

lökkäät päivystyksen käyttäjinä

70 vuotta täyttäneiden tamperelaisten
päivystyskäynnit vuosina 2011–2012

Eija Haapamäki, Heini Huhtala, Tuuli Löfgren,
Elina Mylläri, Lauri Seinälä & Jaakko Valvanne

Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus
Elderly people's services: use, costs, effectiveness and financing (ELSE)
Projektin julkaisu nro 3

Julkaisusarjan on toimittanut Kuntaliiton sosiaali- ja terveystieteiden ELSE-projektiryhmä:

Teija Mikkola, erityisasiantuntija, projektipäällikkö

Tarja Myllärinen, johtaja, projektin ohjausryhmän puheenjohtaja

Hannele Häkkinen, erityisasiantuntija

Päivi Koivuranta-Vaara, hallintoylilääkäri

Tero Tyni, erityisasiantuntija

Sami Uotinen, johtava lakimies

Eevaliisa Virnes, erityisasiantuntija

Kuvat sivuilla 4 ja 31: Heli Sorjonen
Muut kuvat: Jaakko Valvanne
Taitto: Nina Palmu-Pietilä
ISSN 2342-3757
ISBN 978-952-293-250-1 (pdf)

Helsinki 2014
© Suomen Kuntaliitto
Toinen linja 14, 00530 Helsinki
Puh. 09 7711
www.kunnat.net

Sisältö

Esipuhe	5
1 Johdanto	7
1.1 Lääkkäiden päivystyksen käyttöön liittyvien kysymysten ajankohtaisuus	7
1.2 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset	8
2 Päivystyksen käytön aiempi tutkimus	9
3 Tutkimusaineisto ja tutkimusmenetelmät	13
4 Lääkkäät tamperelaiset päivystyksen käyttäjinä	15
4.1 Tyypillisin päivystyspalvelujen käyttäjä on 80–84-vuotias nainen	15
4.2 Maanantai viikon kiireisin päivä	15
4.3 Päivystyskäynnin kesto 2–4 tuntia	17
4.4 Päivystykseen yleisimmin kotoa tai palveluasumisesta	18
4.5 Päivystyksestä usein jatkohoitoon sairaalaan	18
4.6 Huonovointisuus ja väsymys yleisin diagnoosi	19
4.7 Yleistilan lasku yleistyi iän myötä	19
5 Pohdinta	21
6 Kehittämisenäkymiä	29
Viitteet	31
Lähteet	32
Tiivistelmä	35
Kirjoittajat	36



Esipuhe

Suomen Kuntaliitto selvittää projektissaan Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus (Elderly people's services: use, costs, effectiveness and financing – ELSE) valtakunnallisten rekisteriaineistojen ja muiden tietojen avulla, kuinka ikääntyneen väestön palvelut voidaan järjestää kokonaistaloudellisesti parhaalla mahdollisella tavalla. Projektissa levitetään myös tietoa siitä, miten palvelutuotantoa kehittämällä voidaan parantaa tuottavuutta ja vaikuttavuutta. Vuosina 2014–2016 toteutettavan projektin yhteistyökumppaneina ovat Kela, STM ja Sosiaalialan Työnantajat ry.

Projektin julkaisusarjassa julkaistaan tuloksia ja ajankohtaisia kirjoituksia ikääntyneen väestön palveluista. Projektin toisessa julkaisussa *Miksi iäkäs ihminen lähtee päivästykseen?* LL Elina Mylläri, FT Tapio Kirsi ja geriatrian professori Jaakko Valvanne tarkastelivat iäkkäiden päivästykseen hakeutumisen syitä haastatteleamalla kotona asuvia päivästykspotilaita. Tässä projektin kolmannessa julkaisussa *Iäkkäät päivästyksen käyttäjinä* LL Eija Haapamäki, FM Heini Huhtala, LL Tuuli Löfgren, LT Lauri Seinälä sekä Elina Mylläri ja Jaakko Valvanne kuvaavat ja selittävät iäkkäiden tamperelaisten päivästykspalvelujen käyttöä yhteispäivästyksessä Acutassa potilastietojärjestelmistä saatujen tietojen avulla.

Haapamäen ja kumppaneiden tutkimus osoittaa, että iäkkäiden päivästyksen käyttö on hyvin pitkälle ennakoitavissa. Tutkimuksen mukaan naisten ja miesten päivästykskäyntien määrä vastasi sukupuolten jakaumaa väestössä. Keskimääräinen käyntimäärä päivästyksessä kasvoi suoraviivaisesti iän myötä: 70–74-vuotiaat tekivät keskimäärin 35 päivästykskäyntiä sataa ikäryhmän asukasta kohti vuodessa, mutta 90 vuotta täyttäneillä käyn-tejä oli heihin verrattuna melkein kolminkertainen määrä. Eri viikonpäivistä maanantai osoittautui päivästyksen käytössä muita päiviä hieman vilkkaammaksi. Muina arkipäivinä käyntien määrä oli vakaata. Viikonloppuisin päivästykskäyn-tejä oli arkipäiviä vähemmän. Päivästyksen ruuhkahuiput ajoittuivat klo 9:n ja 16:n välille. Silloin päivästyksessä kävi keskimäärin kolme vanhuspotilasta tunnissa. Päivästykskäynti kesti keskimäärin vajaa viisi tuntia. Sairaalahoitoa tarvitsevien osuus vastasi aiempien kansainvälisten tutkimusten tuloksia: joka toinen päivästykseen hakeutuneista tarvitsi sairaalahoitoa. Tuloksia voidaan hyödyntää päivästyksen resursoinnin ja avohoidon tukipalvelujen suunnittelussa.

Tutkimus toteutettiin hyödyntämällä potilashallinnon tietojärjestelmä Oberonista saatuja tietoja. Tutkimuksessa oli tarkoitus selvittää, mistä iäkkäät ihmiset päivästykspoliklinikalle tulevat ja minne he sieltä siirtyvät. Aineiston tulo- ja lähtöpaikkatietojen kirjaamisprosessin lähempi analysointi kuitenkin osoitti, että tulopaikkatietojen kirjaamiskäytännöt olivat päivästyksessä puutteellisia. Tulopaikkaa koskevat tiedot osoittautuivat tutkimuksen kannalta käyttökelvottomiksi ja jatkohoitopaikkaa koskevat tiedot olivat osin epäluotettavia.

Monet tekijät olivat heikentämässä kerätyn tiedon laatua. Päivästyksessä vallinnut kiire, sairaankuljetuksen mukana tulevien lähetetietojen puuttuminen, olematon tietojen kirjaamisen ohjeistus ja opetus, kirjaamismotivaation puute, välinpitämättömyys kirjauksen

oikeellisuudesta sekä potilashallinnon tietojärjestelmän luokitusrakenne ja luokitusten moniselitteisyys olivat johtamassa tietojen väärinkirjaamiseen. Oberonissa käytetyt tulo- ja lähtöpaikka -luokitukset ovat samat kuin sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoituksen (HILMO) tulo- ja poistumistiedoissa. Käytäntö osoitti, että HILMO:n tulo- ja lähtöpaikkaluokituksen kahta yläluokkaa (1 Laitoshoidon ja 2 Koti, kotihoito ja palveluasuminen) käytettiin runsaasti, vaikka niitä ei suositella käytettäväksi. Erityisesti yläluokkaa 2 Koti, kotihoito ja palveluasuminen, joka oli lyhennetty Oberonin näyttöruudulla Koti, käytettiin runsaasti. Sekaannusta kirjaamisessa aiheutti myös vanhusten ympärivuorokautisten hoitopaikkojen luokitteluun liittyvä kansallinen kirjajuvuus.

Tutkimuksen myötä tuli vahvasti esiin ennakoimaton kehittämiskohde: sosiaali- ja terveydenhuollon tiedon laatu. Kirjoittajat toteavat, että palvelujen piirissä olevien iäkkäiden ihmisten lähetetietoihin ja tiedon siirtoon tulee panostaa tulevaisuudessa enemmän. Palvelurakenteen muutoksen vaikutusten seurannassa tarvitaan tietoa siitä, miten paljon kotihoidossa ja asumispalveluissa asuvat, entistä raihnaammat ja hauraammat ikäihmiset, käyttävät päivystyspalveluja. On oletettavissa, että laitoshoidon korvaaminen kotihoidolla ja tehostetulla asumispalvelulla lisää päivystyspalvelujen käyttöä, ellei lääkäripalvelujen (erityisesti geriatripalvelujen) järjestämiseen kiinnitetä erityistä huomiota. Luotettavia käyntitietoja tarvitaan myös päivystyksen ja asumisyksiköiden välisen yhteistyön kehittämiseksi. 1.1.2015 voimaantuleva asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä (nk. päivystysasetus) luo entistä suurempia paineita keskittää ja kehittää päivystystä. Päivystyksen toiminnan seurannan ja kehittämisen kannalta luotettava ja riittävä tiedonkeruu onkin välttämätöntä, ja päivystyskäynteihin liittyvät kirjaamistarpeet tulee huomioida tietojärjestelmissä.

Huonolaatuisella tiedolla on vähän käyttöarvoa toiminnan seurannassa ja kehittämisessä. Jos järjestelmien tuottaman tiedon laatuongelmia ei osata tunnistaa, voi epäluotettava tieto pahimmillaan johtaa päätöksentekijöitä virheratkaisuihin vajavaisten ja väärien tietojen pohjalta. Kirjaamisesta vastaavien ohjeistaminen ja kouluttaminen on tilanteen korjaamiseksi tärkeää ja lisäksi kirjaamisprosessia olisi hyvä kehittää niin, että tieto siirtyisi paremmin eri järjestelmien välillä. Tavoitteena tulee olla myös turhan ja saman asian moneen kertaan kirjaamisen välttäminen.

Toivomme, että tämä artikkeli on avuksi iäkkäiden päivystyspalvelujen kehittämistyössä, edesauttamassa sosiaali- ja terveydenhuollon tiedon laadun kehittämistä ja lisäämässä ymmärrystä kerätyn tiedon käyttämisestä toiminnan seurannassa ja tutkimusten teossa. Kirjoittajat ovat ansiokkaasti raportoineet niistä ongelmista, joihin he törmäsivät yrittäessään käyttää tietojärjestelmästä saatuja tietoja – kiitokset siitä heille. Tietojen käyttäminen ja niihin liittyvien ongelmien raportointi on ainoa mahdollisuus kehittää tiedon laatua. Mitä enemmän kerättyjä tietoja käytetään, mitä pidemmällä aikavälillä niitä seurataan ja mitä tarkemmin kerättyjä tietoja analysoidaan, sitä paremmaksi tiedon laatu ajan myötä kehittyy. Vain laadukkaan tiedon pohjalta voidaan tehdä perusteltuja päätöksiä toiminnan kehittämisestä.

Tuula Haatainen
varatoimitusjohtaja
Suomen Kuntaliitto

Tarja Myllärinen
johtaja, sosiaali ja terveys
Suomen Kuntaliitto

1

Johdanto

1.1 Iäkkäiden päivystyksen käyttöön liittyvien kysymysten ajankohtaisuus

Kotona hoidetaan nykyään yhä huonokuntoisempia monisairaita vanhuksia. Heillä vähäinenkin muutos terveydentilassa (esim. virusinfektio, helteestä johtuva kuivuminen tai epäsopiva lääke) voi aiheuttaa toimintakyvyn romahtamisen. Myös muutokset avunsaannissa (kuten puolison joutuminen sairaalahoitoon) tai ympäristössä (esim. putkiremontti), voivat vaarantaa kotona selviytymisen. Lääkärin kotikäyntikään ei välttämättä ratkaise tilannetta, vaan asianmukainen diagnoosi edellyttää usein laboratoriotutkimuksia ja kuvantamistutkimuksia. Jos tarvittavia lisäselvityksiä ei kyetä tekemään avohoidossa, potilaan on hakeuduttava sairaalapäivystykseen.¹

Keskimäärin joka viides päivystyspotilas on yli 75-vuotias.² Väestön ikääntyessä geriatristen päivystyspotilaiden kokonaismäärä ja osuus päivystyspalvelujen käyttäjistä kasvaa. Huipussaan sen arvioidaan olevan maassamme vuonna 2030.³

Vanhusten akuuttihoitoon kehittämistä pidetään geriatrien keskuudessa tärkeänä. Muun muassa Italiaan on perustettu geriatriasia päivystyspisteitä.⁴ Italialainen malli on innoittanut myös Turkua ja Lahtea. Turun kaupunginsairaalassa toimii matalakynnyksinen geriatrinen arviointiyksikkö, joka on tarkoitettu äkillisesti sairastuneille vanhuksille tilanteen arviointiin ja jatkohoidon järjestämiseen. Myös Lahden kaupunginsairaalassa oli vuoden ajan (2013–2014) toiminnassa geriatrinen arviointiyksikkö, jossa hoidettiin kotihoidon, palveluasumisen ja omaishoidon tuen piirissä olevia, äkillisesti sairastuneita vanhuksia. Toiminta on kuitenkin sittemmin lopetettu taloudellisten syiden takia.

