

Tampereen yliopisto
Terveystieteen laitos

TERVEYSKESKUSVASTAANOITOILLA HOIDETTAVAT
TERVEYSONGELMAT

Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus (ICPC) potilaan
terveysongelmien luokittelussa ja seurannassa.

Pro gradu -tutkielma
Tuija Savolainen
Tampereen yliopisto
Terveystieteen laitos
Maaliskuu 2012

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO
Terveystieteen laitos

SAVOLAINEN, TUIJA: Terveyskeskusvastaanotoilla hoidettavat terveysongelmat. Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus (ICPC) potilaan terveysongelmien luokittelussa ja seurannassa.

Pro gradu -tutkielma, 112 sivua, 46 liitesivua
Ohjaajat: Professori Pekka Rissanen, tutkimusprofessori Ilmo Keskimäki
Kansanterveystiede
Maaliskuu 2012

Terveyskeskuksissa hoidetaan huomattava osa väestön sairauksista ja vaivoista. Tässä tutkimuksessa selvitettiin terveyskeskusvastaanotoilla hoidettavien terveysongelmien jakaumaa ja vaihtelua. Kyseessä on deskriptiivinen, rekisteripohjainen usean tapauksen tapaustutkimus. Pääkysymyksen ohessa selvitettiin terveysongelmien luokittelussa käytetyn Perusterveydenhuollon kansainvälisen luokituksen (ICPC) käytön yleispiirteitä ja käytettyjen luokkien määrää suhteessa koko luokitukseen.

Aineiston muodostivat neljän Pirkanmaalla sijaitsevan terveyskeskuksen vastaanottoikäntien yhteydessä vuonna 2008 tehdyt käyntisymerkinnät ja potilastietojärjestelmistä paikallisesti poimitut tilastotiedot. Tulokset tukevat ja täydentävät aiempia terveyskeskusten toiminnan sisältöä ja terveyskeskusvastaanottojen tautikirjoja selvittäneiden tutkimusten tuloksia. Terveyskeskusten toiminnan sisällöissä on havaittavissa lukuisia samankaltaisuuksia. Toisaalta myös paikalliset, palveluiden järjestämistapaan ja työnjakoon liittyvät rakenteet ja ratkaisut näyttäytyvät tuloksissa.

ICPC:n käyttö mahdollistaa terveyskeskuksissa hoidettavien vaivojen ja sairauksien seurannan sekä terveyskeskusten toiminnan sisältöjen ja roolin tarkastelun palvelujärjestelmän kokonaisuudessa. Dokumentoinnin systemaattisuuteen ja kattavuuteen sekä tallennetun tiedon käytettävyyteen tulee kuitenkin kiinnittää nykyistä enemmän huomiota. Keskeisten potilastietojen monipuolinen käyttö sekä klinisiin että strategisen suunnittelun, johdon ja tutkimuksen tarpeisiin parantaneet jatkossa myös tiedon laatua. Käyntipohjaisen tiedonkeruun ja seurannan sijasta potilaan tiettyyn terveysongelmaan liittyvän hoidollisen kokonaisuuden ajallinen, episodipohjainen, tarkastelu voisi omalta osaltaan laajentaa dokumentoitavan tiedon käytettävyyttä.

Asiasanat: terveyskeskus; vastaanottokäynti; käynnin syy; terveysongelma; dokumentointi; luokittelu; ICPC

YSA: terveyskeskukset; kysyntä; vastaanotto; tautiluokitukset

ABSTRACT

University of Tampere
Tampere School of Public Health

SAVOLAINEN, TUIJA: Health problems managed in Finnish healthcare centers. Employment of the International Classification of Primary Care (ICPC) in recording and monitoring health issues.

Master's Thesis, 113 pages, 48 appendix pages
Supervisors: Professor Pekka Rissanen, adjunct professor Ilmo Keskimäki
Public Health
March 2012

Healthcare centers bear major responsibility in providing healthcare services for the population and taking care of the burden of morbidity. The aim of this study was to examine the distribution and variation of health problems treated in healthcare centers. The International Classification of Primary Care (ICPC) was used in registering health problems in electronic medical records (EMR). The study is a descriptive, register-based, multiple case-study. Next to the main question, the patterns of using ICPC were examined.

Data on health problems were captured in EMR's in four healthcare centers in the area of Pirkanmaa, southern Finland. Statistical aggregates were retrieved locally, and refined for the purposes of the study. The results support and complement previous studies on the distribution and variation of health problems managed in healthcare centers. The results suggest that there is a core content within primary care with a lot of similarities in types of problems managed in healthcare centers. Local core contents seem to be mostly explained by local ways of organizing services and differences in work distribution.

ICPC is a valid tool for recording health problems treated in healthcare centers, and may well be used by physicians (GPs), nurses, health nurses and physiotherapists alike. It allows monitoring the load of diseases managed in healthcare centers and provides a tool for evaluating the role of primary care within the healthcare system. Inaccuracies in the completeness, comprehensiveness and relevancy of data call for improvement in capturing patient information. An extensive use of patient data for multiple purposes is likely to facilitate the quality of recording. An episode model as a data structure, should be considered as an option for the present encounter-based model in order to enhance the overall usability of patient data.

Keywords: primary care, healthcare centers, consultation, encounter, health problem, diagnosis, health issue, documentation, classification, ICPC

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	10
2	TERVEYSKESKUSTEN TIEDONHALLINTA JA TIETOTARPEET MUUTOKSESSA.....	13
	2.1 Terveystieto ja terveydenhuollon tietojärjestelmät	13
	2.2 Tiedonhallinnan ja tietotarpeiden muutos terveyskeskuksissa	16
3	POTILAAN TERVEYSONGELMIEN DOKUMENTOINTI	19
	3.1 Potilastietojen dokumentoinnin hyödyt, haasteet ja mahdollisuudet	19
	3.2 Terveysongelmien dokumentoinnissa käytettävät luokitukset	22
4	TERVEYSKESKUSVASTAANOITOILLA HOIDETUT TERVEYSONGELMAT AIEMMAN KIRJALLISUUDEN VALOSSA	27
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	32
6	AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄ	33
	6.1 Tutkimusaineisto ja -asetelma	33
	6.2 Tutkimukseen osallistuneet terveyskeskukset	35
	6.3 Tutkimusmenetelmä	39
7	TULOKSET	45
	7.1 Taustatiedot	45
	7.2 Terveyskeskuskäynneillä hoidettavien terveysongelmien jakauma ja vaihtelu.....	49
	7.2.1 Vastaanottokäyntien syyt koko aineistossa	49
	7.2.2 Vastaanottokäyntien syyt terveydenhuollon eri ammattilaisten vastaanoitoilla	57
	7.2.3 Terveyskeskusvastaanoitoilla hoidettujen terveysongelmien kausivaihtelu keskeisimpien käyntisyyryhmien osalta.....	64
	7.3 Käyntisyylluokituksen käytön laajuus.....	68
8	POHDINTA.....	73
	8.1 Tulosten tarkastelua	73
	8.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointia.....	84
9	JOHTOPÄÄTÖKSET	90
	LÄHTEET	91

LIITTEET

- Liite 1. Käyntisyylluokat (ICPC) samaan ongelmatiikkaan liittyvinä ryhminä
- Liite 2. Terveyskeskusvastaanoitoilla käyntien syyt aiempien tutkimusten valossa
- Liite 3. Käyntisyyrierittelyt terveyskeskuksittain / Virtain terveyskeskus
- Liite 4. Käyntisyyrierittelyt terveyskeskuksittain / Nokian terveyskeskus
- Liite 5. Käyntisyyrierittelyt terveyskeskuksittain / Oriveden terveyskeskus
- Liite 6. Käyntisyyrierittelyt terveyskeskuksittain / Pirkkalan terveyskeskus

Lyhenteet:

ICD-10	Kansainvälinen tautiluokitus (10. versio); kirjainlyhennettä ICD voidaan käyttää viitattaessa kyseiseen luokitukseen yleisellä tasolla
ICPC-2	Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus (2. versio); kirjainlyhennettä ICPC voidaan käyttää viitattaessa kyseiseen luokitukseen yleisellä tasolla
KanTa	Kansallinen terveystietokanta (myös: kansallinen sähköinen potilaskertomusarkisto siihen liittyvine palveluineen)
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö

Kuvat:

Kuva 1.	Terveydenhuollon informaatiojärjestelmä	15
Kuva 2.	Vieraspaikkakuntalaisten käyntien osuuden (%) vaihtelu kolmen terveyskeskuksen kaikista käynneistä vuonna 2008	47
Kuva 3.	Vieraspaikkakuntalaisten käyntien osuuden (%) vaihtelu lääkäri- ja hoitajavastaanottokäynneistä kahdessa terveyskeskuksessa vuonna 2008.....	47
Kuva 4.	Vastaanottokäyntien syyt (% kaikista käyntisymerkinnöistä) ICPC:n pääluokatasolla (A–Z) koko aineistossa vuonna 2008	49
Kuva 5.	Terveyskeskusvastaanotoilla hoidetut terveysongelmat samaan ongelmatiikkaan liittyvien käyntisyiden ryhminä	56
Kuva 6.	Vastaanottokäyntien syyt (n = 161 923) ICPC:n pääluokatasolla (A-Z) terveydenhuollon eri ammattilaisten vastaanottojen kesken jakautuneena koko aineistossa vuonna 2008	58
Kuva 7.	Ammattiryhmien välinen työnjako eräiden pitkäaikaisairauksien hoidossa (% kuhunkin käyntisyryhmään liittyvien merkintöjen määrästä) koko aineistossa vuonna 2008	59
Kuva 8.	Ammattiryhmien välinen työnjako keskeisimpien tuki- ja liikuntaelimestön ongelmien sekä eräiden muiden terveysongelmien hoidossa (% kuhunkin käyntisyryhmään liittyvien merkintöjen määrästä) koko aineistossa vuonna 2008	59
Kuva 9.	Ammattiryhmien välinen työnjako tavanomaisimpien infektioiden sekä eräiden muiden palveluiden tarvetta aiheuttavien syiden/tilojen hoidossa (% kuhunkin käyntisyryhmään liittyvien merkintöjen määrästä) koko aineistossa vuonna 2008.....	60
Kuva 10.	Eräiden lääkärivastaanotoilla yleisesti hoidettujen terveysongelmien osuuksien vaihtelu terveyskeskuksittain (% kunkin terveyskeskuksen lääkärivastaanotoilla kirjatuista käyntisyistä).	61
Kuva 11.	Eräiden hoitajavastaanotoilla yleisesti hoidettujen terveysongelmien osuuksien vaihtelu terveyskeskuksittain (% kunkin terveyskeskuksen hoitohenkilöstön vastaanotoilla kirjatuista käyntisyistä).	61
Kuva 12.	Eräiden fysioterapiavastaanotoilla yleisesti hoidettujen terveysongelmien osuuksien vaihtelu terveyskeskuksittain (% kunkin terveyskeskuksen fysioterapiavastaanotoilla kirjatuista käyntisyistä).	62
Kuva 13.	Sairauksien ennaltaehkäisyyn ja hallinnollisiin syihin liittyvät käynnit lääkäri- ja hoitajavastaanotoilla (% vastaanottokäyntien syistä kussakin kunnassa tammi-joulukuussa 2008.	65

Kuva 14.	Kohonneeseen verenpaineeseen ja verenpainetautiin liittyvät käynnit lääkäri- ja hoitajavastaanotoilla (% vastaanottokäyntien syistä kussakin kunnassa tammi-joulukuussa 2008.	65
Kuva 15.	Diabetekseen ja ylipainoon liittyvät käynnit lääkäri- ja hoitajavastaanotoilla (% vastaanottokäyntien syistä kussakin kunnassa tammi-joulukuussa 2008.....	66
Kuva 16.	Tavanomaisiin hengityselininfektioihin liittyvät käynnit lääkäri- ja hoitajavastaanotoilla (% vastaanottokäyntien syistä kussakin kunnassa tammi-joulukuussa 2008.	66
Kuva 17.	Alaraajojen ongelmiin liittyvät käynnit lääkäri- ja hoitajavastaanotoilla (% vastaanottokäyntien syistä kussakin kunnassa tammi-joulukuussa 2008.	67
Kuva 18.	Päihteiden käyttöön liittyvät käynnit lääkäri- ja hoitajavastaanotoilla (% vastaanottokäyntien syistä kussakin kunnassa tammi-joulukuussa 2008	67

Taulukot:

Taulukko 1.	Tutkimuksessa käytettävät tietokannat.....	33
Taulukko 2.	Käyntisyiden kirjaamiseen osallistuneet ammattiryhmät terveyskeskuksittain	34
Taulukko 3.	Tutkimuskuntien demografisia taustatietoja (tilanne 31.12.2008)	35
Taulukko 4.	Tutkimuskuntien maantieteellisiä ja asumiseen liittyviä taustatietoja	36
Taulukko 5.	Tutkimuskuntien sosioekonomisia taustatietoja.....	36
Taulukko 6.	Väestön sairastavuus tutkimuskunnissa vuonna 2008 Kelan sairastavuusindeksin mukaisesti tarkasteltuna.....	37
Taulukko 7.	Kansantautien yleisyys tutkimuskunnissa vuonna 2008 Kelan kansantauti-indeksin mukaisesti tarkasteltuna	38
Taulukko 8.	Palveluiden käyttö tutkimuskunnissa vuonna 2008 eräiden muuttujien valossa.....	39
Taulukko 9.	Tutkimuskunnissa käytössä olleet tietojärjestelmät	41
Taulukko 10.	Tarkastelussa mukana olleiden käyntien määrät terveyskeskuksittain ja ammattiryhmittäin.....	45
Taulukko 11.	Vastaanottokäyntien määrän vaihtelu terveyskeskuksittain kuukausitasolla	46
Taulukko 12.	Vieraspaikkakuntalaisten käyntien osuudet (%) kaikista vastaanotokäynneistä terveyskeskuksittain ja ammattiryhmittäin vuositasolla	46
Taulukko 13.	Käyntisyymerkintöjen määrä terveyskeskuksittain ja ammattiryhmittäin	48
Taulukko 14.	Käyntisyiden dokumentoinnin kattavuus (käyntisyymerkintöjen osuus, %, lääkäri-, hoitaja- ja fysioterapiakäynneistä) tutkimuskunnissa vuositasolla	48
Taulukko 15.	Vastaanottokäyntien syyt (% kaikista käyntisyymerkinnöistä) ICPC:n pääluokatasolla (A–Z) tutkimuskunnissa vuonna 2008.....	50
Taulukko 16.	Vastaanottokäyntien 50 yleisintä (yksittäistä) käyntisyytä koko aineistossa vuonna 2008.....	51
Taulukko 17.	Koko aineiston 12 yleisintä käyntisyytä ja niiden keskinäisen järjestyksen vaihtelu (sijat 1. – 12.) tutkimuskunnissa vuonna 2008.....	52

