ihmissuhteisiin, joiden kautta henkilö tarvittaessa saa apua, liittyvä tapaamistiheys. Verkoston rakenne, sen dynaamiset piirteet ja yksilön kokemukset suhteessa verkostoonsa ovat myös asioita, joita ei voida sivuuttaa. Ongelmat sosiaalisessa toimintakyvyssä ilmenevät vaikeuksina selviytyä arjesta ja sen tehtävistä tai varsinaisina sosiaalisina ongelmina, kuten esimerkiksi päihteiden ongelmakäyttönä tai rikollisuutena. (Heikkinen & Tiikkainen 2011, 1–3.)

Sosiaalinen toimintakyky liittyy kiinteästi sosiaaliseen tukeen. Jyrkämä (2008, 276) on esittänyt, että sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnissa pitäisi siirtyä erityisesti toimintakyvyn aktiivisen käytön tarkasteluun. Toimintakykyä on usein lähestytty potentiaalisena toimintakykynä, joka kuvaa olemassa olevia mahdollisuuksia. Toisaalta erityisesti sosiaalisen tuen kannalta potentiaalisella toimintakyvyllä on suuri merkitys. Se näkyy luottamuksena siihen, että tukea ja apua on tarvittaessa saatavana, mistä seuraa turvallisuuden tunne, joka on esimerkiksi ikääntyneelle merkittävä asia kotona selviytymisen kannalta. (Sepänen, Simonen & Valve 2009, 8.)

Tässä työssä sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitamme henkilön sosiaalista verkostoa ja kykyä tai tapaa olla vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. Sosiaaliseen toimintakykyyn katsomme vaikuttavan paitsi henkilön fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn, myös esimerkiksi henkilön mahdollisen muistin heikkenemisen, vuorovaikutusta rajoittavien asioiden, turvallisuuden, mahdollisen yksinäisyyden, kohdatun kriisin ja henkilön aktiivisuuden.

## 2.8 Profilointi

Terveyspalveluiden suurkäyttäjät ovat hyvin heterogeeninen ryhmä, joka muodostuu lukuisista erilaisista yksilöistä. Jotta jokaista suurkäyttäjää voidaan palvella yksilöllisesti ja kohdennetusti: tehdä oikeita johtopäätöksiä ja hoitovalintoja, on tieto erilaisista terveyspalveluiden suurkäyttäjistä tärkeää. Suurkäyttäjien profiloitintehtävä on tutkimuksessamme keskeinen, paitsi yksilön hyvinvoinnin lisäämiseksi, myös palveluiden kehittämisen kannalta.

Sivistyssanakirja (Pienehkö sivistyssanakirja 2016) kuvailee sanan *asiakasprofiili*: ”asiakaskunnan yleiset ominaisuudet ja jakautuminen eri asiakastyyppeihin”. Asiakasprofiloinnissa asiakassuhdetta analysoidaan asiakkaan käyttäytymistietojen ja asiakasdialogin tuottaman tiedon perusteella suhteen useilla eri ulottuvuuksilla. Profilointiprosessin tulos on kuvaus asiakassuhteesta ja sen kehittämisessä huomioitavista seikoista. Asiakasprofiloinnilla pyritään selvittämään asiakassuhteiden tilanne. Tietoja hyödyntämällä pyritään tekemään oikeita toimia oikeaan aikaan ja oikeanlaisina, jolloin turhien toimenpiteiden ja kontaktien määrä vähenee. Jatkuvan seurannan avulla asiakkaan käyttäytymistä voidaan seurata ja muutokset huomataan tietokantaan ohjelmoitujen hälytysten ansiosta nopeasti. Profiloinnin tarkoituksena on asiakkaan ja hänen käyttäytymisensä ymmärtäminen. Ymmärrystä ja tietoa hyödyntämällä pyritään kehittämään yksilöllisiä asiakassuhteita. (Pöllänen 2003, 120.)

Asiakasprofiilin perusteella voidaan määritellä toimenpiteet, joiden perusteella asiakassuhdetta kehitetään tavoitteena asiakkaan ja palveluntuottajan tyytyväisyys palvelun kehittämiseen. Asiakassuunnitelma sisältää kaikki yksilölliset asiakkaaseen suunnatut toimenpiteet aikatauluineen, joilla asiakassuhdetta aiotaan kehittää. Profiloinnissa on usein apuna automatisoitavat, hälyttävät tietojärjestelmät. (Pöllänen 2003, 130–131.)

Nykyaikaisella profiloinnilla voidaan tarkoittaa myös analyysimenetelmää, jossa psykologiatieteiden avulla määritellään rajattuja henkilön piirteitä (Laurimo 2008). Rikoksentehtäjän profilointi on osoittautunut hyväksi menetelmäksi muun muassa rikostapausten tutkimisessa. Profiloinnilla muodostetaan tietoa todennäköisyyksistä. (Haapasalo 2008, 136.) Näillä määriteltävillä piirteillä tar-

koitetaan esimerkiksi rikollisuuteen taipuvaisen henkilön persoonallisuutta, rikostaustaa tai alueellista liikkuvuutta. Profilointi perustuu psykologiatieteen teorioihin ja menetelmiin, mutta taustalla on myös aikaisempia henkirikoksia käsitteleviä oikeuslääketieteellisiä ja psykologisia tutkimuksia. (Laurimo 2008.) Oletuksena on, että jokaisella ihmisellä on ominainen, toistuva tapa toimia. Profilointi on tietojen keräämistä, kokoamista, analysointia ja päätelmien tekemistä. Profiloinnin avulla voidaan päätellä millainen ihminen on kyseessä, miten hän yleensä toimii ja miksi hän toimii, kuten toimii. (Haapasalo 2008, 136.)

Profilointi käsitteenä ei ole täysin vieras sosiaali- ja terveystieteissä eikä lääketieteessä. Esimerkiksi jo 1950-luvulla Englannissa kiinnitettiin huomiota tiheästi terveyspalveluita käyttäviin asiakkaisiin (Jyväskylä 2005, 410) ja 1970-luvulla Suomessa pyrittiin pienimuotoisesti luokittelemaan suurkäyttäjiä (Koskela 2008, 41). Profiloinnille sinällään ei ole muodostunut näillä aloilla tiettyä määritelmää.

Tutkimuksemme päätehtävänä on selvittää, keitä PoKS:n yhteispäivystyksen suurkäyttäjäasiakkaat ovat. Lisäksi profiloimme, eli luokittelemme, asiakkaat erilaisiin ryhmiin, jotta voisimme lisätä asiakkaiden tunnistettavuutta ja oikea-aikaisen ja -tahoisen palvelun saantia. Tutkimuksessamme näemme profiloinnin asiakkaiden henkilöhistorian, terveyskäyttäytymiseen liittyvien tietojen ja ominaisuuksien kokoamisena ja luokitteluna erilaisiin tyyppeihin. Pyrimme profiloinnin avulla tunnistamaan terveydenhuollon suurkäyttäjäryhmät erilaisten ryhmälle ominaisten piirteiden pohjalta ja havainnoimaan asiakkaiden auttamisessa ja palvelujen kehittämisessä huomioitavia asioita.

### 3 TUTKIMUKSEN TAUSTA, TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tarve yhteispäivystyksen suurkäyttäjä tutkimukselle on syntynyt Pohjois-Kymen sairaalassa päivystyskäyntien lisääntymisen myötä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystyksen keskittämisen myötä päivystyskäynnit PoKS:n yhteispäivystyksessä ovat luonnollisesti lisääntyneet. Päivystyskäyntimäärien lisääntymisen hallitsemiseksi ja potilaiden oikea-aikaisen ja oikeanlaisen palvelun sekä avun tarjoamiseksi on tärkeää kehittää terveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteisiä käytäntöjä sekä ennaltaehkäisevää työtä.

Kuten Nyman ja Jäppinen (2015, 5) toteavat, suurkäyttäjien tunnistaminen saattaa auttaa asiakkaiden tarpeiden mukaisessa palvelujen kohdistamisessa.

Tutkimme Kouvolan alueen yhteispäivystyksen (perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistetyt päivystyspalvelut Pohjois-Kymen sairaalassa) suurkäyttäjääsiakkaita. Emme tavanneet asiakkaita, vaan tutkimme päivystyskontaktin yhteydessä tehtyjä asiakasasiakirjamerkintöjä sekä asiakkaan muita Terveys- ja SosiaaliEffica -kirjauksia ajanjaksolta 1.1.2014–30.6.2015. Suurkäyttäjien asiakirjamerkintöjä analysoimalla tunnistamme erilaisia suurkäyttäjäryhmiä, analysoimme heidän saamaansa sosiaalista tukea ja nostamme esiin kehittämissuhteita Pohjois-Kymen sairaalan yhteispäivystyksen suurkäyttäjien asiakasohjaukseen.

Terveyden- sekä sosiaalihuollon suurkäyttäjäyhtä ja erityisesti niitä yhdessä on aikaisemmin tutkittu melko vähän. Tutkimukset ovat pääasiassa keskittyneet perusterveydenhuollon suurkäyttäjäyhteen ja suurkäytön aiheuttamiin kustannuksiin. Vastaavaa tutkimusta, jossa olisi tutkittu sekä sosiaali- että terveydenhuollon suurkäyttäjääsiakkuutta päivystyspalveluissa tai terveydenhuollossa sosiaalisen tuen viitekehityksessä ei ole tehty. Kuntaliitto on tutkinut iäkkäiden ihmisten päivystykseen lähtösyitä laadullisesti vuonna 2014. Lisäksi joitakin terveydenhuoltopalveluiden suurkäyttäjätutkimuksia on tehty loppuvuoden 2015 aikana. Tässä tutkimuksessa on ainutlaatuinen tilaisuus päästä selvittämään suurkäyttöä ja sosiaalista tukea sekä terveyden- että sosiaalihuollon asiakaskirjauksia tutkimalla.

### 3.1 Tutkimuksen tavoitteet

Opinnäytetyömme tavoitteena oli selvittää, millaisia vuonna 2014 Pohjois-Kymen sairaalan yhteispäivystykseen yli 10 kertaa kontaktin ottaneet asiakkaat, eli suurkäyttäjääsiakkaat, ovat ja millaista sosiaalista tukea he ovat saaneet vuoden aikana. Pyrimme profiloimaan suurkäyttäjiä ja tunnistamaan monitautisimmat, vaikeimmin autettavat suurkäyttäjäryhmät. Tutkimuksen ja analyysin teimme Terveys- ja SosiaaliEffica-asiakastietojärjestelmiin tehtyihin kirjauksiin perehtymällä. Sosiaaliseen tukeen luimme kuuluvaksi asiakkaiden läheisverkostoilta, ystäviltä ja viranomaisilta saadun tuen. Pyrimme myös tun-

nistamaan, mitä kehittämisen paikkoja yhteispäivystyksen suukäyttäjien palvelukokonaisuudessa ilmenee. Pohdimme ja arvioimme, voitaisiinko suurkäyttäjien tarpeisiin vastata päivystyksen sijaan tai lisäksi myös sosiaalityön keinoin. Tehtävänämmä on myös nostaa esiin mahdollisia tapoja kehittää päivystyspalvelujen asiakasohjausta ja yhteistyötä perusterveydenhuollon- ja sosiaalityötoimen kanssa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia asiakasryhmiä suurkäyttäjät ovat?
2. Millaista sosiaalista tukea suurkäyttäjät ovat saaneet?
  - 2.1. Mitä palveluja suurkäyttäjät ovat käyttäneet?
3. Millaisia palvelujen kehittämistarpeita suurkäyttäjäanalyysi nostaa esiin?

Suurkäyttäjien profiloinnissa pyrimme löytämään potilastietojärjestelmän kirjausten avulla vastaukset seuraaviin: potilaan asumismuoto, ikä, tulkinta päivystyksessä käynnin syistä, sosiaalinen status, verkosto, merkittävät elämäntilanteet ja taustat sekä palvelut ja hoitosuhteet. Analysoimme näitä ja etsimme mahdollisia yhtymäkohtia eri potilaiden profiileista.

Aikaisempiin tutkimuksiin peilaten (esim. Koskela 2008; Kivelä 2014; Nyman & Jäppinen 2015) ja tutkimuksen tilaajan päivystysmonitoridatasta tekemien päätelmien viitoittamina arvioimme suurkäyttäjäksi määrittyvän henkilöt, jotka käyttävät päivystyspalveluja suunnilleen 10 kertaa vuodessa. Myöhemmin tutkimuksen tilaajan tekemässä koeajossa havaittiin, että yli kymmenen kertaa vuoden 2014 aikana päivystykseen kontaktia ottaneet suurkäyttäjät kattoivat noin prosentin (238 kpl) kaikista päivystyskäyttäjistä. Tämän ajatuksen ohjaamina ja aineiston koon hallitsemiseksi päädyimme määrittelemään tässä tutkimuksessa suurkäyttäjiksi kaikki yli 10 (eli 11 tai enemmän) kertaa vuodessa päivystyspalveluihin kontaktin ottaneet potilaat. Kontakti tarkoittaa TerveysEfficapotilastietojärjestelmään tehtyä kirjausmerkintää. Kontakti voi olla puhelu, käynti sairaanhoitajalla tai lääkäriellä tai toimenpide.

Tutkimuksemme alustavana lähteenä ja innoittajana toimi Kouvolassa vuonna 2013 PwC:n toteuttama päivystyskäyttäjien asiakasvirta-analyysi. Tutkimuksen pääaineistona oli Kouvolan kaupungin potilastietojärjestelmistä kerätyt tiedot ajalta 1.11.2012–31.10.2013. Asiakasvirta-analyysin tarkoituksena oli päi-

vystyksen keskeisten asiakasryhmien ja päivystyskäyttötapojen tunnistaminen. Tutkimuksessa suurkäyttäjiksi määriteltiin asiakkaat, jotka kävivät vuoden aikana päivystyksessä neljä kertaa tai enemmän. Suurkäyttäjää oli väestöstä 6 % ja he aiheuttivat 22 % päivystyskäynneistä. Analyysissä todettiin monimuotoisen suurkäyttäjäryhmän toistuvien käyntien aiheuttavan merkittävää kuormitusta päivystyksessä. (PwC 2014.)

### 3.2 Tutkimusasetelma

Vaikkakin meillä ja tutkimuksen tilaajalla oli jonkinlaisia ennakkoavistuksia suurkäyttäjien profiileista, perustuen aikaisempiin tutkimuksiin sekä käytännön kokemuksiin, emme asettaneet hypoteeseja, vaan lähdimme tutkimaan asiaa uteliaina vailla ennakko-odotuksia. Ajattelimme, että todennäköisesti suurkäyttäjistä paljastuu ennakkoavistustemme lisäksi myös uusia, yllättäviäkin asioita. Tutkimuksemme on perustutkimus, mikä toimii pohjatietona monenlaisille ja kiinnostaville jatkotutkimuksille. Toivomme, että tämän, tai viimeistään tutkimuksemme jälkeisten mahdollisten jatkotutkimusten avulla on mahdollista kehittää yhteispäivystyskäytäntöjä ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä sekä Kouvolan kaupungin päivystystoiminnan mallia suurkäyttäjien tunnistamisessa ja oikeanlaisen palvelumallin kehittämisessä.

Emme tehneet retrospektiivistä rekisteritutkimusta, sillä rekistereistä emme olisi löytäneet vastauksia tutkimuskysymyksiimme etenkin tutkimuksemme tärkeimmästä aiheesta, sosiaalisesta tuesta. Toisaalta halusimme etsiä vastaukset tutkimuskysymyksiimme asiakaskirjauksista ja ohessa tehdä havainnot siitä, minkälaista sosiaalisen tuen kirjaaminen on terveys- ja sosiaalialalla. Varsinaisen rekisteritutkimuksen käyttöluvan saaminen olisi voinut kestää hyvinkin kauan (3 kk – 1 vuosi) (Rekisteritutkimuksen tukikeskus 2015), eikä meillä ollut aikaa odottaa niin kauan, sillä tutkimuksemme tuli olla valmis vajaan vuoden kuluessa.

Henkilötietolain (523/1999) mukaan henkilötietoja saa käsitellä ainoastaan henkilön suostumuksella, myös tutkimustarkoituksessa. Tietyissä tilanteissa tietojen käsittely kuitenkin on mahdollista myös ilman suostumusta. Tämä on todettu henkilötietolain 14. §:ssä. Emme tarvinneet tutkimuksellemme suostumusta tutkittavilta, sillä kaikki 1. momentin kohdat täyttyvät tutkimuksessamme



yhtä aikaa ja tutkimuksemme perustui pelkästään rekisteritietoihin emmekä keränneet mitään tietoja rekisteröidyiltä henkilöiltä. (Ks. Rekisteritutkimuksen tukikeskus 2015.)

Esitämme tutkimuksemme tulokset sanallisesti sekä graafisina kuvioina ja taulukoina. Tarkoituksenamme on kuvioden avulla tiivistää aineiston sanoma keskeisiin asioihin, elävöittää ja havainnollistaa raporttia sekä osoittaa totuudenmukaisesti tietojen sisältämä fakta. (Ks. Holopainen & Pulkkinen 2008, 46.)

Havainnollistamme tutkimuksemme tuloksia erilaisilla graafisilla esityksillä eli diagrammeilla. Diagrammi on havainnollistava esitystapa, se havainnollistaa esitettävän asian yhdellä silmäyksellä ja siitä näkee myös poikkeamat. (Ks. Holopainen & Pulkkinen 2008, 53). Käytämme pylväsdiagrammeja ja ristiintaulukoimme aineistoamme. Ristiintaulukoinnilla on tarkoitus selvittää kahden luokitellun muuttujan välisiä yhteyksiä, sitä millä tavalla ne vaikuttavat toisiinsa. (Heikkilä 2014, 198).

Tutkimuksessamme on sekä kvantitatiivisen että kvalitatiivisen tutkimuksen ominaisuuksia, mutta tutkimusmenetelmämme on pääasiassa kvantitatiivinen. Kvantitatiivinen, yleistävä tutkimus näkee maailman ja tutkittavan tilanteen ikään kuin seisahtuneena (Hakala 2015, 21). Tutkimuksemme on perus- tai esitutkimus, esiselvitys siitä, minkälaisia henkilöitä yhteispäivystyksen suurkäyttäjääsiakkaat ovat. Olemme valinneet tutkimusmenetelmäksi kvantitatiivisen kyselytutkimuksen, sillä pyrimme objektiivisuuteen, asioiden yleistettävyyteen sekä tarjoamaan tutkimuskohteille saman puolueettoman painoarvon kuten Hakala (2015, 23) ohjaa. Tutkimuksemme numeeriseen tietoon perustuvat aineistot ja tulokset ovat päteviä ja luotettavia, koska ne perustuvat eksaktiin numeeriseen dataan, joka on yksiselitteisesti tulkittavissa ja analysoitavissa. Tutkimuksemme tuloksilla voimme esittää esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon päättäjille tai organisaatioiden esimiestasolle luotettavia tuloksia ja kehittämisehdotuksia, jota Hakala (2015, 21) pitää hyvänä keinona. Tutkimuslomakkeen avointen kysymysten ansiosta tutkimuksemme on osin myös kvalitatiivista. Avoimilla kysymyksillä koemme saavamme esiin ja tunnustettua sekä tutkimuksen kohteena olevien toimijoiden että asioita kirjanneiden ammattilaisten, kuin myös tutkijoiden tutkimusaineistosta esiin nostamat tulkinnat. (Ks. Hakala 2015, 22.)

Tiedonkeruulomakkeen loppuun olemme sijoittaneet avoimen kysymyksen: ”tutkijan tulkinta suurkäyttäjistä”, johon kirjasimme välittömästi jokaisen havaintoyksikön kirjausten lukemisen jälkeen päällimmäiset ajatuksemme suurkäyttäjän profiilista asiakaskirjausten kokonaisuuden pohjalta. Teimme siis tutkimuksen aineistonkeruun aikana alustavaa analyysia asiakastietojärjestelmän suurkäyttäjien profiileista. Hakalan (2015, 20) mukaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistonkeruu ja käsittely kietoutuvat yhteen ja tutkijalta vaaditaan jo aineistonkeruvaiheessa analyysiosaamista, sillä jo aineistoa koottaessa on luontevaa tehdä alustavaa tulkintaa. Tämä suuntaa aineistonkeruun jatkoa ja voi toisinaan myös rajata tutkimuksen kohteena olevaa joukkoa sekä muuttaa jopa tehtävänasettelua.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkija tarkastelee tutkittaviaan ulkopuolelta ja kvalitatiivisessa tutkimuksessa hänet mielletään usein sisäpiirin tarkkailijaksi. Molemmissa tapauksissa on tärkeää, että tutkija huomioi oman roolinsa. (Ks. Hakala 2015, 20.) Halusimme tutkimukseemme sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista otetta, sillä toivoimme tarkkoja, täsmällisiä tuloksia, joita on mahdollista saada kvantitatiivisessa tutkimuksessa, mutta myös syvällisiä ja kuvailevia vastauksia, jotka ovat kvalitatiiviselle tutkimukselle tyypillisiä (Ks. Hakala 2015, 21).

Kvantitatiivisen tutkimusosion tutkimusongelman ja tutkimusmenetelmän valinnan teimme melko aikaisessa vaiheessa. Kvalitatiivisen osion analysointia ja raportin muotoa emme sitä vastoin lyöneet lukkoon kovin varhaisessa vaiheessa, kuten Hakala (2015, 23) ohjaa. Päätimme asian vasta kun olimme saaneet tutkimusaineiston kokonaan syötettyä SPSS-ohjelmaan ja hahmotimme laadullisen tutkimusaineistomme kokonaisuuden ja laajuuden. Toimimme näin, koska Hakalan (2015, 23) mukaan kvalitatiiviselle tutkimukselle voi olla jopa haitallista, jos tehtävänasettelu tai raportin muoto on lyöty lukkoon varhaisessa vaiheessa tutkimusta. Toisaalta teimme jo aineistoon tutustuessamme ja sitä teemoittaessamme alustavia valintoja analyysitavasta, kuten Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2015, 224) suosittelevat.

Olemme pyrkineet muodostamaan aineistonkeruusta sellaisen, että se mahdollistaa sekä yleisen tilanteen että yksittäistapausten tarkastelun ja sitä kautta kohteen yleisen luonnehdinnan. Tämä on Hakalan (2015, 24–25) mukaan äärimmäisen tärkeää.

Emme ota kantaa suurkäyttäjäasiakkaiden sairastavuuteen, henkilökohtaisiin terveydenhuoltopalveluiden käyttöalttiuteen liittyviin taipumuksiin tai yhteis-päivystyskäyntien tarpeellisuuteen, kuten esimerkiksi Miettola, Halinen, Lippo-nen, Hietakorpi, Kaukonen ja Kumpusalo (2003) ovat tehneet. Emme aineis-tomme perusteella kykene vastaamaan tämän kaltaisiin kysymyksiin emmekä koe, että sosiaalisen tuen näkökulmasta olisi tarpeen lähteä arvioimaan esi-merkiksi päivystyskäyntien tarpeellisuutta, sillä tarpeellisuuden kokemus täy-tyisi nähdäksemme arvioida suurkäyttäjän näkökulmasta. Voimmekin todeta, että sosiaalipsykologisen terveystalveluiden käytön mallin mukaan tärkein käyttöön vaikuttava tekijä on yksilön näkemys omasta terveydentilastaan ja oireistaan eli koettu tarve. Yksilön käyttäytymiseen vaikuttavat sosiaalinen ym-päristö, aiemmat kokemukset terveystalveluista ja terveysasenteet. Myös asi-akkaiden päivystyksen käyntisyys diagnooseina olemme tarkoituksellisesti ra-janneet opinnäytetyömme ulkopuolelle, sillä sosiaalialan opiskelijoina halu-amme keskittyä asiakkaiden profiileihin sosiaalisen tuen näkökulmasta. Aikai-semmissä tutkimuksissa on pääosin tutkittu yksittäisten tai muutamien ter-veystalvelujen käyttöä, eikä niissä ole huomioitu sosiaalitalvelujen käyttäjiä (ks. esim. Koskela 2008) tai sosiaalisen tuen näkökulmia paljoltikaan.

## 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Emme aloittaneet kehittämistyötä tyhjästä, vaan nojasimme teorioihin, meto-deihin ja aiempiin tutkimuksiin, kuten Ojasalo, Moilanen ja Ritalahti (2009, 53) ohjaavat. Aiempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen tutustuessamme olemme pyr-kineet löytämään tehtävämme kannalta olennaiset asiat. Kehittämisasiheen yk-sityiskohdat ovat täsmentyneet hiljalleen prosessin edetessä, olemme pereh-tyneet aiheeseen ja selvittäneet, mitä voimme kysyä ja mikä on lopullinen ke-hittämistehtävämme. (Ks. Ojasalo ym. 2009, 53–54.)

### 4.1 Aineisto

Olisimme mielellämme haastatelleet suurkäyttäjiä, jotta tutkimustuloksemme olisivat olleet laadullisia ja syvällisiä. Tutkimuksemme perustutkimusluonteen vuoksi työn tilaaja toivoi laajempaa otetta aineistoon ja määritteli tutkimuksen aineistolähtöiseksi rekisteritutkimukseksi, jolloin yhteydenotot asiakkaisiin ei-vät olleet mahdollisia. Punnitsimme tutkimuksen alkuvaiheessa mahdollisten

haastateltavien asiakkaiden saavutettavuutta ja totesimme kattavan tutkimusaineiston saamisen vaikeaksi. Oikeastaan ainoa keino haastateltavien tavoittamiseksi olisi ollut päivystykseen jätettävät ilmoitukset, joissa olisimme etsineet haastateltavia. Tällä tavalla emme todennäköisesti olisi saaneet haastateltaviksemme kovin monipuolista asiakaskuntaa, sillä vastuu yhteydenotosta olisi jäänyt haastateltavalle ja asiakkaan olisi pitänyt osata itse laskea vuoden 2014 päivystyskäyntinsä, olla motivoitunut yhteydenottoon ja fyysiseltä ja psyykkiseltä terveydeltään melko hyväkuntoinen kyetäkseen vastaamaan kysymyksiimme. Emme todennäköisesti olisi tavoittaneet esimerkiksi saattohoitovaiheen asiakkaita tai ihmisiä, joilla on pitkälle edennyt muistisairaus, kovaa kipuilua, vakavaa päihteidenkäyttöä tai vaikea masennus. Pohdintojemme jälkeen päädyimme keräämään tutkimuksemme aineiston pääasiassa määrällisesti tiedonkeruulomakkeen avulla. Näin saisimme kokonaiskuvan alueen suurkäyttäjilmiöstä ja -asiakkaista.

Oman ehdotuksemme ja tilaajatahon kanssa käymiemme yhteisten pohdintojen jälkeen päädyimme hakemaan luvat sekä Terveys- että SosiaaliEfficajärjestelmiin. Näin pystyimme saamaan mahdollisimman kattavan kuvan asiakkaiden suurkäyttäjäprofiileista. Rajasimme tutkimuksemme kattamaan ainoastaan Kouvolan alueen sosiaali- ja terveydenhuollon kirjaukset. Tutkimuksemme olisi laajentunut liiaksi, jos olisimme ottaneet tutkimukseen mukaan myös Carean eli Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän asiakastietojärjestelmäkirjaukset. Tiedostimme, että Carean kirjauksista olisimme saaneet runsaasti lisätietoa aiheesta ja osittain juuri siksi teimme tiukan rajauksen, koska halusimme pidättäytyä Kouvolan alueen palvelujen ja sosiaalisen tuen tutkimisessa.

Tutkimuksessamme tutkimme suurkäyttäjyyttä Kouvolan alueen kunnallisissa perusterveydenhuollon palveluissa määrällisesti tarkasteluvuoden ja myös seuraavan puolen vuoden ajalta. Näin saamme määrällisiä viitteitä suurkäyttäjyyden jatkumisesta tarkasteluvuoden jälkeen. Aloitimme tutkimusaineiston keruun heinäkuun alussa 2015 ja tutkimme asiakaskirjausmerkintöjä Pohjois-Kymen sairaalan tiloissa heinä–elokuun 2015. Molemmilta tutkijoilta kului tutkimuksen aineistonkeruuseen aikaa noin 150 tuntia. Seurantajaksoksi määrittelimme 1.1.2014–30.6.2015 välisen ajan. Tältä ajanjaksolta tarkastelimme asiakkaiden ajanvarauskirjan käyntimerkintöjä, minkä perusteella saimme viitteitä

suurkäyttäjäyden mahdollisesta jatkumisesta vuonna 2015. Tarkistimme myös, olivatko asiakkaat elossa seurantajakson päätyttyä.

#### 4.2 Tiedonkeruulomakkeen laatiminen

Päätimme kerätä tutkimustiedon strukturoidulle tiedonkeruulomakkeelle, kuten Vilkka (2007, 28) suosittelee, kun tutkittavia on suhteellisen paljon. Meillä tutkittavia eli havaintoyksiköitä oli tutkimuksessamme 238 kpl ja tarkastelimme heidän henkilökohtaisia terveystietojaan. Halusimme kerätä luotettavaa, yhdenmukaista tietoa. Tutkimuslomakkeen avulla on mahdollista muuttaa havaintoyksiköitä koskevat tiedot mitattaviksi, tunnistamattomiksi muuttujiksi (Vilkka 2007, 31), joten toimimme niin tutkittavien tietosuojan ja tutkimuksen eettisyyden sekä aineiston mitattavuuden vuoksi. Laadimme lomakkeen, tulostimme sen ja täytimme sitä käsin. (Ks. liite 1.)

Tiedonkeruulomakkeemme on kyselylomake, jossa on pääasiassa strukturoitu kysymyspatteristo suljetuin monivalintakysymyksin ja rajatuin vastausvaihtoehtoin. Monivalintakysymyksin varmistimme vastausten yhdenmukaisuuden ja tiedon käsittely nopeutui. Tiedonkeruulomakkeen tarkoituksena oli minimoida vastausvirheet, tasapuolistaa tutkijoiden työtä, tarkentaa tietojen tallentamista ja nopeuttaa tiedonkeruuta. Tutkimuksen päätyttyä lomakkeille kirjatut tiedot voidaan tarvittaessa säilyttää jatkotutkimuksia varten. (Holopainen & Pulkkinen 2008, 42.) Tiedonkeruulomakkeen kysymyksiin laadimme suurelta osin valmiit vastausvaihtoehdot aineistomme laajuuden, hallittavuuden ja vastausten vertailukelpoisuuden vuoksi. Lomakkeella oli myös muutama avoin, laadullinen kysymys takaamassa, että saimme kerättyä mahdollisimman kattavan tutkimusaineiston. Heikkilän (2014, 47) mukaan niille alueille tutkimusongelmassa, joiden vastausvaihtoehdot ei tunneta, on hyvä asettaa avoimia kysymyksiä. Pidimme todennäköisenä, että saisimme avoimilla kysymyksillä tietoa, jota strukturoiduilla kysymyksillä emme voisi saada. Avoin kysymys ei sulje pois mitään vastausvaihtoehtoja (Kananen 2011, 31).

Rakensimme lomakkeen kysymykset tutkimuksen tavoitteiden ja tutkimusongelmien mukaisesti tutkimusongelmiemme täsmennyttyä, kuten Valli (2015, 85) on kehottanut tekemään. Määrittelimme kysyttävät asiat ja rajasimme niitä

kriittisesti, kuten Koskinen, Uutela ja Mäntyranta (2004, 176) ohjaavat. Näin pyrimme kysymään kaiken olennaisen ja välttymään turhilta kysymyksiltä. Tiedonkeruulomaketta laatiessamme jouduimme siihen tilanteeseen, ettei saatavilla ollut aiemmin testattua mittaria, eivätkä kaikki tutkimamme asiat olleet mitattavassa muodossa. Tästä johtuen, aiheeseen liittyvään teoriaan ja aikaisempiin tutkimuksiin tutustumisen jälkeen, operationalisoimme itse käyttämämme käsitteet mittareiksi eli kysymyksiksi kuten Valli (2015, 85) on neuvonut tekemään. Pyrimme Vilkan (2007, 65) suosituksen mukaisesti varmistamaan jokaisen kysymyksen asiaongelman, vastaavuuden tutkimusongelmaamme, kysymyksen tarpeellisuuden, täsmällisyyden, hyvän muotoilun ja mittaamisen kohteen.

Laadimme lomakkeen niin, että poimimme asiat siihen kohtuullisen tarkasti. Analyysivaiheessa on mahdollista tiivistää liian hienojakoisesti kysytyt tiedot (KvantiMOTV 2010). Esimerkiksi vastaajien ikää on kysytty tarkasti, sillä ikää ei pidä kysyä luokiteltuna ilman erityisen painavaa syytä, kuten KvantiMOTV (2010) ohjaa. Tiedonkeruulomakkeemme on rakenteeltaan sellainen, että siinä on aluksi selittävinä muuttujina käytettäviä ns. taustakysymyksiä. Strukturoitujen kysymysten vastausvaihtoehdot olemme pyrkineet muodostamaan toisensa poissulkeviksi. (Ks. KvantiMOTV 2010.)

Otimme osassa kysymyksistä yksityiskohtaisempaan tarkasteluun asiakkaan tilanteen ensimmäisen ja viimeisen päivystyskäynnin yhteydessä, sillä tiedostimme asiakkaiden tilanteiden ja palveluiden muuttuvan suurkäyttäjäyden aikana. Valitsimme nämä kiinnepisteet esimerkiksi kuukausijaottelun sijaan, sillä osalla asiakkaista suurkäyttäjäyteen johtaneet yhteispäivystyskäynnit kestivät kuukauden ja osalla jopa 12 kuukauden ajan. Vuoden kontaktimääristä riippuen asiakkaan viimeinen käynti on toisilla asiakkailla siis yhdestoista käynti, ja joillakin se voi olla esimerkiksi neljäskymmeneskuudes. Emme halunneet tutkia jokaiselta ensimmäistä ja yhdettätoista käyntiä, sillä halusimme laajemman kuvan asiakkaiden koko suurkäyttäjäyden aikaisesta tilanteesta ja sen mahdollisesta kehittymisestä.

### 4.3 Tiedonkeruulomakkeen testaaminen ja otannat

Opinnäytetyön tilaajalta saimme listan, johon oli kerätty Pohjois-Kymen sairaalan vuoden 2014 yhteispäivystyksen suurkäyttäjääsiakkaiden tiedot. Lista oli jaettu neljään ikäryhmään: alle 65-vuotiaat, 65–74-vuotiaat, 75–84-vuotiaat ja yli 85 vuotiaat. Listan perusteella vuonna 2014 suurkäyttäjääsiakkaita oli 238 henkilöä.

Aloitimme tutkimuksemme tekemällä aineistosta ensin pienen, kahdeksan asiakkaan otannan satunnaisotannalla. Ihan aluksi meillä oli pääsy vain Terveystieteiden tutkimuskeskuksen asiakastietoihin, sillä SosiaaliEffica-tunnukset saimme lupa-asioiden vuoksi hiukan myöhemmin. Lomakkeen alkutestaamisen kannalta asialla ei ollut merkitystä, sillä testasimme saman otannan myöhemmin SosiaaliEffican asiakaskirjauksista. Otantaa tutkimalla testasimme ja kehitimme laatimaamme tiedonkeruulomaketta kattamaan perusjoukkoon liittyvät olennaiset tutkimuskysymykset. Heikkilän (2014, 58) mukaan lomake tulee aina testata ja testaamiseen riittää noin 5–10 havaintoyksikön otanta, kunhan testatessa mietitään lomakkeen toimivuutta sekä onko jotain olennaista jäänyt kysymättä, onko mukana turhia kysymyksiä ja kauanko vastaamiseen menee aikaa.

Olimme suunnitelleet tekevämme otannat systemaattisella otannalla, mutta koska asiakaslistat olivat ikäryhmittäin, päädyimme tekemään otannat satunnaisotannalla erikseen jokaisesta ikäryhmästä. Käytimme Holopaisen ja Pulkkinen (2008, 31) neuvomaa yksinkertaista satunnaisotantaa, jossa otantayksiköt poimitaan otokseen satunnaisesti, jolloin kaikilla perusjoukon havaintoyksiköillä on yhtä suuri todennäköisyys tulla valituksi otokseen. Numeroimme koko perusjoukon ykkösestä eteenpäin, kuten Holopainen ja Pulkkinen (2008, 31) opastavat. Tämän jälkeen päätimme otoskoon ja keräsimme Random.org-ohjelman avulla satunnaislukuja päättämämme määrän jokaisesta ikäryhmästä. Katsoimme, että otokseen tuli sekä miehiä että naisia. Lopuksi poimimme perusjoukosta satunnaislukujen osoittamat otantayksiköt ja aloitimme tekstien lukemisen.

Teimme ensin kahdeksan otantaa, kaksi tapausta jokaisesta ikäryhmästä. Aloitimme nuorimmista asiakkaista ja etenimme vanhimpiin asiakkaisiin. Ensimmäisten tapausten kohdalla silmäilimme kaikki asiakaskirjauslehdet, jotta

pystyimme hahmottamaan ne lehdet, joista löytäisimme vastaukset tutkimuslomakkeemme kysymyksiin. Myöhemmin osoittautui, että oli yksilöllistä, mitä kaikkia lehtiä meidän täytyi käydä läpi, jotta löysimme tarvitsemamme tiedot asiakkaasta. Jokaisen asiakkaan tietojen lukemisen jälkeen teimme tutkimuslomakepohjaan tarvittavia muutoksia. Holopainen ja Pulkkinen (2008, 43) kuvaavat kyselylomakkeen laatimista jatkuvaksi prosessiksi, jonka aikana lomaketta muokataan kerta kerran jälkeen, kunnes mitään korjattavaa ei enää ole.

Kahdeksan otannan jälkeen testasimme uutta lomaketta kymmenen otannan verran ja teimme jälleen tarvittavia muutoksia. Tähän otantaan otimme jokaisesta ikäryhmästä kaksi otosta ja loput kaksi lukumääräisesti suurimmista kahdesta ikäryhmästä. Huomasimme, että jokaisessa ikäryhmässä oli lomakkeen kysymyksiin ja vaihtoehtoihin vaikuttavia erityispiirteitä, joiden pohjalta lomaketta tuli muuttaa. Kymmenen otannan jälkeen päätimme ottaa vielä viisi satunnaisotantaa lomakkeen testaamista varten. Viidentoista koeotannan jälkeen olimme miltei tyytyväisiä lomakkeeseen. Tutkimuksen tässä vaiheessa saimme SosiaaliEfficaan tunnukset ja luimme sieltä koeotanta-asiakkaiden tekstit senhetkistä tutkimuslomaketta käyttäen ja sitä edelleen kehittäen. Tämän jälkeen teimme lomakkeeseen vielä tarvittavia tarkennuksia ja kävimme kaikki koeotanta-asiakkaat kerran läpi uuden lomakkeen avulla. Lopulta olimme tyytyväisiä lomakkeeseen ja aloitimme varsinaisen tiedon keruun.

Koeotannat teimme yhdessä, luimme tekstit yhdessä ja merkitsimme vastaukset lomakkeelle. Koevaiheen jälkeen molemmat olivat vuorotellen lukijana ja kirjurina kahden tapauksen ajan. Otimme kellolla aikaa jokaisen otannan kohdalla, jotta saimme suunnilleen tietää, kauanko yhden asiakkaan tietojen käsittelyssä menisi aikaa, ja voisimme arvioida tiedonkeruun kokonaiskestoja ja päättää, pystyisimmekö käymään läpi koko aineiston vai pitäisikö tutkimukseen tehdä rajauksia. Kunkin tapauksen käsittelyyn meni aloittaessamme aikaa noin 30–90 minuuttia, lopulta tapauksen keskimääräiseksi kestoksi vakiintui noin 30–45 minuuttia. Tältä pohjalta arvioimme, että teemme noin puolentoista kuukauden ajan tutkimusta päivittäin tai lähes päivittäin noin 6–8 tuntia kerrallaan. Koeotantojen, kellotuksen ja vuorottelun jälkeen jatkoimme työn tekemistä kumpikin itsenäisesti. Itsenäisen työn vaiheessa keskustelimme säännöllisesti kaikista mieltämme askarruttavista, tutkimuksen luotettavuuteen ja eettisyyteen liittyvistä asioista.



#### 4.4 Datan kerääminen tiedonkeruulomakkeella

Lopullista tiedonkeruulomaketta käyttäen kävimme asiakkaiden tietoja läpi TerveysEfficasta ja SosiaaliEfficasta -asiakastietojärjestelmistä. Luimme jokaisen asiakkaan tarkkaan rajattuja kirjauksia. Ensisijaisesti keskityimme päivystyskirjauksiin. Etsimämme tiedon kannalta kirjaaminen oli suppeaa ja tästä johdettua luimme myös muita lehtiä saadaksemme vastaukset tiedonkeruulomakkeen kysymyksiin. Perusterveydenhuollon tekstit silmäilimme läpi etsien merkintöjä asiakkaan toimintakyvystä ja sosiaalisesta tuesta. Luimme TerveysEfficasta muun muassa erikoissairaanhoidon päivystyksen (SIS ja KIR), kotihoiton (KOTIH), perusterveydenhuollon vastaanoton (YLE), sairaalan osastojen (SIS ja KIR) ja sosiaalityöntekijöiden (SOSI), ikäihmisten palveluohjaajien (SOS), terveyskeskuksen palveluohjaajan (SOS), omaishoidontuen palveluohjaajien (SOS) sekä asumispalveluyksiköiden (ASO) kirjaukset. Luimme tarpeen mukaan myös psykiatrian kirjaukset. Kirjasimme tiedot huolellisesti tutkimuslomakkeelle. SosiaaliEfficasta luimme vireillepanot, päiväkirjan sekä muut asiaankuuluvat kirjaukset. YLE-lehdelle kirjattiin vuonna 2014 sekä päivystyksen että perusterveydenhuollon lääkärikäynnit ja osittain erikoissairaanhoidon päivystyksen kirjaukset.

Kävimme tutkimuksen alkuvaiheessa tilaajan kanssa useampaan otteeseen keskusteluita tutkimuksemme rajaamisesta ja otannan laajuudesta. Mietimme, ottaisimmeko tutkimukseemme kuitenkin vain alle 65-vuotiaiden tai yli 65-vuotiaiden ikäryhmän tai rajatun otannan kaikista ikäryhmistä. Tutkimuslomakkeemme kysymyspatteristo oli koeotantojen myötä laajentunut niin paljon, että analysoitavaa olisi opinnäytetyötä varten tulossa todella paljon. Otannan rajaaminen oli lopulta vaikea asia, sillä tutkittavien määrä oli hallittavissa ja kyseessä oli perustutkimus, jonka pohjalta olisi jatkossa mahdollista tutkia asioita suppeammasta näkökulmasta ja pienemmällä otannoilla. Toisaalta työmäärä oli opinnäytetyön vaatimustasoon nähden valtava, toisaalta olimme tutkijoina erittäin kiinnostuneita lukemaan kaikkien suurkäyttäjien dokumentit ja työn tilaaja toivoi kokonaistutkimusta. Otantoja olisi myös ollut haastavaa rajata, sillä emme löytäneet meitä tyydyttävää tasavertaista rajaamisratkaisua. Lopulta päätimme tutkia koko aineiston. Emme tutkimusentekovaiheessa ha-

lunneet rajata kysymyksiä tai ikäryhmiä tutkimuksemme perustutkimusluonteen vuoksi. Päätöstämme edesauttoi se, ettemme kumpikaan olleet täysipäiväisesti mukana työelämässä. Päivätyön rinnalla emme mitenkään olisi kyenneet käyttämään aineiston lukemiseen ja analysoimiseen niin mittavaa määrää työtunteja.

Koko tutkimuksen ajan keskustelimme kaikista epäselvistä asioista yhdessä ja kirjasimme ylös yhteisen näkemyksen, jonka mukaan jatkoimme tapausten käsittelyä. Käytännössä luimme jokaisen asiakkaan asiakaskirjausmerkinnät yhdessä sopimamme suunnitelman mukaisesti vuodelta 2014 ja mikäli tarve vaati (eli emme löytäneet tutkimuslomakkeen kysymyksiin vastauksia), myös 2013 loppuvuodesta ja 2015 alkuvuodesta.

#### 4.5 Datan syöttäminen

Aineiston keräämisen jälkeen teimme työn optimalisoimiseksi SPSS-ohjelmaan syöttörungon yhdessä. Näin saimme syöttörungon käytettävyydeltään mahdollisimman hyväksi ja molemmat oppivat hyvän syöttötekniikan. Aineistosta noin 10 % syötimme yhdessä, loput tasaveroisesti itsenäisesti suhteessa 50 % - 50 %.

Aineiston käsittely alkoi lomakkeilla saadun aineiston tarkistamisella, tietojen syöttämisellä ja tallentamisella, kuten Vilkka (2007, 106) suosittelee. Aineiston tarkistamisen eli lomakkeiden tietojen tarkistamisen teimme samalla kun syötimme tietoja ohjelmaan. Kuten oletimme, vastausten laatu oli hyvää eikä asiattomasti tai puutteellisesti täytettyjä lomakkeita juurikaan ollut. Puutteellisten lomakkeiden vastaukset kategorisoimme ”ei tietoa” -vastausvaihtoehtoihin. Katoa (puuttuvien tietojen määrä) oli yksi lomake eli 0,43 prosenttia.

Tutkimuksen alussa numeroimme tutkimuslomakkeet perusjoukon numeroinnin mukaisesti. Tietojen syötön ohjelmaan teimme havaintoyksiköittäin. Kirjasimme jokaisen asiakkaan eli havaintoyksikön kaikki tiedot SPSS-ohjelman taulukoihin, josta muodostui havainto- tai datamatriisimme eli aineistomme. Strukturoidut kysymykset oli yksinkertaista syöttää ohjelmaan, mutta avointen kysymysten vastaukset meidän täytyi käsitellä manuaalisemmin ja poimimme, luimme, muuntelimme ja jaottelimme ne erilaisiin ryhmiin, jotta tuloksia voitiin

analysoida. Havaintoyksiköiden tietojen syöttämisessä olimme erityisen huolellisia, jotta välttäisimme tallennusvirheet, jotka ovat yleisiä. Lomakkeen tiedot tarkistimme jokaisen havaintoyksikön syöttämisen yhteydessä. (Ks. Vilka 2007, 111–114.)

#### 4.6 Analyysimenetelmät

Datan syöttämisen jälkeen päätimme lopulliset analyysimenetelmät. Kvantitatiiviseen osaan olisimme tehneet analyysin monimuuttujamenetelmällä, sillä olisimme mielellämme tarkastelleet yhtäaikaisesti useiden muuttujien välisiä yhteyksiä ja tässä yhteydessä pelkistäneet informaation. Aineistoamme ei kuitenkaan voitu käsitellä monimuuttujamenetelmin, sillä tutkimusdatamme ei sisällä asteikollisia jatkuvia monimuuttujavaihtoehtoja. Analyysimenetelmän valinnassa ja taulukoinneissa saimme apua oppilaitoksemme opettajilta ja SPSS-asiantuntijalta. Neuvotteluiden ja kokeilujen kautta päädyimme käyttämään ristiintaulukointeja. Samanaikaisesti, tulosten vääristymisen estämiseksi, päätimme poistaa aineistostamme alle 18-vuotiaiden datan. Alle 18-vuotiaita asiakkaita oli aineistossamme vain 8 kpl eli 3,4 prosenttia. Tämän jälkeen tarkasteltava joukkomme oli 230 henkilön suuruinen, mutta katoa oli yhden lomakkeen verran eli tutkimustulokset ovat muotoutuneet 229 henkilön tarkastelun kautta.