Päivystysasemilla tulisi kiinnittää erityishuomiota geriatriseen osaamiseen, jotta välttäisiin sekä yli- että alihoitamasta vanhuspotilaita.⁵ Nykyisin lääkärit arvioivat iäkkäiden päivystyspotilaiden määrän suuremmaksi kuin se todellisuudessa on, ja lääkäreiden itseluottamus iäkkäiden päivystyspotilaiden hoidossa on vähäisempää kuin nuorempien.⁶

Vaikka iäkkäiden potilaiden päivystyskäynnit ovat pääosin perusteltuja, niiden epätarkoituksenmukainen käyttö tulee pyrkiä minimoimaan. Hoidon jatkuvuuden sekä omalääkärin tai muun ensilinjan lääkärikontaktin on todettu vähentävän yli 65-vuotiaiden päivystyskäyntejä.⁷

Iäkkäiden päivystyksen käyttöön liittyvät kysymykset ovatkin ajankohtaisia palvelujärjestelmän kehittämisen kannalta: on tärkeä saada tutkittua tietoa päivystyspalvelujen käytöstä ja tunnistaa palvelujen käyttöön liittyviä syitä.

1.2 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksemme tarkoituksena on kuvata ja selittää iäkkäiden päivystyspalvelujen käyttöä. Tutkimuksen kohteena ovat Tampereen yhteispäivystys Acutassa vuosina 2011–2012 käyneiden 70 vuotta täyttäneiden tamperelaispotilaiden päivystyskäynnit.

Tutkimuskysymykset ovat:

- Miksi päivystykseen hakeudutaan?
- Mistä päivystyspoliklinikalle tullaan?
- Onko sukupuolten ja eri ikäryhmien välillä eroja päivystyspalveluiden käytössä?
- Minä viikonpäivinä ja vuorokauden aikoina päivystykseen yleisimmin hakeudutaan?
- Kauanko käynti päivystysasemalla kestää?
- Minne iäkäs potilas siirtyy päivystysasemalta?
- Mitkä ovat yleisimpiä siirto- tai kotiutusdiagnooseja?
- Mikä diagnoosi yleistilan laskun vuoksi päivystykseen hakeutuneelle iäkkäälle potilaalle yleisimmin annetaan?

2

Päivystyksen käytön aiempi tutkimus

Iäkkäille päivystyspotilaille on tyypillistä, että heillä on useita terveysongelmia ja sairauksia, jotka yhdessä muodostavat kompleksisen kokonaisuuden. Iäkkäiden päivystyskäyntien kesto on nuorempiin aikuispotilaisiin verrattuna pidempi, ja heille tehdään enemmän laboratorio- ja kuvantamistutkimuksia. Silti iäkkäiden diagnoosit eivät ole yhtä tarkkoja kuin nuorempien. Vanhuspotilaat otetaan nuorempia useammin sairaalahoitoon (30–50 % vs. 10–20 %). Heillä on myös enemmän epäedullisia seurauksia, kuten uusia päivystyskäyntejä, toimintakyvyn laskua tai laitokseen siirtymisiä, päivystyksestä kotiutumisen jälkeen.⁸

On suhteellisen niukasti tutkimustietoa siitä, mistä iäkkäät tulevat päivystykseen. Brittiläisessä tutkimuksessa sairaalan ensiapuasemalle tulleista potilaista 1,3 % oli hoitokotien asiakkaita.⁹ Ranskalaisen yliopistosairaalan ensiapuaseman yli 70-vuotiaista potilaista 69 % asui omassa kodissaan.¹⁰

Aiempien tutkimusten mukaan iäkkäät naiset käyttävät päivystyspalveluita miehiä enemmän. Iso-Britanniassa geriatrisen akuuttisairaalan potilaista 60 % oli naisia.¹¹ Yliopistosairaaloiden ensiapuasemilla Ranskassa yli 70-vuotiaista päivystyspotilaista 67 % oli naisia.¹² Vastaavasti belgialaisessa aineistossa yli 75-vuotiaista päivystyksen käyttäjistä 56 % oli naisia.¹³ Kirjallisuuden perusteella ei ole yksiselitteisesti pääteltävissä, johtuuko tämä sukupuolijakaumasta vanhusväestössä vai iäkkäiden naisten yliedustuksesta päivystyksessä.

Päivystyspalvelujen resursoinnin kannalta on olennaista tietää, onko päivystyspalvelujen käytössä eroa eri viikonpäivien välillä. Sekä iäkkäiden että nuorempien potilaiden on todettu käyttävän päivystystä eniten maanantaisin (15,7 % kaikista käynneistä molemmissa ikäryhmissä). Suurin ero ikäryhmien välillä on todettu olevan sunnuntaina, joka on nuorille toiseksi vilkkain (14,4 %) mutta iäkkäille kaikkien hiljaisin viikonpäivä (12,5 %).¹⁴ Iäkkäiden käynneistä suurin osa näyttää ajoittuvan aamuun ja päivään, nuorilla taas suurempi osa käynneistä tapahtuu iltaisin.¹⁵

Iäkkäiden tutkiminen päivystyspoliklinikalla kestää kauemmin kuin nuorempien potilaiden. Nuorempiin potilaisiin verrattuna ikäihmisten viettämä kokonaisaika päivystyksessä on katsausten mukaan 20–60 % pidempi.¹⁶ Amerikkalaistutkimuksessa, jossa analysoitiin päivystyskäyntejä vuodelta 1991, 65 vuotta täyttäneiden henkilön päivystyspoliklinikkakäynti kesti keskimäärin 140 minuuttia ja nuorempien keskimäärin 89 minuuttia.¹⁷ Tuoreemmassa monikansallisessa tutkimuksessa 75 vuotta täyttäneiden iäkkäiden potilaiden päivystyskäynti kesti selvästi pidempään, keskimäärin (mediaani) 195 minuuttia.¹⁸ 65 vuotta täyttäneiden potilaiden on todettu joutuvan yöpymään päivystyspoliklinikalla lähes kolme kertaa todennäköisemmin kuin nuorempien aikuispotilaiden (14 % vs. 5 %).¹⁹

Päivystykseen hakeutumisen syyt vaihtelevat tutkimuksittain (ks. taulukko 1.).

Taulukko 1. Päivystykseen hakeutumisen syitä eri tutkimuksissa

Tutkimus	Päivystykseen hakeutumisen syyt
Hamdy & Forrest 1997	USA:ssa maaseutusairaalan päivystykseen hakeutuneiden 65 vuotta täyttäneiden kolme yleisintä tulosyytä: - kipu (22 %), - suolistovaivat (14 %), joihin sisältyivät vatsakipu, pahoinvointi ja oksentelu, ummetus/ripuli sekä peräsuolen verenvuoto ja - hengenahdistus (13 %).
Tampereen kaupunki 2001	Tampereen Hatanpään päivystysasemalla tammikuussa 1999 kolme yleisintä yli 65-vuotiaiden tarkkailupotilaiden tulosyytä: - sydänperäiset oireet (rintakipu, rytmihäiriö, rintatuntemus tai sydänoireet), - kotona pärjäämättömyys sekä - alentunut yleistila ja tapaturmat
Onen ym. 2001	Ranskassa yliopistollisen sairaalan ensiapuasemalle hakeutuneiden vanhusten tavallisimmat tulosyyt: - epäspesifit yleisoireet (32 %), - sydän ja verenkiertoelimistön oireilu (32 %), - neuropsykiatrinen häiriö (28 %) ja - kaatuminen (8 %)
Vanpee ym. 2001	Belgialaisen yliopistosairaalan ensiapuasemalle hakeutuneiden vanhusten yleisin tulosyy: - yleistilan muutos (22 %:lla) - hengenahdistus (15 %) - kaatuminen/trauma (15 %)
O'Mahony ym. 2009	Yleisimpiä tulosyitä geriatriselle päivystysasemalle Isossa-Britanniassa: - kaatuminen (20 %), - infektio (16 %), - kipu (13 %), - hengenahdistus (12 %) ja - aivoverenkiertohäiriö (6 %)
Bhalla ym. 2011	Viiden vuoden seurannassa Yhdysvalloissa yli 65-vuotiaiden päivystyskäyntien viisi yleisintä tulosyytä: - trauma, - hengenahdistus, - rintakipu, - vatsakipu sekä - väsymys ja uupumus

Myös yleisimmät siirto- ja kotiutusdiagnoosit vaihtelevat eri tutkimuksissa. Yhdysvaltalaistutkimuksessa kolme yleisintä diagnoosia yli 65-vuotiailla ensiapuasemilta kotiutuneilla olivat kaatuminen/loukkaantuminen (19 %), sydänsairaus (18 %) sekä ateroskleroottinen sydänsairaus (11 %), jonka alaryhmänä sydämen vajaatoiminta (7 %).²⁰ Kattavassa amerikkalaistutkimuksessa tavallisimmat diagnoosit päivystysasemalta kotiutuessa olivat rintakipu (4,2 %), kongestiivinen sydämen vajaatoiminta (2,9 %), vatsakipu (2,8 %), keuhkokuume (2,3 %) ja tajunnan menetys (synkopee) (2,3 %).²¹ Tampereen päivystyspoliklinikka Acutan erikoissairaanhoidon päivystyspisteessä hoidettujen yli 75-vuotiaiden kolme yleisintä diagnoosia vuonna 2010 olivat eteisvärinä (14,9 %), sepelvaltimotauti (10,2 %) sekä lonkan ja reiden vamma (9,3 %).²²

Akuutisti sairastuneiden ikäihmisten hoitoon hakeutumisen syyt saattavat vaikuttaa lääketieteellisesti katsottuna epämääräisiltä. Tällaisia syitä ovat esimerkiksi kotona pär-

jäämättömyys, kaatuilu ja sekavuus. Epäspesifisten oireiden syynä saattaa kuitenkin olla vakava syy kuten akuutti infektio, sydäntapahtuma tai aivoverenkierron häiriö. Hallitsevat oireet tulevat tällöin esiin niistä elinjärjestelmistä, jossa reservikapasiteetti on vähäinen. Geriatrisen päivystyspoliklinikan käyntejä tarkasteltaessa on erilaisten oireiden taustalta löydetty yhteisvaikuttavina tekijöinä eri elinjärjestelmien pettäminen. Näistä tärkeimpinä aivot (62 %), sydän- ja verenkiertoelimistö (61 %) sekä tukiranka (54 %).²³ Oireita voivat aiheuttaa myös vanhuspotilaan yhtäaikaisten somaattiset ja psyykkiset sairaudet sekä polyfarmasia.²⁴

Suomessa käytetään useinyleistilan laskua päivystykseen lähettämisen syynä. Kansainvälisesti yleistilan laskun sijaan näytetään käytettävän muuta ilmaisua, kuten yleistä heikkoutta tai uupumusta. Yhdysvaltojen ensiapuasemilla käyneillä, 65 vuotta täytäneillä heikkous ja uupumus olivat tulossyynä kuudella prosentilla.²⁵ Se oli samalla neljänneksi tai viidenneksi yleisin tulos tutkimusvuodesta riippuen.²⁶ Yleisimmiksi diagnooseiksi määritettiin huonovointisuus ja uupumus, keuhkokuume tai virtsatieinfektio.²⁷ Belgiassa yleistilan muutoksen tai yleisoireiden on todettu olevan päivystyskäynnin syynä viidesosalla iäkkäistä potilaista. Heistä joka toisella on todettu jokin päivystyksellistä hoitoa vaativa sairaus, kuten keuhkokuume, sydämen vajaatoiminta, aivohalvaus tai äkillinen sekavuustila.²⁸

Iäkkäät päivystyspotilaat tarvitsevat nuorempia useammin sairaalahoitoa. Belgialaisen yliopistosairaalan ensiapuasemalta kotiutettiin yli 75-vuotiaista potilaista 31 %, loput jäivät sairaalahoitoon, yleisimmin geriatriselle (30 %), keuhkosairauksien (14 %) tai kardiologiselle osastolle (13 %).²⁹ Ranskalaisen yliopistosairaalan päivystysasemalta kotiutuneista yli 70-vuotiaista 13 % siirtyi aikaisempaan asuinpaikkaansa, sairaalaan otetuista 55 % siirtyi erikoisalojen osastoille ja 19 % geriatriselle osastolle.³⁰ Tuoreen katsauksen mukaan kolmasosa – puolet iäkkäiden päivystyskäynneistä johtaa sairaalahoitoon.³¹

Kirjallisuuskatsauksen perusteella on pääteltävissä iäkkäiden potilaiden päivystyskäynteihin liittyvän tiettyjä erityispiirteitä. Päivystyspoliklinikoiden iäkkäissä potilaissa on enemmän naisia kuin miehiä ja enemmän kotoa kuin pitkäaikaishoidosta tulleita. Iäkkäiden käynnit painottuvat arkipäiviin ja maanantait ovat muita viikonpäiviä vilkkaampia. Päivystyspoliklinikalle hakeutumisen yleisimmät syyt iäkkäillä ovat moninaisia ja eri tutkimusten välillä on vaihtelua. Myös yleisimmät kotiutusdiagnoosit vaihtelevat tutkimuksittain, eikä ole voitu selkeästi osoittaa yleisintä syytä tai sairautta, joka tuo ikäihmisen päivystysvastaanotolle. Päivystyspoliklinikoiden iäkkäistä potilaista huomattava osa tarvitsee sairaalahoitoa.