Taulukko 18. Esimerkki A päivystysvastaanotolla asioinnin syistä.....	53
Taulukko 19. Esimerkki B päivystysvastaanotolla asioinnin syistä.....	53
Taulukko 20. Esimerkki vieraspaikkakuntalaisten terveyskeskusvastaanotolla asioinnin syistä.....	54
Taulukko 21. Esimerkki työterveyshuollon vastaanotolla asioinnin syistä	55
Taulukko 22. Esimerkki mielenterveyskeskuksen vastaanotolla asioinnin syistä	55
Taulukko 23. Eräiden terveyskeskusvastaanotoilla keskeisten käyntisyryhmien osuudet (% terveyskeskuksen kaikista käyntisymerkinnöistä) tutkimuskunnissa vuonna 2008	57
Taulukko 24. Yleisimmät (yksittäiset) käyntisytyt lääkärivastaanotoilla koko aineistossa vuonna 2008	63
Taulukko 25. Yleisimmät (yksittäiset) käyntisytyt sairaan-/terveydenhoitajien vastaanotoilla koko aineistossa vuonna 2008	63
Taulukko 26. Yleisimmät (yksittäiset) käyntisytyt fysioterapiavastaanotoilla koko aineistossa vuonna 2008.....	64
Taulukko 27. Yleisimmin käytettyjen käyntisyryluokkien osuudet (%) kaikista käyntisymerkinnöistä (n = 665) koko aineistossa	68
Taulukko 28. Käytettyjen ICPC-luokkien osuudet (% koko koodistosta) terveyskeskuksittain ja ammattiryhmittäin	69
Taulukko 29. Käyttämättä jääneiden koodien/koodiotsakkeiden määrät ICPC:n pääluokkatasolla, ammattiryhmittäin.....	70
Taulukko 30. ICPC-luokituksen oireita tai vaivoja ja tauteja ja sairauksia sisältävien osioiden (komponentit 1 ja 7) käytön kattavuus koko aineistossa ja ammattiryhmittäin vuoden seurantajakson aikana.....	71
Taulukko 31. Vastaanottokäynneillä hoidettujen terveysongelmien jakautuminen käyntisyiden dokumentoinnissa käytettyjen ICPC-luokituksen osioiden (komponentit 1 ja 7) mukaan tarkasteltuna koko aineistossa vuonna 2008.....	71

1 JOHDANTO

Terveyskeskukset nousivat kunnallisen terveydenhuollon päänäyttämöksi Suomessa 1970-luvulla. Toiminnan sisällöstä ja palveluiden järjestämistavoista käynnistyi kansanterveyslain (KTL 66/1972) myötä aktiivinen keskustelu. Seurantatietojen keruun merkitystä osana toiminnan kehittämistä korostettiin toistuvasti ja lukuisissa eri yhteyksissä.

Puoli vuosisataa myöhemmin sama keskustelu jatkuu. Perusterveydenhuoltoa pidetään terveydenhuoltojärjestelmämme kulmakivenä. Julkilausutuista painotuksista, kansallisista strategioista ja ohjelmista huolimatta sen on koettu kuitenkin jääneen marginaaliseen asemaan suhteessa erikoissairaanhoidon. Kansallisen terveyshankkeen (2001–2007) yhteydessä laaditut monet selonteot ja työryhmämuistiot kertovat erityisesti perusterveydenhuollon toimintaan liittyvistä tietoaukoista.

Terveyspalveluille ominainen kysynnän ja tarjonnan epätasapaino, väestön ikääntyminen, terveyden epätasainen jakautuminen sekä kuntakentän rakenteiden muutokset ovat lisänneet keskustelua palveluiden optimaalisesta järjestämistavasta, rahoitusmalleista, sisällöistä ja resurssien kohdentamisesta. Terveydenhuollon kustannusten loputon kasvattaminen ei ole mahdollista. Valtakunnassa on esitelty tuottavuuden tehostamisohjelma ja toimintaa halutaan tehostaa mm. siirtymällä suurempiin palvelujen tuotantoyksiköihin. Kunta- ja palvelurakennemuutosten (PARAS), sittemmin kuntauudistuksen, keskeisimpänä perusteluna on ollut terveyspalveluiden saatavuuden turvaaminen.

Terveyspoliittisten tavoitteiden kärkipäähän on Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisissa kehittämissuunnitelmissa (Kaste) nostettu palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen sekä terveyden eriarvoistumiskehityksen hillitseminen. Samaan aikaan väestön koetun terveyden ja toimintakyvyn on todettu kohentuneen ja toimintakykyisten elinvuosien lisääntyneen. Yhä pidemmälle koulutetut ja valistuneet kansalaiset ovat oppineet vaatimaan palveluita ja palveluilta laatua. Kansalaisten mahdollisuuksia valita hoitopaikkansa lisätään, ja kuntien tulee uuden terveydenhuoltolain (1326/2010) myötä tuottaa pitkäaikaissairauksia sairastaville laaditun terveys- ja hoitosuunnitelman mukaiset palvelut myös muille kuin kunnan omille asukkaille.

Palveluiden suunnittelun, seurannan ja arvioinnin pohjaksi tarvitaankin nyt entistä selkeämmin mitattavissa olevaa, määrällistä ja vertailukelpoista tosiasialuontoista tietoa. Vaikka maamme terveyskeskuksissa on siirrytty käytännössä täysin kattavasti sähköisten potilastietojärjestelmien käyttöön, terveyskeskusten avohuollon toiminnasta ja vastaanottokäynneistä on perinteisesti kerätty tietoa lähinnä vain käynti- ja asiakasmääristä. Terveyskeskusten toiminnan sisällöstä, vastaanottokäynteihin johtaneista syistä ja potilaskirjosta ei edelleenkään ole tarkkaa kuvaa. Työtä on tehty ja johdettu ilman tarkkaa käsitystä siitä, mitä toiminnalla tosiasiallisesti tuotetaan.

Strategisiin, työnjohdollisiin ja tutkimustyön tarkoituksiin kerättävä tieto tuotetaan osana kliinistä potilastyötä. Käynnissä on mittava kansallisesti yhtenäisen sähköisen järjestelmän, terveystietokannan ja siihen liittyvien palveluiden uudistus. Perimmäisenä tavoitteena on varmistaa potilaan hoidon kannalta keskeisten tietojen saatavuus siellä, missä niitä kulloinkin perustellusti tarvitaan. Myös perusterveydenhuoltoa koskevan avohoidon seurannan tiedonkeruu ja tietosisällöt uudistuvat. Asianmukaisesti toimivissa tietojärjestelmissä on huomioitu ensisijaisesti kliiniset tarpeet ja potilaan laadukas hoito, mutta myös mahdollisuudet käyttää syntyvää tietovarantoa hallinnollisiin ja muihin vastaaviin tarkoituksiin soveltuvalla tavalla.

Tiedon siirrettävyyden ja käytettävyyden kannalta ensisijaista on, että keskeiset tiedot dokumentoidaan yhdenmukaisia tietosisältöjä ja rakenteita käyttäen. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että terveydenhuollossa siirrytään yhä enemmän kansallisten ja kansainvälisten luokitusten käyttöön potilaan terveysongelmien, lääkityksen sekä tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden dokumentoinnissa. Potilaan terveysongelmien kirjaaminen yhteisesti sovittua luokitusta käyttäen ei ole kuitenkaan ollut yleisenä käytäntönä terveyskeskuksissa siinä määrin kuin erikoissairaanhoidossa. Siirtyminen potilastiedon vapaasta tekstimuotoisesta kirjaamisesta järjestelmälliseen ja uudella tavalla jäsennehtyyn dokumentointiin edellyttää muutoksia käytännön työtapoihin, toimintamalleihin ja kirjaamiskäytäntöihin. Oleellista on, että dokumentoitua tietoa myös käytetään hoidon laadun ja toiminnan seurannassa. Uudet käytännöt tarkoittavat aiempaa laajempien tietovarastojen muodostumisen myös tutkimuksellisen tarpeisiin.

Tässä työssä selvitetään terveyskeskusvastaanotoilla hoidettavien terveysongelmien jakaumaa ja vaihtelua neljässä terveyskeskuksessa. Tutkimuksessa mukana olevat kunnat osallistuivat vuosina 2006–2008 vastaanottokäyntien syiden yhdenmukaista kirjaamista pilotoineeseen hankkeeseen. Vastaanottokäyntien syyt dokumentoitiin terveyskeskusten sähköisiin potilastietojärjestelmiin Perusterveydenhuollon

kansainvälistä luokitusta (ICPC) käyttäen. Tutkimuksen pääkysymyksen ohessa selvitetään ICPC:n käytön yleispiirteitä ja kuvaillaan luokituksen eri luokkien käyttöä suhteessa koodiston koko laajuuteen.

Työn aluksi luodaan katsaus terveystietoon ja terveyskeskusten muuntuviin tietotarpeisiin sekä potilaan terveysongelmien dokumentointiin (luvut 2 ja 3). Luvussa 4 esitetään yhteenveto aiemmista, terveyskeskusten toiminnan sisältöjä ja vastaanotoilla hoidettujen tautien kirjoa selvittäneistä, tutkimuksista. Empiirisen osion aluksi esitellään tutkimuskysymykset (luku 5). Aineisto, tutkimusmenetelmät ja tutkimuksen tulokset kuvataan luvuissa 6 ja 7. Pohdinnoissa (luvussa 8) esitetään yhteenveto tutkimustuloksista ja tarkastellaan tuloksia suhteessa aiempien tutkimusten tuloksiin sekä arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen pohjalta tehdyt johtopäätökset esitetään luvussa 9.

Liiteosio sisältää tulosten analyysissa ja raportoinnissa käytetyn käyntisyryhmittelyn (liite 1). Liitteeseen 2 on koottu keskeisimpiä tietoja terveyskeskuskäyntien syitä laajalaisesti selvittäneistä, ja tämän työn luvussa 4 tehdyssä katsauksessa käytetyistä, aiemmista tutkimuksista. Työn päätteeksi (liitteissä 3–6) esitetään joukko terveyskeskuskohtaisia tarkennuksia varsinaisessa käsittelyosassa esitettyihin tuloksiin.

2 TERVEYSKESKUSTEN TIEDONHALLINTA JA TIETOTARPEET MUUTOKSESSA

2.1 Terveystieto ja terveydenhuollon tietojärjestelmät

Tiedon ja tiedolla vaikuttamisen rooli ovat terveydenhuollossa entistä vahvempia. Tiedon järjestelmällistä hyödyntämistä ja olemassa olevien tietokantojen aktiivista käyttöä pidetään kaikessa julkisessa toiminnassa ja etenkin terveydenhuollossa johtamisen tärkeimpänä välineenä. (Wyatt 2001, Vuori 2005.) Vaikka tiedon tuottaminen ei ole terveydenhuollon päätehtävä, terveydenhuollossa on tarkoitus tuottaa erimuotoista tietoa, jotta järjestelmä kykenee sen avulla kehittymään ja toimimaan eri tasoillaan (Laihonen 2009, 51). Tietoon perustuvalla päätöksenteolla on merkittävää potentiaalia julkisen hallinnon ja julkisen toiminnan tuottavuuden ja tehokkuuden sekä yhteiskunnallisen vaikuttavuuden parantamisessa (Wyatt 2001; Kivinen, 2008, 64). Tietojohtamisen avulla organisaatiot voivat tunnistaa sekä vahvuutensa että kohtaamansa haasteet ja vastata niihin tilanteen edellyttämällä tavalla. Ne voivat kehittää kapasiteettiaan toimiakseen ajantasaisesti ja tuottaaksensa lisäarvoa loppukäyttäjille. (Hlupic, Poulodi & Rzevski 2002.) Kommunikoituun tietoon perustuva päätöksenteko ja päätösten perustelu tuovat toimintaan läpinäkyvyyttä, korostavat vastuullisuutta ja mahdollistavat päätöksentekoprosessien jäljitettävyyden (Aaltonen ym. 2008, 45).

Terveystiedolla (*health information*) tarkoitetaan potilaan terveydentilaa kuvaavia potilastietoja (*patient data*), hoitoon liittyvässä päätöksenteossa tarvittavaa lääketieteellistä tietoa (*medical knowledge*) sekä hakemisto- ja rekisteritietoja (*"directory" information*) (Wyatt & Sullivan 2005). Tietojärjestelmillä terveysalan ammattilaiset viittaavat pääsääntöisesti terveydenhuollon sähköisiin järjestelmiin (*health information system*, aik. *hospital information system*, HIS). Laajasti ymmärrettynä tietojärjestelmät (*information system*) ovat kuitenkin ihmisistä, koneista ja menetelmistä rakentuvia kokonaisuuksia, jotka on muodostettu palvelemaan tiedon keruuta, prosessointia ja välittämistä. (Kuhn & Giuse 2001; Häyrynen, Saranto & Nykänen 2008).

Vaikka työn hallinta ja kliininen osaaminen on perinteisesti liitetty terveydenhuollossa ns. hiljaiseen, piiloiseen tai artikuloimattomaan tietoon (*tacit knowledge*), pitkälle erikoistuneessa, porrasteisessa järjestelmässä ja poikkihallinnollisessa toiminnassa

tarvitaan myös eksplisiittistä tietoa. (Wyatt 2001; Nenonen & Nylander 2001; Nylander, Stähle & Nenonen 2003; Huotari & Savolainen 2003; Vuori 2005; Kivinen 2008.) Eksplisiittinen tieto on täsmällistä, määrämuotoista ja mitattavissa olevaa. Sen merkitys korostuu erityisesti silloin, kun tiedon on oltava samanaikaisesti tai vaihtelevina ajankohtina eri käyttäjien saavutettavissa. (Wyatt 2001, Nenonen & Nylander 2001, Nylander ym. 2003; Laihonen 2009.) Lam (1998, 6–11) on nimennyt merkkien ja symbolien muodossa välitettävän ja varastoitavan eksplisiittisen tiedon koodatuksi tiedoksi (*encoded knowledge*). Sen vahvuutena on erityisesti tiedon siirrettävyys ja yhdisteltävyys, tietojen aggregointi eri käyttötarkoituksiin.

Maulan (2000) mukaan tiedon tai tietämyksen (*knowledge*) prosessit ovat jaoteltavissa strukturoidun tiedon (*highly structured knowledge*), strukturoimattoman tiedon (*less-structured knowledge*) sekä hiljaisen tiedon (*tacit knowledge*) prosesseiksi. Terveystieteiden sähköisiä palveluita ja tietojärjestelmiä kehitettäessä on yleisesti puhuttu tiedon rakenteistamisesta tai strukturoinnista ja ns. rakenteisesta tiedosta (Harno & Alkula 2008; Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen... [ei julkaisuvuotta].) Potilaskertomuksen tietosisältöjä voidaan rakenteistaa ja jäsentää käyttäjille näytettävien tietokokonaisuuksien, näkymien tasolla että yhtenäisesti käytettävien otsikoiden ja luokitusten tasolla. Käytännössä rakenteisella tiedolla viitataan etenkin yhteisesti sovittujen luokitusten avulla dokumentoitavaan tietoon. (Stausberger, Koch & Bentzler 2003; Los, van Ginneken & Roukema ym. 2005; Harno & Alkula 2008; Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen... [ei julkaisuvuotta].)

