

Terveyskeskustoiminnan ja valinnanvapauden laskennallinen analyysi

Tämän hankkeen tarkoituksena oli 1.) analysoida Ylä-Savon (Iisalmi ja Kiuruvesi) nykyisten terveyskeskusasiakkaiden asiointipolkuja ja palvelujen käyttöä, 2.) tarkastella palveluntuottajaa vaihtaneiden asiakkaiden asiointia ennen ja jälkeen palveluntuottajan vaihdon sekä 3.) arvioida erilaisten toiminnallisten kehittämistoimenpiteiden vaikutuksia laskennallisesti toiminnasta kerättyä dataa hyödyntäen. Tarkastelun lähtökohtana käytettiin Iisalmessa sekä Kiuruvedellä jo tehtyjä asiakasprofiilien määrittelyjä (ilman yhteydenottoa saapuvat, VIP, kansansairaat) sekä kuvauksia tahtotilan mukaisista palvelupoluista. Menetelmänä käytettiin Synesa Solutions Oy:n kehittämää prosessienlouhinnan työkalua, eDromosta.

Iisalmen ja Kiuruveden terveyskeskustoiminnassa oli tapahtunut useampia muutoksia viimeisen vuoden aikana sekä ajanvarauksellisessa että ilman ajanvarausta tapahtuvassa vastaanottotoiminnassa. Ajanvarauksellisessa toiminnassa oli käynnistetty iltavastaanottotoiminta sekä luotu lääkäri-hoitaja konsultointimalli. Ilman ajanvarausta tapahtuvassa vastaanottotoiminnassa oli tehty yksi keskeinen muutos. Tämä muutos koski viikonloppuvastaanottotoimintaa, joka käynnistettiin vuoden 2017-2018 vaiheessa Iisalmella ja lopetettiin Kiuruvedellä. Kotihoidossa sekä asumispalveluissa oli lisäksi otettu käyttöön etälääkäritoiminta. Pääsääntöisesti sisäisen toiminnan muutokset olivat tapahtuneet kesäkuussa 2018. Tämän vuoksi tarkasteluajanjaksoksi valikoitui kesäkuu 2017-lokakuu 2018, jolloin analyysissä otettiin huomioon vuoden ajanjakso ennen muutosten tekemistä sekä muutosten jälkeinen ajanjakso niin pitkälle, kun aineistoa oli hankkeen alkaessa saatavilla (lokakuun 2018 loppu).

Taulukossa 1 on esitetty Ylä-Savon soten toiminnan tunnusluvut Iisalmen ja Kiuruveden osalta. Taulukossa on kuvattuna lääkäreiden ja hoitajien käynnit jaoteltuna ajanvarauksella ja ilman ajanvarausta tapahtuvaan vastaanottotoimintaan. Tämän lisäksi on kuvattuna puhelujen määrät sekä lääkäreiden että hoitajien osalta.

Taulukko1: Ylä-Savon toiminnan tunnusluvut ajanjaksolla 06/2017-10/2018

	Lääkärikäynnit (kaikki)	Ajanvaraukselliset lääkärikäynnit	Lääkärikäynnit ilman ajanvarausta	Puhelut - lääkärit	Hoitajakäynnit (kaikki)	Ajanvaraukselliset hoitajakäynnit	Hoitajakäynnit ilman ajanvarausta	Puhelut hoitajat
2017	12705	4921	7784	2504	21332	9141	12191	13859
Kesäkuu	1889	802	1087	394	2720	1018	1702	1772
Heinäkuu	1738	595	1143	347	2490	872	1618	1795
Elokuu	1777	692	1085	333	3093	1364	1729	2247
Syyskuu	1849	649	1200	344	2977	1244	1733	1950
Lokakuu	1877	742	1135	339	3256	1390	1866	2096
Marraskuu	1917	742	1175	387	3938	2108	1830	2197
Joulukuu	1658	699	959	360	2858	1145	1713	1802
2018	19459	9260	10199	4672	31042	12691	18351	21089
Tammikuu	1989	770	1219	418	3389	1475	1914	2416
Helmikuu	1659	681	978	397	3023	1279	1744	2063
Maaliskuu	1737	766	971	430	3100	1176	1924	2140
Huhtikuu	1655	755	900	433	3011	1153	1858	2199
Toukokuu	1872	834	1038	426	3337	1297	2040	2109
Kesäkuu	2023	1118	905	517	2850	1227	1623	1880
Heinäkuu	2000	1054	946	478	2847	1154	1693	1751
Elokuu	2158	1121	1037	531	3153	1394	1759	2257
Syyskuu	2052	1016	1036	517	2963	1157	1806	2022
Lokakuu	2314	1145	1169	525	3369	1379	1990	2252
Yhteensä koko tarkastelujakso	32164	14181	17983	7176	52374	21832	30542	34948