Vaikka kansainvälisten tutkimusten perusteella on vedettävissä joitakin johtopäätöksiä iäkkäiden päivystyspalveluiden käytöstä, on asiaa syytä tutkia myös kotimaisen aineiston pohjalta. Eri maiden välillä on havaittu suuriakin eroavaisuuksia päivystyskäytännöissä.³² Muualla saadut tulokset eivät siten välttämättä ole täysin sovellettavissa Suomeen.



3

Tutkimusaineisto ja tutkimusmenetelmät

Tutkimuksen aineisto muodostui 70 vuotta täyttäneiden tamperelaisten päivystyskäyneistä yhteispäivystys Acutassa vuosina 2011–2012. Ensiapu Acuta on Tampereen sosiaali- ja terveystoimen ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ympärivuorokautinen yhteispäivystyksikkö, jolla on yhteinen kiireellisyysjärjestyksen arviointi (triage), hoitohenkilöstö ja hallinto.

Aineisto saatiin Oberon-tietojärjestelmästä, johon kirjataan potilaan käyntiin liittyvät tilastoitavat tai laskutettavat tapahtumat. Ajanjaksolla 1.1.2011–31.12.2012 alkaneita käyntikertoja oli yhteensä 37 862. Näistä suljettiin pois käynnit, joiden tyyppi oli jokin muu kuin päivystys tai terveyskeskuspäivystys. Esimerkiksi konsultaatiot, jatkokäynnit ja puhelut jätettiin tarkastelun ulkopuolelle. Lisäksi aineistoa rajattiin siten, että mukaan otettiin vain käynnit, joilla potilaan hoito oli alkanut kyseisellä kerralla. Tällöin huomioon otettiin ainoastaan päivystykseen saapuminen. Esimerkiksi perusterveydenhuollon päivystyksestä erikoissairaanhoidon päivystykseen siirtymistä ei otettu mukaan analyysiin. Poissulkujen jälkeen käyntien lukumääräksi muodostui 26 767. Tuloksia tarkastellessa on otettava huomioon, että samat potilaat ovat saattaneet tehdä useita käyntejä vuosina 2011 ja 2012. Potilaskohtaista tarkastelua ei tehty.

Aineiston ja tulo- ja lähtöpaikkatietojen kirjaamisprosessin lähempi analysointi osoitti, että tulopaikkojen kirjaamiskäytännöt ovat Acutassa vaihtelevia ja sattumanvaraisia. Lähtötietoja koskevat kirjaukset ovat tulotietoja luotettavampia etenkin sairaaloihin siirtymisten osalta, sillä ne kirjataan sairaalakohtaisten koodien mukaan.

Päivystyskäyntien kestoa määritettäessä otettiin huomioon päivystykseen saapumisaika ja poistumisaika. Mikäli potilas siirtyi perusterveydenhuollon puolelta erikoissairaanhoidon päivystysalueelle, tarkasteltiin ainoastaan perusterveydenhuollossa vietettyä aikaa. Myös alkaneiden käyntien lukumäärä tunnissa vuorokauden eri aikoina määritettiin.

Aineiston päädiagnoosi -kenttään oli merkitty useimmiten vain yksi diagnoosikoodi. Mikäli päädiagnoosikentässä oli useampi kuin yksi diagnoosikoodi, huomioitiin nämä kaikki erillisiksi diagnooseiksi. Sivudiagnoosi oli kirjattu vain harvojen käyntien kohdalla, mikä vuoksi ne jätettiin tarkastelun ulkopuolelle.

Tulosyy merkitään Oberon-tietojärjestelmään vapaana tekstinä. Yleistilan laskun vuoksi päivystykseen tulleiden potilaiden taustatietojen selvittämiseksi käytiin kaikkien käyntien tulosyy-kentät manuaalisesti läpi. Näistä poimittiin tulossyyt, joissa esiintyi ”yleistilan lasku” jossain muodossa (esim. yt lasku, yt:n lasku, yleistilan lasku, yleisvoinnin lasku, huonontunut yleiskunto ja yleisvoinnin lasku). Yleistilan laskun vuoksi tehtyjä käyntejä oli 3 368.

Oberon-järjestelmästä tiedot siirrettiin Microsoft Excel-taulukkolaskentaohjelmaan ja analysoitiin SPSS-ohjelmalla ristiintaulukointia käyttämällä.



4

Iäkkäät tamperelaiset päivystyksen käyttäjinä

4.1 Tyypillisin päivystyspalvelujen käyttäjä on 80–84-vuotias nainen

Yli 70-vuotiaat tamperelaiset tekivät vuosina 2011–2012 yhteensä 26 767 käyntiä yhteispäivystys Acutassa. Näistä 78,1 % kohdistui perusterveydenhuollon päivystykseen. Vuorokaudessa käyntejä oli keskimäärin 36,7.

Noin kaksi kolmasosaa (64,3 %) kävijöistä oli naisia. Naisten osuus päivystyskäynneistä oli suurin vanhimmissa ikäryhmissä. Eniten käyntejä oli 80–84-vuotiailla (ks. taulukko 2). Naisten osuus käynneistä vastaa ikäryhmän sukupuolijakaumaa. Tilastokeskuksen väestötilaston mukaan 70 vuotta täyttäneistä tamperelaisista 63,6 prosenttia oli naisia vuonna 2011. Vuonna 2012 naisten osuus oli 63,4 %.

Taulukko 2. Päivystyskäyntien jakaantuminen vuosina 2011–2012, Tampereen kaupungin iäkkään väestön ikäjakauma 31.12.2011 ja keskimääräinen käyntimäärä ikäryhmittäin

Iäkkäiden käynnit päivystyspoliklinikalla			Tampereen iäkäs väestö 31.12.2011*			Keskimääräinen käyntimäärä sataa ikäryhmän asukasta kohti vuodessa
Ikäryhmä (v)	Käyntien lukumäärä	Osuus käyn- neistä (%)	Ikäryhmä (v)	Lukumäärä	Osuus iäkkäistä (%)	
70–74	6 025	22,5	70–74	8 599	34,1	35,0
75–79	6 535	24,4	75–79	6 744	26,7	48,5
80–84	6 782	25,3	80–84	5 405	21,4	62,7
85–89	4 831	18,0	85–89	3 073	12,2	78,6
90–	2 594	9,7	90–	1 433	5,7	90,5
Yht.	26 767	99,9	Yht.	25 254	100,1	53,0

* Tampereen kaupunki. Tampereen väestö 31.12.2011 ikäryhmittäin ja osa-alueittain. Tampereen kaupunki, tietotuotanto ja laadunarviointi, B 11/2012 http://www.tampere.fi/material/attachments/v/68KzlqEtA/Tampereen_vaesto_31.12.pdf.

Vaikka tyypillisin päivystyksessä käynyt vanhus oli iältään 80–84-vuotias, kasvoi käyntien määrä jyrkästi tutkittavien iän myötä: 70–74-vuotiaat tekivät keskimäärin 35,0 käyntiä sataa ikäryhmän asukasta kohti vuodessa, mutta 90 vuotta täyttäneillä käyntejä oli heihin verrattuna 2,6-kertainen määrä.

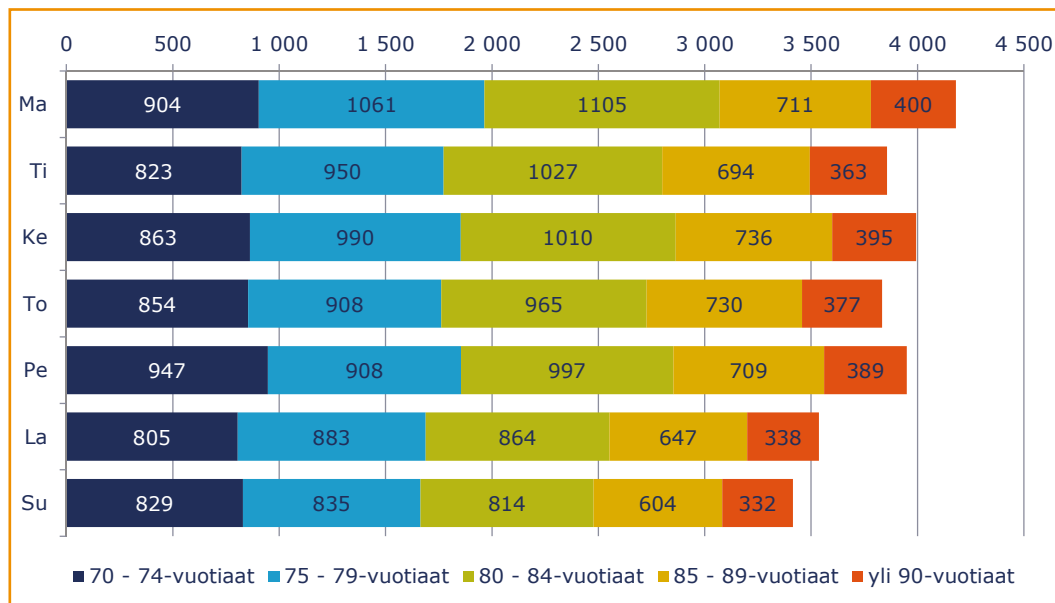
4.2 Maanantai viikon kiireisin päivä

Viikonpäivistä kiireisin oli maanantai, jolloin tapahtui noin kuudesosa (15,6 %) käynneistä. Tiistaista perjantaihin käyntimäärät olivat hieman pienempiä (osuus käynneistä 14,3–14,9 %). Vähiten päivystyskäyntejä iäkkäillä tamperelaisilla oli lauantaisin (13,2 %) ja sunnuntaisin (12,8 %). (Ks. taulukko 3.)

Taulukko 3. Päivystyskäyntien jakautuminen eri viikonpäiville

Viikonpäivä	Käyntien lukumäärä	Osuus käynneistä (%)
Ma	4 181	15,6
Ti	3 857	14,4
Ke	3 994	14,9
To	3 834	14,3
Pe	3 950	14,8
La	3 537	13,2
Su	3 414	12,8
	26 767	100,0

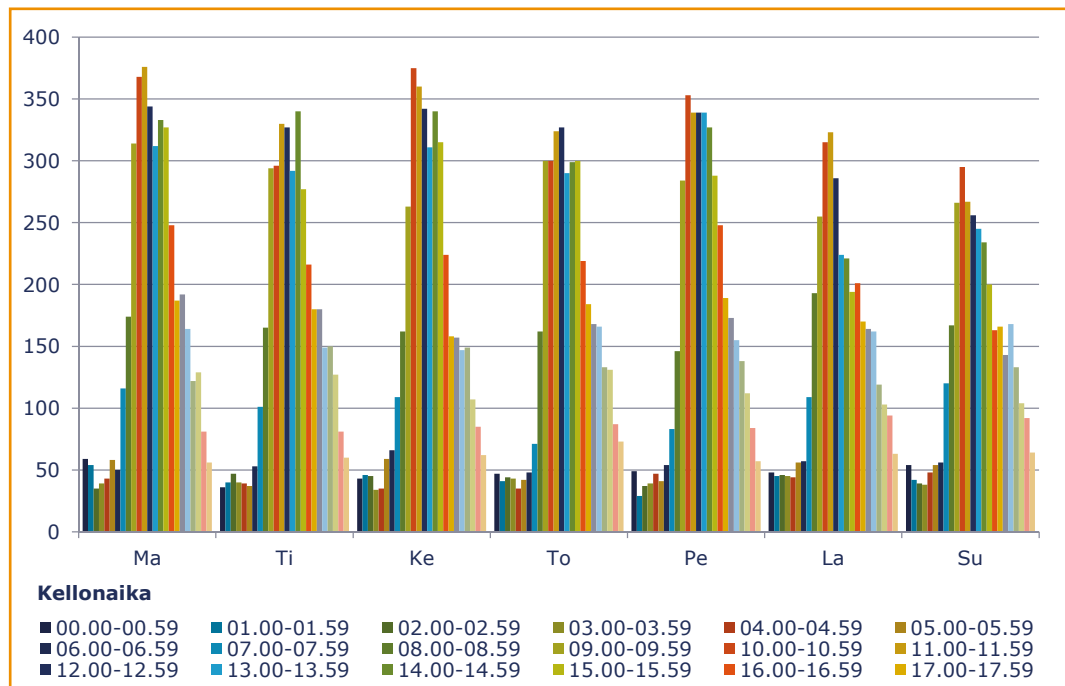
Arkipäivinä eniten päivystyskäyntejä tekivät 80–84-vuotiaat (osuus käynneistä 25,2–26,6 %), viikonloppuisin 75–79-vuotiaat (24,5–25,0 %) (ks. kuva 1).