Terveystieteiden tietojärjestelmien suurimpia muutoksia ovat kuluneina vuosikymmeninä olleet siirtyminen paperipohjaisesta potilaskertomuksesta sähköisten järjestelmien käyttöön sekä tähän liittyvä datan määrän huikea kasvu (Haux 2006). Suomessa sähköiset potilaskertomukset ovat kattavassa käytössä, ja julkisessa perusterveydenhuollossa on siirrytty käytännössä kokonaan elektronisiin järjestelmiin. (Winblad, Reponen & Hämäläinen ym. 2008).

Sähköiset sairaus- tai potilaskertomukset (*electronic patient record, EPR; myös: electronic medical record, EMR; computerized medical record, CPR*) ovat osa sähköisiä potilaskertomuksen varastoja. (Häyrinen ym. 2008.) Vaikka potilaskertomus on asiakasrekisteri ja rekistereiden ensisijaisena tehtävänä pidetään yleisesti hallinnollisista ja strategisista tarpeista lähtevää tilastoseurantaa, potilaskertomus poikkeaa muista rekistereistä siinä suhteessa, että potilaskertomukseen

dokumentoitavat tiedot on lähtökohtaisesti tarkoitettu potilaan hoidon toteutusta edistäväksi työkaluksi ja informaation välittämiseksi hoitoon osallistuvien tahojen kesken. (Nylander ym. 2003; Gissler & Haukka 2004; Laitinen, Schultz & Reissel ym. 2007.)

Nylander kollegoineen (2003) on jaotellut terveydenhuollon informaatiojärjestelmän kliiniseen, hallinnolliseen ja näyttöön pohjautuvaan ympäristöön. (Kuva 1.) Jaottelu perustuu tiedon käyttötapojen erilaisuuteen järjestelmän eri osiossa: Kliininen ympäristö kytkeytyy aina varsinaiseen potilaaseen ja tarkoittaa käytännössä potilaskertomusta ja sitä tukevia tutkimus-, röntgen- ja laboratorio- ym. tietoja. (Nylander ym. 2003). Näyttöön pohjautuva ympäristö tukee kliinistä ympäristöä tutkimusnäyttöön perustuvilla hoitosuosituksilla ja päätöksentuen palveluilla. Hallinnollinen ympäristö (tai tilasto-ympäristö) koostuu kolmesta osa-alueesta, joita ovat palveluiden tuotannosta ja käytöstä tietoa välittävä talous- ja toimintoraportointijärjestelmä (*business reporting / business intelligence*); sairauksien esiintyvyydestä, elintavoista ja terveysoloista tietoa välittävä epidemiologinen järjestelmä sekä laatutyössä käytettävä laatu-järjestelmä. (Nylander ym. 2003). Kliinisen ympäristön tietovarannot ovat koko tietojärjestelmän perusta ja niistä välittyy tieto järjestelmän muille osille. Kliinisestä järjestelmästä tilastojärjestelmiin siirtyvien tietojen vuoksi erillisten tilastojen tekeminen on mahdollista minimoida (Nenonen & Nylander 2001, Nylander ym. 2003).



KUVA 1: Terveydenhuollon informaatiojärjestelmä (Nylander ym. 2003).

2.2 Tiedonhallinnan ja tietotarpeiden muutos terveyskeskuksissa

Sähköisiin järjestelmiin siirtymisellä halutaan parantaa tiedon jakelua, saatavuutta ja käytettävyyttä. Niiden avulla pyritään kehittämään, järkiperäistämään, tukemaan ja muuttamaan toimintojen ja tekemisen prosesseja sekä parantamaan tehokkuutta ja tuottavuutta. (Hlupic ym. 2002; Nykänen 2003; Laihonen 2009.)

Eri puolilla maailmaa on käynnistynyt kansallisia kehittämishankkeita tai suuria alueellisia yhteistyöhankkeita, joiden tarkoituksena on määrittellä sähköisissä tietojärjestelmissä käytettävät tietosisällöt, nimikkeistöt ja luokitukset, tietoturvan kannalta keskeiset menettelytavat ja rakenteet sekä mahdollistaa potilaan osallisuus omien terveystietojensa käyttöön ja hallintaan (Häyrinen ym. 2008; Ludwick & Doucette 2009; Stroetmann ym. 2011). Järjestelmät ovat laajentuneet organisaatiokohtaisista alueellisiksi, kansallisiksi ja jopa kansainvälisiksi, ja alfanumeerisessa muodossa tallennettavasta ja käsiteltävästä tietoaineksesta on laajennettu kuvallisen ja molekyyllitasoisen tiedon käsittelyyn. Potilaista on tullut tietojensa aktiivisia käyttäjiä, ja kertynyttä dataa ja informaatiota käytetään terveyspalveluiden suunnittelun ja epidemiologisen ja lääketieteellisen tutkimuksen pohjana. (Haux 2006.)

Suomessa kansallisesti yhdenmukaisen sähköisen potilaskertomuksen valmistelu käynnistyi osana Kansallista terveyshanketta (2001–2007) ja jatkui sittemmin Sosiaali- ja terveysministeriön alaisena määräaikaisena kehityshankkeena (Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005 työryhmän raportti 2003; Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien toteuttamista ohjaavan työryhmän loppuraportti 2004; Terveydenhuollon valtakunnallisen tietojärjestelmäarkkitehtuurin perusteet... 2006; Kansallisen sähköisen arkiston käyttöönotto... 2010; KunTo-toimisto mukana KanTa-palveluiden käyttöönotossa 2011). Vastuu toiminnan operatiivisesta ohjauksesta siirtyi vuonna 2011 Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen yhteyteen perustettuun ns. operatiivisen ohjauksen yksikköön (OPER) (Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon operatiivisen... 2011).

Kansallisen terveystietojärjestelmän ja siihen liittyvien sähköisten palveluiden (KanTa) käyttöönotto edellyttää potilastietojärjestelmiltä riittävän yhdenmukaisia rakenteita ja tietosisältöjä. Järjestelmien käyttäjiltä ja klinikoilta muutos edellyttää potilastietojen dokumentointia yhteisesti sovitulla tavalla. (Harno & Alkula 2008.)

Kun tiedon tallentamiseen ja välittämiseen liittyvät tekniset kysymykset on ratkaistu, uudistusten painopiste siirtyy tietoteknisestä hankkeesta käyttöönoton hankkeeksi. Terveystietojen hallinnassa on näin kyseessä pitkälti sosiotekninen muutos. Täysimittaisen hyödyn saaminen sähköisiin järjestelmiin siirtymisestä edellyttää muutoksia niin kliinisissä käytännöissä kuin johtamisen käytännöissäkkin (Kuhn 2001; Miller & Sim 2004; Ludwick & Doucette 2009; Kubias 2011; Aanesen, Moilanen & Olson 2010; Haimakainen, Vehviläinen & Kumpusalo 2011; Lluch 2011).

Julkisen terveydenhuollon toimijoiden edellytetään siirtyvän Kelan yhteydessä toimivan kansallisen arkiston käyttäjäksi 1.9.2014 mennessä ja sähköisiä potilastietojärjestelmiä käyttävien yksityisten terveydenhuollon toimijoiden 1.9.2015 mennessä. Potilasasiakirjojen sähköisen arkiston (eArkisto) lisäksi kansallisten palveluiden kokonaisuuteen lukeutuvat sähköinen resepti (eResepti) sekä kansalaisen käyttöliittymä omiin terveystietoihinsa (eKatselu). (Kansallinen terveysarkisto... 2008; KanTa 2010.)

KanTa-palveluiden käyttäjäksi ryhtyessään organisaatioiden tulee ottaa käyttöön kansallisten määritysten mukaiset rakenteet, tietosisällöt ja luokitukset (Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt [ei julkaisuvuotta]). Potilasasiakirja-asetuksen (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista, 298/2009) mukaan potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Potilaan hoidon kannalta keskeisimpinä tietoina on pidetty diagnooseja tai käyntisyitä, lääkitystä, toimenpiteitä sekä jatkohoidon suunnitelmaa (Opas sähköisen potilaskertomuksen rakenteesta 2006; Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen... [ei julkaisuvuotta]).

Toukokuun 2011 alussa voimaan astuneen terveydenhuoltolain (1010/1326) myötä kuntien tulee tuottaa perusterveydenhuollon palvelut myös muille kuin oman kuntansa asukkaille, edellyttäen, että kyseessä on kotikuntansa ulkopuolella säännönmukaisesti tai pidempiaikaisesti oleskeleva pitkäaikaissairautta sairastava henkilö ja että hoidon toteuttamisen tueksi on kotikunnassa laadittu asianmukainen suunnitelma. (Terveydenhuoltolaki – pykälistä toiminnaksi 2011). Terveys- ja hoitosuunnitelman nimeä kantava dokumentti tullaan liittämään osaksi KanTa:a ja siinä on tarkoitus hyödyntää soveltuvin osin muihin potilasasiakirjoihin rakenteisesti dokumentoituja tietoja. (Komulainen, Vuokko & Mäkelä 2011; Virkkunen, Porrasmäe & Suhonen 2011).

Perusterveydenhuollon avohoidon toimintaa läheisesti koskettava muutos KanTa:an siirtymisen ohessa on perusterveydenhuollon avohoidon tiedonkeruun uudistuminen. THL on vuodesta 2011 alkaen kerännyt aiempaa laajemmin tietoja avohoidon toiminnan toteutumisesta ja sisällöistä avohoidon hoitoilmoitustietoina. (Forström, Saukkonen & Tuomola 2010.)

Kuntien tulee terveydenhuoltolain (1010/1326) mukaisesti laatia sairaanhoitopiireittäin myös terveydenhuollon järjestämissuunnitelma, joka perustuu alueen väestön terveysseurantatietoihin ja palvelutarpeeseen (Terveydenhuoltolaki – pykälistä toiminnaksi 2011). Velvoite väestön terveydentilan seuraamiseen ja kehityksen huomioimiseen toiminnoissa on tätä ennen ollut kirjattuna lakiin kansanterveyslain muuttamisesta (928/2005). Niiltä osin kuin potilaskertomusmerkinnät on kliinisissä tilanteissa kirjattu rakenteisesti, luokituksia käyttäen, tiedot ovat käytettävissä myös hallinnolliseen päätöksentekoon, tilastoseurantaan ja tutkimukseen (Winthereik, van der Ploeg & Berg 2007; Forström ym. 2010; Tuomola 2011).

3 POTILAAN TERVEYSONGELMIEN DOKUMENTOINTI

3.1 Potilastietojen dokumentoinnin hyödyt, haasteet ja mahdollisuudet

Paperimuotoiseen sairauskertomukseen on perinteisesti kirjattu joukko potilaan hoitoa koskevia tietoja kuten taustatiedot (anamneesi), taudin määrittäminen (diagnoosi) sekä erilaiset toimenpiteet. Samoja, potilaan hoidon kannalta keskeisiä tietoja on vaihtelevin tavoin dokumentoitu edelleen, sähköisiin järjestelmiin siirryttäessä. (Stausberg ym. 2003; Häyrinen 2011.) Paperisten kertomusten käytön ongelmana on yleisesti pidetty sitä, että ne eivät palvele optimaalisesti tiedon välittämistä moniportaaisessa ja – ammatillisessa, useista peräkkäisistä ja rinnakkaisista prosesseista ja toimijoista rakentuvassa palvelujärjestelmässä (Chaudry, Wang & Wu ym. 2006; Kubias 2011). Myös sähköisissä järjestelmissä pelkästään tekstimuodossa olevat tiedot ovat pitkälti sähköisen tietojenkäsittelyn ulottumattomissa (Los ym. 2005; Rosenbloom, Miller & Johnson ym. 2006; Harno & Alkula 2008; Harno, Tolppanen & Ranta ym. 2010).

Yhdenmukaisia luokituksia käyttäen tapahtuva tiedon rakenteinen dokumentointi, tiedon tallentaminen ja välittäminen ovat oleellisia sähköisessä potilastietojen käsittelyssä (Los ym. 2005; Harno & Alkula 2008). Sähköisten järjestelmien kehittyminen on puolestaan helpottanut luokitusten käyttöönottoa ja parantanut koodistojen avulla tallennetun määrää sekä tiedon laatua (Wyatt 2001; Hlupic ym. 2002; Stausberg ym. 2003; Häyrinen & Saranto 2009). Juuri rakenteiseen kirjaamiseen siirtyminen mahdollistaa tiedon saatavuuden ja käytettävyyden paitsi kliinisissä tilanteissa myös hallinnollisissa tarkoituksissa ja tutkimuksessa (Ho, McGhee & Hedley ym. 1999; Kuhn & Giuse 2001; van Ginneken 2002; Los ym. 2005; de Lusignan & van Weel 2005; Haux 2006; Komulainen, Kunnamo & Nyberg ym. 2006; Laitinen ym. 2007; Terry, Chevandra & Thind ym. 2010).

Sähköisten järjestelmien kiistattomimpina etuina pidetään dokumentaation luettavuuden (*legibility*) ja käyttömahdollisuuksien sekä tiedon saavutettavuuden (*access*) parantamista, perinteiseen paperimuotoiseen potilaskertomukseen verrattuna. (Powsner, Wyatt & Wright 1998; Hippisley-Cox, Pringle & Cater ym. 2003.) Laajojen systemaattisten kirjallisuuskatsausten ja selvitysten mukaan ne parantavat myös hoidon laatua. Oikeaan aikaan saatavilla olevat potilaan hoitoa koskevat tiedot ehkäisevät haitallisia tapahtumia ja virheitä potilaan hoidossa. (Elson & Connelly 1995; Powsner ym. 1998; Miller & Sim 2004; Chaudry ym. 2006; Boonstra & Broekhuis

2010). Sähköisten järjestelmien käytön on todettu parantavan lääkehoidon prosessien hallintaa ja turvallisuutta, ja sähköinen lähete-palautejärjestelmä on todettu kliinisesti vaikuttavaksi ja tuottavuutta ja kustannustehokkuutta lisääväksi (Chaudry ym. 2006; Harno, Paavola, Carlson ja Viikinkoski 2000; Enabling medication management 2011). Myös sähköisiin potilastietojärjestelmiin integroidut kliinistä päätöksentekoa tukevat palvelut, lääkeaineinteraktioista varoittavat huomautukset ja muut vastaavankaltaiset muistutukset tukevat kliinistä työtä ja terveydenhuollon ammattilaisten sitoutumista käypä hoito –suositukseen, tutkimustiedon pohjalta hyväksi todettuihin käytäntöihin. (Elson & Connelly 1995; Garg, Adhikari & McDonalds 2005; Chaudry ym. 2006.)