Tutkimusaineiston käsittelyssä aineiston ristiintaulukoinnilla voidaan kuvailla tuloksia sekä kartoittaa alustavasti vaikutussuhteita. Ristiintaulukointi antaa paitsi tutkijalle myös tutkimuksen lukijalle enemmän tietoa kuin yhteen suuntaan esitetyt frekvenssit. (Tilastollisen analyysin periaatteet.) Tutkimuksemme kvantitatiivista osuutta analysoimme siis ristiintaulukoiden avulla. Selvitimme kahden luokitellun muuttujan välistä yhteyttä toisin sanoen riippuvuutta eli sitä, millä tavalla muuttujat vaikuttavat toisiinsa. Vilka (2007, 129) toteaa, että ristiintaulukoinnilla pyritään löytämään muuttujia, jotka näyttävät selittävän toista muuttujaa.

Tutkimuksemme kvalitatiivisen datan analyysissä on sisällönanalyysin ja sisällön erittelyn elementtejä. Pyrimme luomaan selkeän, sanallisen kuvauksen tutkimustamme ilmiöstä. Sisällönanalyysillä pyrimme järjestämään keräämämme aineiston tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta aineiston sisältämää

informaatiota. Analysoinnilla koetimme lisätä aineiston informaatioarvoa ja luoda selkeyttä aineistoon, jotta voimme tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

#### 4.6.1 Dokumenttianalyysi

Opinnäytetyömme analyysimenetelmänä on dokumenttianalyysi. Analysoimme asiakaskirjausjärjestelmien asiakaskirjauksia etsien vastauksia tutkimuskysymyksiimme. Käytimme sekä sisällönanalyysia että sisällön erittelyä. Menetelmämme on siten sekä määrällinen (kvantitatiivinen) että laadullinen (kvalitatiivinen). Tiedon keräämiseen käytimme eräänlaista kyselylomaketta, jota kutsumme tiedonkeruulomakkeeksi. Emme tutkimuksen aikana tavanneet tutkimuksen kohteita, vaan käsitelimme heistä kirjattuja tietoja anonymisti, vaitiolo- ja salassapitovelvollisuutta noudattaen. Analysoimme lomakkeen avulla kerättyä materiaalia (eli dataa) pääasiassa tilastollisin menetelmin ja yleistimme tiedot koskemaan koko perusjoukkoa. Tarkoituksenamme oli laadullisen tutkimuksen tavoin ymmärtää suurkäyttäjäilmiötä paremmin ja kokonaisvaltaisemmin sekä tuottaa uutta tietoa. Pyrimme kuvaamaan tutkimusprosessin hyvin, tutkimuksemme kohde oli harkitusti valittu ja teimme ilmiöstä omia perusteltuja tulkintojamme. (Ks. Ojasalo ym. 2009, 93, 94).

Analysoimme dokumentteja järjestelmällisesti dokumenttianalyysin keinoin, keräten datan tutkimuslomakkeelle. Loimme selkeän sanallisen kuvauksen tutkittavasta ja kehitettävästä asiasta. Sisällönanalyysin keinoin järjestimme aineiston selkeäksi ja tiiviiksi. Analyysillä lisäsimme informaatioarvoa ja loimme selkeyttä aineistoon, jotta selkeiden ja luotettavien johtopäätösten tekeminen onnistuisi. Sisällönanalyysillä ilmensimme dokumenttien sisältöä sanallisesti, tavoitteena tekstin merkityksien etsiminen ja tunnistaminen. Sisällön erittelyn keinoin kuvasimme dokumenttien sisältöä määrällisesti numeroin. Aineiston käsittelyssä aineisto hajotettiin aluksi osiin, käsitteellistettiin ja koottiin uudestaan loogiseksi kokonaisuudeksi. (Ks. Ojasalo ym. 2009, 121, 122.)

#### 4.6.2 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi voi olla paitsi yksittäinen metodi, myös väljä teoreettinen viitekehys. Sen avulla on mahdollista tehdä monenlaista tutkimusta. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 95.) Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tutkimustehtävään saadaan vastaus käsitteitä yhdistelemällä. Sisällönanalyysi perustuu tulkinnaan ja päättelyyn, jolloin empiirisestä aineistosta muodostetaan käsitteellisempi näkemys tutkittavasta ilmiöstä. Tutkija pyrkii analyysin kaikissa vaiheissa ymmärtämään tutkittavia heidän omasta näkökulmastaan. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 112–113.)

Tuomen ja Sarajärven (2013, 108–111) mukaan aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on kolme vaihetta: 1) aineiston pelkistäminen, 2) aineiston ryhmittely ja 3) teoreettisten käsitteiden luominen. Aineiston pelkistäminen tarkoitti tutkimuksessamme informaation eli datan pelkistämistä siten, että karsimme aineistosta pois tutkimuksen kannalta epäolennaiset asiat. Pelkistimme aineiston datan keräämisvaiheessa etsimällä aineistosta vastauksia tutkimuslomakkeemme kysymyksiin niitä kuvaavista ilmaisuista ja analyysivaiheessa pilkoimme keräämämme datan osiin. Ennen analysointia määrittelimme analyysiyksiköt. Yksikkö saattoi olla yksittäinen sana, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus, mikä sisälsi useita lauseita. Aineiston ryhmittelyssä kävimme läpi aineistosta johdetut ilmaukset ja etsimme aineistosta käsitteet, jotka kuvasivat samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia. Ryhmittelimme samaa asiaa tarkoittavat käsitteet, yhdistimme ne luokiksi ja nimesimme ne luokan sisältöä kuvaavilla käsitteillä. Käsitteellistämässä erotimme tutkimuksen kannalta olennaisen tiedon. Valikoidun tiedon perusteella muodostimme teoreettisia käsitteitä. Sitten etenimme alkuperäisen datan käyttämistä kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Käsitteellistämistä jatkoimme niin kauan kuin se aineiston sisällön kannalta oli mahdollista, kuten Tuomi ja Sarajärvi (2013, 108–111) ohjaavat.

Ryhmittelimme avointen tutkimuskysymysten vastaukset asiasisältöjen mukaan Exceliin eli koodasimme ne numeraalisesti tutkittavaan muotoon. Pyrimme määrittelemään hyvin tarkkaan ja perustellusti luokat ja niiden sisällöt, joilla muodostimme ryhmät, jotka olivat toisensa poissulkevat. Laadullista ai-

neistoa käsittelimme myös tyyppittelyn keinoin. Ryhmittelimme aineistoa tyypeiksi eli muodostimme aineistosta ryhmiä, jotka sisälsivät samoja elementtejä. Kiinnitimme huomiota myös epätyypillisiin seikkoihin, kuten keskimääräisestä poikkeaviin asioihin. Tiivistimme ja tyyppillistimme dataa. Tyyppittelyn myötä muodostimme profiileja, jotka esittelevät tyyppillisimmät henkilökuvaudet. (Ks. Silius 2008, 17.)

Ajattelimme aluksi, että meillä ei ole mahdollisuutta tavoittaa sosiaalisesta tuesta sen laadullisia elementtejä muutoin kuin yhdistäen ja peilaten aiempaan tutkimus- ja teorian tietoon. Tutkimustulosten analysoinnin yhteydessä saimme kuitenkin huomata, että avoimessa verkostokysymyksessä tuli pienimuotoisesti esiin myös laadullista tietoa tai tietoa, joka oli luokiteltavissa sen mukaisesti, tarjoaako kontakti suurkäyttäjälle lähinnä myönteistä vai kielteistä sosiaalista tukea, sillä sosiaalinen tuki voi olla laadultaan myös negatiivissävyyteistä. Tukevien elementtien lisäksi sosiaalinen tuki voi sisältää myös jännitteitä ja heikentäviä tekijöitä. (Ks. Heino & Veistilä 2014.)

Poimiessamme tietoja tiedonkeruulomakkeelle, käytimme omaa ammattitaitoamme tiedonkeruuvaiheessa, sillä teimme sosiaalisen toimintakyvyn analyysia jo silloin, sillä aina sosiaalisesta toimintakyvystä ei ollut selkeää kirjausta Sosi-aali- tai TerveysEfficassa. Tutkimuksemme edetessä saimme huomata, että sosiaalisen toimintakyvyn alustava analyysimme osui mitä luultavimmin suurelta osin oikeaan, sillä peilatessamme sosiaalisen toimintakyvyn tuloksia muuhun aineistoon täydensivät ja tukivat ne toinen toisiaan.

Tutkimustavoitteenamme oli luoda suurkäyttäjien profiilit. Koska meillä ei ollut selkeää kuvaa, millaisia profiileita alkaisi muodostua, pohjautuu profilointi valmiiden vastausvaihtoehtojen sijaan tiedonkeruulomakkeen (ks. liite 1) avoimiin kysymyksiin. Tarkastelimme avoimia kysymyksiä profiloinnin kannalta ja totesimme, että parhaiten profiileihin pääsemme pureutumaan, kun poimimme suurkäyttäjien tiedoista kohdan: ”Tutkijan tulkinta suurkäyttäjistä”, joka on osittain siis jo lukemiemme kirjausten perusteella tehtyä valmista analyysia suurkäyttäjistä. Varsin pian huomasimme, että ”Muuta”-kohta kuvaa myös hyvin suurkäyttäjää ja heidän taustojaan, joten nostimme myös sen esille suurkäyttäjien profiileiden luontia varten. Tarkastelimme havainnointimme tueksi

myös kohdat ”Tulosyy ensimmäisellä käynnillä” ja ”Tulosyy viimeisellä käynnillä”, jotta esimerkiksi hoidollisten toimenpiteiden, kuten antibioottitiputuksen tai injektion vuoksi päivystyksessä käyvät asiakkaat erottuivat joukosta. Tälle suurkäyttäjryhmälle syntyy helposti useita kymmeniä käyntejä näiden hoidollisten toimenpiteiden vuoksi, joten heidät on tärkeää poimia joukosta ajatellen kehittämishaastettamme. Näiden poimintojen aikana ja jälkeen aloimme listata eri suurkäyttäjätyyppisiä, jotka tuntuivat nousevan esiin näistä kohdista. Merkitsimme lopuksi, mihin kaikkiin suurkäyttäjätyyppisiin asiakas kuuluu. Useat asiakkaat kuuluivat useampaan suurkäyttäjätyyppiryhmään, sillä ihmistä ei useinkaan ole mahdollista tyypittää ainoastaan yhteen ryhmään.

Toinen tärkeä tutkimustehtävämme oli suurkäyttäjien sosiaalinen tuen kartoittaminen. Olemme tutkineet aiheita koko otannasta, mutta katsoimme tärkeäksi yhdistää suurkäyttäjäprofiilit ja sosiaalinen tuki yhdistelmäksi. Rajasimme tämän yhdistelmäanalyysin koskemaan niitä suurkäyttäjää, jotka kuuluivat suurkäyttäjätyyppityksessä viiteen tai useampaan ryhmään. Heitä oli 32 henkilöä eli noin 14 prosenttia kaikista tarkastelemistamme suurkäyttäjistä. Arvelimme heidän olevan moniprofiilisuutensa vuoksi kaikkein haastavimpia autettavia, jonka vuoksi halusimme kiinnittää heihin erityishuomiota. Keskityimme tässä ryhmässä tarkastelemaan sosiaalisen tuen määrää ja sitä, mikä taho tukea tarjoaa. Tiedostamme, että sosiaalista tukea olisi tärkeää tutkia tuen määrän ja tarjoajan lisäksi myös tuen laadun näkökulmasta, mutta valitettavasti aineistossamme on kuvattu sosiaalisen tuen laatua vain hyvin vähän ja laadun kuvaus on varsin satunnaista.

## 5 POHJOIS-KYMEN SAIRAALAN YHTEISPÄIVYSTYKSEN SUURKÄYTTÄJÄT

Tutkimuskriteereinä tässä tutkimuksessa oli vähintään 11 kontaktia yhteispäivystykseen vuoden 2014 aikana. Kontaktilla tarkoitetaan käyntiä lääkärin tai sairaanhoitajan vastaanotolla tai puhelua yhteispäivystykseen. Asiakkaat jaettiin kahteen ikäryhmään: työikäisiin, 18–64-vuotiaisiin (86 hlöä) ja eläkeikäisiin, 65 vuotta täyttäneisiin (143 hlöä). Tutkituista 136 on naisia ja miehiä on 93. Alle 18-vuotiaat (kahdeksan henkilöä) rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle tutkimustulosten vääristymisen välttämiseksi.

Vuonna 2014 Kouvolan yhteispäivystykseen otti kontaktin yli 25 000 henkilöä. Suurkäyttäjät ottivat yli 3500 kontaktia, mikä oli 6,7 prosenttia kaikista yhteispäivystyksen kontakteista (yhteensä noin 52 900 kontaktia).

## 5.1 Yleisiä tuloksia

### 5.1.1 Ikä- ja sukupuolijakauma

Tutkimuksessamme suurkäyttäjistä lähes 60 prosenttia (136 hlöä) on naisia ja noin 40 prosenttia (93 hlöä) on miehiä. Täysi-ikäiset suurkäyttäjät on jaettu kahteen ryhmään; 18–64-vuotiaisiin, joita on 37,6 prosenttia (86 hlöä) ja yli 65-vuotiaisiin, joiden osuus suurkäyttäjistä on 62,4 prosenttia (143 hlöä). Jako on tehty työkäisyyden perusteella eli 18–64-vuotiaita nimitämme tässä tutkimuksessa työkäisten ryhmäksi ja 65-vuotiaita ja sitä vanhempia eläkeikäisten ryhmäksi. Molemmissa ikäryhmissä naisia on enemmän kuin miehiä. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Ikä- ja sukupuolijakauma tutkimuksessa

			Sukupuoli		Yhteensä
			Mies	Nainen	
Ikä luokiteltuna	18–64-vuotiaat	Lukumäärä	39	47	86
		%	41,9 %	34,6 %	37,6 %
	Yli 64-vuotiaat	Lukumäärä	54	89	143
		%	58,1 %	65,4 %	62,4 %
Yhteensä		Lukumäärä	93	136	229
		%	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tutkimuksen seurantajakson lopussa 30.6.2015 tutkituista suurkäyttäjistä oli elossa 77,7 prosenttia (178 hlöä) ja kuolleita oli 22,3 prosenttia (51 henkilöä). Huomattavaa on, että yli 65-vuotiaista naisista elossa oli 69,2 prosenttia (44 henkilöä), mutta miehistä elossa oli enää 59,3 prosenttia (32 henkilöä) eli miesten kuolleisuus oli kymmenen prosenttia suurempi kuin naisten. (Taulukko 2.)



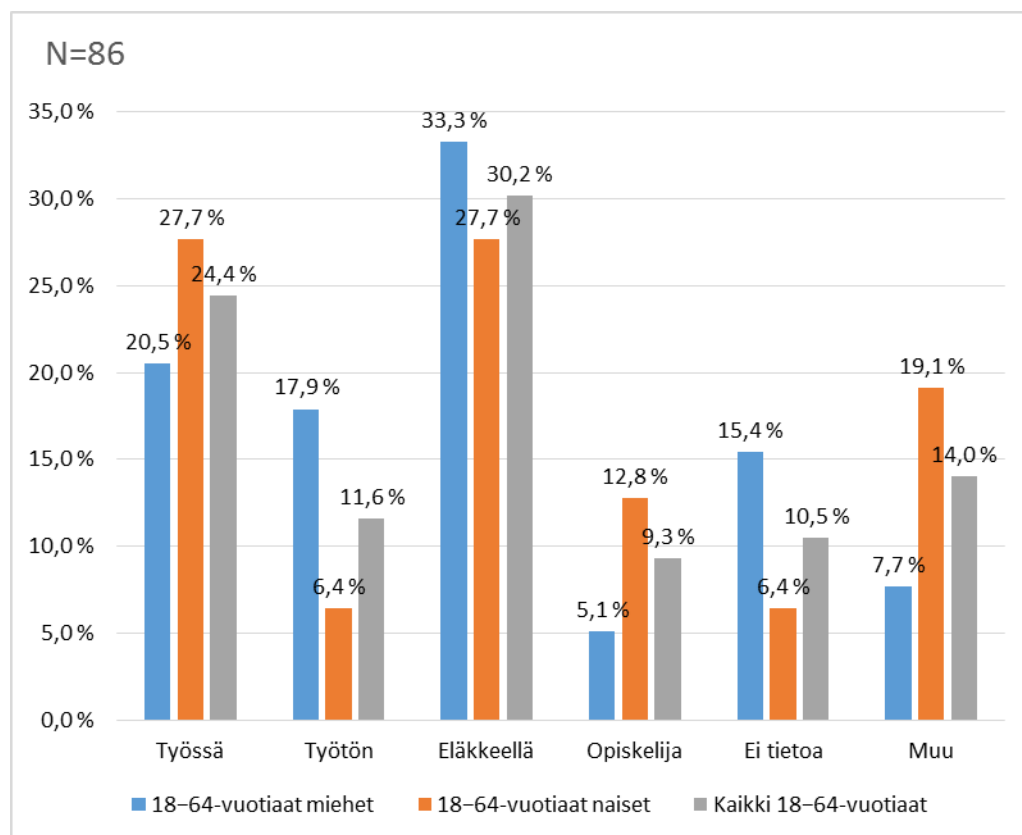
Taulukko 2. Tutkimuksen seurantajakson loppuessa elossa olevat ja kuolleet suurkäyttäjäsasiakkaat ikä- ja sukupuolijaotteluin

Sukupuoli			Ikä luokiteltuna		Yhteensä	
			18-64 vuotta	Yli 64 vuotta		
Mies	Elossa	Lukumäärä	34	32	66	
		%	87,2 %	59,3 %	71,0 %	
	Kuollut	Lukumäärä	5	22	27	
		%	12,8 %	40,7 %	29,0 %	
	Yhteensä		Lukumäärä	39	54	93
			%	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Nainen	Elossa	Lukumäärä	45	67	112	
		%	95,7 %	75,3 %	82,4 %	
	Kuollut	Lukumäärä	2	22	24	
		%	4,3 %	24,7 %	17,6 %	
	Yhteensä		Lukumäärä	47	89	136
			%	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Kaikki	Elossa	Lukumäärä	79	99	178	
		%	91,9 %	69,2 %	77,7 %	
	Kuollut	Lukumäärä	7	44	51	
		%	8,1 %	30,8 %	22,3 %	
	Yhteensä		Lukumäärä	86	143	229
			%	100,0 %	100,0 %	100,0 %

### 5.1.2 Tilanne työelämässä

Suurkäyttäjistä lähes 73 prosenttia (167 hlöä) oli eläkkeellä. Yli 64-vuotiaista suurkäyttäjistä 98,6 prosenttia oli eläkkeellä. 1,4 prosentin (kaksi henkilöä) kohdalla tietoa ei löytynyt kirjauksista, mutta oletettavasti hekin ikänsä puolesta olivat eläkkeellä. Huomattavaa on, että työikäisistä miehistä yli kolmannes oli eläkkeellä ja saman ikäryhmän naisista vajaa 28 prosenttia oli eläkeläisiä. Työssäkävien osuus työikäisten ryhmästä oli vain noin 24 prosenttia. (Kuva 2.) Työikäisten ryhmässä naiset olivat miehiä yleisemmin työelämässä; työikäisistä suurkäyttäjänaisista työssä oli noin 28 prosenttia kun taas miehistä työssä oli reilu 20 prosenttia. Tutkituista oli työttömänä 11,6 prosenttia, ja miehet (17,9 prosenttia) olivat naisia (6,4 prosenttia) yleisemmin työttöminä. Työikäisistä asiakkaista reilu 9 prosenttia oli opiskelijoita. Myös opiskeluissa naiset näyttivät olevan aktiivisempia kuin miehet eli naisista oli opiskelijoita 12,8 prosenttia ja miehistä vain 5,1 prosenttia. (Kuva 2.) Muissa elämäntilanteissa työikäisistä oli 14 prosenttia. Muita tilanteita olivat: tukityötoiminta, äitiysloma,

määräaikainen eläke, kuntoutustuki ja pitkä sairausloma. Työkäisistä tutkituista 10,5 prosentin kohdalla työelämä tietoja ei löytynyt kirjauksista. (Kuva 2.)

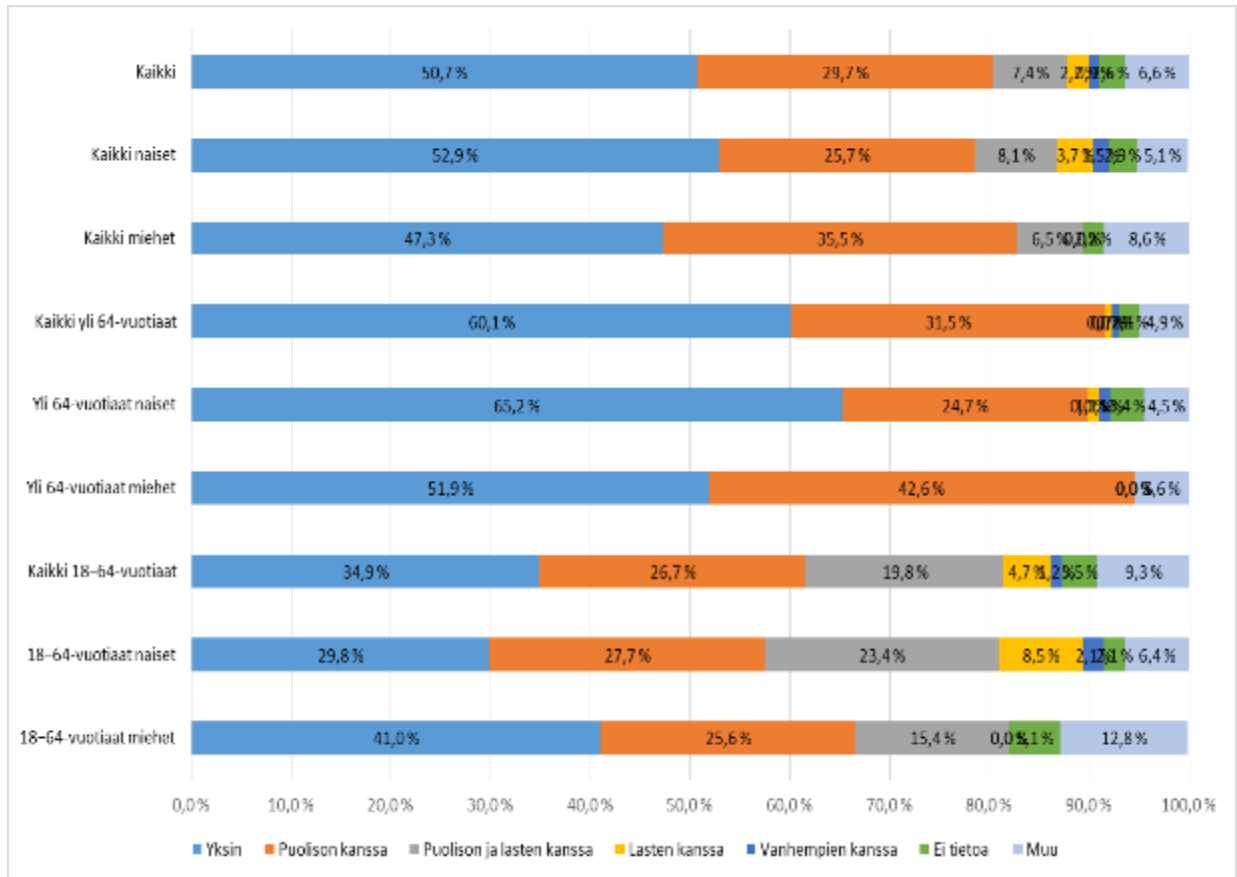


Kuva 2. 18-64-vuotiaiden suurkäyttäjien tilanne työelämässä

### 5.1.3 Asuminen

Suurkäyttäjien asumismuoto ikä- ja sukupuolijaoittain on nähtävissä kuvasta 3 ja sen alla olevasta, kuvaan kuuluvasta, asiaa selventävästä taulukosta. Suurkäyttäjistä yli puolet (50,7 prosenttia) asui yksin. Työkäisten miesten (41 prosenttia) yksinasuminen oli huomattavasti yleisempää kuin naisten (29,8 prosenttia). Yli 64-vuotiaiden joukossa taas naisista yksin asui yli 65 prosenttia ja miehistä noin 52 prosenttia. Tätä eroa selittänee se, että miesten elinikä on keskimäärin lyhempi kuin naisten, sekä se, että eläkeikäisissä suurkäyttäjissä oli enemmän nais- kuin miesleskiä. Yksinasuvien määrää koko aineistossa ja erityisesti vanhemmassa ikäryhmässä nosti se, että laitoksissa asuvat suurkäyttäjät asuivat pääosin yksin, vaikka olivatkin esimerkiksi avioliitossa. (Kuva 3.)

Suurkäyttäjistä puolison kanssa asui lähes 30 prosenttia ja puolison ja lasten kanssa 7,4 prosenttia. Eläkeikäiset miehet asuivat huomattavasti useammin puolison kanssa kuin muut suurkäyttäjät. Puolison kanssa eläviä eläkeikäisiä miehiä oli tutkimuksessa lähes 43 prosenttia ja naisia vain noin neljännes (24,7 prosenttia). Työikäisistä miehistä puolison kanssa asui 25,6 prosenttia, kukaan ei asunut ainoastaan lastensa kanssa. Puolison ja lasten kanssa asui vain 15,4 prosenttia miehistä. Työikäisistä naisista puolison kanssa asui 27,7 prosenttia, puolison ja lasten kanssa asui lähes neljännes (23,4 prosenttia) ja yksin lasten kanssa 8,5 prosenttia. Vanhempien kanssa suurkäyttäjistä asui 0,9 prosenttia. Muuten kuin edellä mainituissa asumistilanteissa asui 6,6 prosenttia suurkäyttäjistä. Heihin kuului joukko asunnottomia, sijaishuollon itenäistymisasunnossa asunut jälkihuoltoonori sekä asiakkaita, jotka asuivat monenlaisissa parisuhde- tai sukulaisuussuhteisiin liittyvissä asumisjärjestelyissä, kuten sisaruksen tai puolison ja sukulaisen (joko oman tai puolison) kanssa. Yksi tutkittu asui ystävän kanssa. Tutkituista 2,6 prosentin asumismuoto ei selvinnyt. (Kuva 3.)



	18-64-vuotiaat miehet	18-64-vuotiaat naiset	Kaikki 18-64-vuotiaat	Yli 64-vuotiaat miehet	Yli 64-vuotiaat naiset	Kaikki yli 64-vuotiaat	Kaikki miehet	Kaikki naiset	Kaikki
Yksin	41,0%	29,8%	34,9%	51,9%	65,2%	60,1%	47,3%	52,9%	50,7%
Puolison kanssa	25,6%	27,7%	26,7%	42,6%	24,7%	31,5%	35,5%	25,7%	29,7%
Puolison ja lasten kanssa	15,4%	23,4%	19,8%	0,0%	0,0%	0,0%	6,5%	8,1%	7,4%
Lasten kanssa	0,0%	8,5%	4,7%	0,0%	1,1%	0,7%	0,0%	3,7%	2,2%
Vanhempien kanssa	0,0%	2,1%	1,2%	0,0%	1,1%	0,7%	0,0%	1,5%	0,9%
Ei tietoa	5,1%	2,1%	3,5%	0,0%	3,4%	2,1%	2,2%	2,9%	2,6%
Muu	12,8%	6,4%	9,3%	5,6%	4,5%	4,9%	8,6%	5,1%	6,6%

Kuva 3. Suurkäyttäjien asumismuoto ensimmäisen päivystyskäynnin aikana ikäryhmä- ja sukupuolijaoittain

#### 5.1.4 Asumisolosuhteet

Kuvassa 4 on esitetty suurkäyttäjien asumisolosuhteet heidän ensimmäisellä ja viimeisellä päivystyskäynnillään. Ensimmäisellä päivystyskäynnillä suurkäyttäjistä lähes 43 prosenttia asui kotona ja selvisi itsenäisesti ikätasoonsa nähden. ”Selviää itsenäisesti ikätasoon nähden” oli lähinnä tiedonkeruulomakkeelle tehty tarkennus ajatellen sitä, että aineistoa kerättiin eri-ikäisistä ja myös lapsista, joiden käyntien lukumäärä täytti suurkäytön kriteerit tutkimusessamme. Viimeisellä käynnillä itsenäisesti selviävien henkilöiden määrä oli

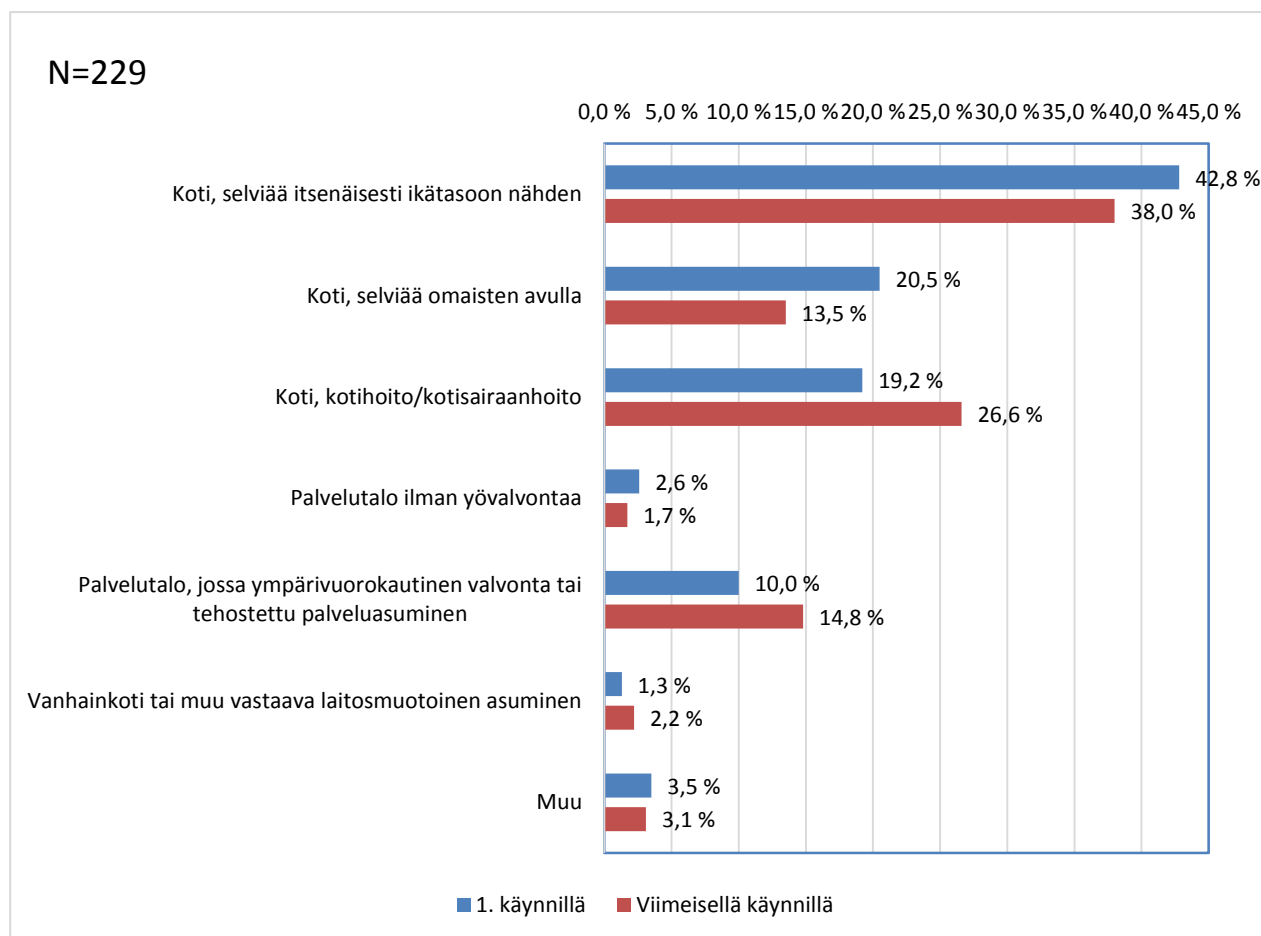
laskenut 38 prosenttiin. Omaisten avulla kotioloissa selviäviä oli ensikäynneillään 20,5 prosenttia suurkäyttäjistä ja luku laski tutkimusvuoden aikana viimeisellä käyntikerralla 7 prosenttia, eli 13,5 prosenttiin. (Kuva 4.)

Tarkasteltaessa tutkittujen ensimmäistä ja viimeistä päivystyskäyntikertaa, kotihoitoon ja kotisairaanhoidon palveluiden käyttö lisääntyi merkittävästi. Ensimmäisellä käynnillä kotihoitoon ja kotisairaanhoidon palveluiden käyttäjiä oli suurkäyttäjistä hieman yli 19 prosenttia ja viimeisellä käynnillä jo lähes 27 prosenttia käytti palveluita. Huomionarvoista on, että todellisuudessa kotihoitoon palvelut ovat prosentuaalisesti lisääntyneet tätäkin enemmän, sillä osa tutkituista muutti tarkastelujakson aikana tehostettuun palveluasumiseen tai kuoli, jolloin henkilöiden kotihoitoon palvelut lakkasivat. (Kuva 4.)

Suurkäyttäjistä 43 prosenttia selvisi itsenäisesti, ilman toisen henkilön apua kotiolosuhteissa ensimmäisen päivystyskäyntinsä yhteydessä ja viimeisen päivystyskäynnin yhteydessä itsenäisesti selviytyviä oli enää 38 prosenttia. Huomionarvoista on omaisten merkitys kotona asumiselle ja selviytymiselle, yli 20 prosenttia suurkäyttäjistä selviytyi kotiolosuhteissa ensimmäisellä käynnillään omaisten avulla. Luku laski seitsemään prosenttiin eli yli 13 prosenttia tutkimuksen aikana. Myös kotihoitoon ja kotisairaanhoidon käytön määrä lisääntyi merkittävästi, noin 8 prosenttia. Lisäksi kotihoitoon käyntikertoja tiheennettiin usean suurkäyttäjän kohdalla yhdestä käyntikerrasta kahteen tai kolmeen käyntikertaan. (Kuva 4.)

Tutkimuksessa palveluasuminen oli luokiteltu kahtia; ilman yövalvontaa oleviin, joiden prosentuaalinen osuus suurkäyttäjien asuinpaikkana oli pieni, sekä ympärivuorokautisen valvonnan sisältäviin, mihin yhdistimme myös tehostetun palveluasumisen asumismuotojen samankaltaisen luonteen vuoksi. Tämä asumismuoto lisääntyi suurkäyttäjien keskuudessa lähes viidellä prosentilla ensimmäisen ja viimeisen käynnin välillä nousten 10 prosentista lähes 15 prosenttiin. Vanhainkoti tai muu laitospuolitoiminen asuminen oli suurkäyttäjillä hyvin satunnaista. Suurkäyttäjistä noin kolme prosenttia asui ensimmäisen ja viimeisen käyntinsä aikana muunlaisissa asumisolosuhteissa. Muita asumismuotoja, jotka esiintyivät useammin kuin kerran, olivat henkilökohtaisten avustajien turvin asuminen sekä lastensuojelulaitoksen itsenäistymisasunnoissa asuminen. (Kuva 4.)

Tarkasteltaessa asumisolosuhteita suurkäyttäjien ensimmäisen päivystyskäynnin yhteydessä, niissä tuli esille eroja miesten ja naisten välillä. Eläkeikäisistä miehistä itsenäisesti kotona selviäviä oli vain 18,5 prosenttia, kun taas naisia oli yli 7 prosenttia enemmän eli lähes 26 prosenttia. Lähes kolmannes eläkeikäisistä miehistä ja neljännes naisista selvisi kotona omaisten avulla. Omaisten avulla selviävissä työikäisissä suurkäyttäjissä miesten osuus (10,3 %) oli huomattavasti suurempi kuin naisten (6,4 %). Kotihoidon ja kotisairaanhoidon palveluiden käyttäminen kotona asumisen tukena oli lähes yhtä yleistä sukupuolten välillä. Eläkeikäiset miehet asuivat saman ikäisiä naisia merkittävästi useammin palvelutalossa ilman yövalvontaa (5,6 % miehistä ja 1,1 % naisista) tai vanhainkodissa (miehistä lähes 4 prosenttia, naisista noin prosentti). Ympäri vuorokautisen valvonnan sisältävässä palvelutalossa tai tehostetussa palveluasumisessa eläkeikäisten naisten osuus (lähes 17 %) oli samanikäisiä miehiä (7,4 %) huomattavasti suurempi. Ikäryhmien välillä erot ovat myös merkittäviä. (Kuva 4.)



Kuva 4. Suurkäyttäjien asumisolosuhteet ensimmäisen ja viimeisen päivystyskäynnin aikana

### 5.1.5 Kriisit ja elämänmuutostilanteet

Asiakkaista lähes 40 prosentilla kriiseistä tai suurista elämänmuutoksista ei ollut mainintaa asiakaskirjauksissa tai kriisejä ei ollut ollut. Useat suurkäyttäjät olivat kuitenkin kokeneet kriisin tai suuren elämänmuutoksen vuoden 2014 aikana. Suurimpana yksittäisenä elämänmuutoksena näyttäytyi asuinpaikan muutos, joka kosketti 14,9 prosenttia suurkäyttäjistä. Tutkituista yli 10 prosenttia sairastui vakavasti tai terveydentila heikkeni merkittävästi. Päihteiden käyttö nousi elämänmuutoksena tai kriisinä esille 6,1 prosentilla suurkäyttäjistä (tutkimuksessa hieman yli 13 prosenttia suurkäyttäjistä profiloitui päihteiden ongelmakäyttäjiksi). Myös taloudellisia vaikeuksia kohtasi noin kuusi prosenttia suurkäyttäjistä. Läheisen kuolema kosketti 4,4 prosenttia tutkituista, ja lapsen syntymä nousi merkittävänä esille lähes neljän prosentin asiakirjateksteissä. Yli kolmella prosentilla oli kaatuilua, laihtumista tai lääkeriippuvuutta. Useilla suurkäyttäjistä oli myös muunlaisia kriisejä tai elämänmuutoksia, kuten avunsaannin väheneminen (2,6 %), pahoinpidellyksi joutuminen (2,2 %) ja avio- tai avoero (2,2 %). Teksteistä kriiseinä esille nousivat myös lähes kahdella prosentilla suurkäyttäjistä onnettomuus, huumeriippuvuus tai asunnottomuus. Myös yksinäisyys/turvattomuus, häätö ja vankeustuomio esiintyivät noin prosentin asiakirjateksteissä. Yksittäisinä kriiseinä tai elämänmuutoksina (0,4 %) tulivat esille läheisen sairastuminen, työpaikan menetys, muutokset osallistumisessa, ajokortin menetys, koulun keskeytys ja työpaikan vaihdos. Muita listalla mainitsemattomia kriisejä tai elämänmuutoksia (lähes 24 prosentilla suurkäyttäjistä oli jokin edellä mainitsematon kriisi tai elämänmuutos) olivat lihominen, opintojen päätyminen, auto-onnettomuus, tukityöllistyminen, huoltajuuskiista, huoli läheisestä, vankilasta vapautuminen ja raiskatuksi joutuminen. (Taulukko 3.)

Elämänmuutosten ja kriisien näkökulmasta suurkäyttäjät olivat melko heterogeeninen joukko. Tarkasteltaessa suurkäyttäjien elämän kriisejä ja muutoksia ikäryhmittäin ja sukupuolittain voidaan kuitenkin huomata, että työikäisten suurkäyttäjämiesten yleisin elämää sävyttävä kriisitilanne oli päihteiden käyttö (11,4 %) ja toiseksi yleisimpänä lääkeriippuvuus (lähes seitsemällä prosentilla). Saman ikäryhmän naisilla lapsen odotus tai syntymä (10 %) oli yleisin elämänmuutos ja toiseksi yleisin oli oma vakava sairastuminen tai tilan muutos (6,7

prosentilla). Niin eläkeikäisillä miehillä (15,2 %) kuin naisillakin (15,8 %) asuinpaikan muutos oli yleisin elämänmuutos tai kriisi. Lisäksi eläkeikäisten miesten kohdalla oma vakava sairastuminen tai tilan heikkeneminen (13,6 %) näyttäytyivät homogeenisimpänä syynä kriisiin. (Taulukko 3.)

Elämäkriisit ja muutokset ovat erilaisia sekä iän että sukupuolen mukaan tarkasteltaessa. Työikäisten miesten yleisimmät kriisit, elämänmuutokset tai elämäntilanteet olivat päihteidenkäyttö (11,4 %), asuinpaikan muutos (8 %) ja läheisen kuolema (lähes 7 %) ja lääkeriippuvuus (lähes 7 %). Nuoremman ikäluokan naisista taas joka kymmenes oli elämäntilanteessa, jossa he odottivat lasta tai olivat juuri synnyttäneet. Toiseksi merkittäväksi elämäntilanteeksi nousi oma vakava sairastuminen tai tilan muutos, joka oli ajankohtainen lähes seitsemällä prosentilla. Kyseinen elämäntilanne oli myös ikääntyneiden miesten ja naisten toiseksi yleisin elämäntilannemuutos; ikääntyneistä miehistä sen oli kohdannut 13,6 prosenttia ja naisista viisi prosenttia. Ikääntyneempien tilanteet olivat muutoin erilaisia kuin nuorempien ikäryhmän. Eläkeikäisten miesten (15,2 %) ja naisten (15,8 %) yleisin elämänmuutostilanne oli asuinpaikan muutos. Sen ja edellä mainitun oman sairastumisen tai tilan huononemisen lisäksi kaatuilu oli eläkeikäisten naisten toiseksi merkittävin elämäntilanne (5 %). (Taulukko 3.)



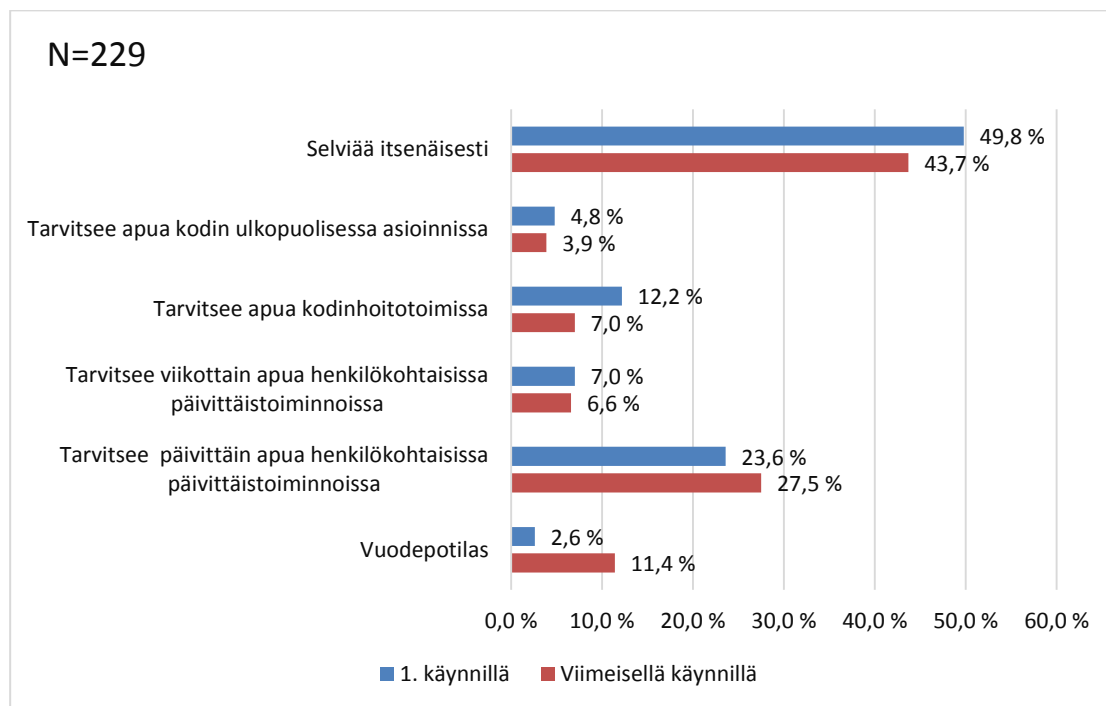
Taulukko 3. Suurkäyttäjien elämänmuutostilanteet ja kriisit vuonna 2014 (N=228)

	%
<b>Ei tietoa / ei ole</b>	39,9%
<b>Muu</b>	23,7%
<b>Asuinpaikan muutos</b>	14,9%
<b>Oma vakava sairastuminen/tilan muutos</b>	10,1%
<b>Päihteiden käyttö</b>	6,1%
<b>Taloudelliset vaikeudet</b>	6,1%
<b>Läheisen kuolema</b>	4,4%
<b>Lapsen syntymä</b>	3,9%
<b>Kaatuilu</b>	3,9%
<b>Laihtuminen</b>	3,5%
<b>Lääkeriippuvuus</b>	3,1%
<b>Avunsaannin väheneminen</b>	2,6%
<b>Pahoinpitely</b>	2,2%
<b>Avio-/avoero</b>	2,2%
<b>Onnettomuus</b>	1,8%
<b>Huumeriippuvuus</b>	1,8%
<b>Asunnottomuus</b>	1,8%
<b>Yksinäisyys/turvattomuus</b>	1,3%
<b>Häätö</b>	1,3%
<b>Vankeustuomio</b>	0,9%
<b>Läheisen sairastuminen</b>	0,4%
<b>Työpaikan menetys</b>	0,4%
<b>Muutokset osallistumisessa</b>	0,4%
<b>Ajokortin menetys</b>	0,4%
<b>Koulutuksen keskeytyminen</b>	0,4%
<b>Työpaikan vaihdos</b>	0,4%

### 5.1.6 Toimintakyky

Suurkäyttäjien fyysinen toimintakyky laski tarkastelujakson aikana. Itsenäisesti selviäviä oli lähes puolet suurkäyttäjistä ensimmäisen päivystyskäyntinsä yhteydessä. Viimeisen päivystyskäyntinsä yhteydessä itsenäisesti selviävien määrä oli 43,7 prosenttia. Päivittäistä apua henkilökohtaisissa päivittäistoiminoissaan tarvitsevien suurkäyttäjien määrä lisääntyi 23,6 prosentista 27,5 prosenttiin. Vuodepotilaiden määrän lisäys oli useita prosentteja. Heidän määränsä kasvoi tarkastelujakson aikana 2,6 prosentista 11,4 prosenttiin. Toimin-

takyvyn itsenäisimpiä muotoja kuvaavien merkintöjen määrä laski kaikissa luokitteluuissa. Lasku oli 0,9 prosenttia tiedonkeruulomakkeen (liite 1) ”tarvitsee apua kodin ulkopuolisessa asiointissa”, 5,2 prosenttia ”tarvitsee apua kodinhoitotoimissa” ja 0,4 prosenttia ”tarvitsee viikoittain apua henkilökohtaisissa päivittäistoiminnoissa” -vaihtoehdoissa. (Kuva 5.)



Kuva 5. Suurkäyttäjien toimintakyky

Tarkasteltaessa fyysistä toimintakykyä ikä- ja sukupuoli- jaotelluin nähdään, että erityisesti eläkeikäisten miesten toimintakyky oli laskenut tarkastelujakson aikana. Itsenäisesti selviävien määrä oli vähentynyt kolmanneksesta 26 prosenttiin ja vuodepotilaiden lisääntynyt 3,7 prosentista 20,4 prosenttiin.

Myös nuoremman ikäryhmän miesten fyysinen toimintakyky oli pääsääntöisesti huonontunut suurikäyttäjäyden aikana. Itsenäisesti selviävien määrä oli laskenut noin kymmenen prosenttia (82 prosentista 72 prosenttiin) ja vuodepotilaksi oli suurikäyttäjäyden aikana joutunut yli viisi prosenttia työikäisistä miehistä.