Kuva 1. Käyntien jakautuminen eri viikonpäiville ikäryhmittäin

Tarkasteltaessa alkaneiden käyntien lukumäärää kellonajan mukaan eri viikonpäivinä havaittiin, että ruuhkahuiput ajoittuivat klo 9 ja 16 välille. Kellonaikainen vaihtelu eri viikonpäivien välillä oli varsin vähäistä (ks. kuva 2).

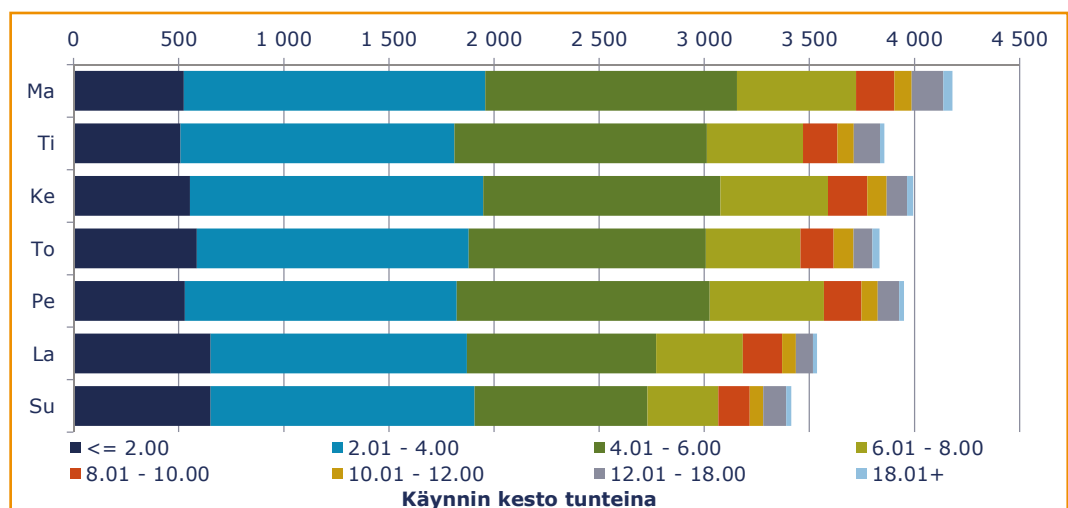
Keskimääräinen käyntitiheys oli 1,5 alkanutta käyntiä tunnissa. Eniten iäkkäitä kävijöitä saapui maanantaisin aikavälillä 9–16, tiistaisin 11–13 sekä 14–15, keskiviikkoisin 10–16, torstaisin 11–13 ja perjantaisin 10–15. Näinä ajankohtina päivystykseen tuli keskimäärin kolme iäkästä potilasta tunnissa. Viikonloppuina yhtä vilkasta oli ainoastaan lauantaisin kello 10–12.



Kuva 2. Alkaneiden käyntien lukumäärä tunnissa kellonajan mukaan eri viikonpäivinä kahden vuoden aikana. Uusien potilaiden määrän tuntia kohden saa jakamalla kuvassa esitetyn käyntimäärän 104:llä eli kahden vuoden viikkojen määrällä (2 x 52).

4.3 Päivystyskäynnin kesto 2–4 tuntia

Päivystyskäynti kesti yleisimmin 2–4 tuntia. Tämän verran vierähti aikaa reilulla kolmanneksella (34,3 %) päivystyskävijöistä. Vajaalla kolmanneksella (28,3 %) päivystyskävijöistä aikaa kului 4–6 tuntia. Käynneistä joka kymmenes (10,1 %) kesti yli 10 tuntia. Viikonloppuisin aikaa käynnillä kului yleisimmin 2–4 tuntia, mutta lyhytkestoisien käyntien (≤ 2 h) osuus oli suurempi kuin arkipäivinä. Pitkäkestoisten käyntien osuus oli maanantaisin hivenen suurempi kuin muina päivinä (ks. kuva 3).



Kuva 3. Päivystyskäyntien määrä kahden vuoden aikana niiden keston (tuntia) mukaan eri viikonpäivinä

Päivystyskäynnit kestivät keskimäärin 4,7 tuntia. Ne olivat viikonloppuisin hieman lyhytkestoisempia kuin arkipäivinä (ks. taulukko 4).

Taulukko 4. Päivystyskäyntien keskimääräinen kesto (tuntia) viikonpäivittäin

Viikonpäivä	Keskiarvo (tuntia)	Mediaani (tuntia)
Ma	4,91	4,18
Ti	4,74	4,17
Ke	4,69	4,08
To	4,64	4,07
Pe	4,72	4,22
La	4,47	3,85
Su	4,41	3,68
Koko viikko	4,66	4,05

4.4 Päivystykseen yleisimmin kotoa tai palveluasumisesta

Valtaosa päivystykseen tulleista tuli kotoaan tai palveluasumisen piiristä (ks. taulukko 5). Kirjaustiedon epäluotettavuus estää tulosten yksityiskohtaisemman tarkastelun.

Taulukko 5. Paikat, joista päivystyskäyntien tekijät kirjattujen tietojen mukaan tulivat päivystykseen

Tulopaikka	Lukumäärä	%
Koti, kotihoito ja palveluasuminen	24 733	92,4
Terveyskeskus	1 206	4,5
Muu ympärivuorokautinen palveluasuminen	419	1,6
Sairaala	273	1,0
Vanhainkoti	65	0,2
Vanhusten ympärivuorokautinen palveluasuminen	27	0,1
Muu laitoshoido	20	0,1
Laitos	17	0,1
Kuntoutuslaitos	3	0,0
Päihdehuollon laitos	2	0,0
Kehitysvammaisten autettu asuminen	1	0,0
Kotihoito/ei ympärivuorokautinen	1	0,0
	26 767	100,0

4.5 Päivystyksestä usein jatkohoitoon sairaalaan

Vajaa puolet (46,4 %) päivystyksessä käyneistä palasi kotiin tai palveluasuntoon. Puolet käynneistä (50,6 %) johti jatkohoitoon joko Tampereen yliopistolliseen sairaalaan (29,2 %) tai johonkin kaupungin sairaaloista (21,4 %). Pieni osa (2,2 %) kävijöistä ohjattiin muualle, kuten erilaisiin laitoksiin tai vanhainkoteihin. Osa päivystyskäynneistä (0,8 %) päättyi kuolemaan. (Ks. taulukko 6.)

Taulukko 6. Jatkohoitopaikat, joihin päivystyskäyntien tekijät kirjattujen tietojen mukaan siirtyivät

Jatkohoitopaikat	Lukumäärä	%
Koti, kotihoito ja palveluasuminen	12 421	46,4
Sairaala (= Tampereen yliopistollinen sairaala TAYS)	7 803	29,2
Terveyskeskus (= Tampereen kaupungin sairaalat)	5 738	21,4
Laitos	477	1,8
Muu laitoshoido	50	0,2
Kuntoutuslaitos	31	0,1
Vanhainkoti	8	0,0
Vanhusten ympärivuorokautinen palveluasuminen	6	0,0
Kotihoito/ei ympärivuorokautinen	4	0,0
Muu ympärivuorokautinen palveluasuminen	3	0,0
Päihdehuollon laitos	2	0,0
Ei merkintää	1	0,0
Kuolleet	223	0,8
	26 767	100,0

4.6 Huonovointisuus ja väsymys yleisin diagnoosi

Siirto- tai kotiutusdiagnoosien kirjo oli laaja. Kymmenen yleisintä diagnoosia kattoi reilun neljänneksen (28,2 %) kaikista päädiagnooseista. Yleisin oli huonovointisuus ja väsymys (5,2 %), toiseksi yleisin eteisvärinä tai eteislepatus (4,8 %) ja kolmanneksi yleisin keuhkokuume (3,2 %). Seuraavaksi yleisimmät päädiagnoosit olivat sydämen vajaatoiminta, pyöritys ja huimaus sekä vatsakipu. (Ks. taulukko 7.) Päädiagnoosia ei ollut merkitty lainkaan 4,2 %:lla (n = 1 124).

Taulukko 7. Kymmenen yleisintä päädiagnoosia

ICD-10-luokituksen mukainen diagnoosi	lkm	%
R53 Huonovointisuus ja väsymys	1 402	5,2
I48 Eteisvärinä tai eteislepatus	1 290	4,8
J18.9 Määrittämätön keuhkokuume	865	3,2
R07.4 Määrittämätön rintakipu	724	2,7
I50.9 Tarkemmin määrittämätön sydämen vajaatoiminta	696	2,6
R42 Pyöritys ja huimaus	596	2,2
R10.4 Muu tai määrittämätön vatsakipu	550	2,1
N39.0 Sijainniltaan määrittämätön virtsatieinfektio	487	1,8
R06.0 Hengenahdistus	486	1,8
N30.9 Määrittämätön virtsarakkotulehdus	479	1,8

Päivystyskäyntien päädiagnooseista 26,4 % oli ICD-10-koodiston R-diagnooseja (muualla luokitamattomat oireet, sairaudenmerkit sekä poikkeavat kliiniset ja laboratoriolöydökset). Toiseksi suurimman päädiagnoosiryhmän (16,5 % käynneistä) muodostivat I-diagnoosit eli verenkiertoelinten sairaudet.

4.7 Yleistilan lasku yleistyi iän myötä

Yleistilan lasku oli kirjattu tulosityksi 3 368 käynnillä (12,6 % kaikista käynneistä). Naisten osuus käynneistä oli 65,4 %. Yleistilan laskun vuoksi päivystykseen hakeutuminen yleistyi iän mukaan (ks. taulukko 8).

Taulukko 8. Yleistilan laskun vuoksi tehdyt päivystyskäynnit ikäryhmittäin

Ikäryhmä	Käyntien lukumäärä	Yleistilan laskun vuoksi tehtyjen käyntien osuus kaikista käynneistä (%)
70–74	404	6,7
75–79	603	9,2
80–84	922	13,6
85–89	840	17,4
90–	599	23,1
	3 368	12,6

Yleisin diagnoosikoodi yleistilan laskun vuoksi tehdyillä päivystyskäynneillä oli R53 eli huonovointisuus ja väsymys (taulukko 9). Diagnoosia R53 käytetään yleisesti epäspesifinä käsitteenä yleistilan laskun tai ”kotona pärjäämättömyyden” merkityksessä. Tähän oirediagnoosiin päädyttiin viidesosassa yleistilan laskun vuoksi tehdyistä päivystyskäynneistä.

Taulukko 9. Kymmenen yleisintä päädiagnoosia yleistilan laskun vuoksi tehdyillä käynneillä (N = 3 368)

ICD-10-luokituksen mukainen diagnoosi	lkm	%
R53 Huonovointisuus ja väsymys	700	20,8
J18.9 Määrittämätön keuhkokuume	255	7,6
N39.0 Sijainniltaan määrittämätön virtsatieinfektio	133	3,9
N10 Akuutti tubulointerstitiaalinen munuaistulehdus	119	3,5
N30.9 Määrittämätön virtsarakkotulehdus	103	3,1
R50.9 Määrittämätön kuume	103	3,1
I50.9 Tarkemmin määrittämätön sydämen vajaatoiminta	95	2,8
A09 Tarttuvaksi oletettu ripuli ja maha-suolitulehdus	94	2,8
J20.9 Määrittämätön akuutti keuhkoputkitulehdus	80	2,4
R42 Pyörrytys ja huimaus	63	1,9

Yleistilan vuoksi tehtyjen päivystyskäyntien päädiagnooseista 35,7 % oli ICD-10 -koodiston oire- eli R-diagnooseja. Seuraavaksi eniten oli N-diagnooseja eli virtsa- ja sukupuolielinten sairauksia (13,5 %) ja J-diagnooseja eli hengityselinten sairauksia (12,8 %).