Uslu ja Stausberg (2008) ovat kirjauskatsauksensa perusteella todenneet, että sähköisten järjestelmien käyttöönoton taloudellisista hyödyistä on olemassa selvää näyttöä. Paperipohjaisesta tiedon välittämisestä luopuminen on vähentänyt toimistotyötä ja nopeuttanut hallinnollisten asioiden hoitoa (Kuhn & Giuse 2001; Miller & Sim 2004). Lukuisista todetuista ja potentiaalisista hyödyistä huolimatta, tietoteknologian käyttö jakaa kuitenkin mielipiteitä suuresti ja hyötyjen osoittaminen on käytännössä ollut vaikeaa (Kuhn & Giuse 2001; van Ginneken 2002; Miller & Sim 2004; Shekelle 2006; Chaudry ym. 2006; Uslu & Stausberg 2008; Himmelstein, Wright & Woolhandler 2009; Ludwick & Doucette 2009; Boonstra & Broekhuis 2010).

Lääketieteen kliinisessä työssä tarvittavan tiedon monimuotoisuus, sumeus ja jopa epäluotettavuus ovat osoittautuneet lääketieteen tiedonhallinnassa odotettua suuremmiksi haasteiksi (Niinimäki 1998, Ojala 2003). Terveydenhuollon monitoimijainen, verkottunut palvelujärjestelmä sekä vaihtelevat toimintatavat ja -käytännöt asettavat järjestelmien kehittämistyölle ja käytölle omat haasteensa. Osasto- ja erityisala-kohtaisten tietojärjestelmien yhteistoiminnallisuus ja lukuisten sovellutusten integrointi toimivaksi kokonaisuudeksi on osoittautunut ongelmalliseksi. (Kuhn & Giuse 2001; Nenonen & Nylander 2001; Nykänen 2003; Smelcer, Miller-Jacobs & Kantrovic 2009; Häyrinen 2011.)

Järjestelmien käyttäjät ovat kritisoineet järjestelmien monimutkaisuutta, käytännön toiminnalle ja toimintaketjuille vierasta logiikkaa ja heikkoa muunneltavuutta. Järjestelmien yhteensopimattomuutta ja käyttöliittymien erilaisuutta, käyttöjärjestelmiin kirjautumisen moninkertaisuutta on kritisoitu yleisesti ja toistuvasti. (Powsner ym. 1998; Kuhn & Giuse 2001; van Ginneken 2002; Nykänen 2003; Smelcer ym. 2009; Winblad, Hyppönen & Vänskä ym. 2010.) Potilastietojen dokumentoinnin on koettu vievän liiaksi aikaa varsinaiselta potilastyöltä ja haittaavan vuorovaikutusta potilaan kanssa. Siellä,

missä yksityiset ammatinharjoittajat tuottavat valtaosan yleislääkäri- tai perusterveydenhuollon palveluista, järjestelmien loppukäyttäjät ovat olleet huolissaan myös järjestelmien hankinnan ja ylläpidon kalleudesta. (Powsner ym. 1998; Kuhn & Giuse 2001; Miller & Sim 2004; Ludwick & Doucette 2009.)

Kuhnin ja Giusen (2001, 2003) mukaan tietoteknologian käyttöönotossa on jäänyt toistaiseksi liian vähäiselle huomiolle se, että tietojärjestelmät ovat sosioteknisiä, ihmisistä, ympäristöistä, työtehtävistä, ohjelmistoista ja teknisistä laitteista muodostuvia kokonaisuuksia (Kuhn & Giuse 2001; Giuse & Kuhn 2003). Yleismaailmallisena ilmiönä on pidetty sitä, että lääkärinkunnan omaksumien käytäntöjen muuttaminen muuksi vaikeaa (Johansen, Scholl & Hasvold ym. 2008). Terveystieteissä ja lääketieteessä on oltu hitaita mukauttamaan toimintaa ja saattamaan uudet mahdollisuudet osaksi kliinistä työtä ja käytännön valintoja. Vanhat kulttuuriset toimintatavat ja mallit pitävät pintansa ja siirtyvät myös terveydenhuollon uusille ammattilaisille (Elson & Connelly 1995; Niinimäki 1998).

Aanesen kollegoineen (2010) on arvioinut, että sähköisiin järjestelmiin siirtymisen hyödyistä jää todellisuudessa tavoittamatta 50 % – 60 %, mikäli työn tekemisen tapoja ei kyetä muuttamaan ja pysyttäydään vain vanhoissa tekemisen tavoissa. Stausbergin (2003) mukaan sähköisten ja paperisten järjestelmien päällekkäinen käyttö aiheuttaa runsaasti tiedon epätarkkuutta.

Erityisesti lääkärinkunta on mieltynyt ns. vapaan tekstin käyttöön, potilaan ongelmien ja hoidon vapaamuotoisen, narratiiviseen kuvailuun. (Powsner ym. 1998; Johansen ym. 2008; Häyrinen 2011.) Vapaamuotoisesti dokumentoitujen tietojen laadun ja tarkkuuden on kuitenkin todettu vaihtelevan suuresti (Vainiomäki, Kuusela & Vainiomäki ym. 2008; Häyrinen & Saranto 2009).

Boonstra ja Broekhuis (2010) ovat esittäneet, että sähköisten järjestelmien toteutusta tulisikin lähestyä muutosjohtamisen näkökulmasta. Kuhnin ja Giusen (2001) mukaan puhtaasti hallintoa hyödyttävät muutokset herättävät vastustusta. Menahemin ja kollegoidensa (2009) mukaan sähköisten potilastietojärjestelmien käyttäjät ovat olleet työhönsä tyytyväisempiä kuin niitä käyttämättömät kollegansa (Menahemi, Powers & Brooks 2009). Kollegojen ja organisaation tuen on todettu lisäävän sähköisten järjestelmien käyttöä (Ludwick & Doucette 2009; Ludwig, Manca & Doucette 2010). Hing ja Hsiao (2007) ovat osoittaneet, että sähköisten potilastietojärjestelmien käyttö on yleisempää suuremmissa ja useampia kliinisiä erikoisaloja edustavissa yksiköissä.

Heidän mukaansa järjestelmien käyttö on myös käänteisesti yhteydessä lääkärin ikään. Kivisen (2008, 196) mukaan kaksi kolmasosaa terveydenhuollon ammattilaisista ilmoitti tarvitsevan lisää ohjausta tietotekniikan hyödyntämisessä. Sovellusten käytön osaaminen ja perehtyneisyys järjestelmien toimintaan on terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa usein puutteellista (Kortteisto, Mäntyranta & Komulainen ym. 2008; Johansen ym. 2008; Lluch 2011).

Lääkäriliiton kyselyssä terveyskeskustyötä tekevästä lääkäreistä 21 % ilmoitti tietoteknologian kehittymisen tai käyttöönoton terveyskeskustyössä viime vuosina tapahtuneeksi myönteiseksi muutokseksi. Samanaikaisesti 13 % heistä ilmoitti tietoteknologian kehittymättömyyden ja toimintahäiriöt 2006–2010 aikana tapahtuneeksi kielteiseksi muutoksiksi. (Haimakainen ym. 2011.)

3.2 Terveysongelmien dokumentoinnissa käytettävät luokitukset

Luokitusten käyttö mahdollistaa potilaan hoitoa koskevien tietojen tiivistämisen, jolloin potilaan hoitoon osallistuvien on helpompaa löytää suuresta tietomassasta oleellisin (Harno & Alkula 2008). Luokitellut tiedot ovat perusedellytys myös kliinistä päätöksentekoa tukevien järjestelmien toiminnalle. Kansallisten määritysten ja suositusten mukaan potilaan terveysongelmien dokumentoinnissa on mahdollista käyttää joko Kansainvälistä tautiluokitusta (ICD-10) tai Perusterveydenhuollon kansainvälistä luokitusta (ICPC-2) (Opas sähköisen potilaskertomuksen rakenteesta 2006; Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen... [ei julkaisuvuotta], Tuomola 2011; Virkkunen ym. 2011.)

WHO:n ylläpitämä, alun perin kuolinsyiden rekisteröintiin kehitetty Kansainvälinen tautiluokitus (*International Classification of Diseases, ICD*) on vakiinnuttanut paikkansa epidemiologisen tiedon keruussa, raportoinnissa ja tutkimuksessa niin kansainvälisesti kuin kansallisestikin (Jakob, Üstün & Madden ym. 2007, Häyrinen ym. 2008; Surján 1999; Winkler, Ott & Becher 2010).

Suomessa on käytetty ICD-10-luokitusta kattavasti sairaaloissa ja erikoissairaanhoidossa diagnoosien dokumentoinnissa vuodesta 1996 alkaen, ja sen käyttö on ollut pakollista myös erinäisissä sosiaalivakuutuksellisissa asiakirjoissa. (STM määräyskokoelma 1995:81; Winblad ym. 2008, 19; Tautiluokitus ICD-10 2011, 3–16; Komulainen 2012, 41–51). ICD:llä kirjattuja diagnoositietoja on käytetty myös rahoituksen ja taloushallinnan instrumenttina. Monissa maissa diagnoosien

systemaattisen dokumentoinnin pääasiallisimpana tarkoituksena on ollut erilaisten diagnoosiryhmittelyiden (*case mix*) pohjalta tapahtuva kustannusseuranta ja laskutus. (Surján 1999.) Myös Suomessa useat sairaanhoitopiirit ovat siirtyneet diagnoosiryhmäpohjaiseen (Diagnosis Related Groups, DRG) laskutukseen (Smedby & Schiøler 2006, 78–86; Tolppanen 2007; Erikoissairaanhoidon tuotteistuksen käsikirja...[ei julkaisuvuotta]; Wockenfuss, Frese, & Herrmann ym. 2009).

ICD:tä on käytetty osittain myös yleislääkäreiden vastaanotoilla, mutta sitä on pidetty monin paikoin liian laajana ja perusterveydenhuoltoon huonosti soveltuvana. (Wood, Lamberts, & Meijer 1992; Pärnänen, Kumpusalo & Takala 2000; Wockenfuss ym. 2009; Klemola, Ketola & Virtanen ym. 2010; Armstrong 2011) Suomessa ICD:n käyttö on rajoittunut perusterveydenhuollossa lähinnä eläke- ja vakuutuslaitosten edellyttämiin lausuntoihin. Vaikka potilaan terveysongelmaa kuvaillaan potilaskertomusteksteissä ja erikoissairaanhoidon läheteissä, diagnoosien tai lähetteen syiden kirjaaminen luokituksen avulla ei ole ollut yleisenä käytäntönä terveyskeskuksissa eikä yleislääketieteessä ja perusterveydenhuollossa laajemminkaan. (Huovila & Häyrinen 2008; Linna 2009; Vikström 2011; Häyrinen 2011.)

ICD:stä on olemassa lukuisia eri versioita ja kansallisia modifiointeja (Jakob ym. 2007). Luokitusten kansalliset, paikalliset ja tietojärjestelmäkohtaiset modifikaatiot ovat kuitenkin ongelmallisia yleisen ja kansainvälisen vertailtavuuden kannalta (Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997, Kipupoliklinikan diagnosiluettelo 2000, de Lusignan ym. 2001; Yleislääkäreiden diagnosikooste [ei julkaisuvuotta]; Jakob ym. 2007).

de Lusignan kollegoineen (2001) jaottelee Euroopan maat kolmeen kategoriaan potilaan terveysongelmien luokittelussa käytettävien koodistojen suhteen. Ensimmäisen kategorian muodostavat maat, jotka käyttävät ICD-10-luokitusta erikoissairaanhoidossa ja ICPC:tä perusterveydenhuollossa. Toiseen kategoriaan kuuluvat maat, jotka käyttävät ICD:tä sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa. Kolmas kategoria käsittää yhden, yksittäisen maan, jossa käytetään ICD-luokitusta erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa Read Codes –nimellä tunnettua, sittemmin osaksi Snomed CT terminologian osaksi integroitua järjestelmää (Cornet & de Keizer 2008). Suomen kaltaiset maat, joissa ei tosiasiallisesti käytetä perusterveydenhuollossa mitään edellä mainituista luokituksista kattavasti, muodostavat käytännössä neljännen kategorian.

ICD-10-luokituksen noin 15 000 erilaista koodiotsikkoa mahdollistavat tautien, sairauksien ja tilojen yksityiskohtaisen kuvaamisen. Dokumentoinnin tarkkuutta voidaan vielä lisätä käyttämällä luokitukseen sisältyviä oire- ja syykoodien yhdistelmiä (Surján 2009; Tautiluokitus ICD-10 2011, 21–35; Komulainen 2012, 12–15.) Luokituksen laajentaminen lisää dokumentointia tekevän ammattilaisen valinnan mahdollisuuksia ja vapauden astetta, mutta samalla myös yksittäisten toimijoiden välistä vaihtelua (*inter-rater variability*). Tämä on puolestaan johtanut kirjaamiskäytäntöjen yhdenmukaistamisen ja luokituksen käytettävyyden nimissä tehtyihin paikallisiin tai erikoisalakohtaisiin soveltamisohjeisiin ja yleisimmin käytettyjen nimikkeiden listauksiin. (Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997; Ebeling, Sane & Viikari 2001; Yleislääkäreiden diagnoosikooste [ei julkaisuvuotta]; Surján 2009) Koodiluetteloa karkeistaessaan erilaiset suosikkilistat saattavat kuitenkin samalla myös vinouttaa dokumentointia. (Pärnänen, Kumpusalo & Takala 2000; Tolppanen 2007; Jylhä & Kinnunen 2008).

Maailman yleislääkärijärjestön (WONCA) kansainvälisen luokituskomitean (WICC) kehittämä ja ylläpitämä ICPC onkin otettu ICD:n sijasta ja rinnalla käyttöön perusterveydenhuollon vastaanotoilla monissa maissa, myös Suomessa. (Eskola, Rissanen & Luoto ym. 2007; Savolainen 2008; Winblad ym. 2008, 44). ICPC:n vahvuutena on pidetty sen helppokäyttöisyyttä ja muistinvaraisuutta. Luokitus sisältää myös suuren joukon potilaan oireita ja vaivoja kuvaavia luokkia, jotka ovat tyypillisiä perusterveydenhuollon vastaanotoilla. (Lamberts, Woods & Hofmans-Okkes 1993a; International Classification of Primary Care... 2005; Bentzen 2009; Kvist & Savolainen 2010.)