Taulukossa 2 on esitetty suoraan vastaanottotoimintaan (ei sisällä mm. sektori- tai muuta työtä) käytössä ollut työpanos. Käytössä olevien resurssien määrä suhteutettuna vastaanottokäyntien määrään tarjosi perustan tarkemmalle toiminnan tehokkuuden analyysille.

Taulukko2: Käytössä ollut henkilötyöpanos tarkasteluajanjaksolla 06/2017-10/2018

	Lääkäri työpanos ajanvaraus	Lääkäri työpanos ilman ajanvarausta	Hoitajatyöpanos ajanvaraus	Hoitajatyöpanos ilman ajanvarausta	
Kesäkuu 2017		3,7	2,4	13,3	5,5
Heinäkuu 2017		2,6	2,4	9,3	5,5
Elokuu 2017		3,6	2,4	11,8	5,5
Syyskuu 2017		3,2	3,4	13,3	6,5
Lokakuu 2017		3,6	3,4	13,3	6,5
Marraskuu 2017		3,5	3,4	12,8	6,5
Joulukuu 2017		2,4	3,4	12,3	6,5
Tammikuu 2018		4,6	3,4	14,8	6,8
Helmikuu 2018		4,1	3,4	13,8	6,8
Maaliskuu 2018		3,8	3,4	13,8	6,8
Huhtikuu 2018		4,0	3,4	13,3	6,8
Toukokuu 2018		4,5	3,4	12,8	6,8
Kesäkuu 2018		6,5	2,4	11,3	5,8
Heinäkuu 2018		6,0	2,4	11,3	5,8
Elokuu 2018		5,2	3,4	13,8	5,8
Syyskuu 2018		5,5	3,4	13,8	6,8
Lokakuu 2018		5,6	3,4	9,0	6,8

Taulukossa 3 on tarkasteltu tarkemmin varsinaista toiminnan muutosta vuosien 2017-2018 aikana. Tarkasteluajanjaksoksi on otettu sama ajankohta vuosina 2017-2018 (kesäkuu-lokakuu), jolloin vuosittain tapahtuvan vaihtelun pitäisi olla suhteessa samanlaista. Tarkasteltaessa tuloksia voidaan havaita erityisesti lääkärikäyntien määrien kasvaneen selkeästi vuoden 2018 aikana verrattuna vastaavaan ajankohtaan vuotta aiemmin. Tämän ovat mahdollistaneet kasvanut henkilötyöpanoksen määrä ja käyttöön otetut toiminnalliset muutokset.

Taulukko 3: Käyntien ja resurssien muutos samalla ajanjaksolla (kesäkuu-lokakuu) vuosina 2017 ja 2018