Yleistilan laskun vuoksi päivystykseen tulleista 10,5 %:lla diagnosoitiin virtsateiden tulehdus, 7,6 %:lla keuhkokuume ja 2,8 %:lla sydämen vajaatoiminta. Päädiagnoosia ei ollut merkitty 3,9 %:ssa käynneistä.

5

Pohdinta

Vuosia 2011 ja 2012 koskeneiden käyntitietojen perusteella 70 vuotta täyttäneet tamperelaiset hakeutuivat päivystykseen moninaisten syiden takia. Puolet heistä tarvitsi sairaalahoitoa. Iäkkäitä kävijöitä oli keskimäärin 37 vuorokaudessa, ja vilkkaimpina aikoina heitä tuli päivystykseen keskimäärin kolme tunnissa. Noin kaksi kolmasosaa päivystyspotilaista oli naisia, mikä vastaa naisten osuutta ko. ikäryhmässä. Käyntimäärä oli vahvasti yhteydessä potilaiden ikään. Käyntimäärä 70–74-vuotiailla oli keskimäärin 35 käyntiä sataa ikäryhmän asukasta kohti vuodessa, kun vastaava luku 90 vuotta täyttäneillä oli 90,5. Päivystyksen käytössä oli vaihtelua sekä viikonpäivien että kellonajan suhteen. Maanantai erottui muita arkipäiviä vilkkaampana, kun taas viikonloppuisin päivystyksellisen hoidon tarve oli arkipäiviä vähäisempää. Käynnit kestivät keskimäärin 4,7 tuntia ja ajoittuivat useimmiten keski- ja iltapäivään. Noin 13 %:lle oli kirjattu tulosyyksi yleistilan lasku. Oireen taustalta löytyi melko usein vakava syy, kuten alahengitystieinfektio tai sydämen vajaatoiminta, mutta läheskään aina yleistilan laskun syy ei päivystyksessä selvinnyt.

Tutkimuksen luotettavuus

Käytössä ollut aineisto käsitteli iäkkäiden päivystyskäyntejä, eli samat henkilöt ovat voineet tehdä useita käyntejä seuranta-aikana. Vertailu aikaisempiin tutkimuksiin esimerkiksi sukupuoli- tai ikäjakauman suhteen ei ole aivan suoraviivaista, sillä muissa tutkimuksissa kohteena ovat olleet pääsääntöisesti potilaat, eivät käynnit.

Käyntejä tehtiin kahden vuoden seuranta-aikana huomattavan paljon ($n = 26\,767$), mikä lisää havaintojen luotettavuutta. Aineistosta kävi kuitenkin ilmi, että tulopaikkaa koskevat tiedot osoittautuivat laadultaan käyttökelvottomiksi. Myös jatkohoitopaikkaa koskevat tiedot olivat osin epäluotettavia.

Tiedot tulo- ja jatkohoitopaikasta saatiin Oberonista. Oberon on yliopistosairaaloissa käytössä oleva potilashallinnon tietojärjestelmä. Sillä hoidetaan laskutukseen, tilastointiin, ajanvaraukseen ja taustatietoihin liittyviä toimintoja.³³ Oberon on sairauskertomusjärjestelmä Mirandan ohella osa Uranus-potilastietojärjestelmää.

Oberonin avo- ja osastohoidot -sovelluksella kirjataan käyntien ja vuodeosastohoitojaksojen tiedot. Näiden tietojen perusteella muodostetaan myös kunta- ja potilaslaskutustiedot.³⁴ Tietojärjestelmään merkitään, mistä potilas tulee ja minne hänet ohjataan jatkohoitoon. Oberonissa käytetty tulopaikka ja lähtöpaikka -luokitukset ovat samat kuin sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoituksen (HILMO) tulo- ja poistumistiedoissa.

Erityisesti tulopaikan määrittämiseen (taulukko 10) näyttää käytännössä liittyvän ongelmia. Myös kirjaamiskäytännöt herättävät hämmennystä.

Taulukko 10. Tulopaikan määrittely sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoituksen (HILMO) tulo- ja poistumistiedoissa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013)

Mistä tuli / Aikaisempi hoitopaikka kuva, mistä henkilö saapui hoitoon hoitojakson alkaessa (henkilön fyysistä siirtymistä nykyiseen hoitopaikkaan esim. kotoa, toisesta laitoksesta jne.) ja niitä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, joita hän mahdollisesti sai ennen nykyistä hoitojaksoa 1 Laitoshoido asiakas/potilas tuli sosiaali- tai terveydenhuollon laitoshoidosta. • Tarkempaa tietoa ei ole tai tarkemmat luokat eivät sovi tässä yhteydessä • Suositellaan käytettäväksi koodeja 11–18 11 Sairaala asiakas/potilas tuli sairaalan tai terveystieteiden vuodeosastohoidosta muulta kuin yleislääketieteeseen erikoisosalta 12 Terveystieteiden keskus asiakas/potilas tuli terveystieteiden perusterveydenhuollon vuodeosastohoidosta yleislääketieteeseen erikoisosalta 13 Vanhainkoti asiakas/potilas tuli vanhainkodista tai dementoituneiden laitoshoidotyksiköstä 14 Kehitysvammalaitos asiakas/potilas tuli kehitysvammalaitoksesta 15 Päihdehuollon laitos asiakas/potilas tuli päihdehuollon kuntoutusyksiköstä tai katkaisuhoidon asemalta, jossa oli ollut ympäri- vuorokautisesti 16 Kuntoutuslaitos asiakas/potilas tuli kuntoutuslaitoksesta 18 Muu laitoshoito asiakas/potilas tuli muusta sosiaali- tai terveydenhuollon laitoshoidosta, esim. lastenkodista. 2 Koti, kotihoito ja palveluasuminen asiakas/potilas tuli kotoa, kotihoidosta tai palveluasumisen piiristä. • Tarkempaa tietoa ei ole tai tarkemmat luokat eivät sovi tässä yhteydessä. • Suositellaan käytettäväksi koodeja 21–27. 21 Kotihoito/ei-ympäri- vuorokautinen palveluasuminen asiakas/potilas tuli kotihoidosta tai ei-ympäri- vuorokautisen palveluasumisen piiristä • Tätä luokkaa käytetään myös asiakkaasta/potilaasta, joka tuli kotoa ja on saanut omaishoidontukea. 22 Koti ilman säännöllisiä palveluja asiakas/potilas tuli kotoa eikä ole saanut säännöllisesti kotiin annettavia palveluja • Asiakas saattaa satunnaisesti käyttää avohoidon palveluja 23 Vanhusten ympärivuorokautinen palveluasuminen asiakas/potilas tuli vanhusten ympärivuorokautisesta asumispalvelusta 24 Kehitysvammaisten autettu asuminen asiakas/potilas tuli kehitysvammaisten ympärivuorokautisen asumisen piiristä 27 Muu ympärivuorokautinen palveluasuminen asiakas/potilas tuli muun ympärivuorokautisen palveluasumisen piiristä • Tätä koodia ei käytetä vanhuksilla eikä kehitysvammaisilla.

Ensinnäkin HILMO:n tulo- ja lähtöpaikkojen luokituksessa on kaksi yläluokkaa (1 Laitoshoido ja 2 Koti, kotihoito ja palveluasuminen), joita ei suositella käytettäväksi. Kuitenkin Koti, kotihoito ja palveluasuminen, joka Oberonin näyttöruudulle on lyhennetty muotoon Koti, käytetään Acutassa runsaasti.

Toiseksi vanhusten pitkäaikaishoidon eri muodot eivät välttämättä ole selvillä tulo- ja poistumispaikkoja kirjaaville. Kiireisessä päivystyksessä kirjauksen tekevä työntekijä ei pysty panostamaan palveluasumismuodon erotteluun, koska asumisyksikköä ei ehkä tunnusteta tai sieltä ei välttämättä tule mukana lainkaan lähetetietoja. Käytettävissä on

usein vain sairaankuljetuksen antama tehtäväosoite. Tehostetun palveluasumisen tuottajia on useita, eivätkä nimet kerro niiden sisällöstä. Asumisyksikön nimi, esimerkiksi ”Paavonkoti”, ei kerro mitään siitä, onko hoitopaikassa yöaikaan hoitohenkilökuntaa, mikä päivystyksen kannalta on aivan olennainen tieto. Yksi sekaannusta aiheuttava tekijä on vanhusten ympärivuorokautisten hoitopaikkojen luokitteluun kansallisestikin liittyvä kirjavuus.

Kun aloimme analysoida päivystykseen tulopaikkoja, heräsi ihmetys: miksi yli 90 % tulopaikoista oli kirjattu luokkaan Koti, kotihoito ja palveluasuminen? Vanhainkodista tai vanhusten ympärivuorokautisesta palveluasumisesta tulleeiksi oli kirjattu vain 0,3 % kävijöistä. Tulopaikan kirjausprosessin selvittäminen avasi silmämme. Kaksi yhteispäivystys Acutassa työskentelevää osastosihteeriä näytti, miten potilastietojärjestelmä tarjoaa automaattisesti joka potilaan kohdalla tulopaikaksi luokkaa Koti. Sitä he myös useimmiten käyttivät. Jos potilas tulee läheteellä, osastosihteeri yrittää arvata, minkälaisesta yksiköstä on kyse ja ruksaa tulopaikan sen mukaisesti. Mitään ohjeistusta osastosihteerit eivät kertomansa mukaan ole kirjaamiseen saaneet. Heidät on ohjeistettu, että ”voi panna minkä vaan se kone hyväksyy”.

Poistokirjauksen tekevät Acutassa hoitajat tai lääkärit. Heitä ei, haastattelun sairaanhoitajan kertoman mukaan, kiinnosta, meneekö potilas kotiin ilman palveluja vai kotihoitoon. ”Koti riittää, ei tarvitse laittaa kotihoito”. Sen sijaan jatkohoitopaikat sairaaloissa on valittava tietojärjestelmästä sairaalan nimen ja osaston tarkkuudella, joten niiden perusteella on eroteltavissa kaupungin sairaaloiden osastoille ohjatut keskussairaalaan (TAYS) siirretyistä potilaista. Koti, kotihoito ja palveluasuminen -luokkaan kirjatut osoittavat jollain tarkkuudella niiden kävijöiden lukumäärää, jotka on kotiutettu omaan kotiinsa. Muilta osin jatkohoitopaikkaa koskevat tiedot (taulukossa 6) ovat vielä epäluotettavampia.

Tutkimuksen keskeiset tulokset ovat yleistettävissä suomalaisen kaupunkiväestöön, joskin kaupunkikohtaiset erot palvelujärjestelmissä ja päivystysjärjestelyissä voivat olla huomattavia.

Ikäryhmien ja sukupuolten väliset erot

Aikaisempien tutkimusten mukaan naisten osuus päivystyskäynneillä on ikäryhmästä riippuen ollut 58–69 %.³⁵ Nyt tehdyssä tutkimuksessa naisten tekemien käyntien osuus oli 64,3 %, mikä vastaa melko tarkasti heidän osuuttaan 70 vuotta täyttäneessä tamperelaisväestössä (63,6 %).³⁶ Iäkkäiden tamperelaisnaisten ei siten voida sanoa ylikäyttävän päivystyspalveluja.

80-vuotiaiden ja sitä vanhempien osuus päivystyskäynneistä oli suurempi kuin heidän osuutensa väestöstä. Sama havainto on tehty myös aikaisemmissa tutkimuksissa.³⁷ Ilmiö selittyy sillä, että monisairastavuuteen, vanhenemismuutoksiin ja toimintakyvyn heikentymiseen liittyvä hauraus, joka altistaa äkillisille sairaustiloille, on yleisempää hyvin vanhoilla kuin nuoremmilla ikäihmisillä.



Päivystykseen hakeutumisen ajankohta

Tarkasteltaessa alkaneiden käyntien lukumäärää tunnissa eri viikonpäivinä havaittiin, että ruuhkahuiput ajoittuivat klo 9 ja 16 välille. Vaihtelu eri viikonpäivien kesken ei ollut kovin suurta. Jo aikaisemmin on maanantain todettu olevan kiireisin ja sunnuntain rauhallisimman päivä.³⁸ Tässä tutkimuksessa todettiin keskiviikko toiseksi kiireisimmäksi päiväksi, kun taas torstai osoittautui rauhallisimmaksi arkipäiväksi.