Sekä eläke- että työikäisten naisten fyysinen toimintakyky oli myös pääsääntöisesti laskenut suurikäyttäjäyden ensimmäisen ja viimeisen käyntikerran välisenä aikana. Itsenäisesti selviävien määrä 18–64-vuotiaissa oli laskenut 78,7

prosentista 76,6 prosenttiin eli laskua oli kuitenkin vähemmän kuin samanikäisten miesten ryhmässä. Eläkeikäisten naisten kohdalla itsenäisesti selviävien määrä laski tarkastelujakson aikana noin 30 prosentista neljäsosaan. Nuoremman ikäryhmän naisista 2,1 prosenttia oli viimeisen päivystyskäyntikertansa aikana vuodepotilaita. Vanhemman ikäryhmän naisista vuodenpotilaita oli 13,5 prosenttia eli kasvua alkutilanteeseen nähden oli yhdeksän prosenttia.

### 5.1.7 Muistisairaus

Ensimmäisellä päivystyskäynnillä suurkäyttäjistä 15,7 prosentilla oli diagnosoitu muistisairaus ja tiedossa oleva diagnosoimaton muistisairaus oli 5,7 prosentilla suurkäyttäjistä. Muistivaikkeuksien diagnosointi ja tunnistaminen etenivät tutkimusvuoden aikana, sillä viimeisellä käynnillä suurkäyttäjistä 16,6 prosentilla oli diagnosoitu muistisairaus ja tiedossa oleva diagnosoimaton muistisairaus oli 8,7 prosentilla. Ensimmäisellä päivystyskäynnillä diagnosoitu muistisairaus oli eläkeikäisistä miehistä lähes 28 prosentilla ja naisista 22,5 prosentilla. Muistisairautta oli myös muutamilla työikäisillä ensimmäisen päivystyskäynnin yhteydessä. Vain yhdellä työikäisellä oli muistisairausdiagnoosi ja tilanne ei muuttunut vuoden 2014 aikana. Kuitenkin viimeisen päivystyskäynnin aikana työikäisistä suurkäyttäjistä 3,5 prosentilla oli muistisairautta, mutta ei diagnoosia.

### 5.1.8 Sosiaalinen toimintakyky

Kirjauksia sosiaalisesta toimintakyvystä oli hyvin vähän ja teimme sosiaalisen toimintakyvyn analyysia olemassa olevien kirjausten ja niistä syntyvien vaikutelmien perusteella. Peilasimme sosiaalista toimintakykyä sen arviointikriteereihin siltä osin, kun se oli mahdollista, sillä harvoin käytössämme oli tietoa läheskään kaikista tekijöistä, jotka asiaan vaikuttavat. Jouduimme tekemään sosiaalisesta toimintakyvystä melko kategorioituja luokitteluja, vaikka todellisuudessa yksilön sosiaalinen toimintakyky on paljon enemmän kuin ”aktiivinen” tai vaikkapa ”kommunikaatiovaikeuksia sisältävä”. Asian näkyväksi tekemisen vuoksi oli kuitenkin tärkeää tehdä luokituksia sekä poimia näkyviin seikkoja, jotka vaikuttavat merkittävästi henkilön sosiaaliseen toimintakykyyn. Peilattaessa sosiaalista toimintakykyä muodostamiimme profiileihin esiin nousevat samantyyppiset asiat kuin profiileissa.

Tavanomaisen sosiaalisen toimintakyvyn arvioimme olevan lähes kolmanneksella suurkäyttäjistä ja aktiivisia suurkäyttäjistä oli lähes viisi prosenttia. Mielenlinterveysongelmat vaikuttivat noin 20 prosentin sosiaaliseen toimintakykyyn. Muistamattomuus tai muistisairaus näytti vaikuttavan joka kymmenennen sosiaaliseen toimintakykyyn ja vahva muistisairaus lähes yhdeksän prosentin sosiaaliseen toimintakykyyn. Sosiaaliseen toimintakykyyn vaikuttavaa masennusta oli 9,2 prosentilla suurkäyttäjistä. Päihteiden suurkäyttö nousi esille sosiaaliseen toimintakykyyn vaikuttavana tekijänä noin kahdeksalla prosentilla. Yksinäisyys sosiaalisen toimintakyvyn vaikuttajana tuli esille yli kuudella prosentilla. Alle viiden prosentin osuuksin toimintakykyyn vaikuttavina tekijöinä näkyivät myös puheentuottamisen vaikeus, jaksamattomuus, sekavuus, kiinnostuksen puute, tietoinen eristäytyminen, huonokuoloisuus, asunnottomuus, oma-aloitteisuuden puute, keskittymisvaikeudet ja sosiaalisten tilanteiden pelko. Muita sosiaaliseen toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä oli lähes 20 prosentilla. Niitä olivat esimerkiksi erilaiset aistiongelmat, voinnin vaihtelevuus, harhaisuus, ahdistuneisuus ja lihavuus. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Suurkäyttäjien sosiaalinen toimintakyky ja siihen vaikuttavia huomionarvoisia tekijöitä

	%
Tavanomainen	32,8%
Mielenterveysongelmat	20,1%
Muu	19,7%
Muistamaton muistisairas	10,0%
Masentunut	9,2%
Valvasti muistisairas	8,7%
Päihteiden suurkäyttäjä	7,9%
Ei tietoa	7,0%
Yksinäisyys	6,1%
Aktiivinen	4,8%
Puheentuottamisen häiriö/vaikeus	4,8%
Jaksamattomuus	4,4%
Sekava	3,1%
Kiinnostuksen puute	2,6%
Tietoinen eristäytyminen	2,2%
Huonokuuloisuus	2,2%
Asunnoton	2,2%
Oma-aloitteisuuden puute	1,3%
Keskittymisvaikeudet	0,9%
Sosiaalisten tilanteiden pelko	0,9%

Ikä- ja sukupuolijaotteluissa nousivat sosiaalisessa toimintakyvyssä esiin samat seikat kuin profiloinneissa. 18–64-vuotiaiden miesten kaksi yleisintä sosiaaliseen toimintakykyyn vaikuttavaa tekijää olivat mielenterveysongelmat (yli 23 prosentilla) ja päihteiden suurkäyttö (20 prosentilla). Saman ikäisillä naisilla sosiaaliseen toimintakykyyn yleisimmin vaikuttava tekijä oli mielenterveysongelmat, jotka vaikuttivat useammalla kuin joka neljännellä. Työikäisistä naisista tavanomainen toimintakyky oli lähes 19 prosentilla.

Yli 65-vuotiaiden toimintakyky oli arvioitu useimmiten tavanomaiseksi (miehistä 21 prosenttia ja naisista 25,8 prosenttia). Ikääntyneistä miehistä 12,3 prosentilla voimakas muistisairaus vaikutti sosiaaliseen toimintakykyyn ja naisten yleisin sosiaaliseen toimintakykyyn vaikuttava syy oli mielenterveysongelmat, 6,5 prosentilla.

## 5.2 Pohjois-Kymen sairaalan yhteispäivystyksen suurkäyttäjien profiilit

### 5.2.1 Suurkäyttäjien profiilit

Muodostimme tiedonkeruulomakkeen kysymyksistä poimien jokaisen analysoidun suurkäyttäjän kohdalle Excel-ohjelmaan ns. profiilirivin, jonne merkitsimme, mihin profiileihin asiakas kuuluu. Profiilit nousivat suoraan asiakaskirjauksista ja valitsimme profiileiksi yleisimpien kirjausten asiakaskuvaukset. Peilasimme asiakaskirjausmerkinnöistä nousevia asiakaskuvauksia asiakkaan päivystyskäytön syihin ja taustatekijöihin ja yhdistelimme näistä profiileita. Koska tarkasteltavinamme olivat yhteispäivystyksen asiakkaiden terveyden- ja sosiaalihuollon kirjaukset, ovat profiilit osittain sairaus- ja ongelmapainotteisia. Luonnollisesti lääkärit ja sairaanhoitajat kirjaavat asiakkaista pääasiassa sairauskohtaisia havaintoja, sillä terveydenhuollon tavoitteena on tunnistaa ja hoitaa sairauksia. Psykiatriset sairaanhoitajat ovat poikkeus, sillä he kuvaavat laajasti myös sosiaalista tukea. Osa asiakkaista kuului luomistamme profiileista vain yhteen, osa useampaan. Hajontaa oli välillä 1–9 profiilia. Keskimäärin asiakkaat kuuluivat noin 2,7 profiiliin. Mediaani oli 2 ja keskihajonta noin 1,55.

Pitkäaikaissairaan profiiliin kuului yli 31 prosenttia suurkäyttäjistä. Heitä oli merkittävän suuri osuus kummassakin ikäryhmässä sekä miehissä että naisissa. Monisairas-profiiliin kuului lähes 19 prosenttia asiakkaista, ja erityisen suuri joukko, yli 35 prosenttia, monisairaita oli eläkeikäisissä miehissä. Myös pitkäaikaissairaita eläkeikäisiä miehiä oli lähes 43 prosenttia, kun taas eläkeikäisten naisten kohdalla monisairaita oli vain 9 prosenttia ja pitkäaikaissairaitakin alle neljännes. Työikäisten keskuudessa taas naisten monisairaus (21,3 %) ja pitkäaikaissairaus (40,4 %) olivat yleisempiä kuin miesten monisairaus (15,4 %) ja pitkäaikaissairaus (23,1 %). Työ- ja eläkeikäisten pitkäaikais- ja monisairaus oli suurin piirtein yhtä yleistä, mutta miesten monisairaus (lähes 27 %) näytti olevan yleisempää kuin naisten (13 %). (Taulukko 5.)

Päihdeongelmaisten profiiliin kuului 13,1 prosenttia yhteispäivystyksen suurkäyttäjistä. Heistä useat olivat alkoholin suurkäyttäjiä, joiden alkoholin käyttö oli jo vuosia ollut huomattavaa ja monin tavoin haitallista. Lisäksi joukossa oli huumausaineiden käyttäjiä, lääkkeiden väärinkäyttäjiä sekä sekakäyttäjiä. Eri-

tyisen suuri osa (46,2 %) työikäisistä miehistä oli profiiltaan päihdeongelmaisia. (Taulukko 5.)

Noin neljännes suurkäyttäjistä oli luokiteltavissa mielenterveysongelmaisiin. Mielenterveysongelmat olivat huomattavan yleisiä (52,3 %) työikäisillä, kun taas eläkeikäisistä vain 7,7 prosentilla oli mielenterveysongelmia. Naisten mielenterveysongelmat olivat kummassakin ikäryhmässä yleisempiä kuin miesten. Mielenterveysongelmaisten profiiliin kuului suurkäyttäjämiehistä 46,2 prosenttia ja naisista 57,4 prosenttia. Lisäksi masennusta oli lähes 30 prosentilla työikäisistä naisista ja somatisointia 17 prosentilla. (Taulukko 5.)

Kriisi- tai elämänmuutostilanteessa olevien henkilöiden profiiliin suurkäyttäjistä kuului vain 7 prosenttia, mutta erityisesti työikäisissä miehistä oli henkilöitä, jotka kuuluivat tähän profiiliin (lähes 18 %). (Taulukko 5.) Siitä, millaisia suurkäyttäjien kriisit ja elämänmuutokset olivat, kertoo taulukko 4.

Lähes neljännes eläkeikäisistä miehistä kuului syöpäsairaiden profiiliin, kun koko joukosta tämä profiili oli 11,4 prosentilla ja eläkeikäisistä naisista vain 6,7 prosentilla. Eläkeikäisistä suurempi joukko (14 %) kuului syöpäsairaisiin kuin työikäisistä (7 %). Työikäisistä ja eläkeikäisistä naisista syöpäsairaita oli suurin piirtein yhtä suuri joukko (vajaa 7 prosenttia), mutta eläkeikäisten miesten syöpäsairaus oli huomattavasti yleisempää kuin työikäisten miesten (7,7 %). (Taulukko 5.)

Yleistilan lasku -profiili oli yleinen erityisesti eläkeikäisten keskuudessa (lähes 27 %). Kolmanneksella eläkeikäisistä miehistä kuului profiiliin yleistilan lasku ja naisistakin 22,5 prosentilla. (Taulukko 5.)

Lapsen odotus ja syntymä -profiili ei koko suurkäyttäjäjoukkoa tarkasteltaessa noussut merkittäväksi, vain 3,5 prosenttia suurkäyttäjistä kuului tähän profiiliin. Työikäisten naisten ikäryhmästä lähes 13 prosenttia kuului tähän profiiliin ja miehistäkin 5,1 prosentilla lapsen syntymä tai odotus liittyi ajankohtaisesti päivistyskäynteihin. (Taulukko 5.)

Muistisairas-profiiliin kuului vajaa 10 prosenttia kaikista suurkäyttäjistä. Eläkeikäisten miesten ja naisten muistisairaus näytti olevan lähes yhtä yleistä (noin

14 %), mutta muistisairas-profiiliin kuului työikäisistä vain naisia (4,3 %). (Taulukko 5.)

Turvattomuus nousi profiiliksi eläkeikäisten keskuudessa. Kaikista eläkeikäisistä turvattomia oli noin joka kymmenes. Naisten (12,4 %) kohdalla turvattomuus oli huomattavasti yleisempää kuin miesten (7,4 %). (Taulukko 5.)

Hoidollisia toimenpiteitä, kuten antibioottitiputuksia tai kestopatetriin liittyviä toimenpiteitä oli suurkäyttäjistä 12,2 prosentilla. Eläke- ja työikäisten välillä hoidollisia toimenpiteitä -profiiliin kuuluvien määrässä oli vain hieman yli kahden prosentin ero. Miesten (17,2 %) tarve hoidollisille toimenpiteille oli selvästi yleisempää kuin naisten (8,8 %). Eläkeikäisistä miehistä lähes neljännes kuului hoidollisten toimenpiteiden -profiiliin. (Taulukko 5.)

Saattohoito- ja DNR-päätöksiä oli aineistossa vain eläkeikäisillä. 13 prosenttia eläkeikäisistä miehistä ja 10,1 prosenttia naisista kuului tähän profiiliin. Heikkokuntoisiksi vanhuksiksi luokiteltiin 11,2 prosenttia eläkeikäisistä. (Taulukko 5.)

Työikäisistä miehistä sosiaalitoimen suurkäyttäjäasiakas -profiiliin kuului yli joka kymmenes. Lisäksi heistä lähes 18 prosentilla oli vankilatuumio ja asunnottomuutta oli 5,1 prosentilla. Asunnottomuus nousi aineistossa Kouvolan keskitasoa huomattavasti yleisemmäksi. Vuonna 2014 kouvolaalaisista asunnottomia oli 0,12 prosenttia (Tilastokeskus 2016). Samaisen vuoden ajalta kerättyssä aineistossamme asunnoton-profiiliin kuului 1,3 prosenttia suurkäyttäjistä. Työikäisillä melko yleistä (noin 10 prosenttia) oli myös lastensuojelutautaisuus. (Taulukko 5.)

Puhelut valittiin yhdeksi profiileista, sillä otantavaiheessa huomasimme, että joillakin suurkäyttäjistä oli niitä huomattavat määrät ja ne näyttivät työllistävän yhteispäivystystä ja lisäävän kontaktien määrää. Merkittäviä määriä puheluita oli lähes 18 prosentilla suurkäyttäjistä. Puheluita olivat soittaneet joko suurkäyttäjä itse, hänen omaisensa tai häntä hoitava henkilökunta (esimerkiksi kotihoiton tai hoitokodin hoitajat). Erityisesti eläkeikäisten naisten asioista soitettiin paljon puheluita; lähes kolmannes eläkeikäisistä naisista kuuluu puheluita -profiiliin. Eläkeikäisten miesten kohdalla noin 15 prosentilla on huomattava määrä puheluita. (Taulukko 5.)



Taulukko 5. Suurkäyttäjien profiilit

% taulukko	Työikäiset miehet	Työikäiset naiset	Eläkeikäiset miehet	Eläkeikäiset naiset	Kaikki miehet	Kaikki naiset	Kaikki työikäiset	Kaikki eläkeikäiset	Kaikki suurkäyttäjät
Satunnainen suurkäyttäjä	20,5	17,0	9,3	20,2	14,0	19,1	18,6	16,1	17,0
Monisairautta	15,4	21,3	35,2	9,0	26,9	13,2	18,6	18,9	18,8
Monivaivaisuutta	2,6	4,3	0,0	6,7	1,1	5,9	3,5	4,2	3,9
Päihteiden ongelmakäyttöä	46,2	14,9	5,6	2,2	22,6	6,6	29,1	3,5	13,1
Mielenterveysongelmia	46,2	57,4	5,6	9,0	22,6	25,7	52,3	7,7	24,5
Masennusta	12,8	29,8	5,6	7,9	8,6	15,4	22,1	7,0	12,7
Somatisointia	7,7	17,0	0,0	3,4	3,2	8,1	12,8	2,1	6,1
Kriisitilanteessa	17,9	8,5	5,6	2,2	10,8	4,4	12,8	3,5	7,0
Pitkäaikaissairautta	23,1	40,4	42,6	23,6	34,4	29,4	32,6	30,8	31,4
Aivoninfarkti	2,6	0,0	0,0	2,2	1,1	1,5	1,2	1,4	1,3
Syöpäsairautta	7,7	6,4	25,9	6,7	18,3	6,6	7,0	14,0	11,4
Vammaisuutta	7,7	6,4	5,6	2,2	6,5	3,7	7,0	3,5	4,8
Paljon tutkittu	2,6	6,4	1,9	0,0	2,2	2,2	4,7	0,7	2,2
Yleistilan laskua	2,6	0,0	33,3	22,5	20,4	14,7	1,2	26,6	17,0
Virtsatieinfektioita	2,6	8,5	3,7	9,0	3,2	8,8	5,8	7,0	6,6
Lapsen odotus/syntymä	5,1	12,8	0,0	0,0	2,2	4,4	9,3	0,0	3,5
Muistisairautta	0,0	4,3	14,8	13,5	8,6	10,3	2,3	14,0	9,6
Turvattomuutta	0,0	0,0	7,4	12,4	4,3	8,1	0,0	10,5	6,6
Hoidollisia toimenpiteitä	7,7	12,8	24,1	6,7	17,2	8,8	10,5	13,3	12,2
Saattohoito- ja/tai DNR-päätös	0,0	0,0	13,0	10,1	7,5	6,6	0,0	11,2	7,0
Kivuliaisuutta vanhuksella	0,0	0,0	3,7	6,7	2,2	4,4	0,0	5,6	3,5
Heikko/huonokuntoisuutta vanhuksella	0,0	0,0	9,3	12,4	5,4	8,1	0,0	11,2	7,0
Sosiaalitoimen "suurasiakkuus"	10,3	4,3	1,9	0,0	5,4	1,5	7,0	0,7	3,1
Vankilatuumio	17,9	2,1	0,0	0,0	7,5	0,7	9,3	0,0	3,5
Asunnottomuutta	5,1	2,1	0,0	0,0	2,2	0,7	3,5	0,0	1,3
Lastensuojelutausta	10,3	10,6	0,0	0,0	4,3	3,7	10,5	0,0	3,9
Laitoskierteessä	2,6	0,0	9,3	4,5	6,5	2,9	1,2	6,3	4,4
Puheluita	5,1	4,3	14,8	31,5	10,8	22,1	4,7	25,2	17,5

### 5.2.2 Moniprofiiliset asiakkaat

Moniprofiilisilla asiakkailla tarkoitamme tässä suurkäyttäjiä, jotka profiloituivat kuuluviksi vähintään viiteen tai useampaan profiiliin. Seuraavaksi kuvailemme moniprofiilisten asiakkaiden yksilöprofiileista nousseita seikkoja ikä- ja sukupuoliryhmittäin ryhmäkokonaisuutena. Tehtävä ei ole helppo, emmekä voi kuvailla jokaisen asiakkaan tilanteita erikseen, sillä kuvailu ei auta meitä hahmottamaan kokonaisuuksia eikä havaitsemaan keinoja palvella suurkäyttäjiä kohdistetummin ja tehokkaammin. Pidämme tärkeänä tekemäämme ryhmittelyä ja koemme, että ryhmittelyn kautta nousee esiin asioita, joiden avulla on mahdollista hahmottaa suurkäyttäjäyden syntyä, taustoja ja pyrkiä asiakasymmärrykseen. Olemme tietoisesti jakaneet ryhmät erikseen miehiin ja naisiin, sillä yleisesti voimme todeta, että miehet ja naiset ovat terveystyöntekijöiltään jokseenkin erilaisia ja tämä näkyy myös tutkimuksemme tuloksissa (ks. Helldán &

Helakorpi 2015, 41). Jokainen aineistomme asiakas on tietysti yksilö ja asiakkaiden tarinat ovat hyvin erilaiset, esimerkiksi asiakkaiden taustat, elämäntilanteet ja päivystyskäyntien syyt vaihtelivat tutkimuksessamme suuresti.

#### Alle 65-vuotiaat miehet

Tutkimuksessamme alle 65-vuotiaita moniprofiilisia miehiä oli kuusi. Asiakasyhmästä nousivat voimakkaasti esiin päihdeongelmat ja päihderiippuvuus, mielenterveysongelmat, moni- ja pitkäaikaissairausta sekä masentuneisuus. Puolella ryhmän asiakkaista oli sekä masennus- että mielenterveys- ja päihdeongelmatiikkaa. Vankilataustaisia ryhmässä oli kaksi kolmasosaa. Lisäksi vähäisessä määrin taustatekijöiksi nousivat lastensuojelutausta, laitospaikka ja asunnottomuus sekä lapsen odotus ja syntymän jälkeiset huolet. Puolella ryhmäläisistä päivystyskäynteihin vaikutti kriisi. Kaksi kolmasosaa kuormitti päivystystä runsailla puheluilla ja käytti paljon sosiaalipalveluja. Kaikki käyttivät hyvin runsaasti terveydenhuollon palveluja, keskimäärin 38 kertaa vuodessa. Hajontaa oli 14–77 käynnin välillä. Psykiatrasta avohoitoa oli saanut puolet asiakkaista, joskin hyvin vähän ja vaihtelevin käyntimäärin, käyntikerrat olivat 1, 2 ja 26 kertaa vuoden aikana. Keskimäärin tämän ryhmän asiakkaat käyttivät päivystystä noin kuutena kuukautena vuodessa (hajonta 5–8 kk). Sosiaali- ja kriisipäivystystä oli käyttänyt yksi asiakas.

Moniprofiilisten ryhmän 18–64-vuotiaat miehet olivat pääasiassa eläkkeellä (83 prosenttia), kukaan ei ollut työelämässä, 17 prosenttia oli työttömiä. Suurin osa ryhmän miehistä asui yksin. Kolmasosa asui puolison kanssa. Jokainen mies sai sosiaalista tukea vähintään kahdelta ihmiseltä, tyypillisimmin isältä, puolisoilta, sisarelta ja ystävältä. Kolmasosalla oli lapsia, 17 prosentilla oli lapsenlapsia.

Vuonna 2014 psykiatrasta avohoitoa sai puolet näistä asiakkaista ja joka kolmannen luona kävi kotihoito. A-klinikan asiakkuus ja tuettu asuminen liittyivät yksittäisinä tapauksina työikäisten moniprofiilisten miesten profiiliin. Muita yksittäisessä käytössä olevia palveluja olivat OVI-tiimi, fysioterapia, hieroja ja siivouspalvelu. Sosiaalitoimen palveluja käytti kaksi kolmasosaa moniprofiilisista asiakkaista ja heillä oli käytössään yhdestä viiteen erilaista sosiaalitoimen palvelua. Sosiaalitoimen eri palveluiden käyttö vaihteli yhdestä viiteen palvelun-

käyttöön vuonna 2014. Kaikki sosiaalipalveluja käyttäneet asiakkaat olivat olleet sosiaalityön palvelun piirissä, kolmasosa oli saanut kuluneen vuoden aikana perustoimeentulotukea ja sama määrä muuta taloudellista tukea. Sosiaalitoimen päihdepalveluiden ja tuetun asumisen käyttö tulivat esille yksittäistapauksissa.

Seurantajaksolla eli 30.6.2015 mennessä jokainen elossa tai paikkakunnalla oleva asiakas, (joita oli neljä) oli asioinut päivystyksessä vähintään kolmesti (3–9 kertaa, keskiarvo 5,3) ja muita terveydenhuollon palveluja oli käytetty kymmenen kertaa tai enemmän (10–31 kertaa, keskiarvo 21). Mielenterveyspalveluja oli käyttänyt kolmannes asiakkaista, puolet heistä vain yhden kerran ja puolet kymmenen kertaa puolen vuoden ajanjaksolla. Kolmasosalla asiakkaista päivystyksen käyttö oli hieman vähentynyt alkuvuonna 2015. Sosiaalisen tuen näkökulmasta käytön vähenemisen edistäjäksi voimme tulkita viranomaisilta saadun avun ja palveluiden lisäämisen.

Asiakkaista puolet kävi päivystyksessä lähinnä päihteenkäyttöön liittyvien syiden ja päihteen aiheuttamien oireiden vuoksi. Somatisointi liittyi 30 prosentilla päivystyskäynteihin. Heitä oli tutkittu runsaasti monenlaisten vaivojen vuoksi eikä oireiden syyt olleet täysin selvinneet. Monisairaiden asiakkaiden päivystyskontakteista osa aiheutui sairauden toipumisvaiheen oireiden hoitotarpeista.

#### Alle 65-vuotiaat naiset

Tutkimuksessamme erottui kaksitoista alle 65-vuotiasta moniprofiilista naista. Kaikki ryhmän naiset profiloituivat mielenterveysongelmiksi. Suurella osalla (67 prosentilla) oli myös masennusta. Päihde- sekä mielenterveysongelmia oli lähes puolella ja vajaalla 20 prosentilla oli somatisointia. Kahdeksalla prosentilla asiakkaista taustatekijänä oli monipäihderiippuvuus. Lähes 70 prosentilla ryhmän asiakkaista oli jokin pitkäaikaissairaus. Vajaalla viidenneksellä oli muistisairautta. Puolella ryhmän asiakkaista päivystyskontakteihin liittyi runsaasti puheluita. Asiakkailla oli myös sosiaalipalveluiden tiivistä käyttöhistoriaa; neljänneksellä oli lastensuojelutausta, vajaalla viidesosalla oli taustallaan sosiaalipalveluiden runsasta käyttöä, 17 prosenttia tämän ryhmän asiakkaista synnytti vauvan vuoden aikana ja kahdeksan prosenttia ryhmästä oli jälkihuol-

tonuoria. Lapsen saaminen liittyi voimakkaasti päivystyskäynteihin, vaikka vai-  
vat eivät suoranaisesti olleetkaan aina välttämättä raskauteen liittyviä. Ryh-  
mästä kahdeksan prosenttia oli asunnottomia tai vankilataustaisia. Vuoden  
2014 aikana neljännes ryhmän asiakkaista koki kriisin, mikä näytti vaikuttavan  
päivystyksen käyntimääriä lisäävästi.

Ryhmän naisista puolet oli eläkkeellä, kahdeksan prosenttia määräaikaisella  
(työkyvyttömyys)eläkkeellä tai pitkällä sairauslomalla, 17 prosenttia kävi töissä  
tai oli työtön. Kaikilla asiakkailla oli saatavilla jonkinlaista sosiaalista tukea,  
pääasiassa puolisoilta tai lähisukulaisilta. Puolet oli avio- tai avoliitossa ja kah-  
deksan prosenttia oli naimattomia, leskiä, eronneita, yhdessä tai useammassa  
seurustelusuhteessa. Kolmannes asui yksin tai puolison kanssa ja neljännes  
puolison ja lasten kanssa. Kahdeksan prosenttia oli asunnottomia.

Noin 40 prosentilla oli lapsia. Noin viidenneksellä ryhmän naisista oli tilanne,  
että lapset oli sijoitettu asumaan toisaalle. Usean lähipiiriin kuului omat van-  
hemmat tai toinen heistä ja useilla oli ainakin yksi sisarus. 17 prosentilla oli tu-  
kihenkilö ja kahdeksalla prosentilla henkilökohtainen avustaja.

Ryhmän asiakkaista kolmella neljäsosalla oli vuoden 2014 aikana sosiaalitoi-  
men asiakkuus. Sosiaalipalveluita oli käytetty monipuolisesti; asiakkuuksia oli  
1–5 sosiaalityön eri alueilla, mutta mitkään tietyt palvelut eivät erityisesti erot-  
tuneet käytetyimpinä. Sosiaalityön ja perustoimeentulotuen asiakkuus oli nel-  
jänneksellä asiakkaista. Vammaispalvelun kuljetuspalvelua oli myönnetty 17  
prosentille ja kahdeksalla prosentilla oli vammaispalvelun henkilökohtainen  
avustaja. Muita käytettyjä palveluja olivat esimerkiksi työllistymisen edistämi-  
nen, kuntouttava työtoiminta ja tuettu asuminen. Puolet ryhmän naisista oli  
käyttänyt sosiaali- ja kriisipäivystystä. Kahdeksan prosenttia oli perheasiain  
neuvottelukeskukseen asiakkaita.

Jokainen ryhmän asiakas oli käyttänyt vuoden 2014 aikana kunnallisia tervey-  
denhuollon palveluja erittäin runsaasti, keskimäärin 63 käyntiä vuodessa (kon-  
taktihajonta oli 18–144). Miltei kaikki olivat käyttäneet psykiatrisia avopalve-  
lujä, keskimäärin 19 kertaa vuoden aikana, käyntihajonta oli 4–35 kertaa. Psy-  
kiatrisessa osastohoidossa oli ollut kolmasosa asiakkaista. A-klinikan asiak-  
kuus oli kahdeksalla prosentilla. Keskimääräinen yhteispäivystyksen käyttö-  
kuukausimäärä oli 5,4.

Vuonna 2015 kymmenen asiakasta oli 30.6. mennessä ottanut kontaktin yhteispäivystykseen. Käyntien keskiarvo oli 2,9 ja kontaktihajonta oli 1–9 käyntiä puolen vuoden aikana. Terveystieteiden palveluja oli käyttänyt jokainen, keskiarvon ollessa hieman yli 25 käyntiä ja kontaktihajonnan 13–46. Mielenterveyspalveluja oli käyttänyt 75 prosenttia asiakkaista, keskiarvo 25 käyntiä vuodessa (käyntihajonta 13–46). Noin puolella tämän ryhmän asiakkaista päivystyskontaktit olivat vähentyneet vuoden 2015 alkupuoliskolla verrattuna vuoteen 2014, kuudesosalla lisääntyneet ja neljäsosalla pysyneet suunnilleen samana. Kontaktien vähenemiseen oli monenlaisia syitä, joista vajaan puolen voidaan tulkita liittyvän sosiaalisen tuen lisääntymiseen: psykiatrinen sairaalahoido ja sen jälkeinen avohoito, harrastustoiminnan aloittaminen, tukihenkilö ja työtoiminta, mielenterveyspalvelujen lisääntyminen ja sosiaalisen tuen voimistuminen. Myös lapsen syntymä näytti vähentäneen käyntimääriä päivystyksessä.

Päivystyksessä asiakkaat kävivät vaihtelevien syiden vuoksi. Käyntikirjausten perusteella näyttää siltä, että keneltäkään ei varsinaisesti löydetty vakavaa, kiireellistä sairaalahoidoa vaativaa vaivaa. Päivystyksessä käytiin muun muassa virtsatieinfektion (kolmasosa), kipujen (neljäsosa), raskausvaivojen (kuudesosa) ja muiden määrittämättömien vaivojen vuoksi. Myös mielenterveysongelmat olivat päivystyskontakteissa usein ainakin osasyynä.

#### Yli 64-vuotiaat miehet

Yli 64-vuotiaita moniprofiilisia miehiä erottui tutkimuksessamme yhdeksän. Lähes 90 prosenttia ryhmän asiakkaista oli muistisairaita, yhtä monella oli yleistilan laskua vuonna 2014. Lähes 80 prosentilla oli moni- ja pitkäaikaissairaus ja syöpää sairasti hieman yli puolet asiakkaista. Pitkäaikais- sekä muistisairaus oli lähes 70 prosentilla. Moni- ja syöpäsairaita oli kolmannes. Ryhmän asiakkaista 44 prosentin hoito oli saattohoitovaiheessa. Kolmannekselle asiakkaista tehtiin päivystyksessä hoidollisia toimenpiteitä, joista kaikki liittyivät cystofixin eli kestokatetrin irtoamiseen. Runsaita puheluita päivystykseen oli kymmenesosalla ryhmän asiakkaista, puhelut tulivat pääasiassa lyhytaikaishoitajaksojen hoitajilta. Kymmenesosa moniprofiilisista eläkeikäisistä miehistä oli laitoskier-

teessä ja kuoli kesken pitkäaikaispaikan hakuprosessin. Kriisi tai turvattu-  
muutta ja yksinäisyyttä oli kymmenesosalla ja yhtä monella oli päihteiden vää-  
rinkäyttöä, masennusta tai mielenterveysongelmia.

Ryhmästä vajaa 80 prosenttia oli avioliitossa, 55 prosenttia asui puolison  
kanssa kotona ja noin kymmenen prosenttia asui tehostetussa palveluasumi-  
sessa. 22 prosenttia ryhmän miehistä muutti vuoden aikana asumaan tehos-  
tettuun palveluasumiseen puolison jäädessä asumaan yhteiseen kotiin. Kol-  
masosa asiakkaista asui yksin, 33 prosenttia heistä asui kotona ja 66 prosent-  
tia tehostetussa palveluasumisessa.

Asiakaskirjauksissa oli hyvin vähän kuvausta etenkin läheisiltä saatavasta  
sosiaalisesta tuesta. Ryhmän asiakkaat saivat sosiaalista tukea lähinnä puoli-  
solta ja lapsilta. Kotihoitoa sai vuoden 2014 aikana yli puolet asiakkaista, avun  
määrä vaihteli yhdestä vuorokausikäynnistä kolmeen kertaan. Sosiaalihuollon  
lyhytaikaishoitajaksoja käytti 44 prosenttia asiakkaista ja omaishoitaja oli hie-  
man yli viidesosalla asiakkaista. Miehistä 22 prosenttia sai fysioterapiaa ja  
yhtä monella oli turvapuhelin. Ateria- ja kauppapalvelu oli 11 prosentilla ryh-  
män asiakkaista.

Yli puolet asiakkaista käytti sosiaalihuollon palveluja vuoden 2014 aikana. 44  
prosentille ryhmän asiakkaista oli myönnetty vammaispalvelun kuljetuspalvelu  
ja 11 prosentilla oli gerontologisen sosiaalityön asiakkuus. Sosiaali- ja kriisi-  
päivystyksen asiakkuudessa oli ollut 56 prosenttia asiakkaista. Ryhmän asiak-  
kaista jokainen käytti vuonna 2014 julkisen terveydenhuollon palveluja keski-  
määrin 23,5 kertaa, kontaktitiheys vaihteli yhdestä käynnistä 91 kontaktiin.  
Psykiatrasta avopalvelua sai 22 prosenttia ryhmän asiakkaista, 11 prosenttia  
käytti palvelua kerran ja 11 prosenttia 16 kertaa vuoden aikana. Keskimäärin  
asiakkaiden päivystyskäynnit keskittyivät viiden kuukauden ajalle vuoden  
2014 aikana (1–8 käyntikuukautta/asiakas/vuosi).

Vuoden 2015 ensimmäisen puolen vuoden aikana terveydenhuollon palveluja  
käytti kolmasosa asiakkaista. Lähes 80 prosenttia ryhmän asiakkaista kuoli  
seurantajakson aikana (1.1.2014–30.6.2015). Vuoden 2015 alussa asiak-  
kaista oli elossa kolmasosa, heistä kaikki käyttivät päivystyspalveluita 1–3 ker-  
taa. Päivystyksen keskimääräinen käyntikuukausimäärä oli vajaa neljä (ha-  
jonta 1–8). 22 prosenttia asiakkaista käytti perusterveydenhuollon palveluja.  
Asiakkaiden, jotka olivat elossa 30.6.2015, päivystyskäytön vähenemisen

syynä oli muutto tehostettuun palveluasumiseen. Yli kymmenesosa asiakkaista ei ehtinyt saada oikeanlaista asumispaikkaa ennen kuolemaansa vuoden 2015 alkupuolella, vaan he kuolivat pitkäaikaisen eri yksiköissä tapahtuneen laitoshoitajakson päätteeksi terveyskeskuksen vuodeosastolle.

Yli 64-vuotiaat naiset

Moniprofiiliseksi asiakkaiksi yli 64-vuotiaista naisista profiloitui viisi henkilöä. Lähes kaikki (80 prosenttia) ryhmän asiakkaat olivat monisairaita tai monivaikeita. 60 prosenttia ryhmän asiakkaista profiloitui sekä masentuneeksi, turvattomaksi, yksinäiseksi että kivuliaaksi. Asiakkaista 60 prosenttia oli pitkäaikaissairaita. Mielenveysongelmia tai somatisointia oli 40 prosentilla asiakkaista. Tämän ryhmän asiakkaista tai heidän omaisistaan 60 prosenttia soittivat päivystykseen ja puheluita oli runsaasti. Viidesosalla ryhmän naisista oli muistisairaus, yleistilan laskua tai he olivat saattohoitovaiheessa.

Suurin osa yli 64-vuotiaista naisista asui yksin, vain viidesosa asui puolison kanssa ja oli naimisissa. Viidesosa oli leskiä, muiden siviilisäädystä ei ollut merkintöjä. Viidesosa asiakkaista asui tehostetussa palveluasumisessa tai palveluasumisessa puolison kanssa. Kotona asiakkaista asui 60 prosenttia ryhmän naisista ja 20 prosenttia heistä muutti vuoden 2014 aikana palveluasumiseen. Kaikki kotona asuvat olivat kotihoidon asiakkaita. Kotihoidon käynnit toteutuivat kullakin alkuun kerran päivässä. Kotihoidon asiakkaiden palvelua lisättiin vuoden aikana, kahdella kolmanneksella kahteen kertaan ja kolmanneksella kolmeen kertaan vuorokaudessa. 40 prosenttia asiakkaista kävi lyhytaikaishoitajaksoilla, viidesosalla oli ateriapalvelu tai turvapuhelin. Viidesosan luona kävi vapaaehtoistyöntekijä, tai he saivat fysioterapiaa. Viidesosalla ryhmän naisista oli psykiatrisen avohuollon- tai psykiatrisen laitoshoidon asiakkuus.

Tässä ryhmässä läheisiltä saatavan sosiaalisen tuen kuvaus oli hieman rikkaampaa kuin muissa. Yleisimmin apua ja tukea saatiin lapsilta (80 %) tai muilta omaisilta, useimmin miniältä. Viidesosalla asiakkaista oli apua naapureilta tai omaiset auttoivat kodin ulkopuolisissa asioinneissa tai esim. miniä laittoi ruokaa tai lapsi kävi lähes päivittäin.

Sosiaalitoimen palveluita sai vuoden 2014 aikana 40 prosenttia moniprofiilisista, eläkeikäisistä naisista. Kaikille oli myönnetty vammaispalvelun kuljetuspalvelu ja lisäksi viidesosalla oli gerontologisen sosiaalityön asiakkuus. 40 prosentilla ei ollut minkäänlaista kontaktia sosiaalipalveluihin. Lähes neljännes oli käyttänyt sosiaali- ja kriisipäivystyksen palveluja.

Kaikki ryhmän asiakkaat käyttivät perusterveydenhuollon palveluja vuonna 2014, keskimäärin 24 kertaa (kontaktihajonta 4–52). Viidesosalla oli psykiatrisen avohuollon kontakti. 60 prosentilla oli sosiaalihuollon lyhytaikaishoitojaksoja, yhdestä kuuteentoista jaksoa vuoden aikana. 80 prosenttia asiakkaista käytti päivystyspalveluja vuoden 2015 ensimmäisellä puolivuotisjaksolla, keskimäärin 2,5 kertaa (kontaktihajonta 1–5). Kaikki käyttivät vuonna 2015 perusterveydenhuollon palveluja, keskimäärin 10 kertaa (kontaktihajonta 3–18) 30.6. mennessä. Kaikilla asiakkailla oli joko erikoissairaanhoidon tai sosiaalihuollon laitoshoidonjakso. 80 prosentilla oli erikoissairaanhoidon sairaalajakso ja sosiaalihuollon jaksoja oli 60 prosentilla, 1–6 jaksoa. Keskimäärin asiakkaiden päivystyskäynnit keskittyivät seitsemän kuukauden ajalle vuoden 2014 aikana (6–9 käyntikuukautta/asiakas/vuosi).

Asiakkaat kävivät päivystyksessä hyvin vaihtelevien syiden vuoksi. 60 prosentilla asiakkaista oli yleistilan laskua tai kipuja tai monenlaisia määrittelemättömiä vaivoja, kuten yleistä huonovointisuutta tai pyöräytystä. Viidesosalla oli ongelmia säärihaavan hoidossa tai sydämen vajaatoimintaan liittyviä käyntejä. Lisäksi naisista viidesosalla oli itsetuhoisia ajatuksia, turvattomuutta ja kotona pärjäämättömyyttä, minkä johdosta heillä oli runsaasti intervallihoitojaksoja. Tyypillistä oli, että naiset eivät olisi halunneet kotiutua jaksoilta. Viidesosalla asiakkaista oli yrityksiä päästä tuettuun asumiseen. Viidesosan asiakkaista voidaan tulkita käyneen päivystyksessä lääketieteellisesti vähäisten syiden vuoksi, sillä mitään päivystyksessä hoidettavaa vaivaa ei yleensä löydetty.

Ainakin osittain voimme tulkita ryhmän asiakkaista 80 prosentilla päivystyskäyntien vähenemisen syiksi sosiaalisen tuen lisääntymisen, joita olivat muun muassa turvapuhelimen hankinta ja päiväkeskus- tai kotihoidon käyntien aloittaminen tai lisääminen. 60 prosentilla ryhmän asiakkaiden kotihoidon apua lisättiin ja viidesosalla asiakkaiden kirjauksissa oli merkintä, että he kokivat kotihoidon käyntien lisäävän turvallisuutta. Viidesosa asiakkaista sai psykiatrista hoitoa tai säärihaavan hoito oli vakiintunut kotihoidon käyntien lisäämisen



myötä. Viidesosa muutti vuoden aikana tehostettuun palveluasumiseen. Myös sairaalajaksolla tehdyllä lääkelistan tarkastamisella oli suotuisa vaikutus terveydenhuollon käyntien vähenemiseen. Viidesosa naisista kuoli vuoden 2015 alussa.

### 5.3 Sosiaalinen tuki

Sosiaalista tukea ajattelempa ihmisen saavan Cassellin mallin mukaisesti kolmella tasolla. Läheisin tuen tarjoaja on tyypillisesti puoliso tai perhe. Läheisimmän sosiaalisen tuen tarjoajan olemassaoloa tarkastelimme tutkimuksessa parisuhde- ja perhetilanteen, asumisolosuhteiden ja verkoston sekä yhteyshenkilötietojen kautta. Viranomaistason välittämää sosiaalista tukea tarkastelimme kartoittamalla asiakkaiden käyttämiä palveluja. Lähinnä tarkastelemme palvelut ovat sosiaalipalveluja. Terveydenhuollon palvelut rajasimme pääsääntöisesti ja tietoisesti tämän tutkimuksen ulkopuolelle, sillä käytettävissä olevien resurssiemme puitteissa emme kyenneet kartoittamaan terveydenhuollon palvelukenttää.

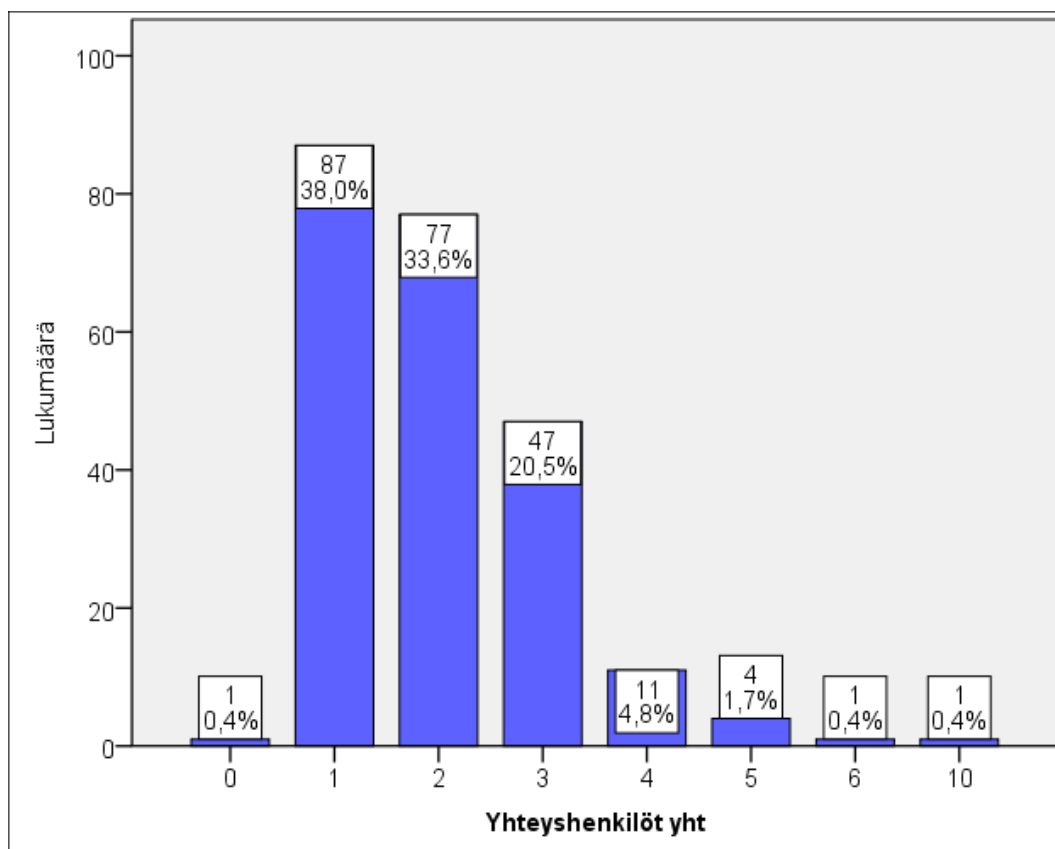
#### 5.3.1 Primaari- ja sekundaaritason sosiaalinen tuki

##### Yhteyshenkilöt

Sosiaalisen tuen kartoittamiseksi laskimme jokaisen suurkäyttäjän yhteyshenkilömäärän. Yhteyshenkilöt ovat ihmisiä, joiden yhteystiedot on kirjattu TerveysEffican kunkin henkilön perustietolehdelle yhteydenottoa ja hätätilanteita varten. Tiedoista selviää yhteyshenkilön nimen ja yhteystietojen lisäksi henkilön suhde asiakkaaseen. Yhteyshenkilöiden tarjoama sosiaalinen tuki voi olla jokaisella asiakkaalla hyvin erityyppistä, sillä yhteyshenkilöinä voivat olla niin perhe ja omaiset kuin esimerkiksi edunvalvoja, henkilökohtainen avustaja, hoitokodin omahoitaja tai muu sellainen työtehtävänsä kautta asiakkaaseen liittyvä henkilö. Emme siis voi tulkita sosiaalisen tuen laatua tai tiheyttä oikeastaan lainkaan, mutta voimme kuvata sitä, kuinka monta henkilöä kunkin suurkäyttäjän ”lähipiiriin” kuului.