	Kaikki lääkärikäynnit - muutos (%)	Ajanvaraukselliset lääkärikäynnit - muutos (%)	Lääkärikäynnit ilman ajanvarausta - muutos (%)	Hoitajakäyntien muutos (%)	Ajanvaraukselliset hoitajakäynnit - muutos (%)	Hoitajakäynnit ilman ajanvarausta - muutos (%)	Lääkäri työpanos ajanvaraus - muutos (%)	Lääkäri työpanos ilman ajanvarausta - muutos (%)	Hoitajatyöpano s ajanvaraus - muutos (%)	Hoitajatyöpanos ilman ajanvarausta - muutos (%)
Kesäkuu (2017-2018)	7,09 %	39,40 %	-16,74 %	4,78 %	20,53 %	-4,64 %	78,08 %	0,00 %	-2,0	5,45 %
Heinäkuu (2017-2018)	15,07 %	77,14 %	-17,24 %	14,34 %	32,34 %	4,64 %	131,07 %	0,00 %	2,0	5,45 %
Elokuu (2017-2018)	21,44 %	61,99 %	-4,42 %	1,94 %	2,20 %	1,74 %	45,07 %	41,67 %	2,0	5,45 %
Syyskuu (2017-2018)	10,98 %	56,55 %	-13,67 %	-0,47 %	-6,99 %	4,21 %	73,23 %	0,00 %	0,5	4,62 %
Lokakuu (2017-2018)	23,28 %	54,31 %	3,00 %	3,47 %	-0,79 %	6,65 %	54,86 %	0,00 %	-4,3	4,62 %

Suhteutettaessa käyntien määrät käytössä olevaan työpanokseen voidaan todeta vastaanottojen määrän olevan jonkin verran alhaisempi kuin yksityisellä puolella. Julkisella puolella keskimääräinen vastaanottojen määrä päivässä on hieman alle 10. Yksityisellä puolella palvelulupaukseksi on Ylä-Savon asiantuntijoiden sekä muiden sosiaali- ja terveydenhuollon alan ammattilaisten mukaan annettu 16 vastaanottokäyntiä päivässä. Toiminnan tehokkuutta arvioitaessa pitää kuitenkin huomioida myös erot asiakasprofiileissa. Yksityisillä toimijoilla asiakkaiden ikäprofiili painottui alle 65 -vuotiaisiin (osuus noin 66 %). Julkisilla terveysasemilla ikäprofiili oli puolestaan täysin päinvastainen (yli 65 -vuotiaita 66,5 %). Ikääntyneemmällä hoidon tarve on yleensä suurempi ja vastaanotot saattavat vaatia pidemmän ajan, joten tämä on keskeinen huomioitava tekijä verrattaessa vastaanotto toiminnan tehokkuutta eri toimijoiden välillä. Vastaanottojen kestojen toteumasta ei ollut saatavilla tietoa, joten tarkastelu keskimääräisistä vastaanottoaikojen kestoista tehtiin ajanvaraustietojen perusteella. Asiakkaille varatuista lääkäriajoista 82,5% oli kestoiltaan 20-30 minuuttia ja 17,5% yli 30 minuuttia (45-100 minuuttia). Keskimääräiseksi ajanvarausajaksi tuli näin ollen noin 32 minuuttia. Tämän tiedon perusteella keskimääräiseksi lääkäri työpanoksen vastaanottomääräksi päivätasolla tulee noin 9,5 vastaanottokäyntiä. Ajanvarauksellisessa vastaanotto toiminnassa yksityisen palvelulupaukseen verrattuna

29.3.2019

Ylä-Savon osalta on olemassa tehostamisen potentiaalia. Ilman ajanvarausta tapahtuvan vastaanotto-toiminnan osalta hoitaja- ja lääkärikohtaiset suoritelmäärät ovat hyvällä tasolla (käyntimäärät suhteessa työpanokseen). Keskimääräisen odotusajan ollessa myös noin 35 minuuttia, voidaan toiminnan olevan myös toimivasti organisoitu.