Tampereella viikonlopun käynnit muodostivat neljäsosan (26,0 %) käynneistä, kun taas aikaisemmissa tutkimuksissa reilu kolmasosa (35,5 %) iäkkäistä potilaista on hakeutunut sairaalaan viikonloppuna.³⁹ Olisi houkuttelevaa selittää viikonloppujen vähäisten käyntimäärien johtuvan vanhusten palvelujärjestelmän (terveysasematoiminta, kotihoito, geriatrinen poliklinikkatoiminta, sairaalatoiminta ja ympärivuorokautinen hoito) laadukkuudesta ja toimivuudesta Tampereella, mutta käytetty aineisto ei anna siihen oikeutta.

Maanantain käyntipiikkiin tuskin on olemassa yhtä ainoaa selitystä, vaan syyt ovat monitekijäisiä. Kulttuurisidonnainen jako arjen ja viikonlopun välillä nostaa helposti kynnystä hakeutua päivystykseen viikonloppuna. Näin moni sinnittelee vaivansa kanssa viikonlopun yli ja hakeutuu heti maanantaina päivystysasemalle. Tuoreen laadullisen tutkimuksen mukaan moni ikäihminen pyrkii välttämään päivystykseen menoa, koska haluaa selvittää omin avuin. Lisäksi moni iäkäs ihminen pyrkii välttämään hakeutumasta päivystykseen silloin, kun arvelee siellä olevan ruuhkaa, esimerkiksi viikonloppuina.⁴⁰ Mahdollisesti myös omaiset hoitavat ikäihmisiä hanakammin viikonloppuina ja näin osaltaan pitkittävät hoitoon hakeutumista.

Toisaalta omaisten osuus voi olla myös patistava.⁴¹ Viikonloppuna vierailevat omaiset saattavat kehottaa iäkkäitä sukulaisiaan hakeutumaan lääkäriin, jolloin tämä näkyy maanantain kohonneina käyntimäärinä. Ilmiö voi osin selittyä myös ns. maanantai-ilmiöllä, kun tuttu kotihoidon työntekijä tulee viikonlopun jälkeen kotikäynnille, huomaan asiakkaansa voinnin heikentyneen ja ohjaa hänet päivystyspoliklinikalle.

Odotimme alun perin käyntipiikkiä myös perjantaille. Ajattelimme, että kotihoito lähettäisi huonokuntoiset asiakkaat viikonloppua vasten herkästi päivystykseen, joka sen takia ruuhkautuu. Viitteitä tästä ei tutkimuksessamme kuitenkaan todettu. Asian yksityiskohtainen selvittely olisi sitä paitsi edellyttänyt, että kotihoidon asiakkuus olisi käynyt luotettavasti selväksi rekisteritiedoista.

Päivystyskäynnit kestivät pisimpään maanantaisin ja toisaalta käynnit olivat arkipäiviin verrattuna lyhyitä lauantaisin ja sunnuntaisin. Käynnin pituuteen vaikuttavat olennaisesti potilaiden määrä ja henkilöstöresurssointi. Maanantaisin käynnit pitkittyvät, sillä Acutassa on arkisin samalla tavalla mitoitettu henkilöstö. Luonnollisesti virka- ja päivystysajan miehitykset eroavat toisistaan. Viikonloppuina lääkäriresurssi on porrastettu niin, että sitä voidaan lisätä kuormituksen niin vaatiessa myös varallaolijalla.

Ikäihmisten päivystykseen hakeutumisen on kansainvälisesti todettu painottuvan päiväsaikaan.⁴² Sama tulos saatiin myös tässä tutkimuksessa. Iäkkäiden potilaiden käynnit alkoivat 60-prosenttisesti ”virka-aikana” (8.00–16.00). Yöaikaan uusia tulijoita oli varsin vähän.

Käyntien painottumista arkipäiviin ja virka-aikaan voi selittää myös se, että iäkkäät ihmiset välttävät menemästä päivystykseen esimerkiksi yöaikaan, koska haluavat rauhassa odotella, meneekö vaiva ohi. Näin he lähtevät lääkäriin vasta aamulla tai arkipäivänä. Hoitoalan ammattilaisilla on usein suuri merkitys ikäihmisten ohjautumisessa päivystykseen.⁴³

Päivystyskäyntien keskittymistä kello 8:n ja 16:n välille selittänee osaltaan kotihoidon työrytmi. Kotihoidon kotikäynnit keskittyvät aamupäivään.⁴⁴ Tällöin huomataan asiakkaan uudet oireet ja vaikeutuneet vaivat ja ohjataan hänet hoitoon. Yöllä hoidettavat sairaustapaukset ovat mahdollisesti niin vakavia, että niiden selvittely ei voi odottaa aamua ja virka-aikaa.

Lähtö- ja jatkohoitopaikat

Tulo- ja lähtöpaikkoihin liittyvien kirjaamisepäselvyyksien vuoksi emme voineet käyttää tuloksia potilasvirtojen tarkasteluun. Olisi ollut tärkeää kyetä varmuudella sanomaan, kuinka suuri osa palasi kotiin tai entiseen hoitopaikkaansa. Kotihoidon asiakkaiden päivystyskäyttämisen tarkastelun mahdollistuminen olisi niin ikään ollut toivottavaa. Aineisto ei myöskään sallinut tehostetun palveluasumisen piirissä olevien ja vanhainkodeissa asuvien päivystyksellisen hoidon tarpeen vertailua. Tarkastelu olisi ollut mielenkiintoista muun muassa siksi, että vastikään on saatu tutkimustuloksia, joiden mukaan tehostetussa palveluasumisessa asuvat muistisairaajat kokevat kuormittavia siirtymiä elämän loppuvaiheessa kolme kertaa niin useasti kuin vanhainkodeissa asuvat.⁴⁵

Joka toinen päivystykseen hakeutunut tarvitsi sairaalahoitoa. Havainto vastaa yleistä käytäntöä, sillä systemaattisen katsauksen mukaan kolmasosa-puolet iäkkäiden päivystyskäynneistä päättyy sairaalahoitoon.⁴⁶ Tuoreen tutkimuksen mukaan vieläkin suurempi osa (60,2 %) iäkkäistä päivystyspotilaista tarvitsee hoitoa akuuttisairaalassa.⁴⁷

Diagnoosi päivystyspoliklinikalla

Kansainvälisesti yleisimpiä kotiutus- ja siirtodiagnooseja ovat olleet sydänsairaudet, erilaiset infektiot sekä kaatuminen/loukkaantuminen.⁴⁸ Suurin eroavaisuus tamperelaisaineistossa oli se, että yleisin päädiagnoosi oli R53, huonovointisuus ja väsymys (5,2 %). Tämän kaltaista oirediagnoosia ei juuri kansainvälisessä kirjallisuudessa löydy kotiutus- tai siirtodiagnoosien kärjestä. Tuoreemmissa tutkimuksissa väsymys ja uupumus on kuitenkin todettu yhdeksi iäkkäiden päivystyspotilaiden tavallisimmista diagnooseista.⁴⁹ Suomessa on aikaisemmin selvitetty väsymyksen yleisyyttä vanhusväestössä, mutta nimenomaisesti R53 diagnoosiin liittyvää tutkimusta ei maassamme ole tehty.⁵⁰

Huonovointisuus ja väsymys -diagnoosin käyttö on merkki siitä, ettei päivystykseen hakeutumisen syy ole päivystyksestä ulos kirjoitettaessa vielä ollut selvillä tai se ei ole terveydenhuollon keinoin ratkaistavissa. Diagnostisia selvittelyjä on oletettavasti jatkettu seuraavassa hoitopaikassa. R53-diagnoosin runsas käyttö voi olla myös merkki siitä, että päivystyshoidon kliinisessä laadussa on puutteita.

Diagnoosikoodin kirjaamatta jättäminen osoittautui yllättävän yleiseksi, sillä 4,2 % käynneistä ei diagnoosia ollut kirjattu lainkaan. Toisaalta diagnoosi voi olla silti kirjattuna potilaskertomukseen, mutta ei käyntitietoihin. Diagnoosittomat jäävät tässä tilanteessa arvoitukseksi, mutta todennäköisesti kirjaamatta jättämiseen ovat johtaneet kiireen, epäselvän potilastapauksen tuoman diagnosointivaikeuden sekä kirjaus- ja diagnoosijärjestelmien hankalakäyttöisyyksien yhteisvaikutukset.⁵¹

Yleistilan lasku

Yleistilan laskuun verrattavissa olevia tulosityitä löytyi kansainvälisestä kirjallisuudesta verrattain vähän. Tarkasti ”yleistilan laskua” vastaavaa termiä käytettiin ainoastaan yhdessä tutkimuksessa (general condition impairment)⁵² ja muissa käytettiin yleistilan laskuksi tulkittavia termejä kuten ”yleinen heikkous” (general weakness),⁵³ heikkous ja uupumus (weakness ja fatigue)⁵⁴ tai ”epäspesifit yleisoireet” (general, non-specific symptoms).⁵⁵ Tampereella yleistilan laskun vuoksi tehtyjen päivystyskäyntien osuus oli pienempi kuin edellä mainituissa tutkimuksissa (12,6 % vs. 21,5–31,8 %).

Yleistilan lasku sinällään on kovin epäselvä ja epäspesifi termi tulositylle. Käytännössä sen takaa voi paljastua lähes mikä tahansa akuutti sairaus. Yllä olevan tiedon valossa kyseisen tulosityn käyttö näyttäisi kuitenkin olevan Suomessa tai ainakin Tampereella vähäistä, mikä on positiivista termin epäspesifisyyden ja monimerkityksellisyyden vuoksi.

Diagnoosit yleistilan laskun taustalla olivat melko lailla linjassa koko aineiston pohjalta tehtyjen analyysien kanssa: Suurin osuus käynneistä päättyi oirediagnoosiin R53 Huonovointisuus ja väsymys, ja muita yleisiä olivat erilaiset infektiot sekä varsinaista

diagnoosia vaille jääneet oirediagnoosit.

Yhdelle kymmenestä yleistilan laskun vuoksi päivystykseen hakeutuneista ikäihmisistä asetettiin virtsatietulehdusdiagnoosi (akuutti tubulointerstinaalinen munuaistulehdus, sijainniltaan määrittämätön virtsatieinfektio tai määrittämätön virtsarakkotulehdus). Virtsatieinfektiodiagnoosin saaneita vanhuspotilaita on jatkohoitopaikassa seurattava tarkoin ja heille on herkästi tehtävä lisätutkimuksia, sillä virtsanäytteen bakteerilöydös voidaan helposti tulkita yleistilan laskun syyksi, vaikka se saattaa olla vain viaton sivulöydös.

On yllättävää, että epäselvällä ja epäspesifillä tuloksella ”yleistilan lasku” saapuneista suurin osa kotiutuu tai siirtyy jatkohoitopaikkaan yhtä epäspesifillä diagnoosilla. Herää kysymys, tutkitaanko näitä potilaita tarpeeksi. Vai ovatko potilaat niin monisairaita, ettei voida osoittaa akuuttia sairautta epäselvän oireilun taustalla? Diagnostisten jatkoselvitysten tarve on näiden potilaiden kohdalla ilmeinen.

Käytetyn aineiston perusteella emme voineet selvittää, olivatko kävijöiden diagnoosit sittemmin tarkentuneet. R53 diagnoosi (huonovointisuus ja väsymys) voi olla myös rehellinen valinta, vaikka painavampia kroonisia diagnooseja olisi valittavissa. Iäkkäämistä otetaan kuitenkin lähes aina laboratoriotutkimuksia päivystyskäynneillä.⁵⁶ Kokeemuksen perusteella osa R53 diagnoosin saaneista kotona pärjäämättömistä ikäihmisistä tulee päivystykseen yksinomaan jatkohoidon järjestämistä varten.

Saattaa myös olla, että kun spesifiä diagnoosia R 53-diagnoosin takaa ei löydy, alkaa elämän päätepiste jo häämöttää. Todennäköisesti ennuste on parempi, jos hoidettava syy löytyy. Tämän mielenkiintoisen hypoteesin testaus ei kuitenkaan ollut käytettävissä olleella aineistolla mahdollista. Jatkotutkimuksin tulisi selvittää, mitä sairauksia huonovointisuus ja väsymys -oirediagnoosin taustalta löytyy.