Yleisimmin suurkäyttäjien TerveysEffican perustietolomakkeelle oli kirjattu yhdestä kolmeen yhteyshenkilöä (38 prosentilla yksi henkilö, 33,6 prosentilla

kaksi henkilöä ja 20,5 prosentilla kolme henkilöä). Yksi yhteyshenkilö oli vain 0,4 prosentilla suurkäyttäjistä ja neljä tai useampia yhteyshenkilöitä oli 7,3 prosentilla (neljä yhteyshenkilöä 4,8 prosentilla, viisi yhteyshenkilöä 1,7 prosentilla, kuusi yhteyshenkilöä 0,4 prosentilla ja 10 yhteyshenkilöä 0,4 prosentilla). (Kuva 6.) Havaitsimme, että erityisesti ikääntyneiden yhteyshenkilönä oli useammin tytär kuin poika.



Kuva 6. Suurkäyttäjien yhteyshenkilöiden lukumäärä

Sukupuolten välillä yhteyshenkilöiden lukumäärissä oli havaittavissa eroavaisuuksia; miehistä 43 prosentilla yhteyshenkilöitä oli vain yksi, mikä oli myös miesten yleisin yhteyshenkilöiden lukumäärä, kun taas naisilla oli yleisimmin kaksi yhteyshenkilöä (yli 35 prosenttia kaikista naisista). Yli 65-vuotiailla oli yleisimmin yksi yhteyshenkilö (lähes 40 prosentilla) ja alle 65-vuotiailla yleisin yhteyshenkilöiden lukumäärä oli kaksi (yli 37 prosentilla).

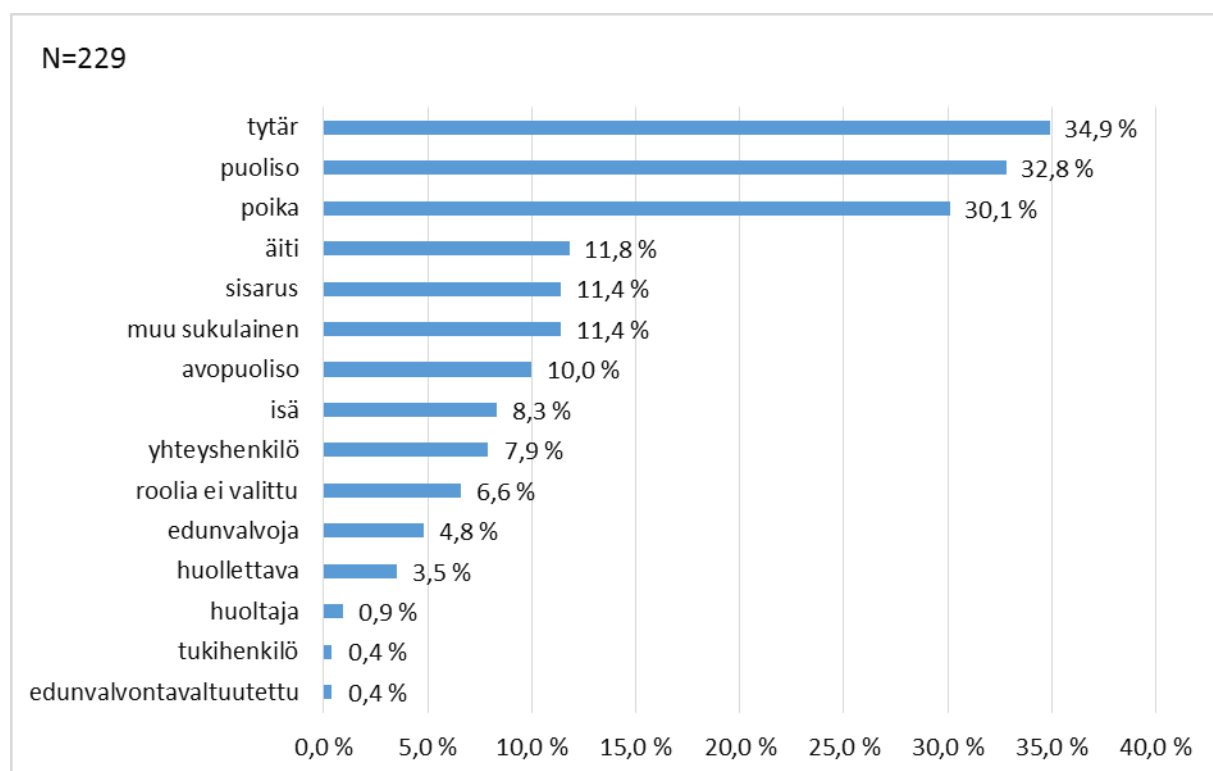
Yhteyshenkilöiden suhde suurkäyttäjään

Tutkimme asiakkaiden perustietolomakkeelta yhteyshenkilöiden suhteet suurkäyttäjään. Käytimme TerveysEffican valmista listausta, jossa oli 15 erilaista

yhteyshenkilövaihtoehtoa. Asiakkaalla voi olla useampia yhteyshenkilöitä, kuten edellinen kuva 3 osoittaa. Tietoja poimieksamme emme tarkastelleet tietojen päivitysajankohtaa. Osa tiedoista voi olla virheellistä tai vanhentunutta. Tietoja ei välttämättä tarkisteta joka käyntikerralla, sillä osalla yhteyshenkilönä näkyi esimerkiksi puoliso, vaikka puolison kuolema oli mainittu teksteissä.

Huoltaja yhteyshenkilönä näkyy kuvassa 7, koska osa suurkäyttäjistä on ollut alaikäisiä, kun tiedot on kirjattu järjestelmään. Osa suurkäyttäjistä täytti 18 vuotta vuoden 2014 aikana ja he ovat aineistossa mukana, koska ikä on määriteltä jaotelluamme 31.12.2014 perusteella.

Selkeästi yleisimmät yhteyshenkilöt suurkäyttäjillä olivat lapset tai puoliso. Tytöt (34,9 %) olivat poikia (30,1 %) useammin suurkäyttäjien yhteyshenkilöinä. Puoliso oli yhteyshenkilönä noin kolmanneksella suurkäyttäjistä. Äiti, sisarus ja muu sukulainen olivat kukin yhteyshenkilönä reilulla 11 prosentilla suurkäyttäjistä. (Kuva 7.)

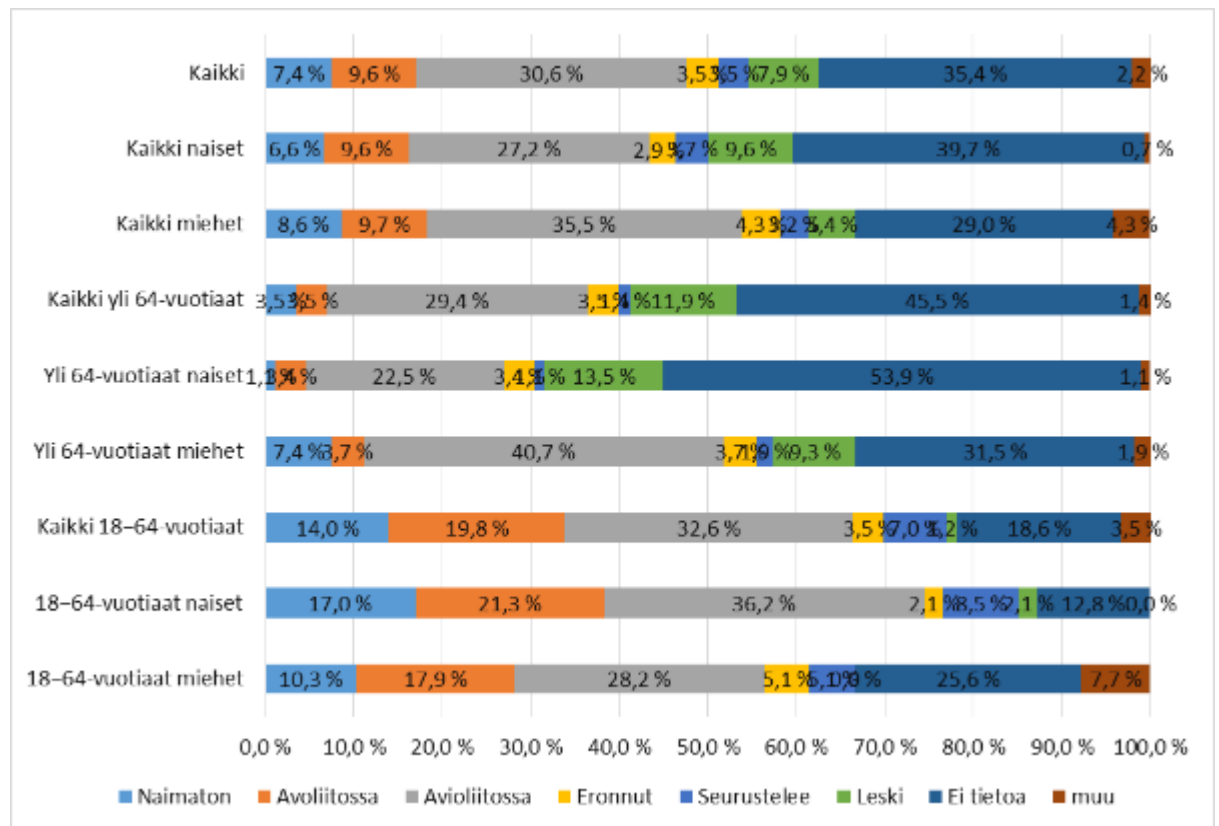


Kuva 7. Yhteyshenkilön suhde suurkäyttäjään

### 5.3.1.1 Perhesuhteet

Suurkäyttäjien perhesuhteet eivät läheskään aina selvinneet Terveys- ja SosiaalEffican asiakirjamerkinnöistä. Yli kolmanneksen parisuhdetilanne jäi epäselviksi.

Kuvasta 8 selviävät tutkittujen suurkäyttäjien parisuhdetilanteet. Yleisimmin (yli 35 prosentissa tapauksia) tutkittujen parisuhdetilanne ei selvinnyt asiakirjamerkinnöistä ja erityisen yleistä tämä oli iäkkäiden naisten (lähes 54 prosenttia) kohdalla. Niillä suurkäyttäjillä, joilta parisuhdetilanne selvisi, yleisin (yli 30 prosenttia) parisuhdemuoto oli avioliitto. Eläkeikäisistä miehistä avioliitossa oli yli 40 prosenttia, kun saman ikäisistä naisista avioliitossa oli vain 22,5 prosenttia. Työikäisistä suurkäyttäjistä naiset (36,2 prosenttia) olivat miehiä (28,2 prosenttia) yleisemmin avioliitossa. (Kuva 8.)

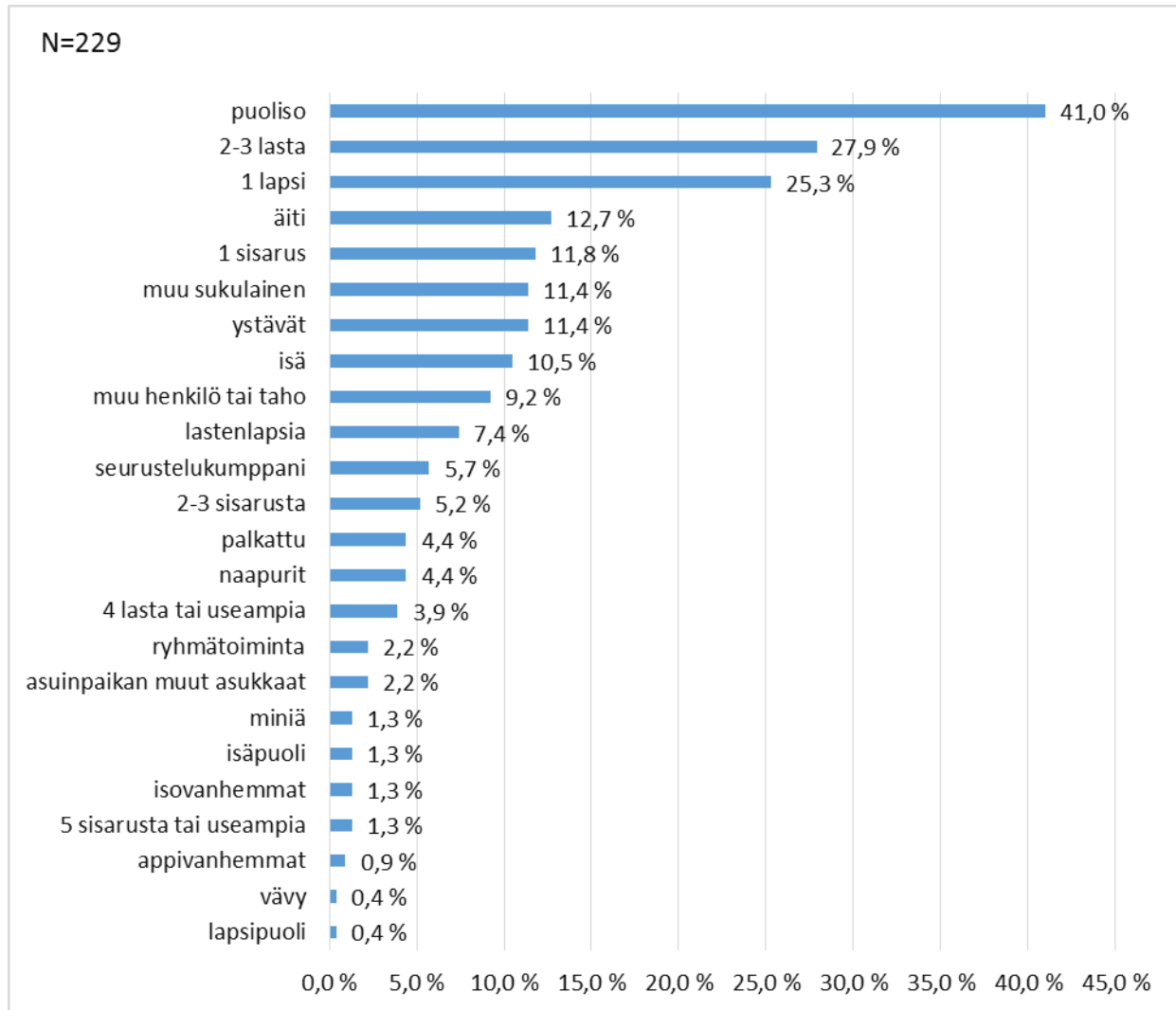


Kuva 8. Suurkäyttäjien parisuhdetilanne ensimmäisen yhteispäivystyskäynnin aikana

### 5.3.1.2 Lähiverkosto

Asiakkaiden lähiverkosta tutkimme poimimalla kirjausteksteistä niissä mainitut henkilöt sekä mahdollista sosiaalisen tuen kuvausta. Yhdellä suurkäyttäjällä saattoi olla useampiakin mainintoja (esim. puoliso ja yksi sisarus), joten seuraava kuva (kuva 9) ei sinällään kuvaa suurkäyttäjien sosiaalisen verkoston monimuotoisuuden sisältöjä kokonaisuudessaan. Kuvasta voi nähdä ainoastaan listauksen yksittäisistä henkilöistä erillisinä (ei yhdistelmiä esim. puoliso ja lapsi), joita kunkin suurkäyttäjän läheisverkostossa on.

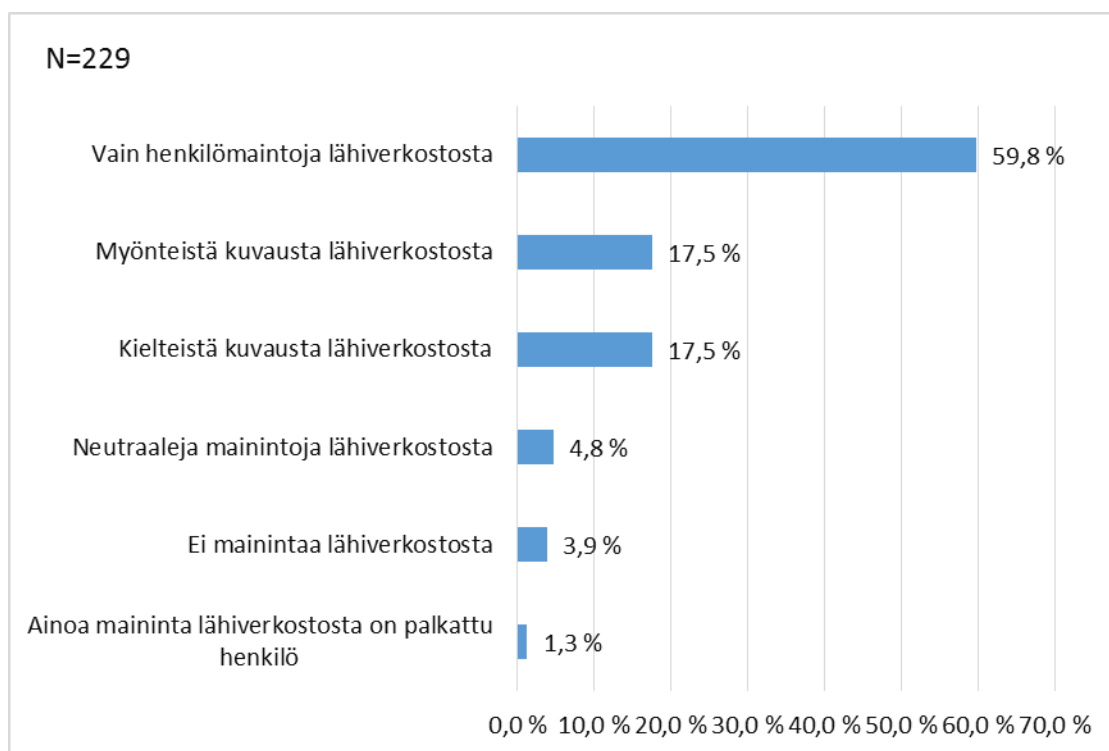
Lähes 28 prosentilla suurkäyttäjistä oli 2–3 lasta sosiaalisessa verkostossaan. Noin neljänneksellä oli maininta yhdestä lapsesta sosiaalisen verkoston yhteydessä. 4 lasta tai useampia oli mainittu 3,9 prosentin tiedoissa. Yli 56 prosentilla suurkäyttäjistä oli siis lapsi tai lapsia lähiverkostossaan. Myös vanhemmat ja sisarukset olivat melko usein mainittuina lähiverkostonä. Äiti mainittiin suurkäyttäjistä lähes 13 prosentin kohdalla ja isä yli 10 prosentin kohdalla. Isäpuoli tuli mainituksi 1,3 prosentin kohdalla, kun taas äitipuolia ei teksteissä mainittu. 18,3 prosentilla oli sisarus tai sisaruksia lähiverkostonä. Muut sukulaiset olivat myös mainittuina 11,4 prosentilla. Lähiverkostonä myös sukuun kuulumattomat henkilöt mainittiin melko usein osalla suurkäyttäjistä: 11,4 prosentilla suurkäyttäjistä ystävä kuului kirjausten perusteella lähiverkostonä ja naapurit 4,4 prosentilla. Naapureiden apu näytti usein liittyvän kuljetusasioihin tai kauppa-asioihin. Kuvaan on erikseen poimittu ”palkattu”. Toisinaan suurkäyttäjien kohdalla oli tilanne, että ainoa teksteissä esille nouseva ihmissuhde oli palkkasuhteeseen liittyvä, esimerkiksi henkilökohtainen avustaja. (Kuva 9.)



Kuva 9. Suurkäyttäjien lähiverkosto

### 5.3.1.3 Primaari- ja sekundaaritason sosiaalisen tuen laatu

Asiakaskirjauksissa ei suurella osalla suurkäyttäjistä (lähes 60 %) tullut esille primaari- ja sekundaaritason sosiaalisen tuen laatua kuvaavia asioita. Vailla minkäänlaista kuvausta näiltä tasoilta oli 3,9 prosenttia suurkäyttäjien kirjauksista ja ainoana mainintana palkattu, työsuhteessa oleva henkilö, oli 1,3 prosentilla. Kielteistä kuvausta sisältäviä sosiaaliseen tukeen liittyviä kirjauksia oli 17,5 prosenttia ja saman verran löytyi myös myönteistä kuvausta sosiaalisen tuen laadusta. Toisinaan saman suurkäyttäjän sosiaalisen tuen kuvaus sisälsi sekä myönteisiä että kielteisiä elementtejä. Neutraaleiksi katsottavia mainintoja primaari- ja sekundaaritason sosiaalisesta tuesta oli lähes viidellä prosentilla. (Kuva 10.)



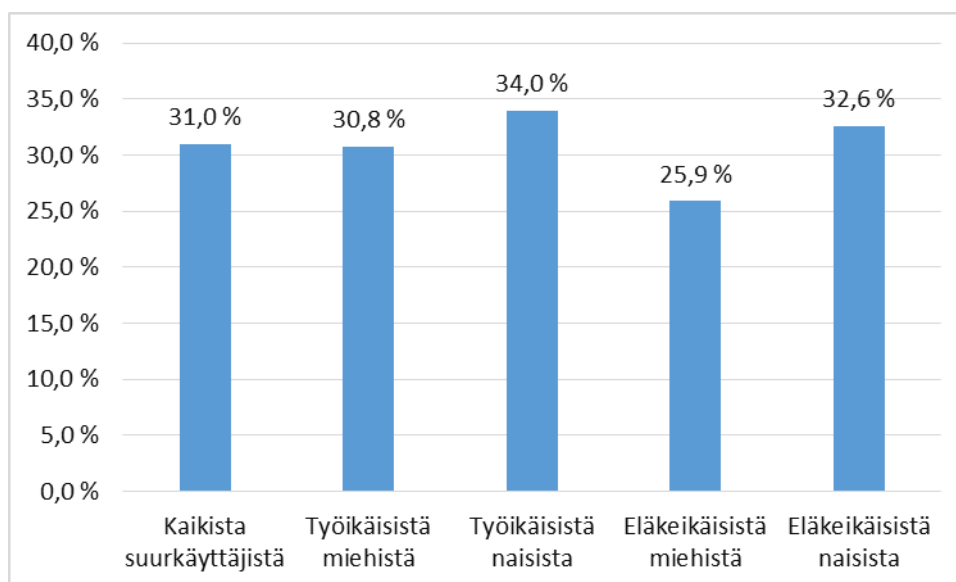
Kuva 10. Primaari- ja sekundaaritason sosiaalisen tuen laatu

### 5.3.2 Tertiaaritason sosiaalinen tuki

Tutkimme erikseen suurkäyttäjiä, joilla ei tiettävästi ollut, ainakaan kirjausten mukaan, käytössään sosiaalitoimen palveluita tai muita yhteiskunnallisia palveluita vuoden 2014 ensimmäisen päivystyskäynnin aikana. Rajasimme pois perusterveydenhuollon puolelta terveyskeskuspalveluihin liittyvät käynnit sekä Pohjois-Kymen sairaalan poliklinikoiden käynnit. Poistimme joukosta myös eritasoisten tuettujen tai hoiva-asumisen piirissä olevat henkilöt, sillä ajattelimme heidän sinällään jo saavan ainakin jonkinlaista tertiaaritason sosiaalista tukea.

Suurkäyttäjistä 31 prosentilla (71 henkilöä) ei ollut käyntikirjausten mukaan käytössään sosiaalipalveluita tai muita yhteiskunnan turvaverkoston tarjoamia palveluita lainkaan, kuten esimerkiksi kotihoitoa tai A-klinikkapalveluita. Verrattaessa näitä vailla palveluita olevia suurkäyttäjiä omaan ikä- ja sukupuoli-ryhmäänsä, voidaan nähdä, että naiset ovat miehiä useammin vailla palveluita. Työikäisistä naisista ilman palveluita oli 34 prosenttia ja miehistä lähes 31 prosenttia (eroa siis noin 3 prosenttiyksikköä) ja eläkeikäisten ero naisten ja miesten välillä oli noin 6,5 prosenttia. (Kuva 11.)

Lähempi palveluja vailla olevien asiakkaiden ryhmän tarkastelu osoitti, että suurin osa heistä oli monisairaita, alkoholin ongelmakäytöstä tai mielenterveysongelmista kärsiviä sekä syöpäsairaita. Reilusti yli puolet näistä suurkäyttäjistä oli eläkeikäisiä: 20-luvulla syntyneitä oli tästä nimenomaisesta joukosta 11,2 prosenttia, 30-luvulla syntyneitä oli lähes 24 prosenttia ja 40-luvulla syntyneitä yli neljännes. Huomionarvoista on myös, että noin 8,5 prosenttia tästä joukosta oli henkilöitä, joilla ei ilmennyt kirjausten perusteella primaari- tai sekundaaritason sosiaalista tukea. Emme tutkimuksessa laajemmin keskittyneet tarkastelemaan sitä, millaisena suurkäyttäjien saama sosiaalinen tuki jatkui vuoden 2014 jälkeen ja miten se vaikutti päivystyspalveluiden käyttötarpeeseen jatkossa, mutta näyttäisi siltä, että ainakin tässä ilman palveluita olevien joukossa suurkäyttäjäys väheni, kun henkilö oli saanut esimerkiksi mielenterveyspuolen tukea, kotihoitoa tai muuttanut palvelu- tai hoiva-asumisen piiriin.



Kuva 11. Suurkäyttäjät, joilla ei ollut palveluita tai palveluita ei ollut kirjattu

Suurkäyttäjien käytössä olevista palveluista esille nousivat psykiatrinen avohoito, joka oli 8,3 prosentilla suurkäyttäjistä ja intervallijaksot (yli 4 prosentilla). Lähes kolmella prosentilla suurkäyttäjistä oli päiväkeskustoimintaa tai fysioterapiaa. Muu palvelu -vastausten osuus oli suuri. Suurkäyttäjistä noin 17 prosentilla oli jokin muu palvelu kuin joita olimme tiedonkeruulomakkeen vastausvaihtoehtoiksi poimineet. Käytetyt palvelut olivat hyvin vaihtelevia, mutta niissä nousi esille yksityisten palveluiden käyttö. Seitsemän prosenttia suurkäyttäjistä käytti yksityisiä palveluita; enimmäkseen siivous- tai lääkäripalveluita. (Taulukko 6.)



Taulukko 6. Suurkäyttäjien käyttämät palvelut ensimmäisen päivystyskäynnin aikaan (ei sisällä terveydenhuollon lääkäripalveluita ja sosiaalitoimen palveluita)

	% vastaajista
<b>Ei tietoa/ei ole</b>	67,6%
<b>Muu</b>	17,1%
<b>Psykiatrinen avohoito</b>	8,3%
<b>Intervallijaksot</b>	4,2%
<b>Päiväkeskus</b>	2,8%
<b>Fysioterapia</b>	2,3%
<b>A-klinikka</b>	1,4%
<b>Kotihoito</b>	1,4%
<b>Työvoiman palvelukeskus</b>	1,4%
<b>Päiväkoti</b>	0,5%
<b>Etsivä nuorisotyö</b>	0,5%
<b>Psykiatrinen osastohoito</b>	0,5%
<b>Perheneuvola</b>	0,5%

Tarkasteltaessa palveluiden käyttöä sukupuoli- ja ikäryhmäjakojen mukaisesti, 18–64-vuotiaiden miesten palveluissa nousivat esiin: psykiatrinen avohoito, jota oli heistä lähes 13 prosentilla, A-klinikan palvelut (6,4 prosenttia) ja työvoiman palvelukeskus (4,3 prosenttia). Samanikäisten naisten ainoa merkittävämmän esiin nouseva palvelu oli psykiatrinen avohoito, jota oli lähes neljänneksellä työikäisistä suurikäyttäjänaisista. Yli 64-vuotiailla intervallijaksot olivat käytetyin palvelu niin miehillä (10 prosenttia) kuin naisillakin (4,5 prosenttia). (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Suurkäyttäjien käyttämät palvelut ikä- ja sukupuoliijaotteluin ensimmäisen päivystyskäynnin aikaan (ei sisällä terveydenhuollon lääkäripalveluita ja sosiaalitoimen palveluita)

Sukupuoli			Ikä luokiteltuna		Yhteensä
			18 - 64 vuotta	Yli 64 vuotta	
Mies	A-klinikka	Lukumäärä	3	0	3
		%	6,4%	0,0%	
	Fysioterapia	Lukumäärä	1	1	2
		%	2,1%	2,0%	
	Intervallijaksot	Lukumäärä	0	5	5
		%	0,0%	10,0%	
	Kotihoito	Lukumäärä	1	2	3
		%	2,1%	4,0%	
	Päiväkeskus	Lukumäärä	1	2	3
		%	2,1%	4,0%	
	Työvoiman palvelukeskus	Lukumäärä	2	0	2
%		4,3%	0,0%		
Psykiatrinen avohoito	Lukumäärä	6	0	6	
	%	12,8%	0,0%		
Psykiatrinen osastohoito	Lukumäärä	1	0	1	
	%	2,1%	0,0%		
Ei tietoa/ei ole	Lukumäärä	23	31	54	
	%	48,9%	62,0%		
Muu	Lukumäärä	9	9	18	
	%	19,1%	18,0%		
Yhteensä	Lukumäärä	47	50	97	
Nainen	Fysioterapia	Lukumäärä	1	2	3
		%	2,0%	2,3%	
	Intervallijaksot	Lukumäärä	0	4	4
		%	0,0%	4,5%	
	Päiväkeskus	Lukumäärä	0	3	3
		%	0,0%	3,4%	
	Päiväkoti	Lukumäärä	1	0	1
		%	2,0%	0,0%	
	Etsivä nuorisotyö	Lukumäärä	1	0	1
		%	2,0%	0,0%	
	Työvoiman palvelukeskus	Lukumäärä	1	0	1
%		2,0%	0,0%		
Psykiatrinen avohoito	Lukumäärä	12	0	12	
	%	24,5%	0,0%		
Perheneuvola	Lukumäärä	0	1	1	
	%	0,0%	1,1%		
Ei tietoa/ei ole	Lukumäärä	25	67	92	
	%	51,0%	76,1%		
Muu	Lukumäärä	8	11	19	
	%	16,3%	12,5%		
Yhteensä	Lukumäärä	49	88	137	

Selvitimme myös, mitä palveluita suurkäyttäjillä alkoi vuoden 2014 aikana, päivystyspalveluiden käytön alkamisen jälkeen. Yli 47 prosentilla tätä tietoa ei ollut kirjattu tai palveluita ei ollut alkanut. Suuren osuuden (34,4 prosenttia) muodostivat myös muut palvelut, joita emme olleet listanneet tiedonkeruulomakkeelle. Tällaisia palveluita olivat (useampia mainintoja) katkaisuhuolto, kotiutustiimi, gerontologinen sosiaalityö sekä ateria- ja siivouspalvelut. Noin joka kymmenennellä suurkäyttäjällä alkoi kotihoitopalvelu tai psykiatrinen avohoito vuoden 2014 aikana. Lähes 9 % aloitti käynnit fysioterapiapalveluissa ja intervallijaksot tulivat palvelumuodoksi lähes kahdeksalle prosentille. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Suurkäyttäjien vuonna 2014 alkaneet palvelut (ei sisällä terveydenhuollon lääkäripalveluita ja sosiaalitoimen palveluita)

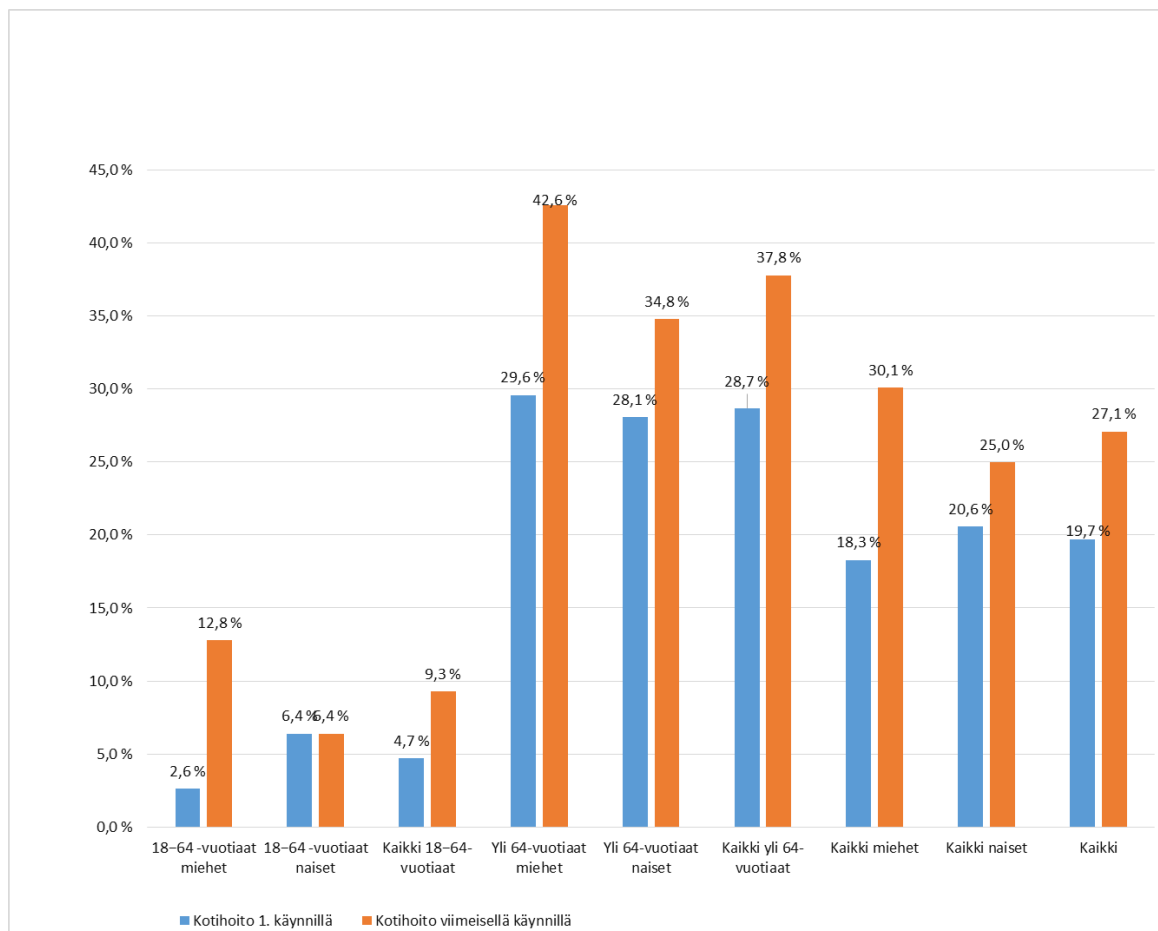
	% vastaajista
<b>Ei tietoa/ei ole</b>	47,2%
<b>Muu</b>	34,4%
<b>Kotihoito</b>	10,1%
<b>Psykiatrinen avohoito</b>	9,6%
<b>Fysioterapia</b>	8,7%
<b>Intervallijaksot</b>	7,8%
<b>Psykiatrinen osastohoito</b>	3,7%
<b>A-klinikka</b>	1,8%
<b>Päiväkeskus</b>	1,4%
<b>Työvoiman palvelukeskus</b>	0,5%

Vuoden 2014 aikana alkaneista palveluista työikäisten ryhmässä yleisin oli psykiatrinen avohoito. 12,2 prosenttia 18–64-vuotiaista miehistä ja lähes 16 prosenttia saman ikäluokan naisista aloitti psykiatrisen avohoidon asiakkuuden. Työikäisten miesten muut merkittävämmän aineistosta nousevat palvelut olivat kotihoito, fysioterapia ja a-klinikka, jota kutakin alkoi käyttää 4,1 prosenttia ko. ikäluokan miehistä. Naisilla fysioterapia (lähes 9 prosenttia) ja psykiatrinen osastohoito (yli viidellä prosentilla) olivat vuoden 2014 aikana alkaneista palveluista useimmin mainittuja. Ikääntyneempien joukossa kolme yleisimmin alkanutta palvelua: kotihoito, intervallijaksot ja fysioterapia, olivat samoja niin miesten kuin naistenkin keskuudessa. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Suurkäyttäjien vuonna 2014 alkaneet palvelut ikä- ja sukupuoli- jaotuksittain (ei sisällä terveydenhuollon lääkäripalveluita ja sosiaalitoimen palveluita)

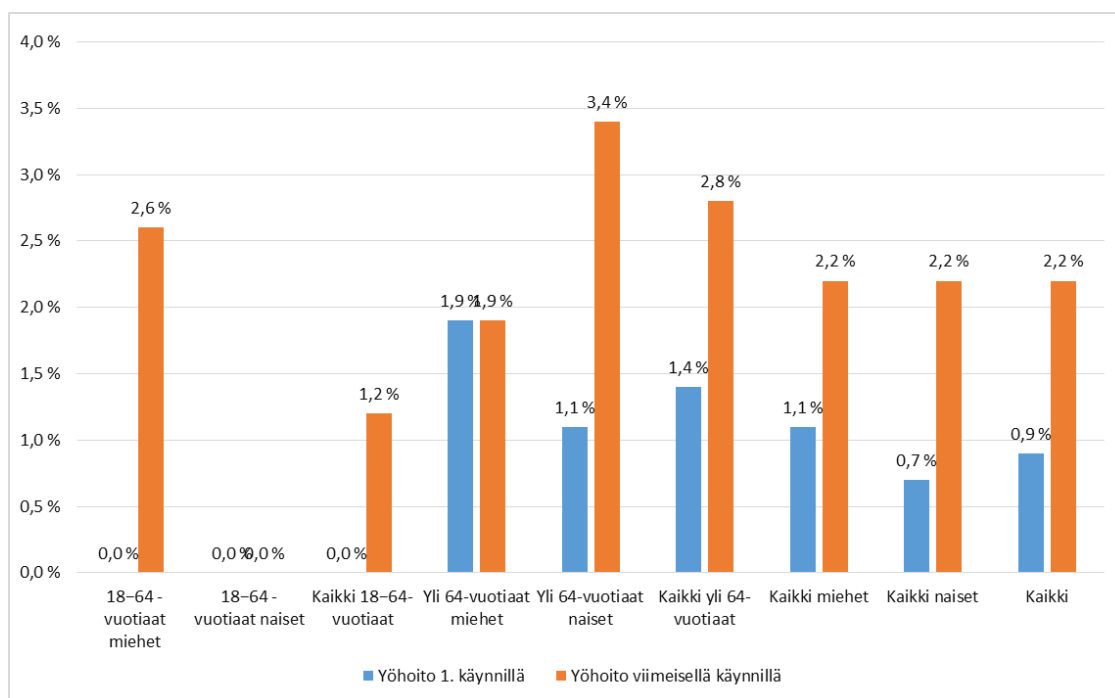
Sukupuoli			Ikä luokiteltuna		Yhteensä
			18 - 64 vuotta	Yli 64 vuotta	
Mies	A-klinikka	Lukumäärä	2	0	2
		%	4,1%	0,0%	
	Fysioterapia	Lukumäärä	2	4	6
		%	4,1%	6,8%	
	Intervallijaksot	Lukumäärä	1	7	8
		%	2,0%	11,9%	
	Kotihoito	Lukumäärä	2	7	9
		%	4,1%	11,9%	
	Päiväkeskus	Lukumäärä	1	0	1
		%	2,0%	0,0%	
	Psykiatrinen avohoito	Lukumäärä	6	2	8
%		12,2%	3,4%		
Psykiatrinen osastohoito	Lukumäärä	1	1	2	
	%	2,0%	1,7%		
Ei tietoa/ei ole	Lukumäärä	16	21	37	
	%	32,7%	35,6%		
Muu	Lukumäärä	18	17	35	
	%	36,7%	28,8%		
Yhteensä		Lukumäärä	49	59	108
Nainen	A-klinikka	Lukumäärä	1	1	2
		%	1,8%	0,9%	
	Fysioterapia	Lukumäärä	5	8	13
		%	8,8%	7,4%	
	Intervallijaksot	Lukumäärä	0	9	9
		%	0,0%	8,3%	
	Kotihoito	Lukumäärä	0	13	13
		%	0,0%	12,0%	
	Päiväkeskus	Lukumäärä	0	2	2
		%	0,0%	1,9%	
	Työvoiman palvelukeskus	Lukumäärä	1	0	1
%		1,8%	0,0%		
Psykiatrinen avohoito	Lukumäärä	9	4	13	
	%	15,8%	3,7%		
Psykiatrinen osastohoito	Lukumäärä	3	3	6	
	%	5,3%	2,8%		
Ei tietoa/ei ole	Lukumäärä	25	41	66	
	%	43,9%	38,0%		
Muu	Lukumäärä	13	27	40	
	%	22,8%	25,0%		
Yhteensä		Lukumäärä	57	108	165

Lukuun ottamatta 18–64-vuotiaita naisia, kotihoidon palveluiden käyttö lisääntyi kaikilla suurkäyttäjillä merkittävästi vuoden 2014 aikana ensimmäisen ja viimeisen käynnin välillä. Ensimmäisellä päivystyskäynnillään kotihoitoa käytti vajaa kolme prosenttia 18–64-vuotiaista miehistä, ja viimeisen käynnin aikana lähes 13 prosenttia oli kotihoidon asiakkaita. Eläkeikäisten miesten kotihoidon käyttö nousi lähes 30 prosentista melkein 43 prosenttiin ja eläkeikäisten naisten noin 28 prosentista lähes 35 prosenttiin. (Kuva 11.)



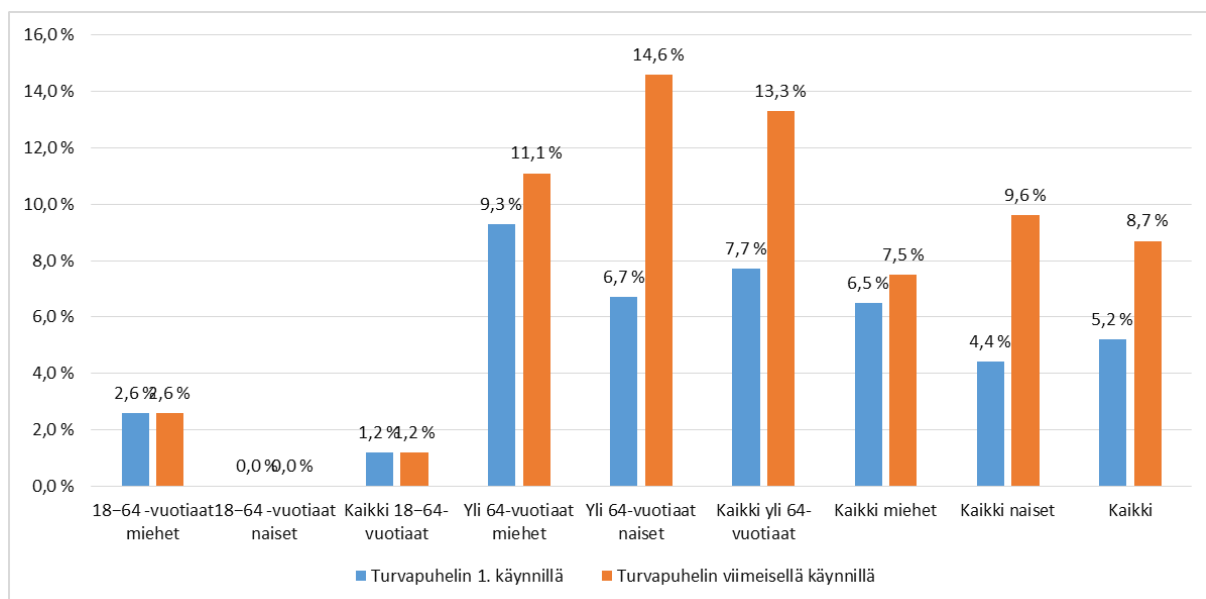
Kuva 11. Suurkäyttäjien kotihoito

Myös yöhoitopalvelun käyttö nousi hieman tarkastelujakson aikana vajaasta prosentista 2,2 prosenttiin. (Kuva 12.)



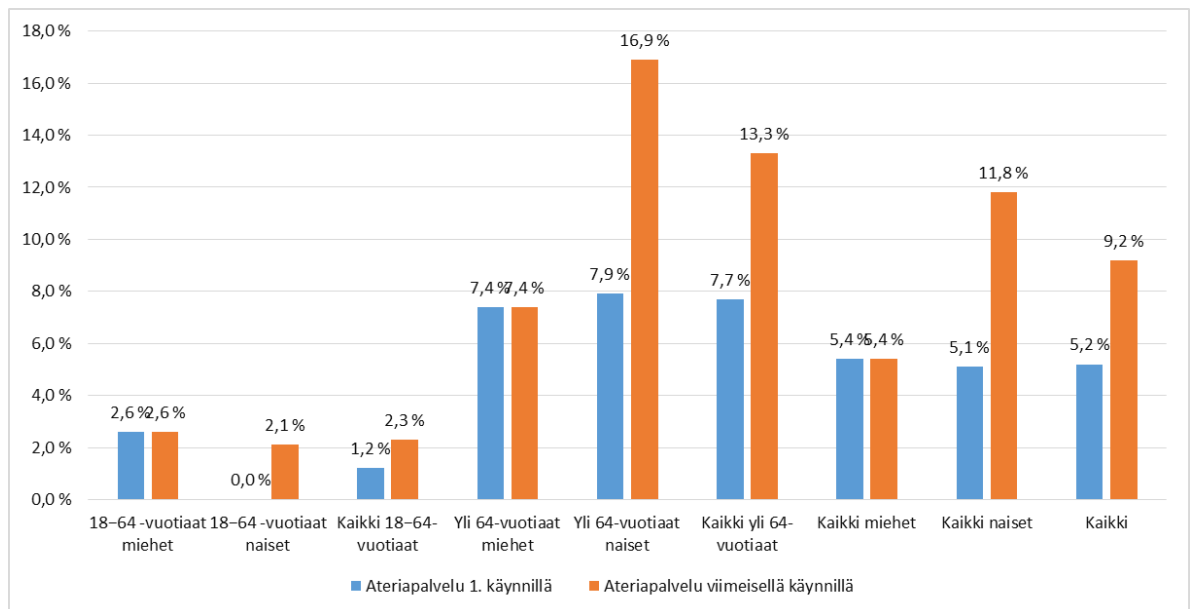
Kuva 12. Suurkäyttäjien yöhoito

Myös turvapuhelinpalvelun käyttö nousi hieman tarkastelujakson aikana; hieman yli viidestä prosentista 8,7 prosenttiin. Ensimmäisen käynnin yhteydessä eläkeikäisten miesten (9,3 prosenttia) turvapuhelimen käyttö oli jonkin verran yleisempää kuin naisten (6,7 prosenttia). Viimeisen käynnin yhteydessä taas eläkeikäisillä naisilla (lähes 15 prosenttia) oli samanikäisiä miehiä (11,1 prosenttia) useammin turvapuhelin. (Kuva 13.)