Tarkasteltaessa erikseen ajanvarauksellista sekä ilman ajanvarausta tapahtuvaa vastaanottotoimintaa voidaan todeta seuraavaa:

Ajanvaraustoiminta

- Ajanvarauksellisen ja ajanvarauksettoman vastaanottotoiminnan painopisteessä on tapahtunut muutoksia viimeisen puolentoista vuoden aikana (ajanvarausvastaanottojen osuus kasvanut)
- Kuntien välillä on havaittavissa selkeitä eroja toiminnassa (puhelin-vastaanottokäyntien painotuserot sekä hoitajilla että lääkäreillä)
- Iltavastaanottojen käyttöönoton jälkeen keskimääräiset päiväkohtaiset käyntimäärät kasvaneet (28% verrattaessa edeltävään vuoden ajanjaksoon, 64% verrattuna samaan ajankohtaan vuotta aiemmin). Tämän ovat mahdollistaneet kasvanut henkilötöypanoksen määrä sekä kasvanut tarjolla olevien vastaanottoaikojen määrä. Uusia tarjolle tulleita vastaanottoaikoja on osattu myös hyödyntää hyvin, lähes kaikki ajat käytetty.
- Iltavastaanotot ovat muuttaneet päiväkohtaista asiointiprofiilia. Asiointi on siirtynyt aamupäivästä klo 8-11 myöhäiseen iltapäivään ja alkuiltaan. Tällä muutoksella on merkittävä vaikutus erityisesti toiminnan resursointiin (vastaanottoresurssia ei tarvita niin paljoa heti aamusta/aamupäivästä).
- Eri viikonpäivien osalta asiointiprofiilissa on havaittavissa myös muutosta. Painopiste muuttanut viikonpäiville, jolloin tarjolla iltavastaanottoja (Kiuruvedellä yhtenä iltana, Iisalmessa 3-4 arki-iltana).

Ilman ajanvarausta tapahtuva vastaanottotoiminta

- Ilman ajanvarausta saapuvien (enska) toiminnassa näkyvissä viikonloppuvastaanottokäytännöt. Iisalmessa aloitettu viikonloppuvastaanottotoiminta on laskenut käyntimääräosuuksia tasaisesti tiistai-perjantai väliseltä ajanjaksolta. Kiuruvedellä viikonloppuvastaanottotoiminnan lopettaminen on kasvattanut arkipäivien osuuksia. Eniten osuudet ovat kasvaneet maanantaina ja tiistaina. Myös muina päivinä osuudet ovat kasvaneet mutta hieman maltillisemmin.
- Valinnanvapaudella näyttäisi olleen käyntimääriä laskeva vaikutus, mutta kokeilun edetessä yhä useammat ovat palanneet takaisin julkisten terveysasemien asiakkaiksi ja käyntimäärät ovat myös lähteneet jälleen nousuun.

Etälääkärivastaanotot

Etälääkärivastaanottojen osalta tarkasteltiin, onko etävastaanottoa seurannut välittömästi (1-2 vrk sisällä) käynti vastaanotolla tai päivystyksessä. Tavoitteena oli selvittää, kuinka hyvin etälääkärikonsepti palvelee asumispalvelujen asiakkaita, joille palvelu on tällä hetkellä kohdennettu (muun muassa kotihoidon ja palveluasumisen asiakkaat). Käyntisyiden kattavuus aineistossa ei ollut täydellinen, joten etälääkärikäynnin ja varsinaisen vastaanottokäynnin liittymistä toisiinsa ei pystytty luotettavasti todentamaan. Toisaalta mahdollista diagnoosia ei välttämättä pystytty etänä edes tekemään ilman tarkempia tutkimuksia tai kyseessä voi olla akuutti vaiva, joka vaatii tarkempia tutkimuksia ja hoitoa (ts. vaatinut fyysisen käynnin vastaanotolla). Ajallisella tarkastelulla saatiin kuitenkin ymmärrys siitä kuinka usein välittömästi etälääkärivastaanoton jälkeen on syntynyt tarve, jota ei ole ollut mahdollista etälääkärivastaanotolla hoitaa.