6

Kehittämisenäkymiä

Iäkkään ihmisen tulo päivystykseen on aina hälytysmerkki.⁵⁷ Parhaimmillaan päivystyskäynti on iäkkäillekin vain nopea piipahdus, jossa asianmukaisen ja ammattitaitoisen tutkimuksen jälkeen päästään ripeästi hoito- ja kuntoutustoimenpiteisiin. Niiden jälkeen potilas pääsee palaamaan viipymättä takaisin kotiin.⁵⁸

Iäkkäiden päivystyskäynnit tulevat lisääntymään. Tavoitteena ei voi olla iäkkäiden päivystyskäyntien vähentäminen sinänsä, vaan tarpeettomien käyntien vähentäminen. Koska iäkkäillä lievätkin ja epämääräiset oireet voivat olla vakavan, henkeä uhkaavan sairaustilan merkki, ei käynnin tarpeellisuutta useinkaan voi määritellä etukäteen, vaan vasta sitten, kun kaikki tarvittavat tutkimukset on tehty. Tarpeettomina voidaan kyllä pitää sellaisia käyntejä, jotka eivät ole potilaan edun mukaisia (esim. saattohoidossa olevan vanhainkotasukkaan lähettäminen syömättömyyden takia päivystykseen).

Kotona pärjäämättömyys avohoitopainotteisuuden lisääntyessä selittää osan yleistilan laskun suuresta esiintyvyydestä diagnooseissa, joten sosiaalisista ja rakenteellisista syistä päivystykseen ajautumiseen tulisi vanhuspalveluja suunniteltaessa kiinnittää huomiota. Kuntien päivystysaikaisia sekä sosiaalipuolen että kotisairaanhoidon palveluita on uudistettava päivystyspisteiden siirtyessä kauemmaksi. Tämä on sekä inhimillistä että taloudellista strategiaa. Myös jatkohoidon järjestelyssä niin osastohoitoon, hoivapaikalle kuin päivystysaikaiseen kotiutukseen tarvitaan paikallistuntemuksen omaavia yhteyshenkilöitä esimerkiksi kuntakohtaisia kotiutushoitajia päivystyksen työpariksi.

On enenevässä määrin osoitusta siitä, että geriatriseen arviointiin pohjautuva akuuttien tilojen ennakointi ja hoitohenkilökunnan koulutus vähentävät epätarkoituksenmukaisia päivystyskäyntejä niin vanhainkodeista kuin tehostetun palveluasumisen yksiköistäkin. Kun valtakunnassa tavoitteena on ympärivuorokautisen hoidon yksiportaisuus, eli palveluasuminen korvannee jatkossa loputkin pitkäaikaissairaala- ja vanhainkotipaikat, niin tämän hoitomuodon kehittäminen ja tutkiminen olisi jatkossa erityisen tärkeää. Tampereella tehostetun palveluasumisen yksiköiden lääkäripalvelut on järjestetty keskitetysti geriatrien toimesta. Alustavat seurantatulokset viittaavat siihen, että toiminta on laadukasta ja kustannustehokasta.

Kotihoito tarvitsee tukea, ohjausta ja konsultaatiomahdollisuutta haasteellisessa työssä. Avohoidon lisääntyessä riittäviin kotisairaanhoidon ja lääkäripalveluihin tulee panostaa. Virka-aikana olisi geriatriselle osaamiselle lähipalveluna käyttöä, jotta ikäihmistä ei tarvitsisi lähettää välttämättä lainkaan päivystykseen. Vanhuksen taustan tuntevan ammattihenkilöstön on oletettavasti nopeampaa arvioida voinnin muutosta ja hoidontarvetta kotona tai hoitopaikassa, kuin potilaalle vieraiden ammattilaisten päivystyksessä. Sopivan jatkohoitopaikan valinta onnistuu ikäihmisten palvelujärjestelmän tuntevalta myös asiantuntevammin. Kotiutustiimitoiminta on Tampereella osoittautunut potilaiden jatkohoidon järjestelyssä erinomaiseksi päivystyksen tueksi.

Lahdessa ja Turussa on saatu hyviä kokemuksia iäkkäille tarkoitetuista akuuttiyksiköistä, joihin äkillisesti sairastuneet vanhuspotilaat voivat hakeutua matalan kynnyksen periaatteella. Potilaiden ja omaisten, kuin myös lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan antama palaute on ollut myönteistä (Jartti, suullinen tiedonanto). Koska geriatrinen päivystysyksiköiden kustannusvaikuttavuudesta puuttuu riittävä tutkimusnäyttö, ei tällaisten yksiköiden perustamista voi kuitenkaan varauksetta suositella taloudellisessa ahdingossa painiville kunnille. Lahdessa toimintamallista onkin toistaiseksi luovuttu juuri taloudellisista syistä (Lavonius, suullinen tiedonanto).

Palvelujen piirissä olevien iäkkäiden ihmisten lähetetietoihin ja tiedon siirtoon tulee panostaa tulevaisuudessa enemmän. Palvelurakenteen muutoksen vaikutusten seurannassa tarvitaan tietoa siitä, miten paljon kotihoidossa ja asumispalveluissa asuvat, entistä raihnaammat ja hauraammat ikäihmiset, käyttävät päivystyspalveluja. On oletettavissa, että laitoshoidon korvaaminen kotihoidolla ja tehostetulla asumispalvelulla lisää päivystyspalvelujen käyttöä, ellei lääkäripalvelujen (erityisesti geriatripalvelujen) järjestämiseen kiinnitetä erityistä huomiota. Luotettavia käyntitietoja tarvitaan myös päivystyksen ja asumisyksiköiden välisen yhteistyön kehittämiseksi.

Päivystysyksikkö tarvitsee riittävät tiedot vanhuspalveluista osatakseen toimia potilaan parhaaksi. Päivystyksessä työskentelevien ammattilaisten tulisi jatkohoitoa suunnitelllessaan tietää, millaisessa palvelutalossa potilas asuu, mitkä ovat paikan hoitomahdollisuudet (esim. iv-tiputus) ja miten lääkäripalvelut on järjestetty. Nämä tiedot tulisi lähettävän tahon systemaattisesti toimittaa päivystykseen.

Toimivien lähetekäytäntöjen luominen asumispalveluyksiköiden ja päivystyksen välille on kokemustemme perusteella kuitenkin vaikeaa. Pääkaupunkiseudun Päivystyshankkeessa laadittiin vuonna 2008 asumispalveluyksiköille ja vanhainkodeille hoitajan päivystyslähete, jota myös koekäytettiin. Lähetteen täyttäminen oli kuitenkin vajavaista eikä lähetettä osattu sairaalan puolella hyödyntää. Kokeilu ei johtanut lähetekäytännön vakiintumiseen. Tampereen alueelle jaettiin yksityisille hoito-/palvelukodeille pari vuotta sitten yksinkertainen lomake, johon toivottiin kirjattavan päivystyksen kannalta olennaiset tiedot, kuten asukkaan toimintakyky ja lääkitys. Osa toimijoista otti tämän lähete-lomakkeen mallikkaasti käyttöön.

Erityistä huomiota tulee kiinnittää tulo- ja lähtötietojen oikeaan kirjaamiseen. Tutkimuksemme osoitti, että siinä on vakavia puutteita. Kuitenkin tiedon laatu on terveydenhuollossa tärkeää. Työntekijöiden motivaatio sekä ohjeistuksen ja laadittujen kirjaamissääntöjen noudattaminen vaikuttavat tiedon laatuun. Siihen vaikuttaa myös kiire. Tietoja saatetaan myös kirjata usealla eri tavalla, jolloin niiden käyttö raportoinnissa tuottaa epäyhtenäisiä tuloksia.⁵⁹ Hoitotietoja tarvitaan muun muassa toiminnanohjauksessa, johtamisessa, suunnittelussa ja kehittämistyössä toimintayksikkötasolla, valtakunnallisesti sekä kansainvälisellä tasolla.⁶⁰ Kirjatut tiedot myös päätyvät julkisiin tilastoihin, jolloin niillä on laajempi yhteiskunnallinen merkitys.⁶¹

Kuten tässä tutkimuksessa huomattiin, huonolaatuisella tiedolla ei ole käyttöarvoa tutkijoille. Ja jos järjestelmien tuottaman tiedon laatuongelmia ei osata tunnistaa, voi huonolaatuinen tieto pahimmillaan johtaa päätöksentekijöitä ratkaisuihin vajavaisten ja väärien tietojen pohjalta.



Viitteet

- 1 Jartti ym. 2011.
- 2 Jartti ym. 2011.
- 3 Laurila 2011.
- 4 Salvi ym. 2008.
- 5 Laurila 2011.
- 6 Salvi ym. 2008.
- 7 Ionescu-Ittu ym. 2007.
- 8 Salvi ym. 2007.
- 9 Mitchell ym. 2010.
- 10 Onen ym. 2001.
- 11 O'Mahony ym. 2009.
- 12 Onen ym. 2001.
- 13 Vanpee ym. 2001.
- 14 Dowling & Wilson 2005.
- 15 Hamdy & Forrest 1997,
Dowling & Wilson 2005.
- 16 Moons ym. 2003, Gruneir ym. 2011.
- 17 Hamdy & Forrest 1997.
- 18 Gray ym. 2013.
- 19 Huang ym. 2003.
- 20 Hamdy & Forrest 1997.
- 21 Lishner ym. 2000.
- 22 Nordic Healthcare Group 2011.
- 23 O'Mahony ym. 2009.
- 24 Tilvis 1999.
- 25 Bhalla ym. 2011.
- 26 Pines ym. 2013.
- 27 Bhalla ym. 2011.
- 28 Vanpee ym. 2001.
- 29 Vanpee ym. 2001.
- 30 Onen ym. 2001.
- 31 Gruneir ym. 2011.
- 32 Gray ym. 2013.
- 33 Mäkelä 2006.
- 34 Salminen 2011.
- 35 Shah ym. 2001.
- 36 Tampereen kaupunki 2012.
- 37 Gruneir ym. 2011.
- 38 Downing & Wilson 2005.
- 39 Hamdy & Forrest 1997.
- 40 Mylläri ym. 2014.
- 41 Mylläri ym. 2014.
- 42 Lishner ym. 2000.
- 43 Mylläri ym. 2014.
- 44 Groop 2014.
- 45 Aaltonen ym. 2014.
- 46 Gruneir ym. 2011.
- 47 Gray ym. 2013.
- 48 Onen ym. 2001, Vanpee ym. 2001,
O'Mahony ym. 2009.
- 49 Bhalla ym. 2011.
- 50 Mäkelä ym. 2010.
- 51 Laatikainen ym. 2013.
- 52 Vanpee ym. 2001.
- 53 Pines ym. 2013.
- 54 Bhalla ym. 2011.
- 55 Onen ym. 2001.
- 56 Nordic Healthcare Group 2011.
- 57 Jartti ym. 2011.
- 58 Laurila 2011.
- 59 Miettinen 2009.
- 60 Tanttu, Soininen ja Ensio, 2008.
- 61 Saranto, 2008.

Lähteet

Aaltonen M, Raitanen J, Forma L, Pulkki J, Rissanen P, Jylhä M. Burdensome Transitions at the End of Life Among Long-Term Care Residents With Dementia. *J Am Med Dir Ass* 2014;15:643-648.

Arendts G & Howard K. The interface between residential aged care and the emergency department: a systematic review. *Age & Ageing* 2010; 39, 306–312.

Bhalla MC, Stiffler KA, Gerson LW, Wilber ST. Weakness and fatigue in older emergency department patients in the United States, 2003–2007. Abstrakti. Boston, Massachusetts; 2011.

Downing A & Wilson R. 2005. Older people's use of accident and emergency services. *Age and Ageing* 2005;34, 24–30.

Gray LC, Peel NM, Costa AP, Burkett E, Dey AB, Jonsson PV, et al. Profiles of Older Patients in the Emergency Department: Findings From the interRAI Multinational Emergency Department Study. *Annals of Emergency Medicine* 2013; 62, 467–474.

Groop J. Miten vastata kotihoidon kasvavaan kysyntään? Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus -projektin julkaisu nro 1, Kuntaliitto 2014.

Gruneir A, Bell CM, Bronskill SE, Schull M, Anderson GM & Rochon PA. Frequency and Pattern of Emergency Department Visits by Long-Term Care Residents—A Population-Based Study. *Journal of the American Geriatrics Society* 2010; 58, 510–517.

Gruneir A, Silver MJ & Rochon PA. Emergency department use by older adults: a literature review on trends, appropriateness, and consequences of unmet health care needs. *Medical Care Research & Review* 2011; 68, 131–155.

Hamdy RC, Forrest LJ. Use of emergency departments by the elderly in rural areas. *Southern Medical Journal* 1997;90:616-20.