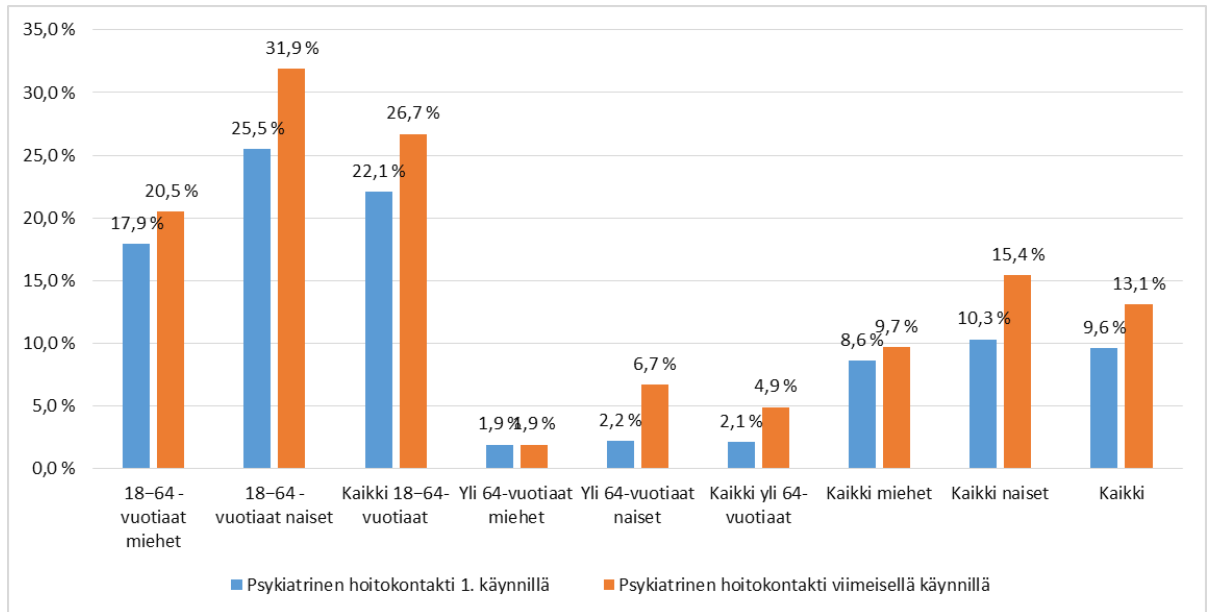


Kuva 13. Turvapuhelimet suurkäyttäjillä

Ateriapalvelun käyttö nousi neljä prosenttia tutkimusvuoden aikana. Ensimmäisen käyntikerran yhteydessä 5,2 prosentilla suurkäyttäjistä oli käytössään ateriapalvelu ja viimeisen käynnin yhteydessä 9,2 prosenttia käytti ateriapalvelua. Ateriapalveluiden käyttö oli yli 64-vuotiailla miehillä ja naisilla lähes yhtä yleistä (vajaat kahdeksan prosenttia) ensimmäisen käynnin yhteydessä, mutta miehistä lähes 17 prosenttia oli viimeisen käyntinsä aikana ateriapalveluiden asiakkaina, kun taas naisista vain hieman yli 13 prosenttia käytti ateriapalvelua viimeisen päivystyskäyntikertansa aikoihin. (Kuva 14.)



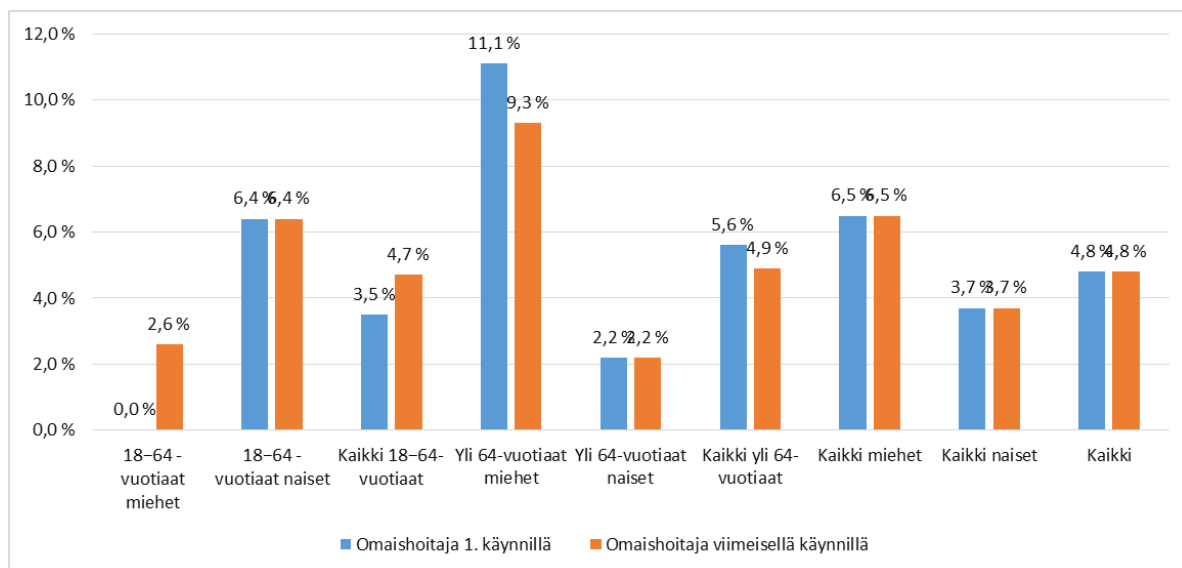
Kuva 14. Ateriapalvelun käyttö suurkäyttäjillä



Kuva 15. Psykiatriset hoitokontaktit suurkäyttäjillä

Aineistossamme suurkäyttäjistä noin neljänneksellä oli profiilissaan mielenterveysongelmia (ks. suurkäyttäjien profilointitaulukko, taulukko 5). Psykiatrisen hoitokontakti oli kuitenkin suurkäyttäjistä vain noin joka kymmenennellä ensimmäisen päivystyskäynnin aikana. Viimeisellä päivystyskäynnillä psykiatrisen hoitokontakti oli mainittu 13,1 prosentilla suurkäyttäjistä. Sekä työ- että eläkeikäisillä naisilla psykiatriset hoitokontaktit olivat lisääntyneet suurkäyttäjyyden aikana. Työkäisistä naisista yli neljännes oli aluksi psykiatrisessa hoitokontaktissa ja lopuksi lähes 32 prosenttia, eläkeikäisistä naisista ensikäynnillään psykiatrisessa hoitokontaktissa oli 2,2 prosenttia ja viimeisellä käynnillään lähes viisi prosenttia. Eläkeikäisten miesten psykiatristen hoitokontaktien määrä ei ollut noussut, mutta työkäisten miesten hoitokontaktien määrä oli lisääntynyt hieman (noin 18 prosentista 20,5 prosenttiin). (Kuva 15.)





Kuva 16. Suurkäyttäjien omaishoitajat

Omaishoitajien prosentuaalinen määrä suurkäyttäjien apuna laski tutkimusvuoden aikana. Ensimmäisen päivystyskäynnin aikoihin 5,6 prosentilla kaikista suurkäyttäjistä oli omaishoitaja. Viimeisen päivystyskäyntikerran yhteydessä vain 4,9 prosentilla oli omaishoitaja. Yleisimmin omaishoitaja oli eläkeikäisellä miehillä, joista 11,1 prosentilla oli omaishoitaja ensimmäisen päivystyskäynnin aikaan ja viimeisen päivystyskäynnin aikaan 9,3 prosentilla. Eläkeikäisistä naisista omaishoitaja oli vain 2,2 prosentilla. Vastaava luku työkäisten naisten keskuudessa oli 6,4 prosenttia, työkäisillä miehillä ei kenelläkään ollut omaishoitajaa. Työkäisillä naisilla oli siis suhteessa useammin nimetty omaishoitaja kuin eläkeikäisillä naisilla. (Kuva 16.)

### 5.3.2.1 Sosiaali- ja kriisipäivystyksen asiakkuus

Vuoden 2014 aikana suurkäyttäjistä 13,6 prosenttia oli Sosiaali- ja kriisipäivystyksen asiakkaina joko Pohjois-Kymen sairaalaan yhteispäivystyskäynnin yhteydessä tai muutoin. Kerran asiakkaana oli 8,8 prosenttia, kaksi kontaktia Sosiaali- ja kriisipäivystykseen oli 2,6 prosentilla ja kolme tai useampia kontakteja oli 2,2 prosentilla suurkäyttäjistä. Suurkäyttäjistä noin joka kymmenes oli ollut päivystyskäynnin yhteydessä kontaktissa Sokriin.

### 5.3.2.2 Sosiaalitoimen asiakkuus

Suurkäyttäjien sosiaalitoimen asiakkuudet ensimmäisellä ja viimeisellä päivystyksen käyntikerralla ovat nähtävissä taulukoista 10 ja 11.

Suurkäyttäjistä 41,2 prosenttia oli vuoden 2014 aikana käyttänyt myös sosiaalitoimen palveluita ja heillä oli jonkinlainen sosiaalitoimen asiakkuus. Lähes 58 prosenttia suurkäyttäjistä ei ollut sosiaalitoimen asiakkuudessa ja vajaan prosentin kohdalla emme saaneet tietoa sosiaalitoimen asiakkuudesta (ulkopaikkakuntalaiset). Työikäisistä suurkäyttäjistä yli 53 prosenttia oli sosiaalitoimen asiakkuudessa vuoden 2014 aikana ja sukupuolten välillä ei ollut juurikaan eroa tässä asiassa. Eläkeikäisten ryhmässä sukupuolten välillä oli hieman enemmän eroa sosiaalitoimen asiakkuuden yleisyydessä; miehistä lähes 40 prosenttia oli sosiaalitoimen asiakkaina ja iäkkäämmistä naisista vain vajaa kolmannes.

Tarkastelimme tutkimuksessa sosiaalitoimen palveluiden käyttöä kyseisen organisaation ohjelmiston kautta tulevan palvelujaottelun mukaisesti ensimmäisen ja viimeisen päivystyskäyntikerran aikoihin. Selkeästi eniten palveluista käytettiin vammaispalvelua, jota oli yli puolella (53,2 %) suurkäyttäjistä heidän ensimmäisen päivystyskäyntinsä aikana. Vammaispalveluiden asiakkuus liittyi usein kuljetuspalveluun, jota sai suurkäyttäjistä 48,4 prosenttia. Vammaispalvelun käyttö laski suurkäyttäjäyden aikana, sillä viimeisen käyntikertansa yhteydessä vammaispalvelun asiakkuus oli vain noin 48 prosentilla suurkäyttäjistä ja kuljetuspalvelua sai 43,2 prosenttia. (Taulukot 10 ja 11.)

Perustoimeentulotuen käyttö lisääntyi päivystyspalveluiden suuren käytön aikana. Ensimmäisen käyntinsä yhteydessä perustoimeentulotukea sai lähes neljännes (24,2 prosenttia) suurkäyttäjistä ja viimeisen käyntinsä aikana sitä sai yli 28 prosenttia suurkäyttäjistä. Muun taloudellisen tuen määrä laski. Ensimmäisen käyntikerran yhteydessä sitä sai 14,5 prosenttia suurkäyttäjistä ja viimeisen käyntikertansa aikana enää 12,3 prosenttia. (Taulukot 10 ja 11.)

Sosiaalityön palveluiden käyttö kasvoi suurkäyttäjäyden aikana. Ensimmäisen päivystyskäynnin yhteydessä sosiaalityön asiakkuus oli 11,3 prosentilla suurkäyttäjistä ja viimeisen yhteydessä lähes 15 prosentilla. Yksittäisistä palve-

luista gerontologisen sosiaalityön kasvu oli suurinta. Ensimmäisen käyntikerran yhteydessä asiakkaista vain 3,2 prosenttia oli gerontologisen sosiaalityön asiakkaina ja viimeisen käyntinsä yhteydessä yli 11 prosenttia. (Taulukot 10 ja 11.)

Tuetun asumisen piirissä oli 11,3 prosenttia suurkäyttäjistä ensimmäisen käyntikertansa aikaan. Suurkäyttäjyyden aikana palvelun käyttö laski, sillä viimeisen käyntikertansa aikana sitä käytti enää 7,4 prosenttia suurkäyttäjistä. Myös asumispalveluiden yleinen käyttö laski, sillä ensimmäisellä kerralla 11,3 prosenttia käytti ko. palvelua ja viimeisellä 8,6 prosenttia. (Taulukot 10 ja 11.)

Henkilökohtaista apua oli myönnettynä suurkäyttäjistä 11,3 prosentille ensimmäisen päivystyskäyntikerran aikana. Viimeisen käyntikerran yhteydessä vastaava luku oli 8,6 prosenttia. (Taulukot 10 ja 11.)

Ensimmäisen ja viimeisen päivystyskäyntikerran välillä palveluiden käyttö oli lisääntynyt työllistymisen edistämiseksi (kasvua 0,9 prosenttia), päihdepalveluissa (kasvua 3 prosenttia), katkaisuhoidossa (2,1 prosenttia), kuntouttavassa työtoiminnassa (kasvua 1,4 prosenttia), aktivointisuunnitelmassa (kasvua 0,1 prosenttia) ja lastensuojelussa (kasvua 0,9 prosenttia). Lastensuojelussa kyse oli nuorista aikuisista, joilla oli alaikäisenä alkanut asiakkuus ja jotka olivat saavuttaneet täysi-ikäisyyden vuoden 2014 aikana ollen silloin jälkihuollossa. Laskua oli myös välitystilin käytössä (neljä prosenttia). (Taulukot 10 ja 11.)

Taulukko 10. Suurkäyttäjien sosiaalitoimen palveluiden käyttö ensimmäisen päivystyskäynnin aikaan

	% vastaajista
<b>Vammaispalvelu ensimmäisellä kerralla</b>	53,2%
<b>Kuljetuspalvelu ensimmäisellä kerralla</b>	48,4%
<b>Perustoimeentulotuki ensimmäisellä kerralla</b>	24,2%
<b>Muu taloudellinen tuki ensimmäisellä kerralla</b>	14,5%
<b>Sosiaalityö ensimmäisellä käynnillä</b>	11,3%
<b>Tuettu asuminen ensimmäisellä kerralla</b>	11,3%
<b>Henkilökohtainen apu ensimmäisellä kerralla</b>	11,3%
<b>Asuminen ensimmäisellä kerralla</b>	11,3%
<b>Välitystili ensimmäisellä kerralla</b>	6,5%
<b>Työllistymisen edistäminen ensimmäisellä kerralla</b>	6,5%
<b>Aktivointisuunnitelma ensimmäisellä kerralla</b>	4,8%
<b>Kuntouttava työtoiminta ensimmäisellä kerralla</b>	4,8%
<b>Muu ensimmäisellä kerralla</b>	4,8%
<b>Päihdepalvelu ensimmäisellä käynnillä</b>	3,2%
<b>Gerontologine sosiaalityö ensimmäisellä kerralla</b>	3,2%
<b>Katkaisuhoito ensimmäisellä kerralla</b>	1,6%
<b>Päihdehuollon laitospäästöt ensimmäisellä kerralla</b>	1,6%
<b>Lastensuojelu ensimmäisellä kerralla</b>	1,6%

Taulukko 11. Suurkäyttäjien sosiaalitoimen palveluiden käyttö viimeisen päivystyskäynnin aikaan

	% vastaajista
<b>Vammaispalvelu viimeisellä kerralla</b>	48,1%
<b>Kuljetuspalvelu viimeisellä kerralla</b>	43,2%
<b>Perustoimeentulotuki viimeisellä kerralla</b>	28,4%
<b>Sosiaalityö viimeisellä käynnillä</b>	14,8%
<b>Muu taloudellinen tuki viimeisellä kerralla</b>	12,3%
<b>Gerontologinen sosiaalityö viimeisellä kerralla</b>	11,1%
<b>Henkilökohtainen apu viimeisellä kerralla</b>	8,6%
<b>Asuminen viimeisellä kerralla</b>	8,6%
<b>Tuettu asuminen viimeisellä kerralla</b>	7,4%
<b>Työllistymisen edistäminen viimeisellä kerralla</b>	7,4%
<b>Muu viimeisellä kerralla</b>	7,4%
<b>Päihdepalvelu viimeisellä kerralla</b>	6,2%
<b>Kuntouttava työtoiminta ensimmäisellä kerralla</b>	6,2%
<b>Aktivointisuunnitelma viimeisellä kerralla</b>	4,9%
<b>Katkaisuhoito viimeisellä kerralla</b>	3,7%
<b>Lastensuojelu viimeisellä kerralla</b>	2,5%
<b>Välitystili viimeisellä kerralla</b>	2,5%

Tarkasteltaessa ikä- ja sukupuoliin mukaisesti sosiaalipalveluiden käyttöä voidaan huomata, että suurikäyttäjät käyttävät palveluita heterogeenisesti. Karsoitimme tässäkin tilannetta sekä ensimmäisen että viimeisen päivystyskäyntikerran yhteydessä. (Taulukot 12 ja 13.)

Yli 64-vuotiaiden ikäluokassa vammais- ja kuljetuspalveluiden käyttö oli yleisin sosiaalipalvelu sukupuolesta riippumatta. Ensimmäisellä käyntikerrallaan ikääntyneistä suurikäyttäjämiehistä näitä käytti 40 prosenttia ja viimeisen käyntikertansa yhteydessä 35 prosenttia. Ikääntyneissä naisissa vastaavat luvut

olivat vammaispalvelu 43,2 prosenttia ja kuljetuspalvelu 40,5 prosenttia ensimmäisen käyntikerran aikaan. Myös eläkeikäisten naisten vammais- ja kuljetuspalveluiden käyttö väheni suurkäyttäjäyden aikana (vammaispalveluiden käyttö viimeisen käyntikerran yhteydessä noin 41 prosenttia ja kuljetuspalveluiden 36,4 prosenttia). (Taulukot 12 ja 13.)

Työikäisten keskuudessa sosiaalipalveluiden käyttö oli heterogeenisempää. Perustoimeentulotukea sai työikäisistä suurkäyttäjänaisista ensimmäisellä käyntikerrallaan lähes 23 prosenttia ja miehistä 13,5 prosenttia. Naisten keskuudessa perustoimeentulotuen saanti väheni suurkäyttäjäyden aikana 4,7 prosenttia ja miesten kohdalla kasvoi 3,4 prosenttia. Muuta taloudellista tukea sai nuoremmassa ikäryhmässä miehistä 13,5 prosenttia ja luku pysyi suurinpiirtein samana suurkäyttäjäyden ajan. Naisista muuta taloudellista tukea sai 8,6 prosenttia ja suurkäyttäjäyden aikana muun taloudellisen tuen saajien määrä väheni 4,5 prosenttiin. (Taulukot 12 ja 13.)

Sosiaalityön asiakkuudessa oli työikäisistä miehistä 13,5 prosenttia ensimmäisen käyntikertansa aikaan ja viimeisen käyntikertansa aikana yli 15 prosenttia. Naisista suurkäyttäjäyden alkuaikoina sosiaalityön asiakkaina oli 5,7 prosenttia ja palvelun käyttö lisääntyi suurkäyttäjäyden aikana koskemaan 9,1 prosenttia. (Taulukot 12 ja 13.)

Sosiaalitoimen päihdepalveluiden käyttö lisääntyi 18–64-vuotiaiden miesten keskuudessa suurkäyttäjäyden aikana 5,4 prosentista 9,4 prosenttiin. Tuetun asumisen piirissä oli työikäisistä miehistä lähes 11 prosenttia suurkäyttäjäyden alkaessa ja enää 5,7 prosenttia viimeisen päivystyskäyntikertansa yhteydessä. Naisilla vammaispalvelut nousivat yhdeksi käytetyimmistä palvelumuodoista. Vammaispalvelun asiakkaina oli työikäisistä naisista useampi kuin joka kymmenes ja asiakkuuksien määrä pysyi samana tarkastelujakson aikana. Työikäisten miesten vammaispalvelun asiakkuus oli erittäin vähäistä. Työikäisten ikäryhmässä työllistymisen edistämisen palveluiden käytössä oli miesten ja naisten kohdalla eroavaisuus. 18–64-vuotiailla suurkäyttäjämiehillä työllistämisen edistämisen palveluiden käyttö vähentyi 1,6 prosenttia ja naisilla kasvoi 3,4 prosenttia. Samoin tapahtui kuntouttavassa työtoiminnassa; miehillä sen käyttömäärä laski 0,8 prosenttia ja naisilla kasvoi 3,4 prosenttia. (Taulukot 12 ja 13.)

Taulukko 12. Suurkäyttäjien sosiaalitoimen palveluiden käyttö ensimmäisen päivystyskäynnin aikaan ikä- ja sukupuolijaon mukaisesti

Sukupuoli			Ikä luokiteltuna		Yhteensä
			18 - 64 vuotta	Yli 64 vuotta	
Mies	Sosiaalityö ensimmäisellä käynnillä	Lukumäärä	5	0	5
		%	13,5%	0,0%	
	Päihdepalvelu ensimmäisellä käynnillä	Lukumäärä	2	0	2
		%	5,4%	0,0%	
	Katkaisuhoito ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	1	0	1
		%	2,7%	0,0%	
	Päihdehuollon laitostuntoutus ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	1	0	1
		%	2,7%	0,0%	
	Perustoimeentulotuki ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	5	1	6
		%	13,5%	3,3%	
	Muu taloudellinen tuki ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	5	0	5
		%	13,5%	0,0%	
	Asuminen ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	3	1	4
		%	8,1%	3,3%	
	Tuettu asuminen ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	4	1	5
		%	10,8%	3,3%	
	Vammaispalvelu ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	1	12	13
		%	2,7%	40,0%	
	Kuljetuspalvelu ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	1	12	13
		%	2,7%	40,0%	
Henkilökohtainen apu ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	1	1	2	
	%	2,7%	3,3%		
Gerontologinen sosiaalityö ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	0	1	1	
	%	0,0%	3,3%		
Välitystilä ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	2	0	2	
	%	5,4%	0,0%		
Työllistymisen edistäminen ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	2	0	2	
	%	5,4%	0,0%		
Aktivointisuunnitelma ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	2	0	2	
	%	5,4%	0,0%		
Kuntouttava työtoiminta ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	1	0	1	
	%	2,7%	0,0%		
Muu ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	1	1	2	
	%	2,7%	3,3%		
<b>Yhteensä</b>	<b>Lukumäärä</b>		<b>37</b>	<b>30</b>	<b>67</b>
Nainen	Sosiaalityö ensimmäisellä käynnillä	Lukumäärä	2	0	2
		%	5,7%	0,0%	
	Perustoimeentulotuki ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	8	1	9
		%	22,9%	2,7%	
	Muu taloudellinen tuki ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	3	1	4
		%	8,6%	2,7%	
	Asuminen ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	3	0	3
		%	8,6%	0,0%	
	Tuettu asuminen ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	2	0	2
		%	5,7%	0,0%	
	Vammaispalvelu ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	4	16	20
		%	11,4%	43,2%	
	Kuljetuspalvelu ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	2	15	17
		%	5,7%	40,5%	
	Henkilökohtainen apu ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	3	2	5
		%	8,6%	5,4%	
	Lastensuojelu ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	1	0	1
		%	2,9%	0,0%	
	Gerontologinen sosiaalityö ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	0	1	1
		%	0,0%	2,7%	
Välitystilä ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	1	1	2	
	%	2,9%	2,7%		
Työllistymisen edistäminen ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	2	0	2	
	%	5,7%	0,0%		
Aktivointisuunnitelma ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	1	0	1	
	%	2,9%	0,0%		
Kuntouttava työtoiminta ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	2	0	2	
	%	5,7%	0,0%		
Muu ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	1	0	1	
	%	2,9%	0,0%		
<b>Yhteensä</b>	<b>Lukumäärä</b>		<b>35</b>	<b>37</b>	<b>72</b>



Taulukko 13. Suurkäyttäjien sosiaalitoimen palveluiden käyttö viimeisen päivystyskäynnin aikaan ikä- ja sukupuolijaon mukaisesti

Sukupuoli			Ikä luokiteltuna		Yhteensä
			18 - 64 vuotta	Yli 64 vuotta	
Mies	Sosiaalityö viimeisellä käynnillä	Lukumäärä	8	0	8
		%	15,1%	0,0%	
	Päihdepalvelu viimeisellä kerralla	Lukumäärä	5	0	5
		%	9,4%	0,0%	
	Katkaisuhoito viimeisellä kerralla	Lukumäärä	3	0	3
		%	5,7%	0,0%	
	Perustoimeentulotuki viimeisellä kerralla	Lukumäärä	10	2	12
		%	18,9%	5,0%	
	Muu taloudellinen tuki viimeisellä kerralla	Lukumäärä	7	1	8
		%	13,2%	2,5%	
	Asuminen viimeisellä kerralla	Lukumäärä	3	1	4
		%	5,7%	2,5%	
	Tuettu asuminen viimeisellä kerralla	Lukumäärä	3	1	4
		%	5,7%	2,5%	
	Vammaispalvelu viimeisellä kerralla	Lukumäärä	2	14	16
		%	3,8%	35,0%	
	Kuljetuspalvelu viimeisellä kerralla	Lukumäärä	2	14	16
		%	3,8%	35,0%	
	Henkilökohtainen apu viimeisellä kerralla	Lukumäärä	1	1	2
		%	1,9%	2,5%	
Lastensuojelu viimeisellä kerralla	Lukumäärä	1	0	1	
	%	1,9%	0,0%		
Gerontologinen sosiaalityö viimeisellä kerralla	Lukumäärä	0	5	5	
	%	0,0%	12,5%		
Välitystilä viimeisellä kerralla	Lukumäärä	1	0	1	
	%	1,9%	0,0%		
Työllistymisen edistäminen viimeisellä kerralla	Lukumäärä	2	0	2	
	%	3,8%	0,0%		
Aktivointisuunnitelma viimeisellä kerralla	Lukumäärä	2	0	2	
	%	3,8%	0,0%		
Kuntouttava työtoiminta ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	1	0	1	
	%	1,9%	0,0%		
Muu viimeisellä kerralla	Lukumäärä	2	1	3	
	%	3,8%	2,5%		
<b>Yhteensä</b>	<b>Lukumäärä</b>	<b>53</b>	<b>40</b>	<b>93</b>	
Nainen	Sosiaalityö viimeisellä käynnillä	Lukumäärä	4	0	4
		%	9,1%	0,0%	
	Perustoimeentulotuki viimeisellä kerralla	Lukumäärä	8	3	11
		%	18,2%	6,8%	
	Muu taloudellinen tuki viimeisellä kerralla	Lukumäärä	2	0	2
		%	4,5%	0,0%	
	Asuminen viimeisellä kerralla	Lukumäärä	3	0	3
		%	6,8%	0,0%	
	Tuettu asuminen viimeisellä kerralla	Lukumäärä	2	0	2
		%	4,5%	0,0%	
	Vammaispalvelu viimeisellä kerralla	Lukumäärä	5	18	23
		%	11,4%	40,9%	
	Kuljetuspalvelu viimeisellä kerralla	Lukumäärä	3	16	19
		%	6,8%	36,4%	
	Henkilökohtainen apu viimeisellä kerralla	Lukumäärä	3	2	5
		%	6,8%	4,5%	
	Lastensuojelu viimeisellä kerralla	Lukumäärä	1	0	1
		%	2,3%	0,0%	
	Gerontologinen sosiaalityö viimeisellä kerralla	Lukumäärä	0	4	4
		%	0,0%	9,1%	
Välitystilä viimeisellä kerralla	Lukumäärä	0	1	1	
	%	0,0%	2,3%		
Työllistymisen edistäminen viimeisellä kerralla	Lukumäärä	4	0	4	
	%	9,1%	0,0%		
Aktivointisuunnitelma viimeisellä kerralla	Lukumäärä	2	0	2	
	%	4,5%	0,0%		
Kuntouttava työtoiminta ensimmäisellä kerralla	Lukumäärä	4	0	4	
	%	9,1%	0,0%		
Muu viimeisellä kerralla	Lukumäärä	3	0	3	
	%	6,8%	0,0%		
<b>Yhteensä</b>	<b>Lukumäärä</b>	<b>44</b>	<b>44</b>	<b>88</b>	



### 5.3.3 Yhteispäivystyksestä saatu sosiaalinen tuki

Tutkimuksemme edetessä ja tutkimustuloksia peilattaessamme olemme tehneet havainnon, että suurkäyttäjät hakeutuvat yhteispäivystykseen osittain, koska heidän sosiaalisen tuen tarpeensa ei muutoin ole tullut tyydytetyksi. Tämän vuoksi on syytä tarkastella, millaista sosiaalista tukea yhteispäivystys tarjosi suurkäyttäjille. Lähinnä voimme tehdä tämän aineistohavaintojemme pohjalta.

Emme tutkimuksessamme raportoineet tai analysoineet suurkäyttäjääsiakkaiden hoidon kiireellisyysastetta, mutta keräämästämme aineistosta oli nähtävissä, että asiakkaiden päivystyskäyntien hoidon kiireellisyysluokkaa ei yleensä ollut joko arvioitu lainkaan, tai hoidon tarve oli luokiteltu kiireellisyysasteeltaan triageluokkiin 3–4: hoitoarvio aloitettava 2–3 tunnin kuluessa. Ainoastaan noin prosentilla suurkäyttäjistä hoidon kiireellisyys oli luokiteltu luokkaan yksi eli hoito aloitettava välittömästi. Kakkoskiireellisiä hoidettavia oli noin kahdeksan prosenttia (hoito aloitettava 15–30 min kuluttua päivystykseen saapumisesta). Ensimmäisestä ja viimeisestä käynnistä ainakin toinen käynti oli jäänyt kiireellisyysluokittelematta noin 90 prosentilla asiakkaista. Tästä, ettei kiireellisyysluokkaa ei ollut arvioitu lainkaan, voimme päätellä, että suurin osa suurkäyttäjien päivystyskäynneistä oli lääketieteellisesti luokiteltu vähemmän kiireellisiksi.

Pääosalla suurkäyttäjää oli, heidän ottaessaan yhteyttä yhteispäivystykseen, mielessään somaattinen ongelma tai vaiva, johon he kokivat tarvitsevansa hoitohenkilöstön tai lääkärin apua. Sosiaalinen tuki voidaan siis nähdä aineellisenä tertiaaritason tukena, mutta lisäksi päivystyspalveluissa tarjotaan tiedollista tukea. Uskomme, että päivystyspotilaan emotionaalisen tuen tarvetta ei tulisi myöskään unohtaa vaan suurkäyttäjä tulisi varmemmin autetuksi, jos hän kokisi myös emotionaalisen tuen ja saisi kokemuksen kohdatuksi tulemisesta.

## 6 SYVENTYMINEN SUURKÄYTTÄJYYTEEN

### 6.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tässä luvussa tarkastelemme tutkimuksemme tuloksia suhteessa tutkimuskysymyksiimme, teoriaan ja aiempiin tutkimuksiin. Viimeiseen tutkimuskysymykseen vastaamme luvussa 7.2 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet.

Aiemmissä tutkimuksissa suurkäyttäjää ei pääsääntöisesti ole jaettu ikäryhmittäin miehiin ja naisiin, kuten me olemme tehneet. HavaitSIMME sukupuolijaon olevan tärkeä tekijä, sillä tiedämme, että miesten ja naisten terveystalveluiden käyttökulttuurit eroavat toisistaan (ks. Koskela 2008, 181; Helldán & Helakorpi 2015). Jaon myötä tutkimuksestamme nousee esille asioita, jotka muutoin olisivat jääneet huomioimatta.

#### 6.1.1 Suurkäyttäjäasiakkaista muodostuneet asiakasryhmät

Jaottelimme asiakkaat ryhmiin pääasiassa terveydenhuollon asiakaskirjauksista nousseiden asiakasta kuvaavien piirteiden pohjalta. Jokainen asiakas voitiin profiloida kuuluvaksi useampaan ryhmään, sillä asiakkailla on luonnollisesti monenlaisia ominaispiirteitä. Määrittelemme tärkeimmiksi profiiliryhmiä, joihin kuhunkin profiloitui asiakkaista yli kymmenen prosenttia. Näitä ryhmiä on kymmenen: pitkäaikaissairas (31,4 %), mielenterveysongelmainen (24,5 %), monisairas (18,8 %), runsaita puheluita (17,5 %) satunnainen päivystyksen suurkäyttäjä (17 %), yleistilan lasku (17 %), päihteiden ongelmakäyttäjä (13,1 %), masentunut (12,7 %), hoidollisia toimenpiteitä (12,2 %) ja syöpäsairas (11,4 %).

Tutkimuksemme profiilit myötäilevät aikaisemmissa tutkimuksessa muodostettuja suurkäyttäjäprofiileja, vaikka eroavaisuuksiakin on. Oulussa tehdyn tutkimuksen mukaan paljon sosiaalitalveluita ja erikoissairaanhoidoa käyttäviä asiakkaita ovat vanhus- ja vammaistalveluiden sekä lastensuojelun, päihde- ja mielenterveysasiakkaat sekä kalliita somaattisia sairauksia sairastavat. (Pakkala 2013). Tässä tutkimuksessa emme tavoittaneet lastensuojelun asiakkaita, sillä rajasimme aineistosta ennen tietojen analysointia pois alaikäiset

heidän vähäisen määränsa vuoksi. Vammaispalvelun kuljetuspalvelu, psykiatrinen avohoito ja perustoimeentulotuki nousivat tutkimuksessamme keskeisiksi suurkäyttäjillä käytössä oleviksi palveluiksi.

Tekesin JYVÄ-hankkeessa (Peltokorpi 2014) sosiaali- ja terveysalan suurkulttajien profiileja olivat: monisairaat potilaat, moniongelmaiset (esim. sosiaali-toimen, mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaat, riippuvuusongelmaiset, rikoskierteessä olevat, asunnottomat, työttömät, työkyvyttömät), somatisoijat, henkilöt, joilla on alentunut kyky huolehtia itsestään, mielenterveysongelmaiset ja yksinäiseksi itsensä kokevat. Myös tässä tutkimuksessa tunnistimme somatisoivat asiakkaat. Somatisoiviin asiakkaisiin profiloitui aineistosta reilu viisi prosenttia. Työikäisissä somatisoivia oli huomattavasti enemmän, eli yli kymmenesosa ja työikäisissä naisissa osuus oli vielä hiukan suurempi.

Tutkimuksessamme terveydenhuollon suurkäyttäjäasiakkaista yli puolet (n. 60 %) oli naisia. Suurin piirtein saman verran oli yli 64-vuotiaita eli eläkeikäisiä. Eläkkeellä suurkäyttäjistä oli hiukan yli 73 prosenttia. Suurkäyttäjät profiloituivat yleisesti pitkäaikaissairaiksi, mielenterveysongelmaisiksi ja monisairaiksi. Miehillä oli enemmän monisairaita ja päihdeongelmaisista ja naisilla oli enemmän masennusta ja yleistilan laskua. Tutkimustulokset ovat tältä osin samansuuntaiset kuin aiheesta aikaisemmin tehdyissä tutkimuksissa (Koskela 2008, 207; Leskelä ym. 2013, 3163; Kaattari ym. 2015, 197). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksessa iäkkäät ja naiset olivat hyvin lähellä kalliiden potilaiden rajaa (Kapiainen ym. 2010, 9). Jyväskylässä (2005, 411) toteaa suurkäyttäjien keski-ikä olevan noin 45–55 vuotta ja suurkäyttäjistä noin kahden kolmasosan olevan naisia. Myös kansainvälisesti on tullut esille paljon palveluita tarvitsevan olevan tyypillisesti iäkäs ja pitkäaikaissairas. Lisäksi tutkimuksissa on esimerkiksi Yhdysvalloissa tullut esille, että suurkäyttäjä on usein monisairas ja heikossa sosiaalisessa asemassa. (Leskelä ym. 2013, 3163.) Terveyspalvelujen käytön kasvun riskitekijöiksi on tunnistettu pitkäaikaissairaudet, jotka nousivat esiin myös tutkimuksessamme.

Tutkimuksessamme esiinnousseet kymmenen kärkipään profiilia toistuvat myös moniprofiilisten asiakkaiden tarkemmassa analysoinnissa. Huomattavaa on, että moniprofiilisten asiakkaiden ryhmittelyssä yli 65-vuotiaiden miesten muistisairaus ja naisten turvattomuus, yksinäisyys ja kivuliaisuus nousevat

esiin ryhmien erityispiirteinä. Suurkäyttäjäasiakkaiden erityispiirteenä huomiomme kiinnittyi myös alle 65-vuotiaiden suhteellisen runsaisiin päivystyskäynteihin lapsen odotuksen ja syntymän yhteydessä. Moniprofiilisista alle 65-vuotiaista huomasimme, että lapsen syntymän jälkeen päivystyskäynnit vähenivät tai päättyivät. Lapsen syntymän myötä suurkäyttäjälle voi tarjoutua lapsen vanhempana kohtuullisen kattava sosiaalinen tuki tiiviin neuvolatyöskentelyn kautta.

Tutkimuksessamme pitkäaikaissairaiden asiakkaiden ryhmä oli suurin. Pitkäaikaissairaus-profiiliin kuului tutkituista kolmannes, mikä ei sinällään ole yllättävää, sillä pitkäaikaissairauden on todettu selittävän suurkäyttäjäyyttä. (Ks. Kaattari ym. 2015, 191.) Suurkäyttäjillä on todettu olevan paljon somaattisia sairauksia, noin 80–90 prosentilla jokin pitkäaikaissairaus ja tavallisesti useampiakin pitkäaikaissairauksia (Jyväsjärvi 2005, 411). Tutkimuksessamme pitkäaikaissairaita työ- ja eläkeikäisiä oli suunnilleen yhtä paljon.

Toinen suurkäyttäjäyyttä selittävä tekijä on matala koulutustausta (ks. Kaattari ym. 2015, 191). Koulutustaustaa emme tutkimuksessamme kyenneet yrityksestämme huolimatta laajalti selvittämään, sillä asiasta oli hyvin niukalti kirjauksia. Kirjauksissa oli kuitenkin melko kattavasti huomioitu asiakkaan sijoittuminen työelämään. Neljäsosa tutkimuksemme työikäisistä asiakkaista oli työssäkäyviä, noin 12 prosenttia työttömiä ja kymmenesosa opiskelijoita. Työikäisistä suurkäyttäjistä lähes kolmannes oli eläkkeellä. Suurella osalla työikäisistä suurkäyttäjistä ei siis ollut sosiaalista tukea työyhteisöltä, joka on yleensä merkittävässä roolissa antamassa tukea kyseisessä iässä.

Mielenterveysongelmaisten asiakkaiden profiiliryhmä oli tutkimuksessamme toiseksi suurin asiakasryhmä. Havaintoamme tukee tieto, että suurkäyttäjistä 50 prosentilla on todettu olevan jokin mielenterveyden häiriö ja psyykkisiä oireita on noin 30–50 prosentilla (Jyväsjärvi 2005, 411). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksessa (Kapiainen ym. 2010, 9) pääkaupunkiseudulla paljon palveluja käyttävien kalliissa potilasryhmässä korostuivat mielisairaudet, joita oli noin 40 prosentilla kallista potilaista. Joko mielisairaus tai masennus oli 44 prosentilla. Tutkimuksessamme työikäisistä naisista mielenterveysongelmaisten ryhmään profiloitui hieman yli puolet ja miehistä hieman alle puolet. Eläkeikäisistä kyseiseen ryhmään profiloitui naisista vajaa kymmenesosa ja

miehistä miltei puolet vähemmän. Tutkimuksessamme profiilit eivät muodostuneet asiakkaiden päivystyksen käyntisyistä, vaan asiakaskirjausmerkinnöistä. Voimme kuitenkin todeta, että ainakin osa asiakkaiden käynneistä liittyi suoraan mielenterveyden sairauksiin.

Kolmanneksi suurin profiiliryhmä olivat monisairaajat. Koko suurikäyttäjäjoukosta miehet olivat kaksi kertaa todennäköisemmin monisairaita kuin naiset, erityisesti eläkeikäisissä miehissä oli suhteessa eniten ja eläkeikäisissä naisissa vähiten monisairaita. Myös työikäiset miehet olivat naisia todennäköisemmin monisairaita. Yleensä ottaen somaattisesti monisairailla on useita fyysisiä sairauksia, taustalla lukuisia tutkimuksia ja hoitoja sekä käytössään useita lääkkeitä. Usein monisairailla on myös psyykkisiä ongelmia. (Jyväskylä 2005, 419.)

Neljänneksi suurimmaksi suurikäyttäjäprofiiliksi tutkimuksessamme muotoutui ryhmä ”runsaasti puheluita”. Yhteispäivystykseen soitettuihin puheluihin sisältyi esimerkiksi tutkimustulosten tiedustelua, oman terveydentilan arviointipyyntöjä ja tehostetun asumispalvelun tai lyhytaikaisosastojen henkilökunnan kyselyjä. Tutkimuksessamme emme perehtyneet tarkemmin suurikäyttäjien runsaasti puheluihin tai niiden syihin. Mutta on todettava, että suurikäyttäjien puhelut kuormittavat päivystystä runsaasti. Nyman ja Jäppinen (2015, 4) toteavat hoitopuhelujen suurikäytön selittyvän osin samoilla tekijöillä kuin vastaanottojen suurikäyttäjäyden. Heidän tutkimuksessaan toistuviin lääkärin ja hoitajan vastaanottokäynteihin olivat yhteydessä muun muassa asiakkaan masennus, ahdistus ja sukupuoli. Omassa tutkimuksessamme naisten osuus puhelusta oli huomattavasti suurempi kuin miesten ja nimenomaan eläkeikäisten naisten asioissa oli runsaimmin puheluiden suurikäyttöä. Työikäiset eivät juurikaan kuormittaneet päivystystä runsailla puhelulla.

Viidenneksi suurin profiiliryhmä oli satunnainen päivystyksen suurikäyttäjä. Määritelmäämme tukee Leskelän ym. (2013, 3166) havainto, että yhteispäivystyksen palveluista suurimman osan käyttävät muut kuin paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat. Tämä ryhmä koostui henkilöistä, jotka eivät profiloituneet mihinkään muuhun 27:stä tutkimuksessamme muodostuneesta profiilista. Asiakkaat olivat yleensä luokiteltavissa perusterveiksi ja he olivat jonkin

parantumassa tai parannettavissa olevan sairauden vuoksi ajautuneet päivystyksen lyhytaikaiseksi suurkäyttäjäksi. Asiakkailta ei ollut ongelmien kasaantumista, vaan he olivat esimerkiksi työssäkäyviä tai ikääntyneitä, mutta olivat yllättäen sairastuneet somaattisesti ja tarvitsivat lyhytaikaisesti tai väliaikaisesti yhteispäivystyksen palveluja runsaasti. Todennäköisimmin työikäinen mies tai eläkeikäinen nainen kuului tähän ryhmään. Epätodennäköisimmin ryhmään kuului eläkeikäinen mies, minkä selittänee se, että suuri osa eläkeikäisistä miehistä profiloitui pitkäaikais- tai monisairas-profiileihin.

Kuudenneksi suurin profiiliryhmä oli ”yleistilan lasku”. Tähän profiiliin lukeutui todennäköisimmin eläkeikäinen mies, sillä kolmannes heistä luokiteltiin kuuluvaksi tähän profiiliin. Eläkeikäisistä naisista noin viidenneksellä todettiin olevan yleistilan laskua. Yleistilan lasku oli kirjattu monelle eläkeikäiselle myös päivystyksen tulosyyksi. Työkäisistä naisista ei ketään ja miehistä pari prosenttia luokiteltiin yleistilan lasku -profiiliin. Aikaisemmissa tutkimuksissa suurikäyttäjäyden syyksi ei ole luokiteltu yleistilan laskua.

Tutkimuksessamme seitsemänneksi suurin profiiliryhmä olivat päihteiden ongelmakäyttäjät. Huomioitavaa on, että työkäisillä päihteiden ongelmakäyttöä on huomattavasti enemmän kuin eläkeikäisillä. Ryhmään kuuluivat alkoholin, huumeiden, lääkkeiden ongelma- ja suurkäyttäjät sekä sekakäyttäjät. Emme tilastollisesti tutkineet päihteidenkäyttäjien päivystyksessä käyntisyitä, mutta päihteiden suurkäyttö oli usein välillisesti aiheuttanut monen asiakkaan päivystyskäyntejä. Käyntisyitä olivat muun muassa tapaturmat, pahoinpitelyt ja liiallisen päihteiden nauttimisen aiheuttamat vakavat terveydelliset oireet. Hanuksen ym. (2015, 4) ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä havaittiin, että päivystykseen tulosityynä olivat usein vammat ja myrkytykset. Tämän tulosityyn asiakkaat olivat yli puolessa tapauksista joko mielenterveys- tai päihdeongelmaisia tai molempia. Perinteisesti alkoholin suurkäyttö on liitetty terveyspalveluiden suurkäyttöön ja alkoholin suurkäytöllä on haitallisia vaikutuksia terveyteen (Käypä hoito).

Masentuneita (8. ryhmä) on työkäisissä huomattavasti enemmän kuin eläkeikäisissä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksessa (Kapiainen ym. 2010, 9) kalliista potilaista 15 prosentilla oli masennus. Joko mielisairaus tai masennus oli 44 prosentilla.

Hoidolliset toimenpiteet olivat yhdeksänneksi suurin profiiliryhmä. Hoidollisia toimenpiteitä oli tehty lähes neljännekselle eläkeikäisistä miehistä ja reilulle kymmenennekselle työikäisistä naisista. Eläkeikäiset naiset ja työikäiset miehet profiloituivat tähän ryhmään melko epätodennäköisesti. Hoidolliset toimenpiteet olivat usein virtsakatetrin irtoamisia tai tukkeutumisia.

Syöpäsairaus oli kymmenenneksi suurin profiiliryhmä. Hiukan yli neljäsosa eläkeikäisistä suurikäyttäjämiehistä kuului tähän ryhmään. Eläkeikäisistä ja työikäisistä naisista sekä työikäisistä miehistä vajaa kymmenes profiloitui syöpäsairaisiin. Syöpäsairaiden päivystyskäynnit liittyivät sairastettavaan syöpään, sen aiheuttamiin oireisiin ja voinnin heikkenemiseen. Hannuksen ym. (2015, 38) opinnäytetyössä päivystykseen vammat, myrkytykset ja eräät muut ulkoisten syiden seuraukset -tulosityn vuoksi päivystyksessä käyneistä 5,5 prosenttia oli syöpäsairaita. Syöpätautien poliklinikalla asioineilla oli Leskelän ym. (2015, 2869) mukaan 21-kertainen todennäköisyys olla eniten palveluja käyttäneiden ryhmässä kahtena vuonna peräkkäin. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksessa pääkaupunkiseudun paljon palveluja käyttävien potilaiden keskuudessa syöpä oli todennäköinen ja erittäin kalliiden potilaiden ryhmän kuolleet potilaat olivat suurelta osin iäkkäitä, joilla oli syöpä tai sydänsairaus. Lisäksi kuolemanläheisyys oli selvästi yhteydessä korkeisiin kustannuksiin. (Kapiainen ym. 2010, 9).

Suurikäyttäjäasiakkaiden matala sosioekonominen asema nousee melko voimakkaasti esiin tutkimuksessamme. Kaikista suurikäyttäjistä noin 70 prosenttia on eläkkeellä ja työikäisistä noin kolmannes. Vain noin neljäsosa työikäisistä on työelämässä, noin kymmenesosa on opiskelijoita, työttömiä on noin 12 prosenttia. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa matala sosioekonominen asema on liitetty suurikäytön ennustekijöihin (mm. Kaattari 2015, 197; Koskela 2008, 204). Tutkimuksemme työttömät saattavat olla osittain osa työmarkkinoilta terveysongelmien takia syrjäytyneitä joukkoa, joka odottaa pääsyä työkyvyttömyyseläkkeelle, kuten oli myös vuoden 2013 Suomalaisten hyvinvointi- ja palvelut (myöhemmin HYPA 2013) -tutkimuksessa (Vaarama, Munkkila & Hannikainen-Ingman 2014, 33). Työkyvyttömyyseläke ja työttömyys kaksin- tai jopa nelinkertaistavat riskin heikkoon elämänlaatuun. Työkyvyttömyyseläkkeellä

oleminen ja työttömyys yhdistetään heikkoon fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen. Työttömyyteen liittyy lisäksi heikoksi koettu fyysinen toimintakyky sekä heikko psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi sekä yksinäisyys. (Vaarama ym. 2014, 32, 33).