Tarkasteluvuodeksi otettiin vuosi 2018 (tammikuu-lokakuu). Tuona aikana etälääkäriin käyntejä oli vuoden 2018 aikana 710 asiakkaalla yhteensä 4302 kertaa. Keskimäärin etälääkäriasiakkaalla oli 6 käyntiä vuodessa. Tarkasteluajanjaksolla etälääkäriin kontaktia oli seurannut käynti vastaanotolla tai

päivystyksessä lyhyen ajan sisään ainoastaan 4,1% kontakteista. Etälääkärin kontaktia seuranneet käynnit sijoittuivat enimmäkseen päivystykseen, tarkoittaen asiakkaalla olleen akuutti hoidon tarve ja sen hoitaminen ei välttämättä ole ollut mahdollista etänä. Yleisenä johtopäätöksenä voidaan todeta etälääkäritoiminnan palvelevan hyvin palveluasumisasiakkaiden tarvetta, sillä välittömästi etälääkäri-vastaanoton jälkeen on syntynyt tarve varsinaiselle käynnille ainoastaan vähäisissä määrin (ja suurin osa ko. tapahtumista ovat olleet akuutteja tarkoittaen välitöntä tarvetta ja tarkempia tutkimuksia).

Asiakasryhmät

Hankkeessa tarkasteltiin myös kahta muuta keskeistä asiakasryhmää ilman ajanvarausta asioivien lisäksi. Nämä asiakasryhmät olivat paljon palveluja käyttävät/tarvitsevat (VIP) sekä kansansairaat. Paljon palveluja käyttävien osalta on tehty erilaisia tarkasteluja lukuisin eri kriteerein. Tässä hankkeessa yhdessä Ylä-Savon asiantuntijoiden kanssa päädyttiin seuraavaan käyntipohjaiseen kriteeristöön:

- Vuositasolla käyntimäärärajaksi asetettiin 20, kuukausitasolla 5 käyntiä ja vielä viikon aikana 3 käyntiä
- Tarkastelu tehtiin kolmen vuoden aikajaksolle (vuodet 2015-2017)
- Käynneistä poistettiin kaikki perusteltu kuten haavanhoidot, jne.

Kriteerit	2015	2016	2017
Vip-ryhmään kuuluvien n (väh. 20 käyntiä vuodessa)	119	172	222
Vähintään 3 käyntiä 7 päivän sisään	100(84%)	161(94%)	215(97%)
Vähintään 5 käyntiä 30 päivän sisään	104(87%)	163(95%)	215(97%)

Nyt käytetty kriteeristö osoitti, että kyseessä on kasvava asiakasryhmä, joka on tärkeä ottaa tarkemman analysoinnin alle. Kriteeristön osalta on hyvä tehdä vielä tarkempaa ”herkkyysanalyysia” ja tämän jälkeen viedä käytäntöön osaksi arjen työtä (alkuun ainakin manuaalisesti, jatkossa automatisoituna toimintona järjestelmiin).

Kansansairauksien osalta tarkasteltiin käyntisyitä ja diagnooseja Ylä-Savon kansansairausryhmän tarkemmaksi profiloimiseksi. Analyysien perusteella isoimmat kansansairausryhmät olivat 1.) sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet (19,66% käynneistä), 2.) tuki- ja liikuntaelinsairaudet (14,15%) sekä diabetes (10,96%). Tämän lisäksi pienempinä ryhminä löytyivät hengityselinten sairaudet (5,24%), syöpä (3,46%) sekä mielenterveyden ongelmat (3,18%). Diagnoositiedot olivat osin puutteelliset, jonka vuoksi tarkempia hoitoketjuja ei ollut mahdollista muodostaa. Sen sijaan tarkasteltiin hoidon koordinaatiota. Tutkitusti parhaat toimintamallit kroonisesti sairaiden ja kansansairaiden hoidon osalta ovat keskitetyn koordinaation mallit (kokonaisvaltainen hoitosuunnitelma tai listamalli). Tarkasteltaessa asiointia eri ammattilaisilla voitiin havaita, että 70% oli asiointunut saman ammattilaisen kanssa, mutta 30%:lla oli ollut asiointia 2-4 eri henkilön kanssa. Parhaiten keskitetty koordinaatio on toteutettu diabetesasiakkaiden osalta. Keskitetyimmällä koordinaatiolla myös muiden sairausryhmien osalta voisi olla mahdollista saavuttaa sekä palvelun laadun että toiminnan tehostumista.