Ionescu-Ittu R, McCusker J, Ciampi A ym. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *CMAJ* 2007;177:1362-8.

Jartti L, Heinonen P, Upmeyer E, Seppälä M. Vanhus – päivystyksen suurkuluttajakko? *Suomen Lääkärilehti* 2011;40:2968–70.

Laatikainen T, Sikiö M, Tirkkonen H ym. Potilastietojärjestelmästä tuki laadun arviointiin. *Suomen Lääkärilehti* 2013;33:1986-8.

Laurila J. Riittävätkö taidot vanhuksen päivystystilanteessa? Pääkirjoitus. *Suomen Lääkärilehti* 2011;40:2907.

Lishner DM, Rosenblatt RA, Baldwin L-M, Hart LG. Emergency department use by the rural elderly. *The Journal of Emergency Medicine* 2000;3:289–97.

Miettinen, M. 2009. Tiedon laatu terveydenhuollon sähköisissä potilastietojärjestelmissä – esimerkkitapauksena päätöksenteon tukijärjestelmän vaatimukset. Jyväskylän yliopisto. Tietojärjestelmätieteen Pro gradu tutkielma. Viitattu 18.9.2014. <https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/20052>

Mitchell JS, Young I. Utilization of a UK emergency department by care home residents: a retrospective observational study. *European Journal of Emergency Medicine* 2010;17:322-4.

Moons P, Arnauts H & Delooz HH. Nursing issues in care for the elderly in the emergency department: an overview of the literature. *Accident and Emergency Nursing* 2003; 11, 112-120.

Mylläri E, Kirsi T, Valvanne J. Miksi iäkäs ihminen lähtee päivystykseen? Laadullinen tutkimus kotona asuvien ikäihmisten päivystyksenlähtemispäätökseen vaikuttavista tekijöistä. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus -projektin julkaisu nro 2, Kuntaliitto 2014.

Mäkelä T, Karisto A, Valve R, Fogelholm M. Iäkkäiden väsymys ja sen taustat: muutokset kolmen vuoden seuranta-aikana. *Gerontologia* 2010;2:179-86.

Nordic Healthcare Group. Acuta. Prosessien auditoinnin I vaiheen alustava loppuraportti johtoryhmän kommentoitavaksi 10.1.2011.

O'Mahony P, Yau S, Lindley R. Re-defining the "geriatric giants". Abstrakti. 19th World Congress of Gerontology & Geriatrics. 5.-9.7.2009 Paris.

Onen F, Abidi H, Savoye L, Elchardus JM, Legrain S, Courpron PH. Emergency hospitalization in the elderly in the French university hospital: medical and social conditions and crisis factors precipitating admissions and outcome at discharge. Abstrakti. *Aging (Milano)* 2001;6:421.

Pines JM, Mullins PM, Cooper JK, Feng LB, Roth KE. National trends in emergency department use, care patterns, and quality of care of older adults in United States. *Journal of the American Geriatrics Society* 2013;61:12-7.

Salvi F, Morichi V, Grilli A, Giorgi R, De Tommaso G, Dessì-Fulgheri P. The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. *Intern Emerg Med* 2007;2:292–301.

Salvi F, Morichi V, Grilli A ym. A geriatric emergency service for acutely ill elderly patients: pattern of use and comparison with a conventional emergency department in Italy. *JAGS* 2008;56:2131-8.

Saranto K. 2008. Tiedon merkitys hoitoprosessissa. Teoksessa Saranto K, Ensio A, Tanttu K, Soininen A. Hoitotieteen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 18–32.

Shah MN, Rathouz PJ & Chin MH. Emergency department utilization by noninstitutionalized elders. *Academic Emergency Medicine* 2001; 8, 267–273.

Tampereen kaupunki. Monisairaiden vanhusten hoitoon ohjautuvuus päivystysasemalla ja Hatanpään sairaalan sisätautien yksikössä – laatuprojektin loppuraportti. Tampereen kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi, 10/2001.

Tanttu K, Soininen A, Ensio A. 2008. Tietovarastot hallinnollisen päätöksenteon tukena. Teoksessa Saranto K, Ensio A, Tanttu K, Soininen A. Hoitotieteen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 198–208.

Tampereen kaupunki. Tampereen väestö 31.12.2011 Ikäryhmittäin ja osa-alueittain. Tampereen kaupunki, tietotuotanto ja laadunarviointi, B 11/2012 http://www.tampere.fi/material/attachments/v/68KzlqEtA/Tampereen_vaesto_31.12.pdf.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. HILMO. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus. Määrittely ja ohjeistus. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 3/2012

Tilvis R. Miksi vanhusten tautien diagnostiikka on vaikeaa? *Duodecim* 1999;115:1581–4.

Vanpee D, Swine CH, Vandenbossche P, Gillet JB. Epidemiological profile of geriatric patients admitted to the emergency department of a university hospital localized in a rural area. *European Journal of Emergency Medicine* 2001;8:301–4.

Tiivistelmä

Tausta ja tavoite

Joka viides päivystyspotilas on nykyisin yli 75-vuotias. Väestön ikääntyessä geriatrinen päivystyspotilaiden määrä kasvaa ja iäkkäiden päivystyksen käyttöön liittyvät kysymykset tulevat entistä ajankohtaisemmiksi. Tässä tutkimuksessa tavoitteena oli selvittää miksi ja milloin iäkkäät hakeutuvat päivystykseen, onko ikäryhmien ja sukupuolten välillä eroja sekä miten asuin- tai hoitopaikka vaikuttaa päivystyspalvelujen käyttöön. Keskeisiä tutkimuskysymyksiä olivat myös kauanko päivystyskäynnit kestävät ja kuinka suuri osa iäkkäistä potilaista tarvitsee sairaalahoitoa. Lisäksi haluttiin selvittää yleistilan laskun taustalla olevia tekijöitä.

Aineisto ja menetelmät

Aineisto muodostui 70 vuotta täyttäneiden tamperelaisten päivystyskäynneistä yhteispäivystys Acutassa 1.1.2011–31.12.2012. Käyntitiedot saatiin Oberon-tietojärjestelmästä ja ne analysoitiin SPSS-ohjelmalla. Tulo- ja lähtöpaikkaa koskevat tiedot osoitautuivat suurimmalta osin epäluotettaviksi.

Tulokset

70 vuotta täyttäneet tamperelaiset tekivät vuosina 2011–2012 yhteensä 26 767 käyntiä Acutaan. Kaksi kolmasosaa kävijöistä oli naisia. Ikäryhmän kokoon suhteutettu keskimääräinen käyntimäärä kasvoi suoraviivaisesti iän myötä: 70–74 -vuotiaat tekivät keskimäärin 35,0 käyntiä ja 90 vuotta täyttäneet keskimäärin 90,5 käyntiä sataa ikäryhmän asukasta kohti vuodessa. Maanantaisin tehtiin päivystyskäynntejä muita viikonpäiviä enemmän ja viikonloppuisin keskimääräistä vähemmän. Ilta- ja yöaikaisten käyntien määrässä ei kuitenkaan havaittu eroja viikonpäivien välillä. Käynnit päivystyspoliklinikalla kestivät keskimäärin 4,7 tuntia ja ajoittuivat useimmiten keski- ja iltapäivään. Suurin osa potilaista oli kirjattu tullee kotoa tai palveluasumisen piiristä. Puolet (50,3 %) ohjattiin jatkohoitoon joko TAYS:iin tai terveyskeskussairaalaan. Yleisimmät päivystyskäynnillä asetetut päädiagnoosit olivat huonovointisuus ja väsymys, eteisvärinä tai eteislepatus sekä määrittämätön keuhkokuume. Yleistilan laskun vuoksi tehtyjen käyntien (12,6 % kaikista käynneistä) syyksi kirjattiin usein virtsateiden tulehdus (10,5 %) tai keuhkokuume (7,6 %).

Päätelmät

Iäkkäiden ihmisten päivystykseen tulon taustalta löytyy usein vakava sairaus ja huomattava osa heistä tarvitsee sairaalahoitoa. Geriatriasta osaamista tulee lisätä avohoidossa ja päivystyspisteissä. Sitä tarvitaan myös vanhuspotilaiden jatkohoitopaikoissa. Kirjaamiskäytäntöjä tulee kehittää ja valvoa, niin että terveydenhuollosta kertyvä tieto on luotettavaa.

Kirjoittajat



Eija Haapamäki

on valmistunut lääketieteen lisensiaatiksi keväällä 2014 Tampereen yliopistosta. Valmistumisen jälkeen hän on työskennellyt terveyskeskuslääkärinä ja kohtaa lähes päivittäin iäkkäitä potilaita sekä artikkelissakin käsiteltyjä haasteita.



FM Heini Huhtala

on biostatistiikan yliopisto-opettaja Tampereen yliopiston terveystieteiden yksikössä. Hän toimii tutkimusmenetelmien asiantuntijana lääke- ja terveystieteellisissä tutkimuksissa.



Tuuli Löfgren

on yleislääketieteen, geriatrian ja akuuttilääketieteen erikoislääkäri. Hän on toiminut vuosina 2010-2014 Ensiapu Acutan perusterveydenhuollon vastuualuejohtajana.



Elina Mylläri

on valmistunut lääketieteen lisensiaatiksi vuonna 2012 Tampereen yliopistosta. Hän tekee väitöskirjatutkimusta, jonka aiheena on iäkkäiden päivystyspotilaiden hoidon laatu potilaslähtöisestä näkökulmasta. Tämän ohella Mylläri työskentelee osa-aikaisesti terveyskeskuslääkärinä, muun muassa iäkkäitä päivystyspotilaita hoitaen.



LT Lauri Seinelä

Toimii asumispalveluiden kehittäjäylilääkärinä Tampereen kaupungin ikäihmisten hyvinvoinnin ylläpitämisen tilaajayksikössä. Tätä aikaisemmin hän toimi osastonylilääkärinä Kaupin sairaalassa. Tampereen Yliopistossa hän on toiminut asiantuntijana, kliinisenä opettajana ja geriatrian professorin määräaikaisena sijaisena. Aikaisemmat tutkimukset käsittelevät mm. iäkkäiden vatsavaivojen tutkimuksia ja muistisairauksia.



LKT Jaakko Valvanne

toimii geriatrian professorina Tampereen yliopiston lääketieteen yksikössä. Lisäksi hän toimii kehittämisen asiantuntijana Tampereen kaupungin ikäihmisten hyvinvoinnin ylläpitämisen tilaajayksikössä ja määräaikaisena osastonylilääkärinä TAYS:ssa. Ennen Tampereelle siirtymistä vuonna 2010 Valvanne toimi pitkään vanhusten palvelujen kehittämis- ja johtamistehtävissä Helsingissä ja Espoossa.

**Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus
Elderly people's services: use, costs, effectiveness and financing (ELSE)**

Suomen Kuntaliiton sosiaali- ja terveysyksikön ELSE-julkaisusarjassa julkaistaan projektin tuloksia ja ajankohtaisia kirjoituksia ikääntyneen väestön palveluista.

Julkaisusarja antaa kuntien päätöksentekijöille, viranhaltijoille ja kaikille iäkkäiden ihmisten palveluista kiinnostuneille tuoretta tietoa kuntien vanhuspalveluista ja edistää hyviksi havaittujen käytäntöjen leviämistä.

LL Eija Haapamäki, FM Heini Huhtala, LL Tuuli Löfgren, LL Elina Mylläri, LT Lauri Seinälä ja LT Jaakko Valvanne kuvaavat ja selittävät kirjoituksessaan *Iäkkäät päivystyksen käyttäjinä* iäkkäiden päivystyspalvelujen käyttöä. Julkaisun havainnot perustuvat tutkimukseen 70 vuotta täyttäneiden tamperelaisten päivystyskäynneistä yhteispäivystys Acutaan vuosina 2011–2012. Tutkimuksen mukaan iäkkäiden päivystyksen käyttö on hyvin pitkälle ennakoitavissa. Tuloksia voidaan käyttää hyväksi päivystyksen resursoinnin ja avohoidon tukipalvelujen suunnittelussa. Lisäksi julkaisu on avuksi kaikille, jotka pohtivat sosiaali- ja terveydenhuollon tiedon laadun kehittämistä. Kirjoituksessa on hyödynnetty tutkimustiedon lisäksi kirjoittajien kokemuksia päivystystoiminnasta ja sen kehittämisestä.



Suomen Kuntaliitto
Toinen linja 14, 00530 Helsinki
PL 200, 00101 Helsinki
Puh. 09 7711
etunimi.sukunimi@kuntaliitto.fi
www.kunnat.net

Helsinki 2014