ICPC:n rungon muodostavat 17 pääsääntöisesti anatomisten rakenteiden tai elinjärjestelmien mukaan muodostettua pääluokkaa tai lukua (*chapter*). Kussakin luvussa on joukko kyseiseen elinjärjestelmään tyypillisesti liittyviä oireita, vaivoja, tauteja ja sairauksia. Luokat jakautuvat edelleen seitsemään alaluokkaan, komponenttiin. Potilaan terveysongelmien dokumentointi tapahtuu käyttäen komponentin 1 (Oireet ja vaivat) ja komponentin 7 (Taudit ja sairaudet) luokkia. (International Classification of Primary Care... 2005; Kvist & Savolainen 2010)

Tulehdukselliset tilat, vammat, kasvaimet ja muut sairaudet on, ICD:stä poiketen, ryhmitelty anatomisten pääluokkien alle. Luokituksen käyttäjä voi tällöin luokitella potilaan terveysongelman loogisesti vain yhteen, osuvimpaan luokkaan. (Surján 1999; International Classification of Primary Care... 2005; Tolppanen 2007; Kvist &

Savolainen 2010; Komulainen & Savolainen 2012, 70–74.) Kansainvälisissä perusterveydenhuollon epidemiologissa tutkimuksissa yleisimmiksi havaitut taudit ja sairaudet on sisällytetty ICPC:hen omina luokkinaan. Harvinaisempien tilojen koodaamisessa käytetään kokoomaluokkia, ”muut oireet ja vaivat” tai ”muut taudit ja sairaudet”. (International Classification of Primary Care... 2005; Kvist & Savolainen 2010)

ICPC-2:n tuorein versio sisältää 686 potilaan terveysongelmien luokitteluun soveltuvaa luokkaa (1. ja 7. komponentin koodia ja koodiotsikkoa). Erilaisten oireiden, vaivojen ja sairauksien dokumentoinnissa käytettävien luokkien lisäksi ICPC sisältää myös perusterveydenhuollon toimenpiteitä (*interventions, procedures*) luokittelevan osion. Koko laajuudessaan luokitus käsittää tällöin noin 1400 koodia otsikkoineen (Okkes, Becker & Bernstein ym. 2002; International Classification of Primary Care... 2005; Bentzen 2009; Kvist & Savolainen 2010.).

ICPC:tä käytetään kansainvälisesti useissa eri käyttötarkoituksissa tai moodeissa. Sen avulla voidaan dokumentoida niin potilaan ilmoitukseen perustuvat hoitoon hakeutumisen syyt kuin toteutetut tai toteuttavat toimenpiteet ja ammattilaisen toteamat hoidon aiheetkin. Potilaan omia, henkilökohtaisia tulosityitä dokumentoitaessa (ns. RFE-moodi, Reason for Encounter), tiedot tallennetaan potilaan ilmoituksen mukaisesti, mahdollisimman autenttisinä. Ns. diagnoosimoodin mukaan toimittaessa käynnin syyn dokumentointi perustuu ammattilaisen, kulloisenkin käynnin perusteella, tekemään arvioon. (Lamberts ym. 1993a; International Classification of Primary Care... 2005; Kvist & Savolainen 2010; Chmiel, Bhend & Zoller ym. 2011) Peruslähtökohtana ICPC:n kehittämisessä on ollut se, että yhden ja saman luokituksen avulla voidaan dokumentoida potilaan yksittäiseen terveysongelmaan liittyvä hoidollinen, ajassa etenevä kokonaisuus (episodi), hoitoon hakeutumisen alkuvaiheesta hoidon päättymiseen asti (Lamberts, Brouwer & Marinus ym. 1993; Hoffmans-Okkes & Lamberts 1996; International Classification of Primary Care... 2005, 11–12 ; Falko 2009a, 2009b; Kvist & Savolainen 2010, 22–23; Soler 2012a, 2012b).

Monista muista luokituksista poiketen, ICPC:n soveltuvuus, pätevyys ja luotettavuus perusterveydenhuollon toiminnan sisältöjen, potilaan hoitoon hakeutumisen syiden ja todettujen terveysongelmien dokumentoinnin välineenä on osoitettu laajoissa kansainvälisissä tutkimuksissa (Lamberts, Wood & Hofmans-Okkes 1993b, Okkes, Polderman & Yamaha ym. 2002; Verbeke, Schrans & Deroose ym. 2008; Soler 2012 a ja 2012b). ICPC:n on katsottu jäsentävän lääketieteen termejä perusterveydenhuollon

toimintaympäristössä relevanteiksi luokiksi. Kliinisen käytettävyyden lisäksi ICPC mahdollistaa potilaan terveysongelmia koskevan tiedon tiivistämisen ja käytettävyyden myös hallinnollisiin ja tutkimuksellisiin tarpeisiin erityisesti silloinkin, kun vastaanotokäyntien määrät ovat vähäiset (Lusignan & van Weel 2006; Soler, Okkes & Wood ym. 2008).

Suomessa ICPC:tä käytetään pääsääntöisesti diagnoosimoodissa ammattilaisen toteamien terveysongelmien dokumentoinnissa (ICPC-2:n käyttötavat... [ei julkaisuvuotta]). Kliinisesti ICPC-kirjaus perustele näin käyntiin liittyvät välittömät tai käynnistä jatkossa seuraavat tutkimukselliset ja hoidolliset ratkaisut.

Sähköisten potilasasiakirjojen toteuttamista ohjannut työryhmä (2004) suositteli ICPC- ja ICD-luokitusten rinnakkaiskäyttöä suomalaisessa perusterveydenhuollossa. Potilaan terveysongelmien, käyntisyiden tai diagnoosien kirjaaminen voi kansallisesti yhdenmukaiseen sähköiseen potilaskertomukseen siirryttäessä tapahtua kumpaa tahansa luokitusta käyttäen. (Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen... [ei julkaisuvuotta]; Forsström, Saukkonen & Tuomola 2010, 35). ICPC- ja ICD-luokitusten välisen siltauksen, käännöstaulukon myötä ICPC-luokkia voidaan tarkentaa ICD-luokilla niiltä osin kuin se kulloinkin tarpeelliseksi katsotaan. ICD-luokat ovat vastaavasti käännettävissä ICPC-luokiksi. (Kvist & Savolainen 2010, Komulainen & Savolainen 2012.) ICPC- ja ICD-luokituksia käytetään rinnakkain useissa maissa siten, että osuvimman koodin ja koodiotsikon haku tapahtuu kattavan synonyymisanaston avulla ja osumat esitetään tai ovat esitettävissä sekä ICPC- että ICD-luokkina (Rosendahl & Falco 2009, Verbeke ym. 2008; ICPC-2 Plus: The BEACH Coding System 2011).

4 TERVEYSKESKUSVASTAANOILLA HOIDETUT TERVEYSONGELMAT AIEMMAN KIRJALLISUUDEN VALOSSA

Terveyspalveluiden tarvetta, kysyntää ja käytön määrää sekä niihin vaikuttavia tekijöitä on tutkittu runsaasti (Häkkinen 1992; Vehviläinen, Kumpusalo & Takala 1995; Häkkinen & Linna 1996; Vehviläinen & Kumpusalo 1996; de Boer, Wijker & de Haes 1997; Luoto, Laine & Alha ym. 2000; Aromaa & Koskinen 2002; Luoto, Raitanen & Hakama 2003; van Doorslaer, Koolman & Jones 2004; Billi, Pai & Spahlinger 2007; Bolin, Lindgren & Lingren ym. 2009; Kadam, Schellevis & Lewis ym. 2009). Etenkin suurissa kaupungeissa ja maakunnissa on laadittu paikallisia tai alueellisia selvityksiä terveyspalveluiden kysynnästä ja käytöstä (Alho, Wäänänen & Parviainen 2006; Kannisto-Maunula, Kuosmanen & Kuusilinna ym. 2007; Paronen, Luoto & Vuori 2009; Nyman, Simoila & Väistö 2010). Myös palveluiden uusia järjestämistapoja ja toimintamalleja on viime vuosina tutkittu enenevässä määrin (Puolijoki 2000; Timonen 2004; Peltonen 2009). Tietoa palveluiden käytön määrästä ja käyttäjäprofiileista on saatavilla runsaasti myös kansallisista lakisääteisistä tilastotietokannoista ja muusta tietotuotannosta. (Sotkanet 2010; Tilastot ja rekisterit 2012.)

Käyntimäärätietojen ja suoritteiden seurannan ohella terveyskeskusten toimintaa on tutkittu lähinnä yksittäisten terveysongelmien yleisyyden ja niiden hoitoketjujen ja -prosessien näkökulmasta tai ikä- ja ongelmaryhmittäisiin palvelutarpeisiin fokusoiden. (Hagman ym. 1996; Jyväsjärvi, Keinänen-Kiukaanniemi & Väisänen ym. 1998; Mäntyselkä 1998; Vehviläinen, Kumpusalo, & Takala 1999; Aalto 2001; Takala, Klaukka & Rahkonen 2002; Söderlund & Pakkala 2003; Poutanen 2005; Jussila, M., Sintonen, H. & Koivula, I. ym. 2005; Heikkinen 2006; Rautakorpi 2006; Nurmi-Lüthje, Kristeri & Salmio ym. 2008). Perusterveydenhuoltoa koskevat tietoaukot ja puutteet keskeisten potilastietojen dokumentoinnissa ja dokumentointitavoissa on toistuvasti nostettu esiin lukuisissa tutkimuksissa ja hankkeissa sekä kansallisissa selvityksissä (Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien toteuttamista...2004; Luoto ym. 2003; Eskola ym. 2007). Vahvasta rekisteritiedon keruun perinteestä ja runsaasta tutkimuksesta huolimatta terveyskeskusten vastaanotoilla hoidettavista ongelmista tai perusterveydenhuollon osuudesta sairauksien hoidon kokonaisuudessa ei ole kattavaa kuvaa (Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus... 2003; Winblad ym. 2008; Aaltonen, Ailio, Kilpikivi ym. 2009). Ovaskaisen (2003) mukaan olemassa olevia hyviä

tietokantoja käytetään vain vähäisessä määrin ja paikallisilta viranomaisilta puuttuu traditio palveluiden suunnittelemiseksi tarveanalyysien pohjalta.

Liitteeseen 2 on koottu tietoja suomalaisten terveyskeskusten toiminnan sisältöä ja vastaanotoilla hoidettujen terveysongelmien jakaumaa ja yleisyyttä kokonaisvaltaisesti tai laaja-alaisesti selvittäneistä tutkimuksista. Tutkimukset kerättiin osana laajaa vapaamuotoista kirjallisuuskatsausta. Vaikka kyseessä ei varsinaisesti ollut ns. systemaattinen kirjallisuuskatsaus, aiheenmukaisia hakuja tehtiin useista eri tietokannoista, käyttäen hakusanoina muun muassa termejä 'perusterveydenhuolto', 'terveyskeskukset', 'yleislääketiede', 'avotoiminta', 'vastaanotto', 'käynti', 'käyntisyys', 'käynnin syy', 'diagnoosi', 'luokitukset', 'ICPC' sekä 'ICD'.

Liitteen 2 taulukossa mukana ovat suomalaisten terveyskeskusten vastaanotto-toiminnan sisältöjä laaja-alaisesti selvittäneet tutkimukset, joiden aineisto on koottu ja raportoitu kansanterveyslain (66/1972) voimaantulon jälkeen ja jotka on julkaistu yleisesti korkeatasoiseksi katsotussa koti- tai ulkomaisessa akateemisessa lehdessä tai muussa tieteellisessä julkaisussa tai muussa luotettavan ja arvovaltaisen tahon julkaisemassa raportissa. Aineiston osin historiallisesta luonteesta johtuen vain osa lähteistä oli ns. vertaisarvioituja.

Ensimmäiset perusterveydenhuollon lääkärivastaanottojen syitä laaja-alaisesti selvittäneet tutkimukset on tehty 1960- ja 1970 -luvulla. Kansanterveyslain (66/1972) voimaan tulon jälkeen perusterveydenhuollon lääkärisäkäyntien syistä ei Pärnänen ja kollegoidensa mukaan tehty kuitenkaan yhtään systemaattista tutkimusta ennen 2000-luvulle siirtymistä. (Pärnänen, Mäntyselkä, Kumpusalo & Takala 2001.)

Päivystyksellisen hoidon tarpeita ja terveyskeskusten päivystyspalveluiden tarkoituksenmukaista käyttöä on kuitenkin tutkittu runsaasti 1980-luvun puolivälistä aina 2000-luvulle saakka. 2000-luvun loppua kohti päivystystoimintaa koskenut tutkimus on painottunut terveyskeskusten välisiin alueellisen yhteistyön järjestelyiden tai perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystysjärjestelyiden arviointiin. Suomalaiselle terveydenhuollolle tyypillisenä piirteenä on pidetty päivystysvastaanottojen suurta kuormittumista, kun lääkärivastaanottojen sairaudenhoitoon liittyvistä käynneistä jopa 60–70 % on ollut päivystyskäyntejä. (Saarelma & Kunnamo 1996; Miettola, Halinen ym. 2003a.)

Laaja-alainen tutkimus terveyskeskusten toiminnan muista sisällöistä ja osuudesta hoidon kokonaisuudessa on kuitenkin ollut läpi 2000-luvun suhteellisen vähäistä.

Tutkimukset ovat joko rajoittuneet tietylle maantieteelliselle alueelle tai niiden varsinaisena tavoitteena on ollut jokin muu kuin vastaanottokäyntien syiden selvittely.

Potilaan omia ns. tulosityitä on tutkittu jossakin määrin etenkin varhaisemmissa terveyskeskustöiden sisältöjä selvittäneissä tutkimuksissa. (Liite 2.) Potilaan omien hoitoon hakeutumisen syiden selvittämistä on kansainvälisillä foorumeilla pidetty potilaslähtöisenä tapana hoidon tarpeen, tavoitteiden ja hoitomenetelmien arvioimiseksi ja hoidon toteuttamiseksi. Myös Suomessa on viime aikoina käynnistynyt keskustelu potilaan omien hoitoon hakeutumisen tai yhteydenoton syiden rakenteisesta dokumentoinnista. Käyntipohjaisen dokumentoinnin vaihtoehdoksi nostetussa episodipohjaisessa tarkastelussa potilaan tulosityiden dokumentointi mahdollistaa potilaan hoidon prosessin seurannan alkupisteestä päätöspisteeseen (Hofmans-Okkes 1993; Lamberts ym. 1993; International Classification of Primary Care... 2005, 2, 11–19; Kvist & Savolainen 2010; 11, 22–31).