Valinnanvapaus

Terveyskeskusten sisäisen toiminnan analysoinnin lisäksi hankkeessa tarkasteltiin käynnissä olevan valinnanvapauskokeilun mukanaan tuomia muutoksia. Tarkastelun alla olivat erityisesti seuraavat asiakokonaisuudet:

- Kuinka suuri osa väestöstä on vaihtanut palveluntuottajaa?
- Miten julkisten ja yksityisten palveluntuottajien asiakasprofiilit eroavat toisistaan?
- Onko palvelujen käytössä tapahtunut muutosta vaihtaneiden osalta?
- Miten palvelujen käyttö eroaa julkisia palveluja ja yksityisille vaihtaneiden osalta?

29.3.2019

Palveluntuottajaa vaihtaneita oli lokakuun loppuun 2018 mennessä yhteensä 4987. Kiuruvedellä vaihtaneiden määrä oli 3174 ja lisalmessa vaihtaneita oli 1813. Suhteutettaessa vaihtaneiden määrä alueiden väestöön, oli vaihtaneita molemmilla alueilla yhteensä 16,1% (väestö 30885), lisalmessa 8,2% (väestö 22135) ja Kiuruvedellä 36,3% (väestö 8750). Kaksi kertaa palveluntuottajaa vaihtaneita oli 965, kolme kertaa vaihtaneita 17 ja neljä kertaa vaihtaneita yksi.

Verrattaessa julkisia ja yksityisiä palveluntuottajia on asiakasprofiileissa havaittavissa selkeitä eroja

- Yksityisillä toimijoilla asiakkaiden ikäprofiili painottui alle 65 –vuotiaisiin (Terveystalo 66,51%, Kiuruveden kunnanlääkärit 65,17%). Julkisilla terveysasemilla ikäprofiili oli täysin päinvastainen. Lisalmen terveyskeskuksessa asiakkaista yli 64 -vuotiaita oli 62,84% Kiuruvedellä vastaava osuus oli 70,08%
- Toinen merkittävä ero julkisten ja yksityisten palveluntuottajien välillä oli vastaanottotoiminnan profiilissa käyntien osalta. Ylä-Savon terveysasemilla asiointi tapahtui suurimmaksi osin hoitajilla, kun taas yksityisillä palveluntuottajilla toiminta oli hyvin lääkäripainotteista. Tämä kertoo palveluntuottajaa vaihtaneiden asiakkaiden palvelutarpeesta eli vaihtaneilla henkilöillä on ollut selkeä tarve päästä lääkärin vastaanotolle, mikä määrittää hyvin pitkälti sen, miksi yksityisillä resursointi on hyvin lääkäripainotteinen (ero johtuu kysynnästä ja tarpeesta->mitä palveluja asiakkaat hakevat ja kokevat tarvitsevansa).
- Palveluja käyttäneiden osuudessa myös selkeitä eroja. Yksityisten toimijoiden osalta populaationa toimi kaikki kyseiselle toimijalle vaihtaneet. Julkisella puolella vastaava populaatio oli koko julkisen puolen palveluja käyttävä väestö.
 - Terveystalo 68,3% (valinnan tehneistä)
 - Kunnanlääkärit Kiuruvesi 78,6% (valinnan tehneistä)
 - lisalmen terveyskeskus 34,4% (väestöstä)
 - Kiuruveden terveyskeskus 33,74% (väestöstä)
- Palvelunkäyttö/asiakas (käynnit) – vain palveluja käyttäneet. Tässä tarkastelussa tarkasteltiin ainoastaan palveluja käyttäneiden ryhmää. Tämä tarjosi tiedon, kuinka paljon aktiivisilla palvelunkäyttäjillä on käyntejä keskimäärin.
 - Terveystalo 2,59 (vaihtaneet, jotka käyttäneet palveluja)
 - Kunnanlääkärit Kiuruvesi 2,7 (vaihtaneet, jotka käyttäneet palveluja)
 - lisalmen terveyskeskus 2,35 (asiakkaat, jotka käyttäneet julkisia palveluja)
 - Kiuruveden terveyskeskus 2,98 (asiakkaat, jotka käyttäneet julkisia palveluja)
- Palvelujen käyttö/asiakas (käynnit) – kaikki yksityiselle vaihtaneet tai julkisella puolella asiakkaana olleet. Tässä tarkastelussa otettiin huomioon myös ns. 0-käyttäjät eli käyttäjät, jotka ovat listautuneet yksityiselle palveluntuottajalle tai ovat julkisella puolella asiakkaana mutta eivät ole palveluja käyttäneet.
 - Terveystalo 1,77
 - Kunnanlääkärit Kiuruvesi 2,12
 - lisalmen terveyskeskus 0,66
 - Kiuruveden terveyskeskus 0,8