Työikäiset asiakkaat olivat profiileiltaan tyypillisimmin mielenterveysongelmaisista, pitkäaikaissairaita, päihdeongelmaisista, masentuneita ja monisairaita. Työikäisille naisille ja miehille on pääosin yhteistä mielenterveysongelmat ja pitkäaikaissairaudet. Työikäisiä miehiä ja naisia verrattaessa on miehillä huomattavasti enemmän päihdeongelmaa ja naisilla mielenterveysongelmia, erityisesti masennusta. Pitkäaikaissairaita on naisissa enemmän kuin miehissä.

Eläkeikäisillä suurkäyttäjäasiakkailla pitkäaikaissairaus, yleistilan lasku ja monisairaus osoittautuivat yleisimmiksi profiileiksi. Syöpäsairaus (etenkin miehillä), muistisairaus, turvattomuus, hoidolliset toimenpiteet, saattohoito ja heikkokuntoisuus nousivat noin joka kymmenennellä asiakkaalla merkittäväksi profiiliksi. Eläkeikäisistä sekä naisilla että miehillä oli runsaasti pitkäaikaissairautta. Naisilla oli miehiä enemmän puheluita ja yleistilan laskua. Miehillä oli tyypillisesti moni- sekä syöpäsairautta ja hoidollisia toimenpiteitä.

Työikäisistä miehistä lähes viidesosa oli vankilataustaisia. Tämä on merkityksellistä, sillä Colvin, Cullen ja Vander Ven (2002) ovat määritelleet, että jatkuvana, yhteiskunnan eri tasoilla toistuvana tekijänä sosiaalinen tuki ehkäisee rikollista käyttäytymistä ja vaikuttaa esimerkiksi itsehillintään tai sosiaalisten normien mukaiseen käyttäytymiseen.

Kymmenesosalla työikäisistä miehistä oli sosiaalitoimen palvelujen suurkäyttäjyyttä. Kaikista työikäisistä kymmenellä prosentilla oli mainittu lastensuojelusta. Asunnottomia asiakkaita suurkäyttäjissä oli 1,3 prosenttia, mikä on huomattavasti enemmän kuin Kouvolassa keskimäärin (0,12 %). Toisaalta sosioekonomista taustaa tarkasteltaessa on huomioitava, että eläkeläiset ja työttömät käyttävät keskimäärin enemmän julkista terveydenhuoltoa kuin työssäkäyvät. Työelämässä olevat ihmiset käyttävät ensisijaisesti työterveyspalveluja, joiden saavutettavuus on yleensä parempaa kuin perusterveydenhuollon lääkäripalveluiden.



### 6.1.2 Moniprofiiliset asiakkaat

Tutkimuksemme moniprofiilisista asiakkaista neljällä viidesosalla oli mielenterveysongelmia. Kaikki naiset olivat psykiatrisen avohoidon piirissä ja miehistä kolme neljäsosaa. Naiset käyttivät avohoitoa aktiivisesti miesten kontaktimäärien jäädessä todella vähäisiksi. Huomionarvoista on miesten psykiatristen avohoitokontaktien vähäisyys. Toisaalta palvelujärjestelmässämme henkilön, jolla on sekä päihde- että mielenterveysongelmia, on usein erityisen vaikeaa löytää oikeaa hoitopaikkaa. Mielenterveyspalvelujen kontaktit ovat ainakin osittain sidottuina päihdeettömyyteen ja usein päihdehuollon periaate on, että mielenterveyden ongelmat tulee hoitaa mielenterveyspalveluissa.

Moniprofiilisten ryhmän asiakkaiden taustat ja elämäntilanteet ovat pidemmältä ajalta varsin moniongelmallisia. Asiakkaiden taustoissa on muun muassa pitkään jatkunutta päihdeiden väärinkäyttöä ja päihderiippuvuutta, vaikeita mielenterveysongelmia, itsetuhoisuutta, pahoinpitelyjä, vankilataustaa ja katkaisuhoidoitusyrityksiä. Taustaltaan moniongelmainen asiakas saattaa ajautua sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen suurkäyttäjäksi viimeistään terveydentilan heiketessä.

Moniprofiilisten asiakkaiden tuloksissa on huomioitava, että eläkeikäisten asiakkaiden asiakaskirjauksista ei luonnollisesti ole nähtävissä henkilön nuoruuden taustoja tai elämänvaiheita ja osittain tästä johtuen työikäiset profiloituvat herkemmin moniprofiiliseksi kuin eläkeikäiset. Huomioitavaa on myös se, että eläkeikäisten nuoruudessa sekä sosiaali- että terveyspalvelut ja palvelujen kirjaaminen on ollut aivan erilaista. Iän myötä henkilön profiloituminen muuttuu luonnollisesti ikääntymisen mukanaan tuomien erityispiirteiden vuoksi.

### 6.1.3 Sosiaalinen tuki

Yhteyshenkilöiden tarjoaman sosiaalisen tuen määrästä ja laadusta emme voi luonnollisestikaan sanoa mitään pelkkien perustietolomakkeen kirjauksien perusteella, mutta tiedämme kokemuksesta, että ihmiset nimeävät yhteyshenkilökseen läheisen ihmisen, yleensä kaikkein läheisimmän perheenjäsenen tai jäsenet. Oletamme, että asiakkaan on mahdollista saada yhteyshenkilöiksi nimityiltä ihmisiltä laajaa ja voimakastakin sosiaalista tukea, sillä sosiaalisen

tuen lähteistä perhe on tärkein sekä positiivisessa että negatiivisessa merkityksessä (Jyväsjärvi 2005, 412).

Toisaalta tuen määrä ja laatu eivät välttämättä aina mitenkään korreloi toisiinsa nähden; henkilöllä voi olla useita yhteyshenkilöitä, vaikka hän ei todellisuudessa saisi näiltä lainkaan tai saisi vain vähäistä tukea, kun taas yksikin yhteyshenkilö, joka on aktiivisessa sosiaalisessa kontaktissa suurkäyttäjään, voi tarjota enemmän ja laadukkaampaa sosiaalista tukea.

Yhteyshenkilöistä keräämiemme tutkimustulosten valossa näyttäisi siltä, että miehet saavat yleisesti sosiaalista tukea vähemmiltä henkilöiltä kuin naiset, sillä miehillä yhteyshenkilöitä oli yleisimmin yksi ja naisilla kaksi. Sama jako näkyy ikäluokkien välillä: työikäisillä oli yleisimmin kaksi ja eläkeikäisillä yksi yhteyshenkilö. Toisaalta miehet ja etenkin eläkeikäiset miehet ovat naisia todennäköisemmin naimisissa ja työikäiset naiset ovat useammin avioliitossa kuin miehet. Näyttää siltä, että erityisesti eläkeikäisten miesten saama sosiaalinen tuki tulee pääasiassa puolisolta ja työikäiset miehet saavat sosiaalista tukea lähisukulaisilta (havaintojemme mukaan usein vanhemmilta tai sisarusilta). Näyttääkin siltä, että eläkeikäisten miesten sosiaalinen tuki voi olla hyvinkin vähäistä, jollei puoliso ole enää elossa.

Tutkimustuloksemme ovat melko vähäisiä primaari- tai sekundaaritason sosiaalisen tuen näkökulmasta, sillä asiakirjamerkinnät olivat näiltä osin niukkoja. Näiden tasojen sosiaalisen tuen kestosta tai tiheydestä emme saaneet tuloksia. Yleensä sosiaalisen tuen välittäjä oli nainen. Tätä tulosta tukee myös HYPÄ 2013 -tutkimuksen tulos, jossa pääasiallinen läheisavun antaja oli yleensä naispuolinen (Vilkko ym. 2014, 236).

Suurkäyttäjät saavat primaarista sosiaalista tukea eniten lapsilta tai puolisolta, yleisemmin tyttäreltä kuin pojalta. Myös äiti, sisarus ja muu sukulainen ovat tärkeitä primaaritason tuen antajia. Vajaa puolet suurkäyttäjistä on avio- tai avoliitossa ja noin puolella on lapsia, vajaalla kolmasosalla kaksi tai kolme lasta. Vahvimman sosiaalisen tuen voidaan nähdä tulevan perheeltä, tuen positiivisessa tai negatiivisessa merkityksessä. Määrällisesti merkityksellisinä sekundaaritason sosiaalisen tuen tarjoajina näyttäytyivät myös sukulaiset, ystävät ja muut yhteyshenkilöiksi nimetyt henkilöt. Muita merkittäviä toisen tason tuen antajia olivat muut henkilöt, lastenlapset, seurustelukumppani ja naapurit. HYPÄ 2013 -tutkimuksen mukaan tyypillisin läheisapu sairauden, vamman tai

vanhuuden vaikeuttaessa elämää on keski-ikäisten tuki sukulinjassa vanhempiin sukupolviin tai iäkkäiden sukupolven apu toinen toisilleen. Noin puolet ihmisistä antavat apua omille tai puolison vanhemmille. Aivan lähisukuun kuulumattomia sekä ystäviä, tuttavvia ja naapureita autetaan arkiselviytymisessä paljon. Varsin harva auttaa arkisuoriutumisessa puolisoaan tai omaa lastaan. (Vilkko ym. 2014, 226–227.)

Suurkäyttäjäasiakkaista suurin osa sai myös tertiäritason sosiaalista tukea, vaikkakaan vajaa kolmannes ei saanut tämän tason tukea lainkaan. Tutkimustuloksemme ovat samansuuntaiset kuin jo 1990-luvun lopussa Kinnusella (1998, 92), joka totesi väitöskirjatutkimuksessaan, että lähes puolet kansalaisista käyttää intensiivisesti julkisen sektorin hyvinvointipalveluja ja viidennes turvaa pelkästään niihin. Tutkimuksessamme suurin osa asiakkaista käytti julkisten terveydenhuoltopalvelujen lisäksi myös muita yhteiskunnallisia palveluita, erityisesti kotihoidon palveluita, vammaispalvelun kuljetuspalvelua tai perustoimeentulotukea. Etenkin työikäisten naisten ryhmässä psykiatrisen avohoidon palvelu oli vahva tertiäritason tuen välittäjä. Suurin osa (80 prosenttia) suurkäyttäjistä ja kaikki moniprofiilisista käyttivät paljon julkisen terveydenhuollon palveluja. 1,7 % asiakkaista käytti terveydenhuollon palveluista vain yhteispäivystystä. Turvapuhelimen, ateriapalvelun ja yöhoidon käyttömäärät jäivät vähäisiksi, vaikka sosiaalisen tuen ja turvallisuuden välittäjinä ne voivat olla merkittäviä tekijöitä. Yksityisistä palveluista käytettiin pääasiassa yksityisen lääkärin ja siivoajan palveluita. Toisaalta esimerkiksi erilaisten yhdistysten tarjoama tuki ja palvelut eivät välttämättä nouse esille tai tule kirjatuiksi suurkäyttäjien tietoihin, joten kolmannen sektorin käyttö jää tutkimuksessamme pääosin pimentoon.

Pohdimme kiireellisyys- eli triageluokan arviointia suhteessa suurkäyttäjien kokemukseen autetuksi ja kohdatuksi tulemisesta. Suurkäyttäjien päivystyskäyntimäärät saattoivat helposti olla useita kymmeniä, joten on todennäköistä, että suurkäyttäjän ja triageluokka-arvion tehneen sairaanhoitajan näkemykset suurkäyttäjän tilanteesta ovat olleet ainakin osittain erilaisia. Kokemus siitä, että on tullut kohdatuksi ja autetuksi on varmasti melko epätodennäköinen, jos on esimerkiksi pahoinvoinnin ja rintakivun vuoksi tullut päivystykseen 42:tta kertaa ja joutuu odottamaan hoidon aloittamista kolme tuntia. Käsitämme triageluokituksen tärkeyden kiireellisen hoidon turvaamiseksi ja resurssien oikea-

aikaisen kohdentamisen apuna, mutta uskomme ymmärtävämmä myös suurkäyttäjän kokemusta tilanteesta. Asiakkaan tarve saada hoitoa on hänelle aito ja oikea hätätilanne, jonka hän on arvioinut senkaltaiseksi, että yhteispäivystykseen on ollut syytä lähteä.

Useissa aikaisemmissa tutkimuksissa (Wiens 2015; Leskelä ym. 2015; Leskelä ym. 2013; Kaipiainen 2010) on todettu, että pieni osa kuntalaisista käyttää suuren osan kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Wiensin (2015, 9–10) mukaan suurin osa kalliista paljon palveluja käyttävistä on vanhuspalveluiden, vammaispalveluiden ja lastensuojelun asiakkaita. Erilaisia vanhuksiin liitettyjä palveluita, kuten kotihoitoa, käytettiin tutkimuksemme mukaan runsaasti, mutta esimerkiksi gerontologisen sosiaalityön käyttö näyttöytyi vähäisenä. Kokonaisuudessaan tutkimuksemme suurkäyttjäasiakkaista sosiaalitoimen palveluista jotakin tai joitakin käytti noin 40 prosenttia (työikäisistä noin puolet ja eläkeikäisistä kolmannes) vuoden 2014 aikana. Vammaispalvelujen kuljetuspalvelu, jota oli myönnetty noin puolelle asiakkaista, oli eniten käytetty palvelumuoto.

Tutkimuksemme tuloksista on nähtävissä, että toimeentulotukea sai tutkituista noin neljännes, mikä oli selvästi suurempi määrä kuin Wiensin (2015, 9–10) mainitsema muutama prosentti, joka sai toimeentulotukea. Vuonna 2014 toimeentulotukea sai reilu seitsemän prosenttia koko väestöstä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b). Tutkimuksessamme on selvästi havaittavissa toimeentulotukea saavien asiakkaiden yliedustus myös valtakunnallisella tasolla. Tutkimuksessamme emme tutkineet toimeentulotukiasiakkaiden asiakkuuden kestoa. Tutkimusta tehdessämme havaitsimme kuitenkin, että suurkäyttjäasiakkaissa on ainakin jonkin verran asiakkaita, jotka ovat olleet toimeentulotuen saajia pidemmän aikaa. Toimeentulotuen saajien on todettu HYPÄ 2013 -tutkimuksessa olevan heterogeeninen ryhmä, jossa ihmisillä on heikentynyt elämänlaatu, terveys ja toimintakyky sekä toimeentulon ja asumisen ongelmia. Kaikki toimeentulotuen saajat eivät kuitenkaan ole moniongelmaisia tai syrjäytyneitä, vaan kyseiset ongelmat kasautuvat toimeentulotuen pitkäaikaisasiakkaisiin. Toimeentulotuen asiakkuuden syyt näyttivät liittyvän heikompaan terveyteen, korkeaan sairastavuuteen ja olevan varsin pysyviä. (Hannikainen-Ingman, Muikkila & Vaarama 2014, 32–33.)

Olemme tarkastelleet tarkemmin moniprofiilisten asiakkaiden sosiaalista tukea. Arvelemme moniprofiilisten asiakkaiden olevan sosiaalisesti heikoimassa asemassa ja vaikeimmin autettavissa monisyisten, kasautuneiden ja yksilöllisten taustatekijöiden vuoksi. Erityisesti työikäisten moniprofiilisten asiakkaiden elämäntilanteet ovat keskimäärin vaikeita, tilanteisiin liittyy kroonistuneita ongelmia, vaikeudet ovat seuranneet toisiaan ja kimppuuntuneet. Kypseisten ryhmien sosiaalisen tuen tarkempi tarkastelu vastaa paremmin kysymykseemme suurkäyttäjien palvelujen kehittämistarpeista.

Tutkimuksessamme moniprofiilisista yli 64-vuotiaista asiakkaista suurin osa asui yksin, viidesosa asui puolison kanssa. Yleisimmin apua ja tukea saatiin lapsilta (80 %) tai muilta omaisilta, useimmin miniältä. Omaisilta saatava apu liittyi yleensä kodin ulkopuolisiin asiointeihin tai ruoanlaittoon. Kaikilla oli kotihoidon asiakkuus. HYPÄ 2013 -tutkimuksen tulokset olivat samansuuntaiset, paitsi kunnallisessa kotihoidossa: 80 vuotta täyttäneillä ikääntyneillä riittävä avunsaanti tuki elämänlaatua. HYPÄ 2013 -tutkimuksen mukaan tärkeimmät auttajat olivat omia tai puolison lapsia, viidesosalla tärkein auttaja oli oma puoliso. Omaishoidontukea sai vain murto-osa ja vain vajaalla viidenneksellä oli kunnallisen kotihoidon asiakkuus. (Vaarama ym. 2014, 53.)

Tutkimustulostemme mukaan yli 50 prosenttia suurkäyttäjistä asuu yksin, 70 prosenttia on eläkkeellä ja 10 prosenttia on työssä ja 10 prosenttia on työttöminä. Työikäisistä miehistä vajaa puolet asuu yksin, kolmannes on eläkkeellä ja vajaa viidesosa työttömänä. Työelämässä heistä on viidennes. Naisista vajaa kolmannes asuu yksin. Vajaa kolmannes on myös eläkkeellä ja samoin vajaa kolmannes työelämässä ja työttömänä on vajaa kymmenesosa. Tutkimuksemme tulokset ovat tässä suhteessa samansuuntaiset kuin Campbell ja Rolandin (1996) tutkimuksen, jossa miehillä yksinasuminen, työttömyys ja työkyvyttömyyseläke sekä naisilla ammattikoulutuksen puute ja työttömyys olivat yhteydessä terveystalveluiden suurkäyttöön. Yksinasuvien primaaritason sosiaalinen tuki on usein heikompaa ja vähäisempää, sillä heillä ei todennäköisesti ole läheistä perhesuhdetta. Eläkeläisellä tai työttömällä ei automaattisesti ole päivittäistä yhteisön tarjoamaa sosiaalista tukea.

Tutkimuksessamme iäkkäiden moniprofiilisten naisten masentuneisuus, turvattomuus, yksinäisyys sekä kivuliaisuus nousivat merkittäväksi suurkäyttäjyyttä ilmentäviksi tekijöiksi. HYPÄ 2013 -tutkimuksessa eläkeikäisillä todettiin

kohonnut yksinäisyyden riski (Vaarama ym. 2014, 32–33). HYPÄ 2013 -tutkimuksessa 80 vuotta täyttäneet henkilöt kokivat itsensä yksinäisiksi vain joskus, mutta yli 85-vuotiaista noin joka kymmenes nainen ja joka viides mies oli yksinäinen usein tai aina. Yksinasuminen nelinkertaisti yksinäisyyden kokemuksen todennäköisyyden. Lisäksi päivittäistä toimintaa haittaava kipu ja tyytymättömyys omaan terveyteen liittyivät usein yksinäisyyteen. (Vaarama ym. 2014, 53).

Suurkäyttäjien toimintakyvyn otimme tarkempaan tarkasteluun, sillä toimintakyky liittyy mielestämme mahdollisuuksiin saada ja tavoittaa sosiaalista tukea. Toimintakykyä jaottelimme sen perusteella, millaisten seikkojen yleisesti tiedetään vaikuttavan henkilön sosiaaliseen toimintakykyyn. Yksilön kykyä selviytyä arkielämän toiminnoista omassa elinympäristössään kutsutaan toimintakyvyksi. Erityisesti vanhusväestön toimintakyky on tärkeä mittari avun tarpeen, ympärivuorokautisten hoivapalveluiden tarpeen ja kuolleisuuden ennustetekijänä. (Komssi ym. 2015.) Suurkäyttäjien toimintakyky oli laskenut suurkäyttöajalla monin eri mittarein tarkasteltuna. Asumisolosuhteet sekä fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky antavat viitteitä suurkäyttäjien kokonaistoimintakyvystä.

Käsitys asiakkaiden sosiaalisesta toimintakyvystä muotoutui kirjauksiin tehtyjen viitteiden perusteella. Sosiaalista toimintakykyä sinällään oli arvioitu erittäin vähän kirjauksissa. Suurkäyttäjien sosiaalinen toimintakyky oli hyvin vaihtelevaa. Peilattaessa sosiaalisen toimintakyvyn tuloksia saamiimme profilointituloksiin, voimme huomata niiden olevan osittain samankaltaisia. Pohdimme, olemmeko profiloinnissa huomaamattamme antaneet painoarvoa erityisesti sosiaalisen toimintakyvyn asioille. Toisaalta meille sosiaalialan työntekijöinä tämä on melko luonteva lähestymistapa suurkäyttäjien profilointiin ja asiakkaiden kohtaamiseen.

Sinällään asiakkaiden toimintakyvyn aleneminen on luonnollista, sillä suurkäyttäjissä on runsaasti ikääntyneitä asiakkaita ja toimintakyvyn heikkeneminen kuuluu luonnollisena osana ikääntymiseen ja toimintakyvyn laskuun reagoidaan parhaassa tapauksessa palveluita ja tukia lisäämällä. Vaikuttaa siis osittain siltä, että julkiset palvelut ja sosiaalinen tuki toimivat oikeansuuntaisesti. HYVE-hankkeen, jossa tutkittiin kotihoidon ja palvelukeskuksen palveluiden piirissä olevia eläkeikäisiä, tuloksena todettiin, että 10 prosenttia kotihoidon asiakkaista kärsii turvattomuudesta. Samaisessa hankkeessa tutkittiin

myös yksinäisyyttä ja sitä koki kotihoidon asiakkaista jatkuvasti tai usein noin 20 prosenttia ja toisinaan 33 prosenttia. Alakuloisuuden tai masennuksen tuntemuksia koki joka kolmas. (Seppänen ym. 2009, 18–19.) Kotihoito siis tarjoaa sosiaalista tukea, mutta se ei välttämättä ole riittävää tai oikeanlaista kaikille. Perinteisesti toki kotihoidon tehtäväkenttä on muu kuin sosiaalisen tuen tarjoaminen, mutta kirjauksista tuli tutkimuksemme aineistonkeruun aikana esille, että toisinaan kotihoidon palveluita suunnattiin myös lievittämään yksinäisyyttä tai turvattomuutta. Moni asiakas myös koki kotihoidon palvelut turvallisuutta lisääviksi ja yksinäisyyttä vähentäviksi. Lisäksi voidaan ajatella, että kotihoidon vaihtuvat työntekijäkontaktit eivät luonnollisestikaan tuo asiakkaalle samankaltaista sosiaalista tukea kuin esim. oma lähiverkosto tai pysyvä asiakassuhde tiettyyn työntekijään.

Tutkimuksessamme suurkäyttäjien kontaktimäärät ovat voineet ääripäissään syntyä yhdestä kahteentoista kuukauden sisällä. Kun ajatellaan toimintakykyä ko. aikavälillä, voidaan varmasti löytää useita erilaisia syitä suurkäyttäjäasiakkaiden toimintakyvyn alenemiselle. Toisaalta tiedetään, että esimerkiksi sairaanhoitoon joutuminen on riskitekijä vanhusten toimintakyvylle, sillä kolmanneksen toimintakyky ei enää palaa sairaalahoitoa edeltävälle tasolle, vaikka akuutti sairaus olisikin saatu hoidetuksi (Jämsen, Kerminen, Strandberg & Valvanne 2016). Vaikka emme käsittele työssämme suurkäyttäjien sairaalahoidtoa, keräsimme prosessin aikana tiedot sairaalajaksojen määrästä suurkäyttäjillä, minkä pohjalta voimme todeta, että useat eläkeikäiset olivat suurkäyttäjyytensä aikana sairaalahoidossa.

## 6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Olemme tehneet tutkimuksemme tieteelliselle tutkimukselle asetettujen kriteerien mukaisesti, mikä on Heikkilän (2014, 178) mukaan tärkein luotettavuuden edellytys. Olemme perehtyneet tutkimuskohteeseemme tutustuen aikaisempiin tutkimuksiin ja käymällä keskusteluja työn tilaajan ja kohteen asiantuntijoiden kanssa. Tätä kautta olemme määritelleet tutkimuksen perusjoukon, otantamenetelmät ja aineiston keruutavat ja varmistaneet, että ne ovat sopusoinnussa keskenään. Lomakkeen kysymykset on laadittu mittaamaan täsmällisesti tutkimuksemme kohteen mittaamista, kuten Vilka (2007, 100–101) oh-

jaa. Tutkimuksemme ei missään vaiheessa loukkaa tutkimuksen kohderyhmää eikä hyvää tieteellistä tapaa. Tutkimusaineisto on kerätty anonyymisti asiakasasiakirjoista, eikä siitä ole aiheutunut kenellekään vahinkoa tai harmia. (Vilkkä 2007, 90.)

Tutkimuksen tulokset raportoimme kokonaistuloksina siten, että kenenkään yksittäisen vastaajan tiedot eivät ole näkyvissä tutkimustuloksissa. Havainnot ja tulosten tulkinta tehtiin viitekehukseen liittyvien kysymysten selvittämiseksi ja tulkintaan sisällytettiin myös yhteiskunnallinen merkitys. (Ks. Heikkilä 2014, 169.)

Luotettavuuden kannalta on tärkeää, että otos on edustava ja tarpeeksi suuri, vastausprosentti on korkea ja kysymyksillä on mitattu oikeita asioita koko tutkimusongelma huomioiden (Heikkilä 2014, 178). Olemme saaneet tutkimuksemme tietoa riittävästi. Kokonaistutkimuksemme vastausprosentti on lähes 100. Katoa koko tutkimuksessamme on yksi tapaus eli 0,4 prosenttia. Voimme siis pitää tutkimustamme hyvin luotettavana.

Kysymysten muoto aiheuttaa Vallin (2015, 84) mukaan eniten virheitä tutkimustuloksiin, eli jos vastaaja ajattelee kysymystä eri tavalla kuin tutkija on kysymyksen tarkoittanut. Tutkimuksemme luotettavuutta lisää se, että olemme itse (yhteistyössä tutkimuksen tilaajan kanssa) muodostaneet tiedonkeruulomakkeen kysymykset ja vastausvaihtoehdot, tutkineet koko aineiston ja vastaanneet/etsineet tiedot tiedonkeruulomakkeidemme kysymyksiin. Tutkimuksen aluksi varmistimme, että molemmat ymmärsimme kysymykset samoin ja ajattelimme kysymysten sisällöistä samalla tavalla ja näin vastauksemme ovat mahdollisimman yhteneväiset eivätkä tulokset pääse vääristymään.

Mittarin kokonaisluotettavuuden muodostavat validiteetti ja reliabiliteetti. Luotettavuutta alentavat erilaiset virheet, joita aineiston hankintavaiheessa syntyy. Validiteetti (pätevyys) kertoo, missä määrin olemme onnistuneet mittaamaan sitä mitä pitikin mitata. Reliaabelius kertoo tutkimuksemme johdonmukaisuudesta, mittaustulosten pysyvyydestä ja toistettavuudesta, eli miten olemme onnistuneet saamaan ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Heikkilä 2014, 175; Hirsjärvi ym. 2015, 231.) Kyselytutkimuksessa validiteettiin vaikuttaa erityisesti se, miten olimme onnistuneet kysymysten asettelussa, eli voimmeko kysymysten avulla saada ratkaisun tutkimusongelmaamme. Systemaattinen virhe syn-



tyy aineiston keräämiseen liittyvästä tekijästä, joka voi vaikuttaa koko aineistoon samansuuntaisesti. (Heikkilä 2014, 175–177.) Tutkimuksemme on reliabeli, sillä se voidaan toteuttaa useampaan otteeseen samalla tavalla samoin tuloksin tutkijasta riippumatta. Tutkimuksemme on siis toistettavissa. (Heikkilä 2014, 178; Vilka 2007, 149.)

Vaikka olemme luonnollisesti pyrkineet välttämään virheiden syntymistä, voivat virheet vaikuttaa työmme luotettavuuteen ja pätevyyteen. (Hirsjärvi ym. 2015, 231). Omassa tutkimuksessamme on kaikesta huolellisuudesta huolimatta voinut sattua esimerkiksi käsittelyvirheitä ja mittausvirheitä. Aineistonkeruu tapahtui Pohjois-Kymen sairaalassa melko rauhallisissa olosuhteissa. Aineiston SPSS-rungon ja analyysit teimme kotona, joten häiriötekijöiltä emme voineet välttyä. Mittausvirheitä saattaa sattua häiriötekijöiden tai mitattavien käsitteiden hankaluuden vuoksi. Kadon aiheuttamaa vääristymää tai otantavirheitä meille tuli 0,4 prosenttia (yksi tapaus). Kyseessä on kokonaistutkimus ja kävimme itse koko aineiston läpi. Kokonaistutkimus ei tokikaan takaa täysin luotettavaa tietoa, sillä kaikissa tutkimuksen vaiheissa piilee virhemahdollisuuksia. (Kananen 2011, 85.) Peittovirhe on voinut sattua työn tilaajan tehdessä meille listaa havaintoyksiköistä tai jos emme ole huomanneet lukea kaikkia merkityksellisiä asiakaskirjauslehtiä tai -kirjauksia (Heikkilä 2014, 177).

Tutkimuksemme luotettavuutta lisäävät ja tarkentavat metodologinen- (metodien yhdistäminen) ja tutkijatriangulaatio. Tiedonkeruulomakkeen kysymykset pyrimme, sekä määrällisesti että laadullisesti muodostamaan mahdollisimman kattaviksi. Tutkimuksen ajan tutkijoita on ollut tasapuolisesti kaksi aineistonkerääjinä sekä tulosten analysoijina että tulkitsijoina. Olemme myös käyttäneet kahta eri tutkimusmenetelmää. Käytännössä siis strukturoitujen kysymysten ohella olemme esittäneet aineistolle myös avoimia kysymyksiä. (ks. Hirsjärvi ym. 2015, 233.) Toisaalta kahden tutkijan mahdolliset näkemuserot aineistonkeruuvaiheessa saattavat hiukan heikentää tutkimuksen luotettavuutta, sillä tutkijoiden tavat kerätä ja analysoida tuloksia ovat erilaiset, eli toiselta on voinut jäädä jokin asia poimimatta, jonka toinen olisi poiminut. Toisaalta tiedonkeruulomake ohjasi voimakkaasti tiedonkeruuta ja aineistosta ei ole käsitelty esimerkiksi Muuta-kohtaa, jonka käyttö oli ns. vapain osio tiedonkeruulomakkeellamme. Pääsääntöisesti voimme todeta, että kahden tutkijan tekemänä työmme on luotettavampi, monipuolisempi ja perustellumpi. Olemme linjanneet asiat yhdessä, keskustelleet jokaisesta päätöksestä ja perustelleet kaikki

valintamme toisillemme ja työn tilaajalle. Asioita on reflektoitu monelta kannalta ennen työvaiheen toimeenpanoa.

Tutkimuksen sisäinen luotettavuus kertoo, mittaako mittari todella sisällöllisesti sitä mitä halutaan mitata. (KvaliMOTV 2010). Tutkimuksemme sisäinen luotettavuus (syy-seuraussuhde) riippuu osittain asiakastietoja kirjanneen henkilön kirjaamisluotettavuudesta. Koemme, että kokoamamme tiedot kuvaavat hyvin juuri niitä asioita ja sitä ilmiötä, johon meillä on ollut tarkoitus perehtyä. Kananen (2015, 347) mukaan ulkoinen luotettavuus tarkoittaa sitä, että tulokset toistuvat tutkimusta vastaavissa ilmiöissä ja ovat yleistettävissä myös tutkimuksen ulkopuolella. Tutkimuksemme ulkoinen luotettavuus, eli tulosten yleistettävyys, on pätevää, koska käyttämillämme menetelmillä olemme saaneet kattavan aineiston, jonka pohjalta voimme tehdä yleisiä päätelmiä. (Hakala 2015, 24). Koska olemme tehneet kokonaistutkimuksen Kouvolan alueen yhteispäivystyksen suurkäyttäjistä, oletamme tutkimustulosten pitävän paikkansa alueellisesti ja tuloksia voidaan hyödyntää myös valtakunnallisessa vertailussa. (Ks. Kananen 2015, 347.)

Tutkimuksemme perustuu Terveys- ja SosiaaliEffica-asiakaskirjausjärjestelmien asiakaskirjauksiin. Tutkimuksen datan luotettavuuden lähtökohtana ovat kirjaamiskäytännöt, kirjauksen laatu ja kirjaajan arvio asiakkaan tilanteesta. Asiakkaan hyvän hoidon ja turvallisuuden sekä henkilökunnan oikeusturvan takaamiseksi asiakasasiakirjojen tulee olla oikeita, virheettömiä ja riittävän laajoja. Sekä kirjaamisen laatimisessa että säilyttämisessä edellytetään huolellisuutta. Kirjaamisen laatuun vaikuttavat esimerkiksi kirjausympäristöön liittyvät tekijät, kuten henkilökunnan taidot ja asenteet, organisaatiossa olevien laitteiden määrä ja laatu sekä kirjaamiseen käytettävissä oleva aika. (Ks. Saranto, Ensio, Tanttu & Sonninen 2007, 189–190.)

Huomioitavaa on, että olemme saaneet kerättyä laajemman aineiston asiakkaista, jotka ovat olleet vuonna 2014 useammassa terveyden- tai sosiaalihuollon asiakkuudessa. Mitä moniammatillisempi asiakkaan asiakkuusprofiili on, sitä laajemmat heidän asiakaskirjauksensa luonnollisesti ovat. Oman kokemuksemme mukaan lääkäreiden kirjaukset keskittyvät pääosin diagnostiikkaan ja lääketieteellisiin yksityiskohtiin. Sairaanhoidajien kirjauksissa voi olla laajempaa havainnointia asiakkaan voinnista ja joskus myös sosiaalisesta tuesta. Kotihoidossa ja asumispalveluissa kirjataan muun muassa päivittäisiin

toimiin liittyviä asioita. Sosiaalihuollon henkilökunta kirjaa laajemmin asiakkaan sosiaalista tilannetta ja -tukea psykiatrisen sairaanhoitajan kirjatessa laajasti asiakkaan kokonaistilannetta, taustoja ja ajatuksia. Fysio- tai toimintaterapeutti kirjaavat omasta näkökulmastaan asiakkaan toimintakykyyn liittyviä asioita. Toisaalta tutkimuksemme tulokset ovat siis sitä luotettavammat, mitä laajempaa tutkittavien sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuus on. Toisaalta osa henkilön asiakkuudesta saattaa olla kirjattuna ajalta ennen Efficaa tai esimerkiksi yksityisessä hoitolaitoksessa tai toisessa kunnassa, jolloin meillä ei ole kyseisestä asiakkaasta kaikkea mahdollista tietoa.

Tutkimuksemme luotettavuutta saattaa heikentää se, ettemme saaneet SosiaaliEffican käyttöön laajaa perehdytystä. Toinen opiskelijoista on käyttänyt ohjelmaa aikaisemmin vähäisessä määrin ja toinen ei lainkaan. Kävimme ohjelmaa läpi yhdessä useaan kertaan ja sovimme, mitä osioita tarkastelemme. Uskomme, että tutkimme kirjauksista kaiken tarpeellisen, mutta aivan varmoja emme voi olla. Toisaalta kaikkien asiakkaiden kirjaukset on tutkittu samalla perusteellisella kaavalla, joten tiedot ovat tasalaatuiset. Molemmat opiskelijat ovat käyttäneet TerveysEfficaa useiden vuosien ajan, joten terveydenhuollon aineisto on luotettavaa. On myös huomioitava, että suurimmalla osalla asiakkaista ei ollut SosiaaliEfficassa kirjauksia.

Tutkimuksemme edetessä teimme havaintoja myös kirjaamiskäytännöistä. Jonkin verran havaitsimme puutteita kirjaamisessa, esimerkiksi yhteispäivystyksessä kirjauksia puuttui jonkin verran kokonaan etenkin joulun ja vuodenvaihteen aikaan. Myös diagnoosien kirjaamisessa oli puutteita ja toisinaan asiakkaalle oli määrätty lääkkeitä, vaikka diagnoosia ei ollut kirjattu. Asiakastietojen puuttuminen voi aiheuttaa asiakkaalle todellista harmia ja se voi vaikuttaa asiakkaan hoidon laatuun ja jatkuvuuteen. Tarpeellisten hoitotietojen tulee aina hoidollisia päätöksiä tehtäessä olla ajantasaisesti asiantuntijoiden käytävissä, jotta asiakas saa tarvitsemansa avun (Saranto ym. 2007, 190).

Tutkimuksemme käytettävyyttä ja luotettavuutta lisää se, että asiakaskirjauksiin perustuva tutkimuksemme kattaa kaikki vuoden 2014 suurkäyttäjäasiakkaat, myös muistisairaat ja kaikkein heikoimmassa tilanteessa elävien asiakkaiden tiedot. Tietoja ei todennäköisesti olisi voinut saada asiakkailta kysymällä tai heitä haastatteleamalla. Väestötutkimuksista puuttuvat usein muisti-

sairaiden, kaikkein heikoimmassa kunnossa olevien ja jo ympärivuorokautisten palveluiden piirissä olevien iäkkäiden asiakkaiden vastaukset. (Noro, Vilkko, Saarikalle & Finne-Soveri 2014, 246.) Myös päihteiden suurkäyttäjien, mielenterveysongelmaisten ja masentuneiden asiakkaiden näkemyksiä on vaikea saavuttaa kysymällä. Tutkimuksemme on siis paitsi laaja-alainen myös luotettava verrattaessa väestötutkimuksiin yleensä.

### 6.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen tekemiseen liittyy eettinen ulottuvuus. Eettisesti kestävässä tutkimuksessa tutkija punnitsee tietoisesti tutkimusprosessinsa jokaisen valinnan ja jokaisen vaiheen eettisen kestävyuden. Tutkimusprosessin rinnalla tulee kulkea jatkuva arviointi ja tietoisuus tutkimuksen eettisistä kysymyksistä ja valinnoista. Eettisyys on läsnä jokaisessa tutkimuksen vaiheessa alkaen tutkimusaiheen valinnasta, rajauksista, tiedon hankkimisesta aina tulosten tulkitsemiseen, julkistamiseen ja tiedon käyttämiseen asti. (Pohjola 2007, 7, 11–12.)

Tiedostimme, että tutkimuksen läpinäkyvyyttä on mahdollista lisätä siten, että tutkija tuo omat lähtökohtansa ja tavoitteensa esille (Hiilamo 2006, 329). Työmme eri vaiheissa pohdimmekin monesti, millaisia taustaoletuksia meillä on aiheesta, paitsi työhistorioidemme, myös henkilökohtaisten kokemus-temme kautta. Emme halunneet ajautua tilanteeseen, jossa taustaoletukset tai henkilökohtaiset näkemyksemme ja arvomme arvottaisivat aiheitamme. Toisaalta on inhimillistä, että elämässä on arvoja. Etiikka voidaan nähdä keinona edistää hyvän elämän toteutumista ja saavuttamista (Niemelä 2011, 15). Sosiaali- ja terveydenhuolto ja tämä tutkimus ovat edistämässä ja tavoittelemassa hyvää elämää. Hyvän tekeminen voidaan nähdä tutkimuseettisenä periaatteena. Tästä näkökulmasta tutkimuksen tekemisellä hyvän tekemisenä tulee olla potentiaalinen tieteellinen tai käytännöllinen arvo ja sen tulee olla toteuttamiskelpoinen ja suunnitelmallisesti tehty. (Gilhood 2007, 213.) Tutkimuksemme ankkuroituu sekä käytännön asiakastyöhön että tieteellisiin näkökulmiin.

Olemme tutkineet kirjallisia dokumentteja eli asiakaskertomuksia. Tutkimus perustuu tutkimussuunnitelmaan, jonka Kouvolan kaupungin apulaiskaupunginjohtaja on hyväksynyt toukokuussa 2015. Olemme keränneet, käyttäneet, säilyttäneet ja luovuttaneet tutkimuksessa käsiteltyjä henkilötietoja asianmukaisesti sekä kunnioittaneet ihmisten yksityisyyttä tietosuojalainsäädännön määrittelemällä tavalla. Tutkimusaineisto on tutkimushetkellä anonymisoitu eli muutettu tunnistamattomaksi poistamalla aineistosta henkilötiedot. Olemme käsitelleet aineistoa numeroituina tapauksina vailla tunnistetietoja. Asiattomat eivät ole päässeet käsiksi henkilötietoihin ja väärinkäytöksen mahdollisuus on minimoitu. Aineistoa on säilytetty lukollisessa tilassa Pohjois-Kymen sairaalassa. Tutkijoilla on tutkimuksen aikana ja sen jälkeen ehdoton vaitiolovelvollisuus (Mäkinen 2006, 148). Myös käyttämämme henkilörekisteri, josta meidän oli mahdollista tarkistaa puuttuvat tiedot, on säilytetty asianmukaisesti aineistosta erillään, mutta samassa tilassa aineiston kanssa, kuten Vilkka (2007, 95) suosittelee. Tutkimuksen jälkeen aineiston anonymisointi on kertaalleen tarkastettu ja kaikki tunnistetiedot on hävitetty. Tutkimusaineisto jää jatkokäyttöä varten tutkimuksen tilaajalle.

Aineistomme on tilaajan hallinnassa, emmekä omavaltaisesti voi hävittää sitä. Mäkinen (2006, 120) toteaa, että on eettisesti hiukan arveluttavaa jättää tutkimusaineisto työn tilaajalle sellaisenaan tunnistetietoineen, sillä vaikka itse tutkijat ovat tarkasti noudattaneet yksityisyyden ja luottamuksellisuuden vaatimuksia, ei voi tietää, ovatko aineiston mahdolliset myöhemmät käyttäjät yhtä huolellisia. Aineistosta on merkityksellistä säilyttää vain ne osat, joihin tutkimuksen argumentit ja analyysit perustuvat. Aineiston mahdollinen arkistointi jää perusteellisen pohdinnan jälkeen tilaajan vastuulle ja hänen on arkistoinnissa noudatettava eettisen komitean suosituksia, kuten Mäkinen (2006, 120) ohjaa.

Aineiston syöttäminen SPSS-ohjelmaan kesti molemmilta tutkijoilta noin 100 tuntia. Aineiston ohjelmaan syöttämisen käytännöt tuottivat meille tutkijoille ja työn tilaajalle vahvoja eettisiä pohdintoja. Aineisto kerättiin 11 suureen ja painavaan kansioon, joita emme voineet viedä koulun tiloihin, koska koulussa ei ole suljettuja yksityisiä työskentelyhuoneita opiskelijoille ja aineistomme sisälsi tietosuojattavia asiakastietoja. Tutkimusta ei myöskään ollut mahdollista tehdä työn tilaajan tiloissa, sillä sairaalassa ei ollut tarkoitukseen sopivia vapaita tietokoneita ja huoneita. Elämäntilanteidemme ja työn tiukan aikataulun vuoksi

datan syöttäminen kotona todettiin ainoaksi toimivaksi ja joustavaksi vaihtoehdoksi. Tietojen syöttäminen ei näinollen ollut sidottu kulkemisiin tai kellonaikoihin. Teimme työn tilaajan kanssa vastuullisen ratkaisun ja kuljetimme aineiston pienissä erissä laatikkoon suljettuna kotiimme. Käsittelimme koko prosessin ajan aineistoa voimassaolevan asiakastietosuojakäytännön mukaisesti. Kukaan ulkopuolinen ei päässyt käsiksi aineistoomme, lomakkeet olivat koko ajan omilla kansioissaan suljetuissa laatikoissa. Lomakkeet irrotettiin kansioista ainoastaan datan syöttämisen ajaksi. Heti aineiston käsittelyn jälkeen aineisto palautettiin lukulliseen tilaan tutkimuksen tilaajalle.

Tutkimuksessa tiedon lähteenä on tutkimuskohteesta saatava kokemus ja tutkijan on vältettävä subjektiivisia kannanottoja. Mitkään tutkijaan, tutkimuksen tilaajaan tai rahoittajaan liittyvät asiat eivät saa vaikuttaa tutkimukseen tai sen tuloksiin. Kriittisyys ja epäily ovat tieteen edistymisen edellytyksiä ja kaikkea tietoa tulee epäillä, kunnes sille on riittävä näyttöä. Ennakkoasenteet ja uskomukset voivat olla oikeiden ratkaisujen esteenä. (Mäkinen 2006, 29, 30.)

Olemme tietoisesti pyrkineet poistamaan kaikki aineistoomme liittyvät ennakko-oletukset ja kritisoineet tuloksia. Työn tilaaja ei ole ohjannut tutkimustamme tai sen tuloksia haluamaansa suuntaan, vaan olemme tehneet päätökset yhdessä asioita monipuolisesti ja kriittisesti tarkastellen. Koko tutkimuksen ajan olemme tarvittaessa olleet yhteydessä työn tilaajaan, käyneet yhteisiä kriittisiä keskusteluja työmme etenemisestä ja tuloksista. Ratkaisevia kysymyksiä on pohdittu yhdessä. Pohjola (2007, 20) toteaa, että tutkimuksesta ja sen etenemisestä tiedottaminen kaikille osapuolille rehellisesti ja avoimesti on eettisesti kestävä.

Mäkisen (2006, 112) mukaan yleisesti sosiaali- ja terveysalan tutkimuksissa eettisesti keskeinen moraalinen ongelma on vaikeissa elämäntilanteissa olevien ihmisten pyytäminen tutkimukseen osallisiksi. Opinnäytetyömme on tältä osin eettisesti kestävä, sillä emme ole ottaneet yhteyttä tutkittaviin.

Olemme tutkimuksen eri vaiheissa punninneet eettisestä näkökulmasta datan analysointivaihtoehtoja ja aukikirjoittamisen haasteita, esimerkiksi tunnistettavuutta. Lain tulkinnassa tunnistamiseksi katsotaan tilanne, jossa yksittäinen henkilö voidaan tutkimustekstissä kohtuullisen vaivattomasti tunnistaa (Kuula 2006, 205). Erityisesti moniprofiilisten asiakkaiden kohdalla tiedostimme asiakkaiden tunnistettavuuden mahdollisuuden, minkä minimoimme kuvaamalla

asiakkaita ryhminä ja ryhmäominaisuuksin. Olemme pyrkineet arvioimaan, mitkä asiat raportoimme arkaluontoisuuden vuoksi erityisen varovaisesti ja olemme valmiit kantamaan vastuumme arvioistamme, kuten Kuula (2006, 204) neuvoo tekemään. Asiakkaiden yksilölliset taustat ja piirteet olemme tietoisesti jättäneet kuvailematta. Myös ikätiedot olemme ilmaisseet mahdollisimman väljästi. Olemme siis kunnioittaneet tutkittavien ihmisarvoa teksteissämme ja välttäneet arkaluonteisten tietojen kirjaamista, kuten Kuula (2006, 206, 207) ohjaa. Toisaalta emme ole halunneet syrjäyttää vaikeita tai arkaluonteisiakaan aiheita, sillä koemme Kuulan (2006, 205) tavoin tällaisten asioiden käsittelyn voivan tuottaa uusia näkökulmia yhteiskuntakriittiseen tarkasteluun ja tietoa asioiden ymmärtämisen tueksi.

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tutkimuksemme osoittaa, että yhteispäivystyksen suurkäyttäjistä noin kolmasosalla ei ole sosiaalipalveluiden asiakkuutta ja noin viidennes ei ole muiden kunnallisten terveystalveluiden suurkäyttäjii. Huomionarvoisempaa on kuitenkin se, että suurkäyttäjissä on runsaasti sekä terveyden- että sosiaalipalvelujen käyttäjiä sekä pieni osa myös molempien palveluiden suurkäyttäjii. Suurkäyttäjät voivat olla monenlaisten palvelujen piirissä, mutta eivät välttämättä saa mistään tarvitsemaansa apua. Toisaalta osa tukea ja apua tarvitsevista jää oikeanlaisten palveluiden ulkopuolelle. Sosiaali- ja terveydenhuollossa onkin nyt tullut aika keskittyä ehkäisemään asiakkaiden ajautumista suurkäyttäjiksi sekä pyrkiä hallitsemaan jo olemassaolevaa hyvin heterogeenistä suurkäyttäjijoukkoa.