Valtaosa kirjallisuuskatsauksen (liite 2) tutkimuksista on toteutettu ajankohtana, jolloin potilastietojen dokumentointi tapahtui pääasiassa paperipohjaisesti ja tekstimuotoisesti. Aina 2000-luvun alkuun asti lomakepohjaisina tiedonkeruina toteutetut tutkimukset rajoittuvat tyypillisimmillään lyhyisiin ajanjaksoihin, harkinnanvaraisiin mukavuusotoksiin ja tapaustutkimuksiin. Useat terveyskeskusvastaanotoilla käyntien syitä selvittelleet tutkimukset liittyivät terveyskeskustöiden uusien organisointitapojen tai terveyspalveluiden tarpeiden arvioinnin ja seurannan pohjaksi kehitettävien mallien laadintaan. Käyntisyiden luokittelu tapahtui useissa tutkimuksissa vasta vastaanottotilanteiden jälkeen ja osittain myös jonkun muun kuin hoidosta vastanneen henkilön toimesta. Mikäli luokittelussa käytettiin yleisesti tunnettuja luokituksia, tulokset raportoitiin pääsääntöisesti karkealla tasolla, pääluokittain. Vasta viimeisimmissä tutkimusasetelmissä saatettiin hyödyntää terveydenhuollon sähköisiä järjestelmiä ja jo lähtökohtaisesti rakenteisena kirjattua tietoa.

Raportoitujen tutkimustulosten yksityiskohtainen vertailu ei ole mahdollista, koska tulokset on dokumentoitu ja esitetty toisistaan hyvinkin poikkeavalla tavalla. Myös kansainvälisten luokitusten käyttöön perustuneissa tutkimuksissa, tulosten tulkinnessa tulee ottaa huomioon käytetyn luokituksen versio sekä eri luokitusten väliset rakenteelliset erot. Esimerkiksi Perusterveydenhuollon kansainvälistä luokitusta, ICPC:tä käytettäessä erilaiset murtumat ja nyrjähdykset dokumentoituvat tuki- ja liikuntaelimestön ongelmien lukuun ja haavat ja ruhjeet ihon ongelmien lukuun, kun ne ICD:n rakenteessa saattavat lukeutua tuki- ja liikuntaelinongelmien luvun lisäksi

vammoille ja myrkytyksille ja muille ulkoisille syille tai niiden seurauksille varattuihin lukuihin. Vertailtavuuden haasteista huolimatta, katsauksessa (liite 2) mukana olleista tutkimuksien perusteella terveyskeskuskäyntien syistä ja vastaanotoilla hoidetuista terveysongelmista voidaan esittää seuraavankaltaisia johtopäätöksiä:

Kaikissa, terveyskeskusvastaanotoilla hoidettuja sairauksia yleisellä tasolla tarkastelleissa, tutkimuksissa kaksi yleisintä terveysongelmien ryhmää tai pääluokkaa olivat tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja hengityselinsairaudet. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien raportoitiin muodostaneen 10 % – 22 % kaikista käynneistä. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien osuus oli suurin kaikista tuoreimmassa tutkimuksessa, kun sydän- ja verenkiertoelinsairauksien osuudet olivat korkeimmat varhaisimmissa tutkimuksissa. Hengityselinsairauksien osuus vaihteli tässä kirjallisuuskatsauksessa mukana olleissa tutkimuksissa 7 % – 18 %. Kolmanneksi suurimmaksi pääluokaksi nousivat tutkimuksesta riippuen epäspesifit ongelmat ja erilaiset oireet ja poikkeavat löydökset (7 % – 20 %) tai sydän- ja verenkiertoelinsairaudet (5 % – 20 %). Kahdessa varhaisemmassa tutkimuksessa vammojen osuus kaikista käynnistä nousi jopa yli neljännekseen. Hyryn kangas-Järvenpään (2003) tutkimuksen mukaan terveyskeskusvastaanotoilla hoidettavat terveysongelmat poikkeavat selvästi yleislääkärin puhelinneuvontapalvelussa käsitellyistä ongelmista.

Puhakan ja kollegoidensa (2003a) mukaan yli 60 %:lla terveyskeskuksista erikoissairaanhoidon lähetettävillä potilailla ei ollut tietoa kliinisestä diagnoosista. Puutteellisuuksia lähetediagnoosissa (ICD) esiintyi erityisesti kasvu- ja työikäisten läheteissä. Lisäksi suuri osa keuhko- ja sisätautipotilaista sekä kaikki neurologian ja lastentautien päivystyspotilaat lähetettiin diagnoosiepäilyinä. Yksittäisinä lähetesyinä käytettiin noin 170 spesifistä diagnoosia ja 25 oirediagnoosia. (Puhakka, Ryyänen & Palomäki ym. 2003a.) Vehviläisen ja kollegoidensa (2005) aineistossa kuusitoista yleisintä lähetteen syytä (ICD) muodosti kaikista lähetteiden aiheista vajaan kolmanneksen Yli 60-vuotiailla 15 yleisimmän syyn osuus muodosti kuitenkin jopa 40 % ikäryhmän kaikista lähetteiden aiheista. ICPC-luokituksen mukaan jäsennellyistä läheteryhmistä kolme yleisintä olivat tuki- ja liikuntaelinten, verenkiertoelinten ja ruuansulatuselinten sairaudet. (Vehviläinen, Takala, Keinänen-Kiukaanniemi ym. 2005.)

Suurten päivystysyksiköiden hoitamista potilaista huomattavan suuri määrä, jopa viidennes, on tutkimuskirjallisuuden mukaan päihdepotilaita (Jaatinen & Kuurila 2003). Potilaiden omat hoitoon hakeutumisen syyt noudattelivat terveydenhuollon

ammattilaisten toteamia syitä, kuitenkin niin, että potilaan kannalta yleisiä vastaanottokäyntiin tai yhteydenottoon johtaneita syitä olivat myös erilaiset pientoimenpiteiden tarpeet tai tutkimuksiin ja lääkitykseen liittyvät kysymykset. (Vehviläinen ym. 2005.) Tavanomaisista terveyskeskuspäivystyksessä käynnin syistä jopa yli neljänneksen on todettu liittyvän tuki- ja liikuntaelinongelmiin ja viidesosan hengityselinsairauksiin. (Eskola ym. 2007.)

Vastaanotoilla hoidettujen terveysongelmien jakauman vaihtelu tutkimusten välillä on kirjallisuuskatsauksen (liite 2) pohjalta arvioituna kohtalaisen suurta, ja pääluokittainkin tarkasteltuihin jakaumiin on vaikuttanut suuresti käytetty luokittelutapa ja luokittelun karkeusaste. Katsauksessa mukana olleiden tutkimusten tulokset raportoitiin joko tutkimusta varten tai sen pohjalta kehiteltyä jaottelua tai luokitusta käyttäen tai kansainvälisiä luokituksia ja niiden erilaisia sovelluksia käyttäen. Tulokset esitettiin pääsääntöisesti yleisellä, pääluokkatasolla.

Huomionarvoista on myös, että mukana olleissa (liite 2) tutkimuksissa terveysongelmien jakaumaa oli tarkasteltu ainoastaan lääkärivastaanottojen osalta, yhtä tutkimusta lukuun ottamatta. Yhdessäkään tutkimuksessa ei raportoitu terveyskeskuksessa asiointin syitä kaikkien vastaanottotoimintaa pitävien terveydenhuollon ammattilaisten osalta. Lisäksi on syytä huomata, että yhdessäkään katsauksessa mukana olleessa tutkimuksessa terveyskeskusten vastaanotolla asiointia ei lähestytty episodipohjaisesti, vaikka hoidon prosessin kokonaisuutta paremmin kuvaileva episodipohjaista tietoa on erityisesti kansainvälisissä yleislääkäripiireissä pidetty käyntipohjaista dokumentointi- ja tiedonkeruumallia parempana.

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tässä tutkimuksessa selvitetään vastaanottokäyntien syiden jakaumaa ja vaihtelua terveyskeskuksissa. Lisäksi selvitetään tutkimuskunnissa pilotoidun käyntisyy-luokituksen (ICPC) käytön yleispiirteitä. Kyseessä on deskriptiivinen, rekisteripohjainen tapaustutkimus. Laajemman kontekstin tutkimukselle muodostavat siirtyminen tietojen yhdenmukaiseen, luokitusten avulla tapahtuvaan dokumentointiin sekä uuden järjestelmän käyttöönottoon liittyvät haasteet ja mahdollisuudet.

Käyntisyyllä tai käynnin syyllä tarkoitetaan tässä yhteydessä terveydenhuollon ammattilaisten arviota vastaanottokäyntiin johtaneesta syystä, vastaanotolla hoidetusta terveysongelmasta. Käyntisyy voi olla potilaan kuvailema oire tai vaiva tai käynnin yhteydessä tai aiemmin todettu tauti tai sairaus. Se voidaan kansallisen avohoidon tiedonkeruun ohjeistuksen mukaan dokumentoida joko ICPC:llä tai ICD:llä. (Forsström ym. 2010, 35; ICPC-sanasto 2010). Tässä tutkimuksessa tarkasteltavana ovat ICPC:n avulla dokumentoidut käyntisyymerkinnät. ICPC:n käytön yleispiirteillä viitataan siihen, kuinka suurta osaa käytettävissä olevista vaihtoehdoista ja mitä luokkia tai osioita luokitukselta terveyskeskuksissa käytetään käyntisyytietojen dokumentoinnissa.

Tutkimuskysymyksiä ovat:

- 1) Miten vastaanottokäyntien syyt jakautuvat ja vaihtelevat terveyskeskuksissa?
- 2) Kuinka kattavasti ICPC:n eri luokkia käytetään potilaan terveysongelmien dokumentoinnissa?

Ensimmäistä kysymystä tarkastellaan pääsääntöisesti ICPC-käyntisyymerkintöjen absoluuttisina lukumäärinä ja suhteellisina osuuksina

- koko aineistossa
- terveyskeskuksittain
- ammattiryhmittäin (lääkärit, sairaan-/terveydenhoitajat, fysioterapeutit) sekä
- terveyskeskuksittain ammattiryhmittäin.

Toista kysymystä tarkastellaan käytettyjen ICPC-luokkien määrinä suhteessa kaikkien käytettävissä olleiden luokkien määrään koko aineistossa ja ammattiryhmittäin.

6 AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄ

6.1 Tutkimusaineisto ja -asetelma

Tutkimus perustuu neljän Pirkanmaalla sijaitsevan terveyskeskuksen (Orivesi, Pirkkala, Nokia, Virrat) potilastietojärjestelmistä poimittuihin tietoihin. Tarkasteltavana ovat järjestelmien raportointiosioista paikallisesti kerätyt summatasoiset tiedot vastaanotoilla käsitellyistä terveysongelmista. (Taulukko 1.) Mukana ovat sekä lääkäri- että sairaanhoitajavastaanotoilla, osittain myös terveydenhoitaja- ja fysioterapiavastaanotoilla tehdyt merkinnät käyntien syistä. Terveydenhuollon ammattilaiset ovat dokumentoineet potilaan ongelmat vastaanottokäynnin perusteella, Perusterveydenhuollon kansainvälistä luokitusta (ICPC) käyttäen.

Kuntien taustatietojen kuvaamisessa on käytetty avoimista tietokannoista saatavia väestörakennetta, väestön sairastavuutta sekä terveyspalveluiden järjestämistä koskevia tietoja, joita on käytetty yleisesti muuttujina palveluiden käyttöä ja tarvetta selvittäneissä tutkimuksissa ja asiantuntijaraporteissa tai joiden yhteyksistä palveluiden käyttöön ja hoitoon hakeutumiseen on tutkimuksellista näyttöä (Luoto, Laine & Alha ym. 1999; Luoto ym. 2003; Schultz 2005; Ovaskainen 2005). (Taulukko 1.) Lisäaineistona toimivat tutkimuspäiväkirjaan kirjatut muistiinpanot aineiston keruun ja käsittelyn etenemisestä sekä tutkijan havainnot ja kokemukset tietojen käytettävyydestä.

TAULUKKO 1: Tutkimuksessa käytettävät tietokannat

Aineisto	Rekisteri/tietokanta	Tarkennuksia/huomioitavaa
Perusterveydenhuollon avohoidon käynnit ja käyntisyöt	Terveyskeskusten potilasrekisterit / tilastointiohjelmat (Orivesi, Pirkkala, Nokia, Virrat)	Käyntien lukumäärät ja vastaanotoilla käsitellyt terveysongelmat (ICPC-merkintöjen lukumäärät) aggregoituna, tilastomuotoisena tietona
Väestödemografiset, maantieteelliset ja sosioekonomiset tunnusluvut	Tilastokeskuksen väestötiedot, Sotkanet, Tiehallinto, Kunta-portaali	Yleisesti saatavilla olevat aggregoidut tiedot
Väestön sairastavuutta kuvaavat tunnusluvut	Sotkanet, Kela	Yleisesti saatavilla olevat aggregoidut tiedot
Palveluiden käyttöä kuvaavat tunnusluvut	Sotkanet	Yleisesti saatavilla olevat aggregoidut tiedot

Tutkimukseen osallistuvat kunnat valittiin harkinnanvaraisesti siltä pohjalta, että ne olivat osallistuneet vuosina 2006–2008 toteutettuun Tietopohja yhtenäiseksi Pirkanmaalla –hankkeeseen. Joukko Pirkanmaalla sijaitsevia terveyskeskuksia pilotoi hankkeessa vastaanottokäyntien syiden dokumentointia yhteisesti sovituin periaattein. Hankkeen avulla haluttiin valmistautua yhdessä kansallisesti yhdenmukaisen potilaskertomuksen ja kansallisen sähköisen terveysarkiston tuloon. Vastaanottokäyntien pääasiallinen syy, ”käyntisyys” tai ”terveysongelma”, kirjattiin rakenteisesti ICPC-luokitusta käyttäen. (Savolainen 2008.)

Käyntisyiden kirjaaminen haluttiin alunperin käynnistää hankkeessa lääkäreiden ja sairaanhoitajien vastaanotoilla. Osa kunnista halusi kuitenkin aloittaa dokumentoinnin tätä kattavammin. Kunnan päätöksen mukaisesti myös terveydenhoitajat ja fysioterapeutit saattoivat näin dokumentoida vastaanotoillaan asioineiden käyntisyitä ICPC:llä. Käyntisyytieto dokumentoitiin terveydenhuollon ammattilaisen tekemän arvion perusteella, joko vastaanoton edetessä tai sen perusteella jälkikäteen. Jokaisella vastaanottokäynnillä dokumentoitiin yksi potilaan terveysongelmaa osuvimmin kuvaava käyntisyys. (Savolainen 2008.)

TAULUKKO 2: Käyntisyiden kirjaamiseen osallistuneet ammattiryhmät terveyskeskuksittain.