Valinnanvapaustarkastelu osoitti, että molemmilla alueilla on piilevää/patoutunutta kysyntää, erityisesti lääkärinvastaanottojen osalta.

- lisalmessa palvelujen käyttö palveluntuottajaa vaihtaneiden osalta kasvoi liki kahdeksankertaiseksi. Huomioitavaa on kuitenkin, että vaihtaneita oli ainoastaan 8,2% väestöstä. Kiuruvedellä palvelujen käyttö vaihtaneiden osalta kasvoi 6,5-kertaiseksi. Huomioitavaa on kuitenkin vaihtaneiden suuri määrä suhteessa väestöön (vaihtaneita oli 36,3% väestöstä).
- Palvelutarve tasaantuu kuitenkin seuraavan 6-12 kuukauden aikana eli tarve ei jatku samansuuruisena. Vaihtaneet hakevat aktiivisesti palveluja heti vaihtopäivänä ja seuraavana päivänä, mutta sen jälkeen palvelu hakevien asiakkaiden määrä lähtee vähenemään, samoin kuin myös palvelujen käyttö

29.3.2019

Tarkasteltaessa erikoissairaanhoidon käyttöä, on kasvua havaittavissa sekä aktivoitujen asiakasmäärien, että asiointimäärien suhteen. Erikoissairaanhoidon kontaktien liittymistä tiettyyn hoitokokonaisuuteen ja ohjautumista juuri tietyltä palveluntuottajalta erikoissairaanhoidon ei ollut luotettavasti identifioitavissa (lähetedata sekä käyntisyötty puutteelliset). Siten aivan kaikkien käyntien osalta ei voida olla varmoja johtuuko uuden palveluntuottajan aikana tapahtunut erikoissairaanhoidon käynti uuden palveluntuottajan aikaiseen toimintaan vai jo ennen palveluntuottajan vaihtoa tapahtuneeseen hoidon ohjaukseen. Joka tapauksessa kasvua saman ajanjakson aikana palveluntuottajan vaihton jälkeen on selkeästi tapahtunut.

- Kiuruvedellä kasvua asiakasmäärissä (aktivoituneet asiakkaat) on tapahtunut 58% ja kontaktien määrissä 76%
- Iisalmessa kasvua asiakasmäärissä on tapahtunut 61% ja kontaktimäärissä 64%

Tarkasteltaessa päivystyspalvelujen käyttöä ja päivystyksen asiakasmäärien muutosta ennen ja jälkeen palveluntuottajan vaihton, on molempien alueiden osalta havaittavissa kasvua sekä aktiivisten asiakkaiden, että asiointimäärien osalta. Suurin muutos ja kasvu on tapahtunut Kiuruvedellä, missä asiointimäärät ovat yli kaksinkertaistuneet.

Opit mallintamisen haasteista sekä edellytyksistä

Yhteenvetona tiedon kirjaamisen nykytilasta sekä kehittämistarpeista voidaan todeta, että kaikki analyytiikassa ja tiedolla johtamisessa riippuu datan laadusta, kattavuudesta sekä oikeellisuudesta. GIGO –periaate (Garbage In Garbage Out) on läsnä kaikessa tekemisessä mikä tarkoittaa, että tulokset ovat yhtä hyviä kuin sisään syötetty data. Ja mitä kehittyneempään analyytiikkaan mennään (muun muassa AI ja koneoppiminen) sitä keskeisemmässä roolissa on datan laatu, kattavuus ja erityisesti sen saataavuus.