Sektoroitunut ja siilomainen palvelujärjestelmä ei palvele suurkäyttäjii, jotka tarvitsevat paljon erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Asiakkaiden tiedot hajaantuvat laajalle eri palveluntuottajien kirjauksiin, eikä kenelläkään ole kokonaiskuvaa ja vastuuta asiakkaan kokonaisvaltaisesta huomioimisesta. Asiakkaan elämä on kokonaisuus, jota ammattilaisen on miltei mahdoton hahmottaa sektoroituneen palvelujärjestelmän ja hajanaisen kirjaamisen vuoksi. Etenkin moniongelmaisen asiakkaan on vaikea itse hahmottaa tilannettaan ja hakeutua oikeanlaisten palvelujen piiriin, puhumattakaan oikeanlaisten palvelujen vaatimisesta. Asiakkaan tilanne voi hiljalleen lähteä kriisiytymään ja joh-

taa raskaimpien palvelujen käyttöön. Yksilöllisellä, ennaltaehkäisevällä, moniammatillisella ja kokonaisvaltaisella tiimimuotoisella palveluohjauksella olisi mahdollista tukea suurkäyttjäasiakkaita ja vähentää palvelujen tarvetta. Aikaisemmissa tutkimuksissa (Leskelä ym. 2013, 3168; Wiens 2015) on palvelukoordinaattorimallin todettu olevan asiakkaiden palvelutarvetta ja kokonaiskustannuksia vähentävä vaikutus.

Tutkimustuloksissamme näkyy huolestuttava asia: yhteispäivystyksessä asioi todella heikkokuntoisia, jopa saattohoitovaiheen vanhuksia, joiden elämää leimaa kuolemanläheisyys. Etenkin eläkeikäiset iäkkäät suurkäyttäjämiehet ovat todella huonokuntoisia. Saattohoitopotilaan ei pitäisi joutua lähtemään kodistaan päivystykseen muuta kuin äärimmäisessä pakkotilanteessa. On epäinhimillistä kuljettaa kivuliasta potilasta päivystykseen odottamaan tutkimusta ja seuraavaa siirtoa. Lääkärin olisi suotavaa voida hoitaa saattohoitopotilaat omissa kodeissaan.

Etenkin moniprofiilisten eläkeikäisten naisten toivomme jatkossa saavan oikea-aikaisia ja oikeanlaisia palveluja sekä kivunlievitystä, jottei heidän tarvitsisi hakea seuraa ja turvaa päivystyksestä. Moniprofiilisten eläkeikäisten naisten turvattomuus ja yksinäisyys näyttäytyivät paitsi käynteinä myös puheluina.

Emme tutkimuksessamme kajoa normaaliuden tai oikean ja väärän määritelmiiin tai siihen minkälainen yhteispäivystyksen käyttö on tarpeellista tai tarpeetonta. (Näitäkin teemoja on pienimuotoisesti tutkittu ja esim. vuonna 2002 lääkärin arvioineet 14 % yhteispäivystyskäynneistä aiheettomiksi (Miettola ym. 2002, 539)). Voimme kuitenkin yhtyä Koskelan (2008, 26) ja Miettolan ym. (2003, 541) ajatuksiin palvelujen kysynnän ja tarjonnan tasapainosta. Terveystieteiden tutkimusjärjestelmän näkökulmasta palveluiden runsas käyttö tarkoittaa kysynnän kasvua, ja asiakkaan kannalta aiheettomia päivystyskäyntejä ei ole. Kuitenkin tilanteet, joissa asiakas ja lääkäri arvioivat päivystyksen tarpeellisuuden eri tavoin, ovat hyvin mahdollisia. Asiakas voi myös tuntea tarvitsevänsä enemmän palveluita, jolloin kysyntä ja tarjonta eivät ehkä kohtaa. Asiakkaan näkökulmasta palveluiden suurkäyttö voi tarkoittaa myös hyvää, turvallista omalääkärisuhdetta, kysytyn palvelun hyvää saatavuutta ja jatkuvuutta. Voimme myös todeta, että palvelujen käyttöherkkyyteen vaikuttavat monet asiat eikä vähäisimpänä käyttötottumukset ja perityt palveluidenkäyttömallit. Päivystyspalvelujen suurkäyttö voi osittain johtua myös perusterveydenhuollon



hoitoon pääsyn hitaudesta tai ääritapauksessa työterveyshuollon tehottomuudesta, jolloin päivystykseen hakeudutaan aktiivisemmin.

## 7.1 Tutkimusongelman ja -kysymysten äärellä

Tutkimuksemme tulokset ovat ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyön vaatimustasoon ja työn sisältöihin nähden laajat. Olemme olleet varsin kiinnostuneita ja motivoituneita tutkimuksesta ja sen tuloksista, joten olemme keränneet tutkimustietoa kattavasti. Tässä työssä emme kykene raportoimaan tai analysoimaan läheskään kaikkea keräämäämme tietoa. Tutkimuksemme on myös itse itseään ruokkiva. Huomamme, että keräämästämme tutkimusaineistosta avautuu jatkuvasti uusia, mielenkiintoisia aihealueita, joita voisimme syöttää tilastointiohjelmiin tai analysoida laadullisesti. Osa tutkimuksesta ja tiedonkeruulomakkeen kysymyksistä on alun perin tehty ainoastaan työn tilaajan tarpeisiin, kuten esim. suurkäyttäjien diagnooseihin liittyvät osiot. Näitä osioita emme tietoisesti ole käsitelleet opinnäytetyön tuloksissa, sillä kyseiset asiat ovat terveydenhuollon ammattilaisten osaamisaluetta ja jätämme tulokset heidän tarkasteltavakseen. Tulostemme laajuuden vuoksi olemme rajanneet johtopäätökset tutkimuksemme keskeisimpiin havaintoihin ja päätelmiin.

Seuraavaksi vastaamme tutkimuskysymyksiimme lyhyesti kiteyttäen.

Asiakasryhmätasolla tarkasteltuna suurkäyttäjät profiloituivat useisiin erilaisiin ryhmiin. Ryhmiä oli kaikkiaan kaksikymmentäkahdeksan. Jo ryhmien runsas määrä antaa viitteitä suurkäyttäjien heterogeenisyydestä, puhumattakaan asiakkaiden yksilöllisistä taustoista. Tulostamme tukee Jyväskylän (2005, 413) toteamus, että terveystalveluiden suurkäyttäjät ovat varsin heterogeeninen joukko asiakkaita, joilla on useita monimutkaisia somaattisen sairauden, psyykkisen oireilun sekä sosiaalisen elämän ongelmia. Asiakasryhmiä kokonaisuuksina emme tutkimuksessamme tarkastelleet syvällisemmin, sillä päätimme ottaa tarkempaan analyysiin asiakkaat, jotka profiloituivat useisiin, tässä tapauksessa yli viiteen profiiliin. Näistä niin kutsutuista moniprofiilisten asiakkaiden ryhmistä tarkastelimme tarkemmin sosiaalista tukea, sillä uskomme heidän auttamisensa olevan haastavinta kasautuneiden ongelmien vuoksi.

Moniprofiilisten asiakkaiden lähempi tarkastelu osoitti ryhmään kuuluvien asiakkaiden monimuotoisuuden ja sosiaalisen tuen painottuvan eri tavalla sukupuolittain ja ikäryhmittäin. Asiakkaiden henkilökohtaiset taustat olivat monella tapaa haastavia eikä heidän ole helppo saada yksilöllistä apua nykyisen sektoroituneen palvelujärjestelmän avulla. Moniprofiiliset suurkäyttäjäasiakkaat tarvitsevat muuta suurkäyttäjryhmää kipeämmin henkilökohtaista ja yksilöllistä moniammatillista palvelua, jossa heidän asioihinsa perehtymiseen on runsasti aikaa ja resursseja.

Tutkimuksessamme suurkäyttäjäasiakkaiden sosioekonominen asema oli hyvin todennäköisesti matala. Asiakkaissa oli runsaasti eläkeläisiä. Myös työttömiä, opiskelijoita, asunnottomia ja vankilataustaisia asiakkaita oli päivystyksen suurkäyttäjissä merkittäviä määriä. Etenkin asunnottomia oli Kouvolan asukasmäärään nähden runsaasti. Pelkästään työterveyshuollon puuttuminen näiltä asiakasryhmiltä ei selitä runsaita päivystyskäyntejä. Selittääkö perusterveydenhuollon vaikea tavoitettavuus ja vastaanottoaikojen heikko saatavuus päivystyksen käyttöaktiivisuutta? Kiinnostavaa on myös, ovatko perusterveydenhuoltoa paljon käyttävät asiakkaat samoja kuin tutkimuksemme suurkäyttäjät. Käyvätkö nämä asiakkaat vastaanotolla sekä päivä- että yöaikaan niin virka-aikana kuin sen ulkopuolellakin, vai näkyykö ilmiö vain päivystyksessä?

Tutkimuksemme yhtenä tavoitteena oli suurkäyttäjäasiakkaiden sosiaalisen tuen kartoittaminen. Niukkojen sekä sosiaali- että terveydenhuollon asiakaskirjausten vuoksi tutkimustuloksemme jäivät pinnallisiksi ja vähäisiksi. Saimme melko vähän laadullisia viitteitä tärkeimmäksi katsomastamme läheisten ihmisten tarjoamasta sosiaalisesta tuesta.

Suurkäyttäjien sosiaalinen tuki tulee tutkimuksessamme vahvimmin esiin primaari- ja tertiaaritason tukena. Selkeästi eniten tukea saadaan lähisukulaisilta, puolisoilta ja muilta sukulaisilta. Lähisukulaisia ovat yleisimmin omat lapset, äiti ja sisarukset. Sekundaaritason tuen kuvausta on vielä vähemmän kuin primaaritason. Sekundaaritason tukea saadaan lähinnä muilta sukulaisilta, ystäviltä ja naapureilta. Tertiaaritason sosiaalinen tuki tulee julkisilta sosiaali- ja terveyspalveluilta, kotihoidolta, sitä nautitaan vammaispalvelun kuljetuspalveluna ja perustoimeentulotukena. Myös sosiaali- ja kriisipäivystyksen palvelut on pienimuotoisesti löydetty sosiaalisen tuen tarjoajana.

Tutkimustuloksistamme selviää, että vajaa kymmenes suurkäyttäjäasiakkaista ei saa primaaritason sosiaalista tukea lainkaan, eikä heillä ole myöskään terti-  
aaritason sosiaalista tukea. Näillä asiakkailla ei näyttäisi olevan muuta sosiaa-  
lista tukea kuin yhteispäivystys. He ovat usein profiililtaan monisairaita, alko-  
holin suurkäyttäjiä, mielenterveysongelmaisia tai syöpäsairaita. Tutkimustulos-  
tamme tukee Kinnusen (1998, 93) väitöskirjatutkimuksen tulos, jossa kaikkien  
sosiaalista tukea tarjoavien tukijärjestelmien ulkopuolelle jäi joka kymmenes ja  
lähiyhteisöjen sosiaalisen tuen ulkopuolelle noin neljäsosa ihmisistä. Tukijär-  
jestelmien ulkopuolelle jäävistä henkilöistä osa koki, ettei tarvinnut mitään so-  
siaalista tukea ja osa oli tahtomattaan jäänyt kaiken sosiaalisen tuen ulkopuo-  
lelle ja osa sai sosiaalista tukea vain primaaritasolta. Merkittävää oli jo tuolloin  
se, että suurin osa sosiaalisen tuen ulkopuolelle jääneistä olivat jääneet taho-  
mattaan vaille tukea. Mielestämme tutkimustulos on hälyttävä! Sosiaalisen  
tuen ulkopuolelle jäävät asiakkaat tulisi tunnistaa ajoissa ja ohjata tai auttaa  
oikeanlaisen tuen piiriin.

Sosiaalisen tuen kirjaamisen niukkuuden ajattelimme terveydenhuollossa joh-  
tuvan alan kirjaamiskulttuurista, mikä keskittyy luonnollisesti somaattisten sai-  
rauksien oireiden kirjaamiseen. Sosiaalihuollon kirjaamisniukkuutta emme  
osaa selittää, sillä sosiaalisen verkoston merkitys on yksilön hyvinvoinnille  
merkittävä tekijä. Jo pelkkä verkoston olemassaolo tai tunne siitä, voi auttaa  
selviytymään omatoimisesti monenlaisista ongelmatilanteista (Kumpusalo  
1991, 17). Keskusteleminen suurkäyttäjäasiakkaiden kanssa heidän saamas-  
taan sosiaalisesta tuesta, kuten esimerkiksi läheisten ja käytössä olevien pal-  
veluiden kartoittaminen, ja sen kirjaaminen voisi helpottaa asiakkaan tilan-  
netta, hoitosuunnitelman laatimista ja moniammatillista yhteistyötä. Sosiaali-  
sen tuen havainnoinnin ja kirjaamisen määrää olisi mielestämme syytä lisätä  
sekä sosiaali- että terveydenhuollon kirjauksissa.

Tutkimuksessamme suurkäyttäjistä yli kolmanneksen parisuhdetilanne jäi epä-  
selväksi. Pohdimme, pitäisikö suurkäyttäjäasiakkaiden palveluissa kiinnittää  
huomiota läheisimmän ihmissuhteen olemassaoloon ja laatuun; onko läheisin  
puoliso vai joku muu, kuinka usein tämän henkilön kanssa ollaan yhteydessä,  
kuinka luja emotionaalinen side on vai perustuuko suhde johonkin muuhun?  
Erityisesti iäkkäämpien hoitokodeissa, palvelutaloissa yms. tahoilla asuvien  
kohdalla parisuhteen tilanne näytti melko usein olevan se, että aviopuolisoista

toinen asui puolisoiden yhteisessä kodissa toisen muutettua esimerkiksi laitoshoitopaikalle.

Noin kolmanneksella suurkäyttäjistä ei ollut terveydenhuollon palvelujen lisäksi käytössään mitään sosiaalista tukea välittävää palvelua. Vajaalla puolella oli sosiaalitoimen asiakkuus, mutta pelkän asiakkuuden perusteella sosiaalisen tuen vaikuttavuutta on vaikea arvioida. Käytetyin palvelu oli useimmiten vammaispalvelun kuljetuspalvelu, mikä ei automaattisesti lisää sosiaalista tukea, paitsi välillisesti tarjoamalla mahdollisuuden matkustaa sosiaalisen tuen äärelle. Vajaalla viidenneksellä asiakkaista oli käytössään jokin yksityisen palveluntuottajan tarjoama palvelu, yleisimmin siivous- tai lääkäripalvelu, näiden palvelujen tuottama sosiaalinen tuki voidaan arvioida melko vähäiseksi. Vajaa kymmenesosa kaikista suurkäyttäjistä ja suurin osa alle 65-vuotiaista moniprofiilisista asiakkaista sai vahvaksi sosiaalisesti tueksi arvioitavaa psykiatrista avohoitoa. Yli 65-vuotiaiden sosiaalinen tuki tuli kotihoidolta ja lyhytaikaishoitajakoilta, nämä sosiaalisen tuen muodot ovat hyvin luonnollisia ja tehokkaita tuen lähteitä ikääntyville.

Tutkimustuloksiin peilaten tunnistamme suurkäyttäjissä asiakkaita, joilla on käytössään massiiviset, ainakin teoreettisesti vahvaa sosiaalista tukea tarjoavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Toisessa äärilaidassa on asiakasryhmä, joilla ei ole sosiaalista tukea tarjoavia palveluita lainkaan tai niitä on todella vähän. Osa näistä asiakkaista saa tarvitsemansa tuen omalta lähiverkostoltaan, mutta suurkäyttäjryhmään jää vielä asiakkaita, joilla ei ole lainkaan tai juuri lainkaan sosiaalista verkostoa. Merkityksellistä olisi tunnistaa myös tämä sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluita käyttämättömien ryhmä, he saattaisivat olla autettavissa hyvinkin kevyin palveluin.

Asiakkaiden profiloiminen erilaisiin luokkiin sosiaalisten taustatekijöiden ja päivystyskäyttäytymisen pohjalta on haastavaa. Erityisen haastavaa on näiden asiakkaiden tunnistaminen ja auttaminen arkityössä. Voimme todeta, että asiakkaat tarvitsevat moniammatillista yksilöllistä, pitkäkestoista ja henkilökohtaista apua ja palvelua. Suurkäyttäjän auttaminen vaatii asiakkaan taustojen kartoittamista, elintapojen ymmärtämistä, asiakkaan äänen kuuntelemista, luottamuksellista ilmapiiriä ja pysyvää asiakassuhdetta.

Tutkimustuloksemme osoittavat, että terveydenhuollon suurkäyttäjät ovat hyvin heterogeeninen joukko, joka koostuu erilaisista yksilöistä. Sen myötä myös

suurkäyttäjien palvelutarpeet ovat hyvin yksilöllisiä. Siilomainen ja sektoroitunut palvelujärjestelmä ei palvele suurkäyttäjää, vaan heille paras palvelumuoto olisi yhden palvelupisteen periaatteella toimiva moniammatillinen yksilöllinen palveluohjaus, jossa lähtökohtaisesti huomioitaisiin suurkäyttäjää paitsi psyykkiseltä ja fyysiseltä terveydentilaltaan, myös sosiaalisen tuen ja sosiaalisen toimintakyvyn kannalta. Asiakas kohtaisi siellä saman työntekijän tai työntekijäparin, joka yhteistyössä moniammatillisen työryhmän ja asiakkaan itsensä kanssa arvioisi ja suunnittelisi tämän palveluiden tarpeen ja kartoittaisi sosiaalisen tuen. Suurkäyttäjien auttamiseen tarvitaan runsaasti aikaa ja erityisesti tehokasta, ennakkoluulotonta yhteistyötä yli sektorirajojen. Etenkin vanhuspalvelu- sekä mielenterveys- ja päihdeasiakkaat hyötyvät moniammatillisesta yhteistyöstä. Ja kaikki asiakkaat, joilla on palveluja yli neljästä palvelukategoriasta, hyötyisivät vastuutyöntekijän tuesta. (Wiens 2015, 11.)

Suurkäyttäjäasiakkaiden, erityisesti moniprofiilisten asiakkaiden, tilannetta tarkasteltaessa tulee pohdittavaksi; osaako henkilö, jolla on ”moniongelmaisuuksien kasaantumista”, hakea apua tai tukea, johon on oikeutettu? Saako hän oikeaa palvelua oikea-aikaisesti? Ja vaikka saisikin, onko apu ja tuki oikein kohdennettua? Sektoroitunut palvelujärjestelmä ja monitasoiset palvelut heikentävät alentuneen toimintakyvyn omaavan asiakkaan palvelujen saavuutta ja saavutettavuutta.

## 7.2 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet

Suurkäyttäjäasiakkaat ovat terveyden- ja sosiaalipalveluiden yhteisiä asiakkaita. Asiakkaiden tunnistamiseksi, auttamiseksi ja palveluiden yksinkertaistamiseksi on tehtävä valtakunnallisesti moniammatillista, saumatonta yhteistyötä yli sektori- ja hallintorajojen. Suurkäyttäjien tunnistamiseen olisi syytä kiinnittää huomiota kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa.

Suurkäyttäjäasiakkaat ovat hyvin monimuotoinen ja moniulotteinen asiakasryhmä. He käyttävät monien eri palvelukokonaisuuksien palveluita laajalti ja runsaastikin. Nykyinen sektoroitu sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä ei palvele paljon ja monenlaisia palveluja tarvitsevia suurkäyttäjäasiakkaita. (Leskelä ym. 2013; Oulun kaupunki 2013.) Kukaan ei ota vastuuta asiakkaan palvelukokonaisuudesta, eikä kenelläkään ole velvollisuutta puuttua asiakkaan

todelliseen ongelmaan, vaikka jokainen sen tunnistaa. Monesti suurkäyttäjän useiden käyntien syynä voi olla se, etteivät he ole saaneet tarkoituksenmukaista palvelua oikeaan aikaan. (Kanste, Holappa, Miettinen, Rissanen & Törmänen 2010, 53, 55). Heikoimmassa asemassa olevat ihmiset kärsivät eniten palvelujärjestelmän hajanaisuudesta (Huvinen, Joutsenlahti & Metteri 2015, 33). Suurkäyttäjäasiakkaiden tunnistamiseen tulee jatkossa suunnata resursseja monipuolisesti sekä moniammatillisesti. Suurkäyttäjien tunnistaminen terveydenhuollon päivystyksessä on haastava tehtävä ja tunnistaminen tulisi tehdä myös perusterveydenhuollossa. Tunnistamisessa saattaisi osin auttaa Jyväskylän (2005, 413) huomio: ”Mitä huolestuneempi potilas on oireistaan, sitä todennäköisemmin hän on suurkäyttäjä tai hänestä on sellainen tulossa.” Jyväskylä (2005, 413) toteaa myös, että suurkäyttäjäasiakkaan oireet voivat usein olla moninaisia, epämääräisiä ja jopa omituisia.

Emme valitettavasti, tutkimuksemme rajauksen vuoksi, päässeet tarkastelemaan tutkimuksessamme muodostuneita suurkäyttäjäprofiileita sekä niiden taustoja ja yhdenmukaisuuksia laajemmin profiileittain sekä ikä- ja sukupuoliain. Näemme aiheen kuitenkin olevan tärkeä jatkotutkimuksen aihe. Näkemys- ja kokemuksemme mukaan suurkäyttäjien tunnistaminen helpottuu profiiliryhmien erityispiirteisiin tarkemmin paneutumalla.

Tunnistustalkoisiin tarvitaan mukaan myös sosiaalipalvelujen, psykiatrisen avosairaanhoidon, erikoissairaanhoidon sekä perusterveydenhuollon ammattilaiset. Asiakkaiden tunnistaminen olisi hyvä tehdä peruspalveluissa. Suurkäyttäjäasiakkaan tunnistamisen jälkeen on tehtävä sektorirajat ylittävää tehokasta yhteistyötä, jossa asiakas toimii aktiivisena yksilönä palvelujen keskiössä ja osallistuu henkilöstön kanssa palvelujen suunnitteluun ja toteutukseen. Palvelujen käyttäjien ja asiakkaiden näkökulmat ja kokemukset tulisi enenevästi huomioida palvelujen kehittämisessä. Ihmisiä lähellä oleviin arjen peruspalveluihin investoiminen on tärkeää, sillä niiden rapautuminen lisää erityispalvelujen tarvetta ja eriarvoisuutta (Muuri & Manderbacka 2014, 220). Sekä asiakkaat että sosiaalityöntekijät pitävät onnistuneina palveluja, joissa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö työskentelee yhdessä vailla liian tiukkoja ja jäykkiä asiakkuuskriteereitä (Huvinen ym. 2015, 42).

Suurkäyttäjien tunnistamiseen olisi syytä kehittää hälytysjärjestelmä Terveys- (ja Sosiaali)Efficiaan, joka ohjaisi esimerkiksi asiakkaan viidennen päivystyskäynnin kohdalla ohjelman käyttäjää keskustelemaan alustavasti asiakkaan kanssa hänen elämäntilanteestaan (check-lista) ja ottamaan yhteyttä suurkäyttjäasiantuntijatiimiin. Tiimi ottaisi asiakkaan kokonaisvaltaiseen tilannekartoitukseen ja suunnittelisi asiakkaan, hänen sosiaalisen verkostonsa sekä moniammatillisen tiimin kanssa jatkotoimenpiteet ja seurannat. Mallin käyttöönotto on suositeltavaa niin yhteispäivystyksessä, erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa kuin sosiaalipalveluissakin.

Uutena suurkäyttäjille suunnattuna palveluna suosittelomme valtakunnallisesti otettavan käyttöön suurkäyttjäasiantuntijatiimin vastaanottopalvelut, jossa tehdään varsinainen suurkäyttjäasiakkaiden kokonaistilannekartoitus ja asiakkuussuunnitelma ja seurannat. Päivityvän asiakkuussuunnitelman olisi syytä näkyä kaikille asiakasta hoitaville sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöille ajantasaisena. Asiantuntijatiimissä työskentelevät suurkäyttjäasiakkaisiin perehtyneet asiakasvastaavasonomit (ylempi AMK) ja asiakasvastaavasairaanhoitajat yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa. Tiimi tekee yhteistyötä yli sektorirajojen tarvittavien yhteistyötahojen, kuten esim. TE-toimiston, työvoiman palvelukeskuksen, sosiaalitoimiston, A-klinikan, psykiatrian poliklinikan sekä yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Suurkäyttjätiimiin kuuluu asiakasvastaavien lisäksi ainakin psykiatrinen sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, fysioterapeutti ja asiaan perehtynyt lääkäri. Jyväskylän (2005, 420) on todennut jo vuonna 2005, että monisairaiden potilaiden hoito tulee keskittää yhdelle lääkärille ja hoidon jatkuvuus on ensiarvoisen tärkeää. Myös Leskelä ym. (2015, 3167) toteavat, että paljon palveluja käyttäville asiakkaille pysyvä hoitosuhde ja hoitavan henkilöstön yhteistyö yli organisaatorajojen on tärkeää. Tiimi tarvitsee myös tietotekniikkaan perehtyneen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen, joka tiimin kanssa yhteistyössä selvittää ja kehittää mahdollisuuksia hyödyntää digitaalista terveydenhuoltoa ja sosiaalista mediaa suurkäyttjäasiakkaiden tunnistamisessa ja palveluissa. Asiantuntijatiimi työskentelisi niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin, tehden tehokasta yhteistyötä sosiaalitoimen kanssa.

Tiedostamme, että nykyisessä tiukassa taloudellisessa tilanteessa kunnat eivät välttämättä ole valmiita palkkaamaan uusia työntekijöitä ja perustamaan uusia työskentelymalleja. Olemme kuitenkin vakuuttuneita, että palvelumallin

käyttöönotto vähentää suurkäyttäjäasiakkaiden turhaa ajalehtimistä sektoroituneen ja siilomaisen palvelukentän rajamailla. Oikeanlaiset ja oikea-aikaiset asiakkuudet vähentävät turhia palveluja ja asiakkaan turhaa harhailua palvelusta toiseen. Mallin käyttöönotto säästää asiakkaiden kärsimyksiä, asiantuntijoiden aikaa ja palveluntuottajien rahaa.

Suurkäyttäjien kanssa työskenneltäessä tulisi myös muistaa saattaen vaihtaminen eri organisaatioiden ja palveluiden välillä, sillä näin saadaan paremmat lähtökohdat auttaa myös seuraavassa asiakas–työntekijä-suhteessa. Suurkäyttäjien taustoissa on usein tekijöitä, joiden arvelemme vaikeuttavan luottamuksellisen suhteen rakentumista, kuten vastoinkäymiset tai useat palvelut, joista on haettu apua ilman kokemusta autetuksi tai kohdatuksi tulemisesta.

Mikäli suurkäyttäjäasiantuntijatiimiä ei ole mahdollista perustaa, on otettava käyttöön varasuunnitelma. Tässä tilanteessa käytännössä nopeimmin toteutettavimpana ja yksinkertaisimpana kehittämistoimena näkisimme kriisin tai vaikean elämänmuutoksen kokeneiden suurkäyttäjäasiakkaiden ohjaamisen päivityksestä suoraan sosiaali- ja kriisipäivityksen ajantasaiseen ja nopeaan kokonaistilannekartoitukseen. Nopean tilannekartoituksen jälkeen Sokri ohjaisi asiakkaat oikeisiin palveluihin. Sairaalaan osastohoitoon siirtyvien suurkäyttäjäasiakkaiden tulisi osaston sairaanhoitajan välittämänä ohjautua keskusteluihin sairaalan sosiaalityöntekijän kanssa. Sosiaalityöntekijän tekemän tilannekartoituksen jälkeen asiakas ohjautuisi kohdennettuihin palveluihin.

Työntekijöiden pysyvyyteen suurkäyttäjien kanssa tehtävässä työssä tulisi kiinnittää huomiota (esim. asiakasvastaavasiointi ja sairaanhoitaja -työparit suurkäyttäjille perusterveydenhuollossa ja yhteispäivityksessä), sillä pitkäkestoinen ja luottamuksellinen suhde työntekijään antaa parhaat tulokset, kuten tutkimuksinkin on osoitettu (Ks. esim. Honkanen 2008). Jotta luottamuksellisuus asiakassuhteessa voidaan saavuttaa, tulee sekä asiakkaan että työntekijän kokea suhteen vastavuoroisuus ja hyöty suhteesta olemisesta (Heino, Törrönen & Veistilä 2013, 23–24). Luottamuksellisuus suhteessa lisää myös asiakkaan osallistumista sekä edistää tuen tarpeen tunnistamista ja siihen vastaamista. (Lynn-McHale & Deatrick 2000; Heimo 2002; Häggman-Laitila 2002; Sirviö 2006; Honkanen 2008.)



Suurkäyttjäasiakkaat ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, jotka työssään kohtaavat paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttäviä asiakkaita, tulisi ottaa mukaan kehittämään asiakasvastaava-palvelumallia. Erilaisissa työpajoissa tai erilaisin työmenetelmin olisi mahdollista kehittää tehokas ja yksilöllisesti suurkäyttjäasiakkaita huomioiva asiakasvastaava-palvelumalli.

Useissa aikaisemmissa tutkimuksissa (Leskelä ym. 2013; Oulun kaupunki 2013; Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011) on asiakasvastaava-palvelumallia suositeltu paljon palveluja käyttävien tai kalliiden asiakkaiden palvelumalliksi. Asiakkaiden palvelukokonaisuuden johtoon suositellaan yhtä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukentätuntevaa vastuutahoa. Vastuutaho suunnittelisi asiakkaan kanssa yhteistyössä hänelle sopivan palvelukokonaisuuden ja tiimillä olisi käytössään koko palvelujärjestelmätason asiakastiedot ja hälytysjärjestelmät (Oulun kaupunki 2013).

Jatkotutkimushaasteena näkisimme tarpeelliseksi sosiaali- ja terveydenhuollon kirjaamiskäytäntöjen tutkimisen, analysoimisen sekä kirjaamiskäytäntöjen yhtenäisyyden kehittämisen. Lukemiemme kirjausten perusteella niin sosiaali- kuin terveydenhuollossa kirjaamiskäytännöt ovat hyvin erilaisia ja se, mitä kirjataan, riippuu paljolti kirjaajasta. Tutkimuksen aikana pohdimme, menettääkö niukoilla kirjauksilla merkittävää tietoa asiakkaasta. Toisaalta kiire ja tehokkuus varmasti ohjaavat kirjaamaan vain välttämättömimmän, mutta asiakkaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ja terveyden kannalta tarpeellista tietoa saataisiin käyttöön, jos kirjaamiskäytännöt ainakin organisaatioiden sisällä, ellei peräti yli toimialarajojen, olisivat yhtenäisemmät. Tutkimustuloksemme olisivat olleet aivan toisenlaiset ja niukemmat, jollemme olisi saaneet lukea molempien organisaatioiden kirjauksia. Erityisesti vaikeasti autettavien ja paljon palveluita käyttävien asiakkaiden (kuten suurkäyttäjien) kohdalla ammattilaisen mahdollisuus muodostaa asiakkaasta kokonaisvaltainen kuva myös kirjausten perusteella, on tärkeää ja lisää mahdollisuutta saavuttaa auttamisella ja hoidolla hyviä tuloksia. Asiakasta koskevien tietojen pitäisi olla vapaammin käytettävissä yli sektorirajojen, mikäli asiakas antaa siihen luvan.

Pyrkimyksenämme on koko opinnäytetyötutkimusprosessin ja etenkin analyysin kaikissa vaiheissa ollut tutkittavien ymmärtäminen heidän omasta näkökulmastaan. Olemme onnistuneet pyrkimyksissämme vain osittain, sillä emme

päässeet tapaamaan asiakkaita tai kysymään heidän omia näkemyksiään tai tulkintojaan tutkimistamme asioista. Jatkotutkimusaiheena esitämme haastattelututkimusta, jossa suurkäyttjäasiakkailta selvitetään kokemuksia ja näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista ja niiden kehittämisestä sekä siitä, kuinka suurkäyttäjät kokevat saavansa sosiaalista tukea tertiäritasolla ja vaikuttavatko primaari- ja sekundaaritaso heidän avuntarpeeseensa yhteiskunnallisissa palveluissa. Asiakkaat ovat oman elämänsä asiantuntijoita ja heillä on laaja kokemus sosiaali- ja terveydenhuollon nykypalvelujen toimivuudesta. Suurkäyttäjien haastattelujen ohella olisi syytä haastatella myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia, jotka kohtaavat työssään suurkäyttäjää.

Kuten olemme todenneet, on sosiaalista tukea sen eri tasoilla kirjattu hyvin niukasti. Myönteistä ja kielteistä kuvausta lähiverkostoista oli yhtä paljon. Useimpien suurkäyttjäasiakkaiden kirjauksista löytyy kyllä mainintoja lähiverkostoista, mutta niistä ei juurikaan ole pääteltävissä mitään sosiaalisen tuen määrästä, tasosta tai vaikuttavuudesta. Sosiaalinen tuki ja kokemus siitä, ovat niin yksilöllinen asia, että tätä seikkaa olisi syytä selvittää suurkäyttäjiltä itseltään jatkotutkimuksella esimerkiksi haastatteleamalla heitä. Asia on tärkeä, sillä terveydenhuollon suurkäyttjäasiakkaalle on tärkeää järjestää laadukasta sosiaalista tukea. Sosiaalinen tuki parantaa asiakkaan hoitomyönteisyyttä, hoitoon osallistumista, edistää kuntoutumista sekä lisää omatoimisuutta, tuen suurta taloudellista ja sosiaalista merkitystä unohtamatta (Kumpusalo 1991, 20).

Tutkimustuloksemme voivat auttaa Kymenlaakson ja etenkin Kouvolan alueen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittämistä SOTE-uudistuksen ja Rattamo-hankkeen toteutusten lähestyessä. Kouvolan alueen HYKS-ERVA -rahoitteisen yhteispäivystyksen ja terveystasemien suurkäyttjäanalyysi -tutkimuksen tavoitteena on yhteispäivystyksen suurkäyttäjien profiilien vertaaminen terveystasemilla toistuvasti asioiviin. Profiloinnin pohjalta on Kouvolassa tarkoitus suunnitella ja toteuttaa sosiaalityön, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatioon perustuvia ennaltaehkäiseviä ja korjaavia toimintamalleja. Tutkimuksemme toimii hankkeen perustutkimuksena. Tutkimustulostemme pohjalta yhteispäivystyksen suurkäyttäjien profiileita on helppo verrata terveystasemien suurkäyttjäasiakkaisiin. Tutkimukseemme valikoituneiden asiakkaiden perusterveydenhuollon palvelujen käyttöä on vaivatonta

tutkia tämän tutkimusaineiston pohjalta, sillä olemme laskeneet asiakkaiden käyntimäärät ja syöttäneet ne SPSS-ohjelmaan.

### 7.3 Yleistä pohdintaa tutkimuksen tekemisestä

Olemme mielestämme onnistuneet saamaan pääasiassa kattavat vastaukset tutkimusongelmiimme. Osittain kattavuutta heikentävät asiakaskirjausten niukuus, asiakkaan äänen puuttuminen ja pohdintavaiheen ajankäytön rajallisuus. Tiedostamme myös, että olisimme voineet pureutua tutkimusongelmaan ja tutkimuskysymyksiimme monilla muillakin menetelmillä sekä käsitellä ja analysoida aineistoa muilla tavoin.

Työmme valtakunnallinen ajankohtaisuus lopulta yllätti meidät, vaikka tiesimme sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittämisen ja suurkäyttäjien tunnistamisen olevan aiheena alueellisesti ajankohtainen, merkittävä ja tärkeä. Tutkimusten edetessä havaitsimme, että tutkimuksemme on myös kansainvälisesti huomionarvoinen. Tulosten peilaaminen kansainvälisesti on vaikeaa, sillä suomalaista yhteispäivystystä vastaavaa järjestelmää ei tietomme mukaan muualla ole. Tutkimuksen ajankohtaisuudesta antaa viitteitä myös se, että opinnäytetyömme tutkimus- ja analyysiosioiden edetessä, keväällä 2015 ja syksyllä 2015, on Oulun ammattikorkeakoulussa tehty kaksi hiukan omaa opinnäytetyötämme vastaavaa ylemmän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opinnäytetyötä.

Tutkimuksemme ajankohtaisuudesta viestii myös se, että sosiaali- ja terveysministeriö on vuonna 2011 laatinut Asiakasvastaava-koulutuksen yhtenäiset perusteet -toimenpideohjelman, jonka tavoitteeksi on asetettu eniten hoitoa tarvitsevien ihmisten aktiiviseen tunnistamiseen, ohjaamiseen ja vahvistamiseen sekä kokonaisvaltaisen ja suunnitelmallisen hoidon järjestämiseen tähtäävän terveyshyötymallin käyttöönotto Suomessa (STM 2011, 3). Toimenpideohjelman välineeksi Metropolia Ammattikorkeakoulussa on vuonna 2015 aloitettu 30 opintopisteen laajuinen Asiakasvastaava-koulutus. Koulutuksen tarkoituksena on kehittää paljon palveluja käyttävien sekä pitkäaikais- ja monisairaiden asiakkaiden palveluja perusterveydenhuollon palveluprosessien uudistamisella ja asiakasvastaavatoiminnalla. (Metropolia 2016.)

Meillä oli ainutlaatuinen tilaisuus päästä lukemaan asiakastietoja sekä sosiaali- että terveydenhuollon asiakaskirjauksista. Voimme todeta, että molempiin tietokantoihin pääseminen vähentäisi merkittävästi sosiaali- ja terveydenhuollon päällekkäistä työtä, säästäisi työntekijöiden aikaa, parantaisi työn laatua ja vähentäisi asiakkaan kierrättämistä työntekijältä tai palvelusta toiselle. Asiakkaan tilanteen ja palvelupolun kokonaisuus hahmottuu huomattavasti selkeämmäksi molempiin asiakaskirjauksiin tutustumalla. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön näkemykset ja tieto yhdistyvät kokonaisuudeksi, josta hyötyvät sekä asiakas, henkilöstö että yhteiskunta. Tietojen liikkuvuutta heikentävät nykyinen tietosuoja ja lain asettamat rajoitukset. Asiantuntijat toimivat jatkuvasti vajaan tiedon varassa, mikä ei luonnollisesti ole asiakkaan etu. Työn kirjaaminen vaikuttaa asiantuntijan työhön ja työskentelyyn, mutta ennen kaikkea asiakirjat vaikuttavat asiakkaiden elämään (Kääriäinen 2016, 189). Asiakkaalla on aina halutessaan oikeus ja mahdollisuus nähdä asiakirjamerkinnot, pyytää niihin korjausta ja kieltää työntekijöiltä pääsy asiakastietoihinsa.

Sosiaali- ja terveysalojen ja yksityissektorin kirjaamiskulttuureiden ja ohjelmistojen yhdistämisen tarve nousee tutkimuksemme myötä kehittämiskohteeksi. Toivomme, että uusi Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista (245/2015), korjaa hiukan havaitsemaamme kirjaamisen epätasaisuutta. Lain tarkoituksena on yhtenäistää sosiaalihuollon asiakasasiakirjoja ja niiden laatimista sekä edistää asiakastietojen sähköistä käsittelyä.

Yhteiskunta tarjoaa monenlaisia palveluita, joilla yleisesti ajatellaan saatavan helpotusta yhteiskunnan jäsenten erilaisiin ongelmiin, haasteisiin ja niiden poistamiseen. Palvelut ovat myös suurkäyttäjien käytettävissä. Palveluverkostossa seikkaileminen voi kuitenkin olla heille haastava tehtävä. Heidän tilanteensa ovat moninaisia ja toisinaan heille on kasaantunut huono-osaisuutta, jolloin he saattavat tarvita useita eri palveluita sektoroituneesta palvelujärjestelmästä. Palvelujärjestelmän runsaudesta huolimatta kaikkia ei saada autetuksi tai kaikki eivät koe tulevansa autetuksi ja toisaalta on esimerkiksi suurikäyttäjien asiakasryhmä, joka hakeutuu eri palveluiden piiriin kerta toisensa jälkeen. Olisikin siis syytä pysähtyä pohtimaan, ovatko palvelut helposti saatavilla, tarjotaanko palveluita oikea-aikaisesti, ovatko palvelut oikeanlaisia, jotta asiakas hyötyisi niistä ja toisaalta myös, onko palvelu kyllin tiheää ja onko pal-

velussa jatkuvuus. Esimerkiksi erilaiset työntekijävaihdokset voivat rikkoa palvelukokonaisuutta, mikä voi olla haasteellista erityisesti paljon palveluita käyttävälle, sillä hän kohtaa muutoinkin palveluverkostoissaan lukuisia eri ihmisiä. Luottamuksellisen suhteen syntyminen on edellytys auttamiselle ja autetuksi tulemiselle eli oikeanlaiselle sosiaaliselle tuelle.

Varsinaisesti tutkimuksemme alkoi tiedonkeruulomakkeen tekemisellä. Muodostimme suurimman osan lomakkeen kysymyksistä itse työelämäohjaajan kanssa neuvotellen. Lomakkeen luonnosteluvaiheessa teorian tehokkaampi käyttäminen olisi ollut hyödyllistä kysymysten muodostamisessa sekä etenkin niiden rajaamisessa. Meidän olisi ollut hyvä tutustua tarkemmin aikaisempien tutkimusten kyselylomakkeisiin, jotta olisimme mahdollisesti saaneet käyttöömmä valmiita, jo testattuja kysymyksiä. Olisimme voineet hankkia kysymyksiä myös kansallisista huolellisesti valmistelluista tutkimuslomakkeista, jolloin tulostemme vertaileminen jopa kansainvälisesti olisi helpottunut. Toisaalta lomakkeemme kysymykset ovat nyt täsmällisiä ja niistä saatu tieto palvelee juuri tätä tutkimusta.

Perehdyimme opinnäytetyöprosessin alkuvaiheissa aikaisempiin tutkimuksiin sekä erilaisiin teorioihin. Aikaisempia tutkimuksia oli aluksi vaikea löytää, sillä opinnäytetyötämme vastaavaa tutkimusta ei ole aikaisemmin tehty. Tutkimuksen edetessä huomasimme, että vaikka olimme mielestämme tutustuneet monipuolisesti kirjallisuuteen, olisimme voineet tehdä sen vielä laajemmin ja tarkemmin. Näin opinnäytetyömme loppumetreillä voimme todeta, että kirjallisuuden lukemisesta on hyötyä tutkimuksen alkuvaiheesta aina sen loppuun saakka, etenkin jos osaa koota lähdetiedot järjestelmällisesti niin, että ne ovat koko prosessin ajan helposti hallittavissa.

Tutkimuksen käytännön toteutukseen olemme todella tyytyväisiä. Asiakaskirjausten lukeminen ja tiedon siirtäminen tiedonkeruulomakkeelle sujui hyvin, vaikkakin tähän kului paljon aikaa kirjausten suuren määrän vuoksi. Ongelmia ja hidastuksia kohtasimme tekniikassa, ohjelmistopäivityksissä sekä työhuone- ja tietoteknisissä asioissa. Kaikista haasteista selvisimme kuitenkin oman nokkeluutemme ja ahkeruutemme ansiosta. Työn tulosten koodaaminen, analysoiminen ja kirjoittaminen sujuivat myös hyvin. Johtopäätösten ja

pohdinnan tekemiseen meille jäi työn aikataulun viivästymisen vuoksi mielestämme liian vähän aikaa. Tämänlaajuisen työn tuloksia ei voi hallita hetkessä, vaan asioita täytyy tarkastella useampia kertoja eri näkökulmista eri teorioiden ja aiempien tutkimusten kanssa rinnakkain tutkien ja analysoiden, ennen kuin niitä voi täysin aukikirjoittaa, peilata suhteessa aiempaan tietoon ja muodostaa johtopäätöksiä.

Tutkimuksemme asettuu sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnalle. Tutkimuksen edetessä olemme ajoittain olleet ikään kuin puun ja kuoren välissä. Olemme konkreettisesti huomanneet sosiaali- ja terveydenhuollon toisistaan poikkeavat odotukset ja näkökulmat. Olemme joutuneet tekemään työn eri vaiheissa valintoja ja päätöksiä ajoittain jommankumman tieteen suuntaan kallistuen. Valintojamme on ohjannut sosiaalisen tuen asiakaslähtöinen asiakasta ymmärtävä näkökulma, olemme edenneet suurkäyttäjiä ymmärtäen sekä sosiaali- että terveydenhuollon linjauksia kunnioittaen.

Olemme pohtineet, voiko suurkäyttäjäasiakas hakea tietoisesti sosiaalista tukea yhteispäivystyksestä. Sosiaalinen tukihan on yksi terveystalouden käytöön vaikuttava tekijä iän, sukupuolen, siviilisäädyn, perheen, sairauden, oireiden, uskomusten ja terveyden menettämisen uhan ohella (ks. Jyväskylä 2005, 410). Ajatusta tukee tutkimustuloksistamme löytyvä pieni ryhmä yksinäisistä ja turvattomista yli 65-vuotiaista moniprofiilisista asiakkaista ja merkittävä masentuneiden ryhmä. Sekä havainto, että päivystys on ainoa terveydenhuoltoa tarjoava palvelu, joka on auki yötä päivää. Kaikilla ihmisillä on pääsy päivystykseen ympärivuorokautisesti ja päivystyksessä tapaa aina ihmisen, joka on kiinnostunut asiakkaasta ja on paikalla asiakasta varten. Lisäksi somaattiseen vaivaan on havaintojemme mukaan helpompi hakea apua kuin psyykkiseen vaivaan ja toisaalta mikään järjestelmä ei tarjoa suoraan nopeaa apua yksinäisyyteen, turvattomuuteen tai tarpeeseen tulla kohdatuksi.

Suurkäyttäjien saamaan palveluun ja sen laatuun saattaa vaikuttaa vastaanottajan asenne. Mikäli asiakas kohdataan ongelmana, ollaan jo helposti puolivälissä epäonnistumista. Lääkäri saattaa turhautua, kun asiakas ei ota parantukseen. Suomalaiset lääkärit saattavat asenteellisesti puhua jokapaikan kiipeistä, turhan valittajista tai jopa neurootikoista. (Jyväskylä 2005, 410.) Hood

ja Farmerin (1974, 20) tutkimuksen mukaan hoitavan lääkärin asenne vaikuttaa siihen, käsitelläänkö hoidon aikana sosiaalipsykologisia asioita vai keskitytäänkö vain fyysisiin oireisiin.

Tutkimuksemme tulokset osoittavat useassa kohtaa miesten ja naisten erilaisuuden terveys- ja sosiaalipalvelujen kentällä. Olemmekin miettineet, millä tavalla miesten ja naisten erilaiset palvelutarpeet tulisi huomioida, miten niihin tulisi ammatillisesti suhtautua ja vastata? Miesten ja naisten erilainen terveyskäyttäytyminen ja erilaiset tarpeet olisi hyvä ottaa kohdistetummin huomioon myös alan tutkimuksissa.

Pääasiassa olemme tyytyväisiä opinnäytetyön tarjoamaan ammatillisen kehittymisen matkaan. Olemme oppineet paljon esimerkiksi itsestämme, toisistamme, ammatillisuudestamme, tutkimuksellisuudesta, sosiaali- ja terveydenhuollon kirjaamisesta, asiakkaan palvelupoluista, suurkäyttäjäyydestä ja tutkimuksen tekemisestä. Ainoa asia jonka varmasti muuttaisimme, on työn rajaaminen sen useassakin vaiheessa. Jälkikäteen voimme todeta, että olemme olleet jopa liian kiinnostuneita ja omistautuneita työllemme, sen tuloksille ja hyödynnettävyydelle.