	Virrat	Nokia	Orivesi	Pirkkala
Lääkärit	x	x	x	x
Sairaanhoitajat	x	x	x	x
Terveydenhoitajat	x	o	x	(x)
Fysioterapeutit	x	x	x	o

x = käyntisyiden dokumentointi toteutunut tammikuusta joulukuuhun (2008)

o = ammattiryhmä ei osallistunut käyntisyiden rakenteiseen kirjaamiseen

(x) = käyntisyiden dokumentointi käynnistynyt asteittain vuoden 2008 kuluessa

Tähän tutkimukseen osallistuneissa terveyskeskuksissa (Nokia, Orivesi, Pirkkala, Virrat) vastaanottokäynnin pääasiallinen syy oli aiemmissä vaiheissa dokumentoitu ICPC:llä 60–90 %:ssa kaikista tarkastelluista käynneistä (Savolainen 2008). Kaikissa tutkimuskunnissa vähintäänkin sekä lääkärit että sairaanhoitajat kirjasivat käyntisyitä rakenteisesti. Virroilla ja Orivedellä myös terveydenhoitajat ja fysioterapeutit dokumentoivat käyntien syyt ICPC:llä, ja Nokialla fysioterapeutit. Pirkkalassa terveydenhoitajat aloittivat käyntisyiden rakenteisen kirjaamisen vasta vähitellen vuoden 2008 kuluessa Pirkkalassa. Pirkkalassa fysioterapeutit eivät osallistuneet käyntisyiden kirjaamiseen, Nokialla terveydenhoitajat. (Taulukko 2.)

Kuntien halukkuutta osallistua tutkimukseen tiedusteltiin alustavasti keväällä 2010. Tutkimuslupahakemukset lähetettiin kuntiin loppukesästä ja kaikki alustavasti mukaan ilmoittautuneet kunnat tekivät päätöksensä tutkimukseen osallistumisesta syksyn 2010 aikana. Terveyskeskusaineistojen keruu tapahtui syksyn 2010 ja kevään 2011 kuluessa. Avoimiin tietokantoihin perustuvia tietoja kerättiin syksyn 2010 ja kevään 2011 aikana.

6.2 Tutkimukseen osallistuneet terveyskeskukset

Tutkimuksessa mukana olleet terveyskeskukset järjestivät (2008) kansanterveyslain (KTL 66/1972) mukaiset avosairaanhoidon ja neuvoloiden palvelut ns. peruskuntansa alueella. Kunnat kuuluvat alueelliseen erikoissairaanhoidon tilaajarengas (Kehyskuntien tilaajarengas tai Ylä-Pirkanmaan tilaajarengas) ja ostavat erikoissairaanhoidon palvelut pääasiallisesti Tampereen yliopistollisesta keskussairaala, TAYS:sta. Osan erikoissairaanhoidon avopalveluistaan ja kirurgisista palveluista kunnat järjestävät myös ostosopimuksin yksityissektorilta. Lisäksi Nokia järjestää erikoissairaanhoidon palveluita myös omana toimintanaan mm. gynekologiassa, ortopediassa ja sisätaudeissa. Päivystyspalvelut omana toimintanaan järjestävät Nokia ja Virrat, Pirkkalan ja Oriveden järjestäessä osan ilt-, yö- tai viikonloppupäivystyksestään ostopalveluna. Työterveyshuollon palveluita omana toimintanaan järjestävät Oriveden ja Virtain terveyskeskukset, Nokian ja Pirkkalan terveyskeskusten järjestäessä palvelunsa osana alueellista työterveyspalvelua.

Kunnista Orivesi ja Virrat lukeutuvat 5 000–10 000 asukkaan, Pirkkala 10 000 – 20 000 asukkaan ja Nokia 20 000 – 50 000 asukkaan kuntaryhmään (ks. Kaarakainen, Niiranen & Kinnunen 2010, 41). Vanhusvoittoisin väestö on Virroilla (Taulukko 3).

TAULUKKO 3: Tutkimuskuntien demografisia taustatietoja (tilanne 31.12.2008)

	Nokia	Orivesi	Pirkkala	Virrat
Väkiluku ⁽¹⁾	30 951	9 632	16 154	7 629
Väkiluvun muutos, % ⁽¹⁾	1,5	0,8	2,3	-0,8
Ikäryhmän osuus väestöstä, %				
0–6 -vuotiaat ⁽²⁾	9,7	7,2	10,6	5,7
75–84 -vuotiaat ⁽²⁾	5,2	8	3,4	9,7
85-vuotta täyttäneet ⁽²⁾	1,5	2,6	1,1	3,1

Lähde: ¹⁾ Tilastokeskus 2011, ²⁾ Sotkanet 2010.

Tutkimuskunnista Orivesi on kuntatyybiltään taajaan asuttu, Virrat maaseutumainen. Nokia ja Pirkkala ovat kaupunkimaisia. (Tilastokeskus 2011.) Virrat on harvaan asuttu ja sen etäisyys maakunnan keskuskaupunkiin on kunnista pisin (Tiehallinto 2011). Virrat ja Orivesi erottuvat muista kesämökkikuntina. Orivedellä kesämökkien osuus asutokuntien määrään suhteutettuna on 76 %, Virroilla 66 %, kun vastaavat osuudet ovat Nokiassa 11 % ja Pirkkalassa 7 %. (Taulukko 4.)

TAULUKKO 4: Tutkimuskuntien maantieteellisiä ja asumiseen liittyviä taustatietoja

	Nokia	Orivesi	Pirkkala	Virrat
Maapinta-ala, km ² ⁽¹⁾	288,1	799,5	81,4	1 162,30
Asukastiheys, as. / km ² ⁽¹⁾	105,78	11,95	193,88	6,62
Etäisyys maakuntakeskuksesta, km ⁽²⁾	18	40	16	106
Asutokuntien lukumäärä (31.12.2007) ⁽¹⁾	13 560	4 428	6 400	3 653
Kesämökkien lukumäärä (31.12.2007) ⁽¹⁾	1 490	3 381	421	2 397

Lähde: ¹⁾ Tilastokeskus 2011 , ²⁾ Tiehallinto 2010

Asukkaiden koulutustaso on koulutustasomittaimella osoitettuna korkein Pirkkalassa. Koulutustasomittain ilmaisee perusasteen jälkeen suoritettua korkeimman koulutuksen keskimääräisen pituuden henkeä kohti. Pirkkalassa omassa kunnassa työssä käyvien osuus on kuitenkin huomattavasti alhaisempi kuin muissa tutkimuskunnissa. Työpaikkaomavaraisuus ja omassa kunnassa käyvien osuus työllisistä ovat tutkimuskunnista korkeimmat Virroilla. Työpaikkaomavaraisuus kuvaa kunnassa sijaitsevien työpaikkojen määrän suhteessa kunnassa asuvan työllisen työvoiman määrään. Omassa kunnassa työssä käyvien osuus työssäkäyvistä ilmaisee kunnassa asuvien työssäkäyvien osuuden kunnassa asuvista työllisistä. (Sotkanet 2010, Tilastokeskus 2011.) (Taulukko 5.)

TAULUKKO 5: Tutkimuskuntien sosioekonomisia taustatietoja

	Nokia	Orivesi	Pirkkala	Virrat
Koulutustasomittain ⁽¹⁾	312	270	400	249
Pitkäaikaistyöttömät, % työttömistä ⁽¹⁾	20	21,2	22,9	12,4
Työttömät, % työvoimasta ⁽¹⁾	7,2	9	5,9	7,1
Omassa kunnassa työssäkäyvien osuus työssäkäyvistä, % (31.12.2006) ⁽²⁾	52	56,9	26,4	77
Työpaikkaomavaraisuus (2007) ⁽³⁾	83,0	76,6	65,3	89,9

Lähde: ¹⁾ Tilastokeskus 2011 , ²⁾ Sotkanet 2010 , ³⁾ Kunnat.net 2010

Kelan sairastavuusindeksin mukaisesti kuvattu sairastavuus on korkein Virroilla, jossa se nousee ylitse maan keskitason. Muissa tutkimuskunnissa sairastavuus on maan keskitasoa. (Taulukko 6.) Sairastavuusindeksi ilmaisee, miten tervettä tai sairasta kunnan väestö on suhteessa koko maan väestön keskiarvoon (= 100). Se perustuu kolmeen rekisterimuuttajaan: kuolleisuuteen, työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuuteen työkäisistä ja erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen osuuteen väestöstä. Niistä kukin on suhteutettu erikseen maan väestön keskiarvoon. Lopullinen sairastavuusindeksi on kolmen osaindeksin keskiarvo. Virtain muita kuntia suurempi sairastavuus selittyy runsaammalla työkyvyttömyydellä ja osin myös kuolleisuudella. Työkyvyttömyyden osuus sairastavuudessa on alhaisin Pirkkalassa. (Kela 2010.)

TAULUKKO 6: Väestön sairastavuus tutkimuskunnissa vuonna 2008 Kelan sairastavuusindeksin mukaisesti tarkasteltuna. Maan kaikkien kuntien keskiarvo = 100.

	Nokia	Orivesi	Pirkkala	Virrat
Sairastavuusindeksi, vakioimaton	93,7	113,9	68,4	137,8
kuolleisuusindeksi, vakioimaton	85,1	122,0	54,1	154,4
työkyvyttömyysindeksi, vakioimaton	101,1	109,6	67,5	134,6
erityiskorvausoikeusindeksi, vakioimaton	94,9	110,1	83,7	124,4
Sairastavuusindeksi, vakioitu	100,0	96,9	84,1	105,4
kuolleisuusindeksi, vakioitu	96,8	96,1	80,3	103,3
työkyvyttömyysindeksi, vakioitu	102,0	98,1	73,4	113,0
erityiskorvausoikeusindeksi, vakioitu	101,1	96,4	98,6	100,0

Lähde: Kela 2010

Kansantautien sairastavuus jää Kelan kansantauti-indeksin mukaan tutkimuskunnissa alle maan keskitason. (Taulukko 7.) Kansantauti-indeksi perustuu seitsemän suurimman erityiskorvattavaan lääkehoitoon oikeuttavan sairauden yleisyyttä kuvaaviin indekseihin. Se on näiden indeksien keskiarvo. Tautikohtaisia indeksejä (astma, diabetes, nivelreuma, psykoosit, sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta sekä verenpainetauti) on kuitenkin mahdollista tarkastella myös erikseen. (Kela 2010.)

TAULUKKO 7: Kansantautien yleisyys tutkimuskunnissa vuonna 2008 Kelan kansantauti-indeksin mukaisesti tarkasteltuna. Maan kaikkien kuntien keskiarvo = 100.

	Nokia	Orivesi	Pirkkala	Virrat
Kansantauti-indeksi, vakioimaton	90,1	106,6	75,5	124,6
diabetes, vakioimaton	94,4	121,9	78,4	135,0
verenpainetauti, vakioimaton	95,5	116,4	89,0	142,4
sydämen vajaatoiminta, vakioimaton	91,3	105,8	57,5	150,1
nivelreuma, vakioimaton	100,6	119,8	93,9	146,1
astma, vakioimaton	93,1	85,1	90,3	92,0
Kansantauti-indeksi, vakioitu	96,9	91,9	91,8	97,0
diabetes, vakioitu	100,6	104,1	94,1	104,9
verenpainetauti, vakioitu	103,4	96,7	111,4	105,1
sydämen vajaatoiminta, vakioitu	103,0	84,5	85,1	103,2
nivelreuma, vakioitu	105,1	108,9	107,4	123,4
astma, vakioitu	95,2	78,4	95,5	80,5

Lähde: Kela 2010

Nivelreuman sairastavuus on tutkimuskunnissa maan keskitasoa korkeampi. Myös verenpainetaudin esiintyvyys ylittää kunnissa maan keskitason, Orivesi pois lukien. Orivedellä diabeteksen sairastavuus on kuitenkin ylitse maan keskitason. Se on koko maan keskiarvoa korkeampi myös Pirkkalassa. (Kela 2010.) Depressiolääkkeistä korvausta saaneiden nuorten osuus (18–24-vuotiaat) vastaavan ikäisistä on korkein Virroilla (5,7 %) ja ikääntyvien depressiolääkkeistä korvausta saaneiden (65 vuotta täyttäneet) osuus vastaavasti Nokialla (14,1 %). (Kela 2010.)

Palvelutarpeen indikaattorina käytetty perusterveydenhuollon avohoidon lääkärin potilaiden määrä 1000 asukasta kohti laskettuna on korkein Virroilla (832,0) ja Orivedellä (789,0). Yksityislääkärikäynneistä korvauksia saaneiden osuudet kunnan asukkaista ovat tutkimukseen osallistuneista kunnista suurimmat Nokialla (33,1 %) ja Virroilla (31,2 %). Yksityisen terveydenhuollon läheteellä erikoissairaanhoidon tulleita suhteessa päätyneisiin erikoissairaanhoidon jaksoihin oli eniten Pirkkalassa (24,2 %) ja Virroilla (22,5 %). Erikoissairaanhoidon avohoitokäyntien osuus sisätautien alalla oli vuonna 2008 suurin Nokialla (259 käyntiä / 1000 asukasta) ja kirurgian alalla suurin Virroilla (227 käyntiä / 1000 asukasta). Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien 75 vuotta täyttäneiden osuus vastaavanikäisestä väestöstä oli vuonna 2008 korkein Pirkkalassa (7,2 %) ja Virroilla (7,5 %). (Taulukko 8.) (Sotkanet 2010.)

TAULUKKO 8: Palveluiden käyttö tutkimuskunnissa vuonna 2008 eräiden muuttujien valossa.

	Nokia	Orivesi	Pirkkala	Virrat
Perusterveydenhuollon avohoidon lääkärin potilaat yhteensä / 1000 asukasta	648	789	638	832
Yksityislääkärikäynneistä korvausta saaneet, % väestöstä	33,1	25,6	25,2	31,2
Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit / 1000 asukasta	1060	904	739	885
Somaattisen erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit / 1000 asukasta	993	822	685	848
Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit, sisätaudit / 1000 asukasta	259	170	127	196
Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit, kirurgia / 1000 asukasta	195	211	125	227
Yksityisen terveydenhuollon läheteellä erikoissairaanhoidon tulleet, % kaikista päätyneistä erikoissairaanhoidon hoitajakoista	16,2	18,3	24,2	22,5
Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevat 75 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä	5,0	7,0	7,2	7,5

Lähde: Sotkanet 2010.

6.3 Tutkimusmenetelmä

Tutkimuksen pääasiallisen aineiston muodostivat terveyskeskusten potilastietojärjestelmien raportointiosioista poimitut käyntisytytiedot. Tarkasteltavana olivat aggregaattitasoiset tiedot, yhteenvedot tai koosteet

- terveyskeskuksissa asioineiden henkilöiden määristä
- käyntisyymerkintöjen määristä sekä, soveltuvin osin,
- kunkin käyntisyyn vuoksi asioineiden asiakkaiden lukumääristä.