Tiedolla voi johtaa ja toimintaa kehittää tietopohjaisesti vain, jos tietoa toiminnasta kerätään systemaattisesti. Valitettavasti tiedon kerääminen ja kirjaaminen nähdään usein rasitteena, vaikka se itse asiassa mahdollistaa oman toiminnan seuraamisen, arvioinnin ja kehittämisen. Tiedon keräämisen ei pidäkään olla yksi erillinen työtehtävä, vaan se pitää saada sisäänrakennettua jokapäiväiseen työhön sujuvasti. Tämän lisäksi erittäin keskeisessä roolissa on tarvittavien kannustimien määrittäminen sekä tiedon kirjaajien motivointi. Kaikista keskeisemmäksi motiiviksi kokonaisvaltaiselle tiedonkirjaamiselle on ammattilaiselle itselleen siitä syntyvä palaute. Tällä hetkellä tiedon kirjaajat kokevat, että heille ei synny kirjaamisessa omaa toimintaa hyödyntävä palautetta mikä alentaa motivaatiota kirjata tietoa toivotulla tasolla. Tarvittavaa analyytiikkaa tähän on saatavilla, joten kyse onkin enemmän olemassa olevan analyytiikan hyödyntämisestä tai sen puuttumisesta kokonaan. Organisaatioiden tulisikin panostaa uusien analysointimenetelmien hyödyntämiseen, jolloin ammattilaisetkin hyötyisivät paremmin kirjaamastaan tiedosta.

Hyvä asia on, että dataa on saatavilla koko ajan enemmän ja enemmän. Tämä mahdollistaa toiminnan analysoinnin kaiken kaikkiaan koko ajan paremmin. Tosin vaikka dataa on ryhdytty varastoimaan ja tallentamaan keskitetysti, on vielä pitkä matka siihen, että kaikki tarvittava tieto ihmisen hyvinvoinnista, terveydestä ja sosiaalisesta tilanteesta olisi helposti hyödynnettävissä. Lainsäädäntökään ei vielä kaikilta osin suoraan mahdollista tiedon yhdistämistä.

Yksi keskeinen ongelma on myös yhteisten tietomallien puuttuminen. Eri järjestelmissä ja organisaatioissa tiedon tallennusrakenne sekä kirjaamiskäytänteet saattavat erota suurestikin. Tiedon keräämiseen ja kirjaamiseen pitäisikin olla käytössä yhtenevät standardit (kerättävä tieto, tiedon rakenne, luokittelu sekä sisältö pitäisi saada yhteneväiseksi).

29.3.2019

Tämän lisäksi osa keskeisistä tiedoista ei ole rakenteistetussa muodossa, vaan ainoastaan tekstimuotoisena kirjaustekstinä. Rakenteisen kirjaamisen osalta suurimmat puutteet ovat käyntisyiden ja diagnoosien kirjaamisessa (ICPC-2 ja ICD-10). Hoitoketjujen mallintamisen näkökulmasta myös episodi-ID:n puuttuminen hankaloittaa toiminnan analysointia. Episodi ID:n avulla olisi mahdollisuus luotettavasti linkittää samaan hoitokokonaisuuteen liittyvät asiointitapahtumat toisiinsa. Myöskään kattavaa tietoa jatkohoidon määräyksestä ei ole kovinkaan usein käytettävissä. Terveysyötyjen ja terveystietojen näkökulmasta riski-indikaattoritiedon kerääminen rakenteistetusti on myös vasta alkutekijöissä. Jatkossa hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa keskeisenä tulee olemaan myös omahoito ja omatietovarannon tietojen hyödyntäminen osana asiakkaiden hoitopolkujen analysointia.