Työmme päätteeksi pohdimme, olemmeko olleet tarpeeksi kriittisiä aineistomme kohtaan. Olemmeko kyseenalaistaneet kaiken tarpeellisen? Tiedostamme, että tutkimuksemme on yhdenlainen versio tutkittavasta aiheesta, eikä se tarjoa täysin objektiivista, absoluuttista tietoa. Tutkimuksemme on sidoksissa tähän aikakauteen, paikkaan ja tutkimuksen tekijöihin yksilöinä. Olemme tehneet parhaamme näissä olosuhteissa ja puitteissa tämänhetkisillä tiedoillamme, taidoillamme ja avuillamme. Joitain asioita voisimme tehdä toisin nyt, kun olemme kokeneempia. Esimerkiksi sosiaalista toimintakykyä olisimme voineet kenties tarkastella strukturoidummin poimimalla sosiaalisen toimintakyvyn mittaristoista osa-alueita tiedonkeruulomakkeellemme. Tiedonkeruulomakkeen kysymyksiä olisimme voineet rajata napakammin, jolloin olisimme säästäneet valtavasti aikaa. Toisaalta nyt meillä on laaja ja kattava aineisto, jonka pohjalta monenlaiset tutkimukset ovat jatkossa mahdollisia.

Tämän suurkäyttäjätutkimuksen tehtyämme meidän on helppo yhtyä seuraavaan:

*”On paljon merkitsevämpää tuntea mahdollisimman tarkkaan se*

*ihminen, jolla on sairaus, kuin sairaus, joka on ihmisellä.”*  
*(Gotthard Booth)*



## LÄHTEET

- Antonucci, T. 1990. Social supports and social relationships. Teoksessa Handbook of aging and the social sciences, toim. Binstock, R. & George, L., 205–226.
- Antonucci, T. 2001. Social relations. Handbook of the Psychology of Aging, toim. Birren, J. & Schaie, K., 427–453.
- Avlund, K., Lund, R., Holstein, B., Due, P., Sakari-Rantala, R. & Heikkinen, R-L. 2004. The impact of structural and functional characteristics of social relations as determinants of functional decline. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 59, 44–51.
- Barnes, J. 1972. *Social Networks*, Reading, MA: Addison-Wesley.
- Berkman, L. F., Blumenthal, J. & Burg, M. 2003. Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the enhancing recovery in coronary heart disease patients (ENRICHED) randomized trial. *JAMA* 2003; 289: 3106–16.
- Berkman, L. F. & Syme, S. L. 1979. Social relationships and health. *Adv Mind Body Med*. 2001 Winter; 17(1):5-7.
- Blazer, D. G. 1982. Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology*, 115, 684–694.
- Booth, G. 1967. *Religion and Medicine*. Iowa: University Press, 100.
- Bowling, A. 1997. *Measuring Health; a Review of Quality of Life Measurement Scales*. Kluwer Academic Publish.
- Bowling, A. 1994. Social networks and social support among older people and implications for emotional well-being and psychiatric morbidity. *International Review of psychiatry*, 6(1), 41–58.
- Campbell, S. M. & Roland, M. O. 1996. Why do people consult the doctor? *Family Practice* 1996. Vol 13 No 1. 75–83.
- Carr-Hill, R. A., Rice, N. & Roland, M. 1996. Socioeconomic determinants of rates of consultation in general practice based on fourth national morbidity survey of general practices. *The BMJ* 312/1996. 1008–1012.
- Cassel, J. 1976. The contribution of the Social Environment to Host Resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107–123.
- Cohen, S. & Syme, S. L. 1985. *Social support and health*. Orlando, Fla. Academic Press.
- Colvin, M., Cullen, F. T. & Vander Ven, T. 2002. Coercion, Social Support and Crime: An Emerging Theoretical Consensus. *Criminology* 40 (1), 19–42.
- Ellis, B., Bernichon, T., Yu, P., Roberts, T. & Herrell, J. M. 2004. Effect of social support on substance abuse relapse in a residential treatment setting for women. *Evaluation and Program Planning* 27, 213–221.

- Fratiglioni, L., Wang, H.-X., Ericsson, K., Maytan, M. & Windblad, B. 2000. Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *The Lancet*, Vol 355, 1315–1319.
- Gilhood, M. 2007. Ethical issues in researching later life. Teoksessa *Researching ageing and later life*, toim. Jamieson, A. & Victor, C.
- Glass, T. A., Mendes de Leon, C. F. & Bassuk, S. S. 2006. Social engagement and depressive symptoms in late life: longitudinal findings. *Journal of Aging and Health* 18(4), 604–628.
- Glass, T. A., Mendes de Leon, C., Marottoli, R. A. & Berkman, L.F. 1999. Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *British Medical journal* 319, 478-483.
- Glei, D., Landau, D., Goldman, N., Chuang, Y., Rodriques, G. & Weinstein, M. 2005. Participating in social activities helps preserve cognitive function: an analysis of a longitudinal, population-based study of the elderly. *International Journal of Epidemiology* 34, 864–871.
- Gottlieb, B. & Bergen, A. E. 2009. Social Support Concepts and Measures. *Journal of Psychosomatic Research* 69, 511–520.
- Haapasalo, J. 2008. *Kriminaalpsykologia*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Haarni, I. 2015. Eläkeikäisten naisten pohdintoja mielen hyvinvoinnista yhteiskehittämisen kontekstissa. *Gerontologia-lehti* 2/2015, 94–101.
- Hakala, J. T. 2015. Toimivan tutkimusmenetelmän löytäminen. Teoksessa *Ikkuunoita tutkimusmetodeihin I*, toim. Valli, R. & Aaltola, J. 4. (uudistettu ja täydennetty) painos. Juva: PS-kustannus, 14–27.
- Hannay, D. R. 1980. The 'iceberg' of illness and 'trivial' consultations. *The Journal of the Royal College of General Practice*. 30/1980, 551–554.
- Hannikainen-Ingman, K., Muikkila, S., & Vaarama, M. 2014. Suomalaisten elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa *Suomalaisten hyvinvointi 2014*, toim. Vaarama M, Karvonen S, Kestilä L, Moisio P. & Muuri, A. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*, 20–39.
- Hannus, A., Kurkela, T. & Palokangas, M. 2015. Multinum, non multa. Paljon Oulun seudun yhteispäivystyksessä asioivien profiloointia sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaiskäytön kustannukset. *Opinnäytetyö*. Oulun ammattikorkeakoulu. Ylempi ammattikorkeakoulu.
- Heikkilä, T. 2014. *Tilastollinen tutkimus*. 9., uudistettu painos. Edita Publishing Oy.
- Heikkinen, R-L. & Tiikkainen, P. 2011. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen väestötutkimuksissa. Toimia. Saatavissa: [http://www.Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S008\\_suositus\\_sosiaalinen\\_vt\\_110126.pdf](http://www.Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S008_suositus_sosiaalinen_vt_110126.pdf) [viitattu 29.4.2016].
- Heimo, E. 2002. Erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen ja psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa. Akateeminen väitöskirja. *Hoitotieteen laitos*, Turun yliopisto.

Heino, E. & Kärmeniemi, N. 2013. Kulttuuritulkki lastensuojelun työntekijöiden ja venäläistaustaisten perheiden tukena. Teoksessa Vastavuoroiset ja voimaantumista tukevat käytännöt perhetyön kehittämisessä, toim. Heino, E., Hännikäinen, P., Kärmeniemi, N., Vauhkonen, T. & Veistilä, M. Saatavissa: [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/42547/Empowerment\\_netiversio.pdf?sequence=1](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/42547/Empowerment_netiversio.pdf?sequence=1) [viitattu 29.4.2016].

Heino, E., Törrönen, M. & Veistilä, M. 2013. Vastavuoroisuuteen perustuva voimaantumisen tukeminen sosiaalialan hyvänä käytäntönä. Teoksessa Vastavuoroiset ja voimaantumista tukevat käytännöt perhetyön kehittämisessä, toim. Heino, E., Hännikäinen, P., Kärmeniemi, N., Vauhkonen, T. & Veistilä, M. Saatavissa: [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/42547/Empowerment\\_netiversio.pdf?sequence=1](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/42547/Empowerment_netiversio.pdf?sequence=1) [viitattu 29.4.2016].

Heino, E. & Veistilä, M. 2014. Integration, recognition and security. Discourses on social support by families with a Russian background living in Finland.

Helldán, A & Helakorpi S. 2015. Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2014. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 6/2015.

Helsingin yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueen tutkimusmäärärahahakemus 2014. Vuoden 2015 yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoituksen haku. Kouvola kaupungin hyvinvointipalvelut..

Henkilötietolaki 22.4.1999/523.

Hiilamo, H. 2006. Tutkimustulosten manipulatiivinen käyttö väestö- ja yksinhuoltajakeskustelussa. Teoksessa Etiikkaa ihmistieteille, toim. Hallamaa, J. & Launis, V. & Lötjönen, S. & Sorvali, I. Tietolipas 211, 318–333. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.

Hiilamo, H. & Tuulio-Henriksson, A. 2012. Terapiaa, lääkkeitä ja toisia ihmisiä. Sosiaalisen tuen merkitys masennuksesta toipumisessa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2012:49:209–219.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2015. Tutki ja kirjoita. 20. painos. Helsinki: Tammi.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2008. Tilastolliset menetelmät. 5–6. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Honkanen, H. 2008. Perheen riskiolot neuvolatyön kontekstissa. Näkökulmana mielenterveyden edistäminen. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Hood, J. E. & Farmer, R. D. T. 1974. A comparative study of frequent and infrequent attenders at a general practice. Int. J. Nurs. Stud. 11: 147–153.

Howland, M. & Simpson, J. A. 2010. Getting in Under the Radar: A Dyadic View of Invisible Support. Psychological Science, December vol 21. no 12.

Huovinen, K., Joutsenlahti, R. & Metteri, A. 2015. Kokonaisen asiakkaan kohtaaminen ja pirstaleinen järjestelmä – aikuissosiaalityön asiakkaat terveystalveluissa. Teoksessa Terveys ja sosiaalityö, toim. Metteri, A., Valokivi, H. & Ylinen, S., 32–43. PS-kustannus.

Häggman-Laitila, A. 2002. Varhainen tuki perheen terveyden edistämässä – analyysi perhetyön vaikuttavuudesta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 39(3), 192–207.

Israel, B. 1982. Social networks and health status: linking theory, research and practice. *Patient Cound and Healt Educ* 1982:4. 65–79.

Jylhä, M. & Aro, S. 1989. Social ties and survival among the elderly in Tampere, Finland. *Int J Epidemiol* 18. 158–164.

Jyrkämä, J. 2008. Vanheneva yksilö, toimijuus ja toimintatilanteet. Teoksessa *Gerontologia*, toim. Heikkinen, E. & Rantanen, T. 2. uudistettu painos, s. 273–278. Helsinki: Duodecim.

Jyväsjärvi, S. 2001. Frequent attends in primary health care. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Jyväsjärvi, S. 2005. Terveyspalveluita usein käyttävät ja monisairaat potilaat. Teoksessa *Yleislääketiede*, toim. Kumpusalo, E., Ahto M., Eskola K., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Kosunen E., Kunnamo I. & Lohi J., 410–421. Duodecim.

Jämsen, E., Kerminen, H., Strandberg, T. & Valvanne, J. 2016. Kun tauti paranee, mutta potilas ei – Sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen. *Suomen Lääkärilehti* 14 - 15/2016 VSK 70, 977–983.

Kaattari, A., Tiirinki, H., Turkki, L., Nordström, T. & Taanila, A. Perusterveydenhuollon palveluiden suurkäyttäjät Pohjois-Suomen syntymäkohorttiaineistossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2015, 52:191–201.

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2011. Kvantti: Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kanste, O., Holappa, M., Miettinen, K., Rissanen, A. & Törmänen L. 2010. Monisairaille oma palveluohjaaja terveysasemalta – kohti hyvää elämää. Teoksessa *Uusi terveydenhuolto*, toim. Muurinen, S., Nenonen, M., Wilskman, K. & Agge E., 51–62.

Kapiainen, S., Seppälä, T., Häkkinen, U., Lauharanta, J., Roine, R. & Korppi-Tommola, M. 2010. Pääkaupunkiseudun erittäin kalliit potilaat. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. Avauksia 3/10.

Kinnunen, P. 1998. Hyvinvoinnin ruletti. Väitöskirja. Lapin yliopisto.

Kivelä, K. 2014. Kuvaus paljon terveyspalveluita käyttävien ikäihmisten terveyspalveluiden käytöstä. Oulun kaupunki.

Koskela, T-H. 2008. Terveyspalveluiden pitkäaikaisen suurkäyttäjän ennustekijät. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Koskinen, S., Uutela, A. & Mäntyranta, T. 2004. Paikallisen väestön terveyden, kokemusten ja toiveiden kartoittaminen. Teoksessa *Terveyspalveluiden suunnittelu*, toim. Mäntyranta, T., Elonheimo, O., Mattila, J. & Viitala, J., 176–185.

Kouvolan kaupunki. 2015. Päivystys. Saatavissa: <http://www.kouvola.fi/index/sosiaali-jaterveyspalvelut/pohjois-kymensairaala/paivystys.html> [viitattu 16.8.2015].

Kouvolan kaupunki. 2016. Ratamo 1. Saatavissa: <http://www.kouvola.fi/index/kaupunkijahallinto/kehityshankkeet/ratamo1.html> [viitattu 30.3.2016].

Kukkurainen, M. L. 2006. Fibromyalgiaa sairastavien koherenssintunne, sosiaalinen tuki ja elämänlaatu. University of Oulu. Saatavissa: [urn.fi/urn:isbn:9514282663](http://urn.fi/urn:isbn:9514282663) [viitattu 25.1.2015].

Kumpusalo, E. 1991. Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 8/1991.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino.

KvantiMOTV 2010. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Päivitetty 26.8.2010. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html> [viitattu 1.2.2016].

Käypä hoito. 2015. Alkoholiongelmaisen hoito. Saatavissa: <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50028#NaN> [viitattu 16.5.2016].

Kääriäinen, A. 2016. Sosiaalityön dokumentointi: suhde tietoon ja toimintaan. Teoksessa Vastavuoroinen sosiaalityö, toim. Törrönen, M, Hänninen, K, Jouttimäki P, Lehto-Lundén, T, Salovaara, P & Veistilä, M., 189–200. Gaudeamus.

Laitinen, M. & Kemppainen, T. 2010. Asiakkaan arvokas kohtaaminen. Teoksessa Asiakkuus sosiaalityössä, toim. Laitinen, M. & Pohjola, A., 138–180. Gaudeamus.

Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista 20.3.2015/254.

Lampinen, P. 2004. Fyysinen aktiivisuus, harrastustoiminta ja liikkumiskyky iäkkäiden ihmisten psyykkisen hyvinvoinnin ennustajina. 65–84-vuotiaiden jyvaskyläläisten 8-vuotisseuruututkimus. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 99. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Laurimo, J. 2008. Rikollinen mieli kiinnostaa profiloijia. Kaleva.fi. Saatavissa: <http://www.kaleva.fi/teemat/luonto/rikollinen-mieli-kiinnostaa-profiloijia/317425> [viitattu 11.2.2016].

Leskelä, R-L., Komssi, V., Sandström, S., Pikkujämsä, S., Haverinen, A., Olli, S-L., Ylitalo-Katajisto, K. 2013. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluita käyttävät Suomessa. *Suomen Lääkärilehti* 48/2013. VSK 68.

Leskelä, R-L., Silander, K, Komssi, V., Koukkula, L., Soppela, J. & Lehtonen, L. 2015. Paljon erikoissairaanhoidon palveluja käyttävät potilaat. *Suomen lääkäri-lehti* 43/2015. VSK 70.

Lynn-McHale, D. & Deatrick, J. 2000. Trust between family and health care provider. *Journal of Family Nursing* 6, 210–230. Saatavissa: <http://jfn.sagepub.com/content/6/3/210.full.pdf+html> [viitattu 20.1.2016].

Mendes de Leon, C., Glass, T. & Berkman, L. 2003. Social engagement and disability in a community population of older adults: the New Haven EPESE. *American Journal of Epidemiology* 157. 633–642.

Metropolia 2016. Asiakasvastaava-koulutus, 30 op - Asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon koordinointiin. Metropolia AMK:n nettisivut. Saatavissa: <http://www.metropolia.fi/koulutukset/taydennyskoulutus/sosiaali-ja-terveysala/asiakasvastaava/> [viitattu 26.2.2016].

Metteri, A. & Haukka-Wacklin, T. 2004. Sosiaalinen tuki kuntoutuksen ytimessä. Teoksessa Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen, toim. Karjalainen, V. & Vilkkumaa, I. Stakes., 53–69. Helsinki: Gummerus.

Miettola, J., Halinen, M., Lipponen, P., Hietakorpi, S., Kaukonen, M., Kumpusalo, E. 2002. Kuopion yhteispäivystystutkimus. Suomen lääkäri-lehti 5/2003 vsk 58, 539–541.

Muuri, A. & Manderbacka, K. 2014. Sosiaalipalvelut – käyttö ja asiakkaiden tyytyväisyys. Teoksessa Suomalaisten hyvinvointi 2014, toim. Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos, 212–222. Tampere: Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Mäntyranta, T., Elonheimo, O. & Brommels, M. 2004. Näkökulmia terveystalvelujen tarpeen käsitteeseen. Teoksessa Terveystalveluiden suunnittelu, 44–54. Duodecim.

Nguyen, L. & Seppälä, T. 2014. Väestön lääkäripalvelujen käyttö ja kokemukset terveystalveluista. Teoksessa Suomalaisten hyvinvointi 2014, toim. Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A., 192– 211. Tampere: Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy.

Niemelä, E. & Alahuhta, M. 2016. Paljon palveluja käyttävien asiakkaiden palvelujen kehittämisessä ollaan Jyväskylällä. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisu. 8.4.2016. Saatavissa: <http://www.oamk.fi/epooki/2016/jyvalla/> [viitattu 21.4.2016].

Niemelä, P. 2011. Sosiaalityö hyvinvointietikan toteuttajana. Teoksessa Pehkonen, Aini & Väänänen-Fomin, Marja (toim.): Sosiaalityön arvot ja etiikka, 13–43. Juva: PS-kustannus.

Noro, A., Vilkkonen, A., Saarikalle, K. & Finne-Soveri H. 2014. Ikäihmistien sosiaali- ja terveystalvelujen käyttö. Teoksessa Suomalaisten hyvinvointi 2014, toim. Vaarama M., Karvonen S., Kestilä L., Moisio P. & Muuri, A., 238–247. Terveys ja hyvinvoinnin laitos.

Nyman, J. & Jäppinen, P. 2015. Terveystalveluiden avosairaanhoidon suurkäyttäjät. Sosiaalityöntutkimus aikakauslehti 52, 4–19.

Ojanlatva, R. 2014. Terveystalveluiden ja sosiaalityön yhteistyö kunnassa. PowerPoint-esitys. Oulun kaupunki. 27.3.2014. saatavissa: <http://slideplayer.biz/slide/2003584/> [viitattu 26.1.2016].

Ojasalo, K., Moilanen, T., Ritalahti, J. 2010. Kehittämistyön menetelmät. WSOYPro Oy. 1–2. painos.

Oulun kaupunki 2013. Pieni osa kerryttää valtaosan kustannuksista. Saatavissa: [http://www.ouka.fi/oulu/sosiaali-ja-perhepalvelut/ajankohtaista/-/asset\\_publisher/2fVr/content/id/2266497](http://www.ouka.fi/oulu/sosiaali-ja-perhepalvelut/ajankohtaista/-/asset_publisher/2fVr/content/id/2266497) [viitattu 9.6.2015].

Pakkala, E. 2013. Suurkuluttajat kuormittavat lääkäreitä eniten. Medi uutiset 24.3.2013. Saatavissa: <http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/suurkuluttajat+kuormittavat+laakareita+eniten/a904040> [viitattu 9.6.2015].

Paljon tukea tarvitsevat – Paljon palveluja käyttävät –kehittämishanke. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. 2016. Saatavissa: <http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/paljon-tukea-tarvitsevat>. [viitattu 19.4.2016].

Peltokorpi, A. 2014. JYVÄ. Julkisen ja yksityisen yhteistyö – vaikuttavat toimintamallit sosiaali- ja terveystalouden arvoverkostossa. PowerPoint-esitys 21.5.2014. Saatavissa: [https://jyvahanke.files.wordpress.com/2014/05/peltokorpi\\_jyvc3a4-hanke\\_tekes-aamukahvit-21-5-2014.pdf](https://jyvahanke.files.wordpress.com/2014/05/peltokorpi_jyvc3a4-hanke_tekes-aamukahvit-21-5-2014.pdf) [viitattu 16.5.2016].

Piinehkö sivistyssanakirja 2016. Saatavissa: <https://www.cs.tut.fi/~jkorpe/siv/laaja.html> [viitattu 13.5.2016].

Pohjola, A. 2016. Sosiaalityön vastuu heikompaan asemaan joutuneesta. Teoksessa Vastavuoroinen sosiaalityö, toim. Törrönen, M, Hänninen, K, Jouttimäki P, Lehto-Lundén, T, Salovaara, P & Veistilä, M. Gaudeamus, 87–96.

Pohjola, A. 2007. Eettisyyden haaste tutkimuksessa. Teoksessa Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen, toim. Viinamäki, L & Saari, E. Tammi. Helsinki.

PwC. 2014. Päivystyskäyttäjien asiakasvirta-analyysi.

Pöllänen, J. 2003. Yksilömarkkinointi. Oppivan asiakassuhteen rakentaminen. Talentum. Helsinki.

Rekisteritutkimuksen tukikeskus. 2015a. Rekisteritutkimuksen kulku. Saatavissa: <https://rekisteritutkimus.wordpress.com/rekisteritutkimus/rekisteritutkimuksen-kulku/> [viitattu 23.2.2016].

Rekisteritutkimuksen tukikeskus. 2015b. Suostumuksen tarpeellisuus. Saatavissa: <https://rekisteritutkimus.wordpress.com/luvat-ja-tietosuoja/suostumuksen-tarpeellisuus/> [viitattu 23.2.2016].

Saari, J. 2010. Yksinäisten yhteiskunta. Helsinki: WSOY.

Saranto, K., Ensio, A, Tanttu, K. & Sonninen, A L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Sarpavaara, H. 2014. Ystävyyssuhteiden merkitykset yhdyskuntaseuraamustyön päihdeongelmaisten asiakkaiden muutospuheessa. Teoksessa Sosiaalityö ja sosiaalinen tuki rikosseuraamusalalla, toim. Linderborg, H., Suonio, M. & Lassila, T. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja 1/2014.

Savilampi, J. & Sumukari, M. 2015. Paljon palveluja käyttävän asiakkaan kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Tutkimus- ja kehittämistyö. Oulun ammattikorkeakoulu. Ylempi ammattikorkeakoulu.

Seeman, T. E., Kaplan, G. A., Knudsen, L., Cohen, R. & Guralnik, J. 1987. Social network ties and mortality among the elderly in the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology*, 126, 714–72.

Seppänen, M., Simonen, M. & Valve, R. 2009. Ikääntyneiden sosiaalisen toimintakyvyn arviointi. Kuvaus kehittämispöytäkirjasta ja arviointimallista. Helsingin yliopisto. Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia, Lahti. Saatavissa:

[http://www.palmenia.helsinki.fi/ikihyva/Sosiaalinen\\_toimintakyky\\_raportti\\_031109.pdf](http://www.palmenia.helsinki.fi/ikihyva/Sosiaalinen_toimintakyky_raportti_031109.pdf) [viitattu 29.4.2016].

Silius, K. 2008. Teemoittelu ja tyypittely. Power Point-esitys. Hypermedialaboratorio. Tampereen teknillinen yliopisto. Saatavissa: [http://matriisi.ee.tut.fi/hmopetus/hmjatko-opintosemma/2008/Silius\\_teemoittelu-tyypittely\\_141108.pdf](http://matriisi.ee.tut.fi/hmopetus/hmjatko-opintosemma/2008/Silius_teemoittelu-tyypittely_141108.pdf) [viitattu 28.2.2016].

Sirviö, K. 2006. Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämässä – mukanaolosta vastuunottoon. Asiakastilanteiden arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmista. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 132.

Sosiaali- ja kriisipäivystys. 2016. Kouvolan kaupungin internetsivut ja esite. Päivitetty 22.2.2016. Saatavissa: <http://www.kouvola.fi/index/sosiaali-jaterveyspalvelut/paivystykset/sosiaali-jakriisipaivystys.html> [viitattu 25.4.2016].

Sosiaali- ja kuntatalous no 7. Saatavissa: [http://www.kouvola.fi/material/attachments/aintranet/newfolder\\_21/viestinta/hypis/6K0vPaNoL/RatamoSosj-kuntatalouslehti.pdf](http://www.kouvola.fi/material/attachments/aintranet/newfolder_21/viestinta/hypis/6K0vPaNoL/RatamoSosj-kuntatalouslehti.pdf) [viitattu 25.4.2015].

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus 2015-2019. Sote-uudistuksen tietolehtinen. Saatavissa: [https://stm.fi/documents/1271139/1332838/Sote-uudistuksen+tietolehtinen+9\\_2015/a6f19294-ea52-4c47-b13f-ba15c571e843](https://stm.fi/documents/1271139/1332838/Sote-uudistuksen+tietolehtinen+9_2015/a6f19294-ea52-4c47-b13f-ba15c571e843). [viitattu: 26.1.2016].

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. 29.8.2013./652.

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.

STM. 2011. Asiakasvastaava -koulutuksen yhtenäiset perusteet. Saatavissa: [http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/easydata/customers/sTerveiden\\_ ja\\_hyvinvoinnin\\_laitos/files/liitteet/asiakasvastaavakoulutuksen\\_yhtenaiset\\_perusteet.pdf](http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/easydata/customers/sTerveiden_ ja_hyvinvoinnin_laitos/files/liitteet/asiakasvastaavakoulutuksen_yhtenaiset_perusteet.pdf) [viitattu: 26.2.2015].

STM. 2016. Päivystys. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: <http://stm.fi/paivystys> [viitattu 4.3.2016].

Suonio, M., Lindeborg, H. & Lassila, T. 2014. Sosiaalityö ja sosiaalinen tuki rikosseuraamusalalla. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja 1/2014.

Tapiola, T. 2015. Neurologian dosentti. Haastattelu 5.4.2016. Kouvola: Pohjois-Kymen sairaala.

Tarkka, M-T. 1996. Äitiys ja sosiaalinen tuki: ensisynnyttäjän selviytyminen äitiyden varhaisvaiheessa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015a. Hyvinvointi- ja terveyserot. Palvelujärjestelmä. Saatavissa: [https://www.Terveiden\\_ ja\\_hyvinvoinnin\\_laitos.fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/palvelujarjestelma](https://www.Terveiden_ ja_hyvinvoinnin_laitos.fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/palvelujarjestelma) [viitattu 20.2.2016].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015b. Sosioekonomiset hyvinvointi- ja terveyserot Suomessa. Power Point-esitys. 24.3.2015. Saatavissa: <http://www.slideshare.net/thl.fi/hyvinvointi-ja-terveyserot-suomessa-2432015> [viitattu 13.5.2016].



Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016a. Tilastot. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain> [viitattu 20.4.2016].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016b. Tilastot/toimeentulotuki. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/aikuisten-sosiaalipalvelut/toimeentulotuki/toimeentulotuki> [viitattu 22.4.2016].

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Tikkanen, P. 2006. Joka kolmas vanhus kokee itsensä yksinäiseksi. Saatavissa: [http://www.jyu.fi/ajankohtaista/arkisto/2006/05/tiedote-2007-09-18-16-38-25-280220/ISSN 0356- 1070; 114:ISBN 951- 39- 2447-5](http://www.jyu.fi/ajankohtaista/arkisto/2006/05/tiedote-2007-09-18-16-38-25-280220/ISSN%200356-1070;114:ISBN%20951-39-2447-5). [viitattu 31.8.2015].

Tilastollisen analyysin periaatteet. Virtuaaliammattikorkeakoulu. Saatavissa: <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/0709019/1193463890749/1193464131489/1194289328583/1194289853960.html> [viitattu 29.3.2016].

Tilastokeskus. 2016. Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne [verkkójulkaisu]. ISSN=1797-5379. 2014. Helsinki: Tilastokeskus. Saatavissa: [http://www.stat.fi/til/vaerak/2014/vaerak\\_2014\\_2015-03-27\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/vaerak/2014/vaerak_2014_2015-03-27_tie_001_fi.html) [viitattu 24.2.2016].

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Tammi. 10. painos.

Törrönen, M. 2010. Lapsuuden elinolot ja hyvinvoinnin edellytykset. Teoksessa Voimaannuttavat suhteet perhekuntoutuksessa. (toim.) Heino, E., Veistilä, M., Hännikäinen, P., Vauhkonen, T. & Kärmeniemi, N. Empowerment of Families with Children –hanke 2011–2014. Palmenia.

Vaarama, M., Mukkila, S. & Hannikainen-Ingman, K. 2014. 80 vuotta täyttäneiden elämänlaatu ja elinolot. Teoksessa Suomalaisten hyvinvointi 2014, toim. Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A., 40–60. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Valli, R. 2015. Paperinen kyselylomake. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmenetelmiin I. toim. Valli, R. & Aaltola, J., 84–108. 4. painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vanhala, A., Sintonen, S., Immonen, M., Kytölä, O. & Pynnönen, M. 2010. Segmentointimalli vanhusten ennakoivien kotikäyntien pohjalta. Technology Business Research Center. Working Papers 22.

Varhaiskasvatuslaki 29.1.2016/108.

Vedsted, P. & Olesen, F. 2005. Social environment and frequent attendance in Danish general practice. *The British Journal of General Practice*. 55/2005. 510–515.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Vilkko, A., Muuri, A., Saarikalle K., Noro, A., Finne-Soveri, H. & Jokinen, S. 2014. Läheisavun moninaisuus. Teoksessa Suomalaisten hyvinvointi 2014, toim. Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A., 222–237.

Tampere: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lammenmäki, S., Ahokas, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalveluiden kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011.

Walter-Ginzburg, A., Blumstein, T., Chetrit, A. & Modal, B. 2002. Social factors and mortality in the old-old Israel. *Journal of Gerontology. Social Sciences* 57B. 308–318.

Wang, H. X., Karp, A., Winblad, B. & Fratiglioni, L. 2002. Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: a longitudinal study from the Kungsholmen project. *American Journal of Epidemiology* 155(12). 1081–1087.

Wiens, V. 2015. Länsi-Pohjan asiakasvirta-analyysi. PowerPoint-esitys 23.11.2015. saatavissa: [http://www.sosiaalikallega.fi/poske/tapahtumat/hankkeet/paljon-tukea-tarvitsevat/231115\\_mitenmeillamenee/wiens\\_231115](http://www.sosiaalikallega.fi/poske/tapahtumat/hankkeet/paljon-tukea-tarvitsevat/231115_mitenmeillamenee/wiens_231115) [viitattu 30.4.2016].



1. AINEISTONUMERO \_\_\_\_\_

2. SYNTYMÄVUOSI \_\_\_\_\_

KUOLINPÄIVÄ \_\_\_\_\_

3. SUKUPUOLI 1 mies

2 nainen

4. KONTAKTIEN MÄÄRÄ \_\_\_\_\_

KÄYNTIMÄÄRÄ \_\_\_\_\_

5. YHTEYSHENKILÖT \_\_\_\_\_

1 Avopuoliso

2 Edunvalvoja

3 Edunvalvontavaltuutettu 4 Huollettava

5 Huoltaja

6 Isä

7 Muu sukulainen

8 Poika

9 Puoliso

10 Sijaisvanhempi

11 Sisarus

12 Tukihenkilö

13 Tytär

14 Yhteyshenkilö

15 Äiti

16 roolia ei valittu

6. PYSYVÄT DIAGNOOSIT \_\_\_\_\_

---

---

6 a ja b Diagnoosit ensimmäisellä ja viimeisellä käynnillä, katso liite

7. TRIAGELUOKKA 1. käynnillä 1 A 2 B 3 C 4 D 5 E 6 ei tietoa

viimeisellä käynnillä 1 A 2 B 3 C 4 D 5 E 6 ei tietoa

8. MITEN TULI PÄIVYSTYKSEEN

8 a. 1. käynnillä

1 itse

4 ambulanssi

2 saattajan kanssa

5 muu, mikä \_\_\_\_\_

3 kotihoidon lähettämänä 6 lapsi, vanhemman kanssa

7 ei tietoa

8 b. Viimeisellä käynnillä 1 itse

4 ambulanssi

2 saattajan kanssa

5 muu, mikä \_\_\_\_\_

3 kotihoidon lähettämänä 6 lapsi, vanhemman kanssa

7 ei tietoa

9. TULOTILANNE

9 a 1. käynnillä \_\_\_\_\_

9 b. Viimeisellä käynnillä \_\_\_\_\_

10. a. SAIRAALAJAKSOT \_\_\_\_\_ kpl

b. SAIRAALAHOITOON JOHTANEET PÄIVYSTYSKÄYNNIT \_\_\_\_\_ kpl

11. PERHESUHTEET

a. Ensimmäisellä käynnillä

1 naimaton	6 leski
2 avoliitossa	7 lapsi
3 avioliitossa	8 muu, mikä _____
4 eronnut	9 ei tietoa
5 seurustelee	

b. Viimeisellä käynnillä

1 naimaton	6 leski
2 avoliitossa	7 lapsi
3 avioliitossa	8 muu, mikä _____
4 eronnut	9 ei tietoa
5 seurustelee	

12. ALAIKÄISEN PERHESUHTEET	1 asuu vanhempien kanssa	6 asuu avoliitossa
	2 asuu äidin kanssa	7 sijaishuollossa
	3 asuu isän kanssa	8 muu, mikä? _____
	4 asuu muun sukulaisen kanssa	9 ei tietoa
	5 asuu yksin	

13. KOULUTUS

1 lapsi	5 ammattikorkeakoulu/yliopisto
2 peruskoulu	6 muu, mikä _____
3 toisen asteen ammatillinen koulutus	
4 lukio	7 koulutus jäänyt kesken
5 opistoaste	8 ei tietoa

14. TILANNE TYÖELÄMÄSSÄ
- 1 lapsi
  - 2 työssä
  - 3 työtön
  - 4 eläkkeellä
  - 5 opiskelija
  - 6 muu, mikä? \_\_\_\_\_
  - 7 ei tietoa

15. ASUMISMUOTO

Ensimmäisellä käynnillä

- 1 yksin
- 2 puolison kanssa
- 3 lasten kanssa
- 4 puolison ja lasten kanssa
- 5 vanhempien kanssa
- 6 muu, mikä? \_\_\_\_\_
- 7 ei tietoa

Viimeisellä käynnillä

- 1 yksin
- 2 puolison kanssa
- 3 lasten kanssa
- 4 puolison ja lasten kanssa
- 5 vanhempien kanssa
- 6 muu, mikä? \_\_\_\_\_
- 7 ei tietoa

16. ASUMISOLOSUHTEET

Ensimmäisellä käyntikerralla

- 1 Koti, selviää itsenäisesti ikätasoon nähden
- 2 Koti, selviää omaisten avulla
- 3 Koti, kotihoito/kotisairaanhoito
  - a. \_\_\_\_\_ krt/vrk
  - b. \_\_\_\_\_ krt/vk
  - c. \_\_\_\_\_ krt/kk
- 4 Palvelutalo ilman yövalvontaa
- 5 Palvelutalo, jossa on ympärivuorokautinen valvonta tai tehostettu palveluasuminen
- 6 Vanhainkoti tai vastaava laitosmuotoinen asuminen
- 7 Terveyskeskusosastohoito/kotiutusyksikkö
- 8 Muu, mikä? \_\_\_\_\_
- 9 ei tietoa

Viimeisellä käyntikerralla

- 1 Koti, selviää itsenäisesti ikätasoon nähden
- 2 Koti, selviää omaisten avulla
- 3 Koti, kotihoito/kotisairaanhoito

d. \_\_\_\_\_ krt/vrk

e. \_\_\_\_\_ krt/vk

f. \_\_\_\_\_ krt/kk

- 4 Palvelutalo ilman yövalvontaa
- 5 Palvelutalo, jossa on ympärivuorokautinen valvonta tai tehostettu palveluasuminen
- 6 Vanhainkoti tai vastaava laitospuolitoinen asuminen
- 7 Terveyskeskusosastohoito/kotiutusyksikkö
- 8 Muu, mikä? \_\_\_\_\_
- 9 ei tietoa

#### 17. PALANNUT PÄIVYSTYSKÄYNNIN JÄLKEEN ALKUPERÄISEEN ASUINPAIKKAAN

Ensimmäisen käynnin jälkeen 1 kyllä 2 ei

Viimeisen käynnin jälkeen 1 kyllä 2 ei

18. KÄYTTÄNYT KOTIUTUSTIIMIN PALVELUITA v. 2014 1 kyllä 2 ei

19. VERKOSTO/PERHESUHTEET \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 20. MUUT JO KÄYTTÖSSÄOLEVAT HOITOSUHTEET JA TUKITOIMET

1 A-klinikka	2 Fysioterapia	3 Intervallijaksot	4 Perhehoito
5 Päiväkeskus	6 Päiväkoti	7 Etsivä nuorisotyö	8 Työvoiman palvelukeskus
9 Psykiatrinen avohoito	10 Psykiatrinen osastohoito		
11 Perheneuvola	12 ei tietoa / ei ole	13 muu, mikä? _____	

#### 21. VUODEN 2014 AIKANA ALKANEET HOITOSUHTEET JA TUKITOIMET

1 A-klinikka	2 Fysioterapia	3 Intervallijaksot	4 Perhehoito
5 Päiväkeskus	6 Päiväkoti	7 Etsivä nuorisotyö	8 Työvoiman palvelukeskus
9 Psykiatrinen avohoito	10 Psykiatrinen osastohoito		
11 Perheneuvola	12 ei tietoa / ei ole	13 muu, mikä? _____	

#### 22. KOTIHOITO

a) 1. käynnillä 1 kyllä 2 ei / ei tietoa

b) viimeisellä käynnillä 1 kyllä 2 ei / ei tietoa

### 23. YÖHOITO

- |                            |         |                  |
|----------------------------|---------|------------------|
| a) ensimmäisellä käynnillä | 1 kyllä | 2 ei / ei tietoa |
| b) viimeisellä käynnillä   | 1 kyllä | 2 ei / ei tietoa |

### 24. TURVAPUHELIN

- |                            |         |                  |
|----------------------------|---------|------------------|
| a) ensimmäisellä käynnillä | 1 kyllä | 2 ei / ei tietoa |
| b) viimeisellä käynnillä   | 1 kyllä | 2 ei / ei tietoa |

### 25. ATERIAPALVELU

- |                            |         |                  |
|----------------------------|---------|------------------|
| a) ensimmäisellä käynnillä | 1 kyllä | 2 ei / ei tietoa |
| b) viimeisellä käynnillä   | 1 kyllä | 2 ei / ei tietoa |

### 26. PSYKIATRINEN HOITOKONTAKTI

- |                          |         |                  |
|--------------------------|---------|------------------|
| a) 1. käynnillä          | 1 kyllä | 2 ei / ei tietoa |
| b) viimeisellä käynnillä | 1 kyllä | 2 ei / ei tietoa |

### 27. OMAISHOITAJUUS

- |                          |         |                  |
|--------------------------|---------|------------------|
| a) 1. käynnillä          | 1 kyllä | 2 ei / ei tietoa |
| b) viimeisellä käynnillä | 1 kyllä | 2 ei / ei tietoa |

### 28 ELÄMÄNTILANNE/MUUTOKSET/KRIISIT VUODEN 2014 AIKANA

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| 1 läheisen kuolema          | 12 läheisen sairastuminen     |
| 2 oma vakava sairastuminen  | 13 kaltoinkohtelu             |
| 3 yksinäisyys /turvattomuus | 14 laihtuminen                |
| 4 asuinpaikan muutos        | 15 kaatuilu                   |
| 5 päihteiden käyttö         | 16 muutokset osallistumisessa |
| 6 pahoinpitely              | 17 huumeriippuvuus            |
| 7 lapsen syntymä            | 18 ajokortin menetyks         |
| 8 avunsaannin väheneminen   | 19 lääkeriippuvuus            |
| 9 onnettomuus               | 20 koulutuksen keskeytyminen  |
| 10 työpaikan menetyks       | 21 työpaikan vaihdos          |
| 11 avioero                  | 22 ei tietoa / ei ole         |
|                             | 23 muu, mikä? _____           |

29. SOKRI-KONTAKTIT PÄIVYSTYSKÄYNTIEN YHTEYDESSÄ \_\_\_\_\_

30. SOKRI-KONTAKTIT YHTEENSÄ \_\_\_\_\_

### 31. SOSIAALITOIMEN ASIAKKUUS VUODEN 2014 AIKANA

- |         |      |             |
|---------|------|-------------|
| 1 kyllä | 2 ei | 3 ei tietoa |
|---------|------|-------------|



## 32. SOSIAALITOIMEN ASIAKKUUS

### Ensimmäisellä kerralla

A Sosiaalityö	1 kyllä	2 ei
B Päihdepalvelut	1 kyllä	2 ei
C Katkaisuhuolto	1 kyllä	2 ei
D Päihdehuollon laitostuntoutus	1 kyllä	2 ei
E Perustoimeentulotuki	1 kyllä	2 ei
F Muu taloudellinen tuki	1 kyllä	2 ei
G Asuminen	1 kyllä	2 ei
H Tuettu asuminen	1 kyllä	2 ei
I Päivätoiminta	1 kyllä	2 ei
J Vammaispalvelu	1 kyllä	2 ei
K Kuljetuspalvelu	1 kyllä	2 ei
L Henkilökohtainen apu	1 kyllä	2 ei
M Lastensuojelu	1 kyllä	2 ei
N Gerontologinen sosiaalityö	1 kyllä	2 ei
O Välitystili	1 kyllä	2 ei
P Työllistymisen edistäminen	1 kyllä	2 ei
Q Aktivointisuunnitelma	1 kyllä	2 ei
R Kuntouttava työtoiminta	1 kyllä	2 ei
S Muu, mikä?		

---

### Viimeisellä kerralla

A Sosiaalityö	1 kyllä	2 ei
B Päihdepalvelut	1 kyllä	2 ei
C Katkaisuhuolto	1 kyllä	2 ei
D Päihdehuollon laitostuntoutus	1 kyllä	2 ei
E Perustoimeentulotuki	1 kyllä	2 ei
F Muu taloudellinen tuki	1 kyllä	2 ei
G Asuminen	1 kyllä	2 ei
H Tuettu asuminen	1 kyllä	2 ei
I Päivätoiminta	1 kyllä	2 ei
J Vammaispalvelu	1 kyllä	2 ei
K Kuljetuspalvelu	1 kyllä	2 ei
L Henkilökohtainen apu	1 kyllä	2 ei
M Lastensuojelu	1 kyllä	2 ei
N Gerontologinen sosiaalityö	1 kyllä	2 ei
O Välitystili	1 kyllä	2 ei

P Työllistymisen edistäminen	1 kyllä	2 ei
Q Aktivointisuunnitelma	1 kyllä	2 ei
R Kuntouttava työtoiminta	1 kyllä	2 ei
S Muu, mikä? _____		

### 33. FYYSINEN TOIMINTAKYKY

Ensimmäisellä käynnillä

- 1 Selviää itsenäisesti
- 2 Tarvitsee apua kodin ulkopuolella asioimisessa
- 3 Tarvitsee apua kodinhoitotoimissa (esim. siivous)
- 4 Tarvitsee viikoittain apua henkilökohtaisissa päivittäistoiminnoissa (esim. peseytyminen)
- 5 Tarvitsee päivittäin apua henkilökohtaisissa päivittäistoiminnoissa (esim. wc-toimet)
- 6 Vuodepotilas

Viimeisellä käynnillä

- 1 Selviää itsenäisesti
- 2 Tarvitsee apua kodin ulkopuolella asioimisessa
- 3 Tarvitsee apua kodinhoitotoimissa (esim. siivous)
- 4 Tarvitsee viikottain apua henkilökohtaisissa päivittäistoiminnoissa (esim. peseytyminen)
- 5 Tarvitsee päivittäin apua henkilökohtaisissa päivittäistoiminnoissa (esim. wc-toimet)
- 6 Vuodepotilas

### 34. LIIKKUMISEN APUVÄLINEET

Ensimmäisellä käyntikerralla

- 1 Ei tarvitse apuvälineitä
- 2 Tarvitsee apuvälineen vain ulkokäytössä
- 3 Keppi / kyynärsauvat
- 4 Rollaattori
- 5 Pyörätuoli
- 6 Muu, mikä? \_\_\_\_\_

Viimeisellä käyntikerralla

- 1 Ei tarvitse apuvälineitä
- 2 Tarvitsee apuvälineen vain ulkokäytössä
- 3 Keppi / kyynärsauvat
- 4 Rollaattori
- 5 Pyörätuoli
- 6 Muu, mikä? \_\_\_\_\_

35. Tiedossa oleva MUISTIVAIKEUS

Ensimmäisellä käyntikerralla

- 1 Ei
- 2 Kyllä, mutta ei diagnoosia
- 3 Diagnosoitu muistisairaus

Viimeisellä käyntikerralla

- 1 Ei
- 2 Kyllä, mutta ei diagnoosia
- 3 Diagnosoitu muistisairaus

36. SOSIAALINEN TOIMINTAKYKY

- 1 yksinäisyys
- 2 jaksamattomuus
- 3 kiinnostuksen puute
- 4 keskittymisvaikeudet
- 5 alkoholin suurkäyttäjä
- 6 tietoinen eristäytyminen
- 7 sosiaalisten tilanteiden pelko
- 8 oma-aloitteisuuden puute
- 9 ”normaali”
- 10 aktiivinen
- 11 vahvasti muistisairas
- 12 sekava
- 13 mielenterveysongelmat
- 14 muuta, mitä? \_\_\_\_\_
- 15 ei tietoa

37. MUUTA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

38. TUTKIJAN TULKINTA KÄYNTIEN SYYSTÄ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

39. TUTKIJAN TULKINTA SUURKÄYTTÄJÄSTÄ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

40. MUIDEN TERVEYDENHUOLTOPALVELUIDEN KÄYTTÖ \_\_\_\_\_ krt / v 2014

Terveyskeskus \_\_\_\_\_ Terapia \_\_\_\_\_ Tk-psykologi \_\_\_\_\_

Neuvola \_\_\_\_\_ Hammashoito \_\_\_\_\_ MTT \_\_\_\_\_

ESH \_\_\_\_\_ MUUT \_\_\_\_\_

MUUT LAITOSHOITOJAKSOT \_\_\_\_\_ (ei ole laskettu kokonaismäärään muiden terveydenhuoltopalveluiden käytössä)

2015

41. PÄIVYSTYSKÄYNNIT vuonna 2015(tammi-kesäkuu) \_\_\_\_\_

42. MUIDEN TERVEYDENHUOLTOPALVELUIDEN KÄYTTÖ \_\_\_\_\_ krt / 1-6, 2015

Terveyskeskus\_\_\_\_\_ Terapia\_\_\_\_\_ Tk-psykologi \_\_\_\_\_

Neuvola \_\_\_\_\_ Hammashoito\_\_\_\_\_ MTT \_\_\_\_\_

ESH\_\_\_\_\_ MUUT\_\_\_\_\_

ESH-OSASTOJAKSOT\_\_\_\_\_ (ei ole laskettu kokonaismäärään muiden terveydenhuoltopalveluiden käytössä)

MUUT LAITOSHOITOJAKSOT\_\_\_\_\_ (ei ole laskettu kokonaismäärään muiden terveydenhuoltopalveluiden käytössä)

43. TUTKIJAN ARVIO PÄIVYSTYSKONTAKTIEN VÄHENEMISEN SYISTÄ v. 07/2015 (jos vähenneet): \_\_\_\_\_

---