Tarkastelussa eivät olleet mukana THL:n avohoitokäyntien tilastoraportteihin sisältyvät mielenterveyskeskuksen, työterveyshuollon, kotihoidon ja hammashuollon käynnit, joten tässä tutkimuksessa raportoidut avosairaanhoidon, neuvoloiden ja fysioterapian käynnit muodostavat noin ¾ Virtain, Nokian, Pirkkalan ja Oriveden terveyskeskusten kaikista THL:n perusterveydenhuollon avohoitokäyntien tilastoseurannassa vuonna 2008 huomioiduista käynneistä (ks. Vuorio & Saukkonen 2009). Edellä esitetystä poiketen Virtain mielenterveyskeskuksen ja työterveyshuollon käyntejä ja käyntisyitä kuvataan kuitenkin soveltuvilta osin erikseen. Tulokset esitetään näiltä osin kuitenkin selkeästi muusta aineistosta erikseen ja eriytettynä.

Kaikissa raportoitavissa luvuissa ovat mukana sekä oman kunnan asukkaiden että vieraskuntalaisten käyntejä koskevat tiedot, jollei muuta erikseen mainita.

Puhelinkontakteja tai ”puhelinvastaanottoja” ei ole eritelty muista käynneistä, vaan ne on kaikissa terveyskeskuksissa huomioitu sikäli, kun ne on dokumentoitu käynteinä (ks. Tuomola 2011). Olettamuksena on tällöin ollut, että käyntiä korvaavan puhelinkontaktin syy on dokumentoitu ICPC:llä. Fysioterapiakäynneistä huomioitiin ainoastaan yksilölliset vastaanottokäynnit, ei ryhmämuotoisia fysioterapiakäyntejä eikä apuväline-lainausta. Välinejakelua ilman hoidollista kontaktia ei huomioitu.

Käyntimäärissä ja käyntisyymerkinnöissä ei pääsääntöisesti huomioitu erikoislääkäreiden avohoidon palveluita, mikäli tällaisia oli terveyskeskuksessa erikseen tarjolla. Varsinaista terveyskeskuslääkärivastaanottoa pitäneet yleisterveydenhuollon erikoislääkärit luettiin kuitenkin samaan ryhmään muiden ”terveyskeskuslääkäreiden” kanssa. Yksityisiltä palveluntuottajilta ostetut perusterveydenhuollon avopalvelut ovat mukana ainoastaan niiltä osin kuin ostopalvelu järjestettiin kiinteänä osana terveyskeskuksen muuta toimintaa. Päivystysvastaanottoja koskevat tiedot sisältyvät aineistoon vain niiltä osin kuin ne dokumentoitiin terveyskeskuksen potilastietojärjestelmään.

Yleisesti käytössä olleet järjestelmien peruseräraportoinnin välineet eivät mahdollistaneet yksilötasolla tapahtuvia käyntisyierittelyitä, joten tietoa vastaanottokäyntien syistä oli paikallisesti saatavissa ainoastaan aggregaattitietona. Henkilötunnuksin varustettua tai yksittäiset henkilöt muulla tavoin identifioivaa tietoa ei tässä tutkimuksessa käsitelty missään vaiheessa. Potilaan terveystiedot ovat arkaluontoista ja salassa pidettävää tietoa, jota voidaan luovuttaa tunnisteellisena tutkimuskäyttöönkin ainoastaan tiukasti säännellyn periaatteen (Henkilötietolaki 523/1999; Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999).

Käyntisyiden merkintä tapahtui järjestelmästä ja paikallisesta tai työntekijäkohtaisesta päätöksestä riippuen joko sähköiseen potilaskertomukseen, asiakkaan ”sairauskertomuslehdelle”, tai järjestelmän tilastointialustalle. Tutkimuskunnista Virrat ja Nokia käyttivät Efficaa ja Orivesi ja Pirkkala Mediatria vuonna 2008. Virrat siirtyi rakenteisen kertomuksen v.3.4 käyttöön vuoden 2008 lopussa. Käytettävissä ollut ICPC-luokituksen versio oli järjestelmästä riippuen joko ICPC-1 (Effica) tai ICPC-2 (Mediatri). (Taulukko 9.) Mediatriassa ICPC:n ja ICD:n rinnakkainen käyttö oli mahdollistettu ohjelmallisesti siten, että ICPC-koodi oli tarkennettavissa ICD-koodilla. Ohjelmaa käyttävä saattoi myös dokumentoida käynnin syyn ensin ICD:llä, jonka jälkeen valintaa vastaava ICPC-koodi voitiin halutessa tuottaa ohjelmallisesti lähinnä tilastoseurannan tarpeisiin.

TAULUKKO 9: Tutkimuskunnissa käytössä olleet tietojärjestelmät.

	Virrat	Nokia	Orivesi	Pirkkala
Potilaskertomusjärjestelmä ja versio	Effica 3.4	Effica 3.3	Mediatri	Mediatri
Kertomuksen rakenteisuus: kyllä / ei	kyllä	ei	ei	ei
Raportointiohjelma	Impromptu	Impromptu	Uusi tilastointi	ICPC tilasto
ICPC-luokituksen versio	ICPC-1	ICPC-1	ICPC-2	ICPC-2

Tilastoajojen pohjaksi laadittiin alustava, mutta mahdollisimman yksityiskohtainen tietopyyntö. Pyyntöä tarkennettiin kunnittain potilastietojärjestelmien pääkäyttäjien tai muiden vastaavien toimihenkilöiden kanssa, jotka myös toteuttivat tilastoajat käytännössä. Samaakin tietojärjestelmää käyttävissä terveyskeskuksissa raporttien poimintaehdot poikkesivat toisistaan, kun rajauksissa tuli huomioida kulloisenkin organisaation toimintamallit ja palveluiden järjestämistavat. Tutkija osallistui soveltuvin osin raporttien ajamiseen. Järjestelmistä ajatut raportit tallennettiin pääsääntöisesti Excel-formaatissa. Osa raporteista oli kuitenkin tallennettavissa tunnisteettomana vain pdf-formaatissa. Raportteja täydennettiin ja tarkennettiin useaan otteeseen työn edetessä. Aineiston analyysi ajoittui kevääseen 2011. Tutkija piti tutkimuspäiväkirjaa läpi tutkimusprosessin keväästä 2010, loppukesään 2011. Muistiinpanot kattoivat vaiheet alustavista kuntatiedusteluista, tutkimussuunnitelman laadinnasta ja tutkimuslupapyynnöistä aina aineiston keruuseen ja analyysin tekoon.

Käyntisyytiedot kerättiin vuoden 2008 aikana toteutuneilta käynneiltä kuukausi- tai vuositasolla, vastaanottoa pitäneiden ammattiryhmien mukaisesti eriteltynä tai ilman ammattiryhmäkohtaista rajausta, terveyskeskuksittain. Tietoa kerättiin osittain myös potilaan ikäluokan mukaisesti eriteltyinä. Käyntisyymerkintöjen lisäksi järjestelmistä poimittiin yleisluontoisia tietoja terveyskeskuskäyntien ja asiakkaiden lukumääristä koko terveyskeskuksessa ja eri ammattihenkilöiden vastaanotoilla, kuukausi- ja vuositasolla.

Käynti- ja asiakasmääriä koskevat tiedot poimittiin Nokialla ja Virroilla ammattiryhmittäin ajetuista Effican asiakkuustilastoista, kuukausitasolla. Raporttien poimintaehdoissa huomioitiin tietojen yhdenmukaisuus niiltä osin kuin järjestelmät, paikalliset toimintatavat ja työn organisointi tämän mahdollistivat. Koska osa terveyskeskuksista järjesti työterveyshuollon palvelut omana toimintanaan ja osa kunnista alueellisen työterveydenhuollon liikelaitoksen kautta, työterveyshuollon palveluita ei voitu huomioida tutkimuksen pääasiallisessa aineistossa. Kuntien välisen vertailtavuuden parantamiseksi tilastoraporteista suljettiin Virtain terveyskeskuksessa

pois myös mielenterveyskeskuksen käynnit, koska tutkimukseen osallistuneissa muissa terveyskeskuksissa mielenterveyshuollon vastaanotoilla käyntisyitä ei dokumentoitu ICPC:llä. Virtain mielenterveyskeskuksen ja työterveyshuollon käyntisyitä esitellään kuitenkin lyhyesti sivulla 58 asian yleisen mielenkiintoisuuden vuoksi. Effican asiakkuustilastoista poimittuja tietoja käytettiin käyntisyymerkintöjen kattavuuden laskemisessa siten, että käyntisyymerkintöjen määrä suhteutettiin (%) kuukausitasolla käyntien lukumäärään. Asiakkuustilastojen avulla tarkasteltiin myös vieraspaikkakuntalaisten osuutta terveyskeskusten palveluiden käytössä.

Varsinaiset käyntisyierittelyt toteutettiin Nokialla ja Virroilla Effican Impromptu-raportteina. Raportit tuottivat listauksen ICPC-merkintöjen lukumäärästä koodeittain sekä kyseisestä syystä asioineiden asiakkaiden lukumäärän. Koska asiakkaiden lukumäärän laskeminen perustuu henkilötunnusten määrän laskemiseen (1 asiakas = 1 henkilötunnus), asiakkaiden lukumäärä on aggregaattitason raporteissa sidoksissa kulloiseenkin raporttiin. Tietystä syystä asioineiden asiakkaiden lukumäärien tarkastelu on näin mahdollista ainoastaan kyseisen rajauksen mukaisessa kontekstissa. Vastaanotolla yksittäisen syyn vuoksi asioineiden asiakkaiden lukumäärän yhteenlasku kuukausitason raporteista tuottaa eri tuloksen kuin raportti, jossa tarkasteltavaksi ajanjaksoksi on määritelty koko vuosi.

Oriveden terveyskeskusta koskevat käynti- ja asiakasmääriä kuvailevat tiedot poimittiin Mediatriin ”uudesta tilastoinnista”, joka sisälsi ns. hoitotakuun toteutumisen seurannassa käytettävän osion. Kyseinen tilastointitapa otettiin Orivedellä käyttöön vuoden 2008 alussa, yhtä aikaa käyntisyiden pilotoinnin kanssa. Samaisesta raportista poimittiin myös terveydenhuollon ammattiryhmien sekä potilaan ikäluokan mukaisesti eritellyt käyntisyöt (”ICPC oire/dg-merkinnät”). Mediatria niin ikään käyttävän Pirkkalan terveyskeskuksen käyntisyitä koskevat merkinnät saatiin Pirkkalassa käyttöön otetusta erityisestä ICPC-raportista (versio 2008.1). Tämä mahdollisti ICPC-merkintöjen poiminnan kaikilta lomakkeilta, sairauskertomuksesta ja neuvolalehdiltä, ammattiryhmittäin ja ikäluokittain. Sairaanhoidajien ja lääkäreiden vastaanottokäyntien määriä ja asiakkaiden lukumääriä koskevat tilastot saatiin Mediatriin käyntikirjauksen tilastointitiedoista (versio 2008.04).

Terveyskeskuksittain kerättyä Excel-muotoista aineistoa muokattiin ja yhdisteltiin runsaasti. Analyysin mahdollistamiseksi Excel-tiedostoja yhdisteltiin ja muokattiin runsaasti. Apuna käytettiin myös Excelin (MS Office 2007) Pivot-taulukointia. Osa tiedoista poimittiin manuaalisesti pdf-muotoisista tallenteista tai paperilta.

Terveyskeskusvastaanottoikäyntien syyt analysoitiin koko aineiston tasolla sekä kuntakohtaisesti, yksittäisten käyntisyiden suorina jakaumina ammattiryhmittäin (lääkärit, hoitohenkilöstö, fysioterapeutit) tai suhteellisina osuuksina (%) ammattiryhmän kaikista merkinnöistä tai kaikkien ammattiryhmien yhteenlasketuista merkinnöistä. Yksittäisten käyntisyiden ohessa terveyskeskusvastaanottokäyntien syitä tutkittiin myös samaan ongelmatiikkaan liittyvien käyntisyiden ryhmänä (Liite 1). Käyntisyryhmät on muodostettu Pirkanmaalla aiemmin toteutetun hankkeen yhteydessä. Ne perustuvat hankkeen aikana kerättyyn käyntisydataan ja hankkeessa toimineen asiantuntijaryhmän näkemyksiin palveluiden järjestämisen, seurannan ja kehittämisen tai väestön terveyden edistämisen kannalta keskeisimpiä yksittäisiä käyntisyryhmiä. (Savolainen 2008.) Aineistoa analysoitiin myös ICPC-luokituksen pääluokatasolla.

Kuntien välisessä vertailussa käytettiin yksittäisten käyntisymerkintöjen suhteellisia osuuksia (% kunnan tai ammattiryhmän kaikista merkinnöistä). Mahdollisia kuntien välisiä eroja ja yhtäläisyyksiä tarkasteltiin, paitsi yleisimpien yksittäisten käyntisyiden, myös merkityksellisimmiksi katsottujen käyntisyryhmien osalta. Käyntisyryhmittäin tapahtuvaan kuntien väliseen vertailuun valittiin harkinnanvaraisesti terveyskeskusten toiminnan ja työnjaon, palveluiden ja hoidon kokonaisprosessien tarkoituksenmukaisuustarkastelun tai kansanterveyden kannalta merkityksellisiä käyntisyryhmiä. Näitä olivat sairauksien ennaltaehkäisyyn ja hallinnollisiin syihin liittyvät käynnit, kohonneeseen verenpaineeseen ja verenpainetautiin liittyvät käynnit, tavanomaisiin hengityselininfektioihin liittyvät käynnit, alaraajaongelmiin liittyvät käynnit sekä päihteiden käyttöön liittyvät käynnit.

ICPC-luokituksen käytön piirteitä tarkasteltiin koko aineiston tasolla ja koko aineiston tasolla ammattiryhmittäin. Mielenkiinnon kohteena olivat erityisesti se, missä laajuudessa ICPC-luokkia käytettiin suhteessa koko luokitukseen ja kaikkiin käytettävissä olleisiin luokkiin sekä se, kuinka yleistä ns. kokoomaluokkien käyttö oli vuoden tarkastelujakson aikana.

Käyntisyiden jakaumaa ja vaihtelua koskevat tulokset raportoidaan ensin koko aineiston tasolla, osittain myös terveyskeskuksittain eriteltynä, sitten ammattiryhmittäin. Ammattiryhmittäisiä tuloksia tarkastellaan myös terveyskeskuksittain eriteltynä. Joukko yksityiskohtaisempia kuntakohtaisia tuloksia on lisäksi koottu raportin liiteosioon (liitteet 3-6).

7 TULOKSET

7.1 Taustatiedot

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin yhteensä 247 281 vastaanottokäyntiä, jotka toteutuivat vuoden 2008 aikana neljässä eri terveyskeskuksessa. Käynneistä 41 % toteutui Nokian terveyskeskuksessa, 29 % Pirkkalan, 16 % Virtain ja 14 % Oriveden terveyskeskuksessa. Mukana olivat yksilökäynnit avosairaanhoidon vastaanotoilla, ajanvarausvastaanotolla ja päivystyksessä, sekä neuvoloissa ja fysioterapiassa. Käynneistä 58 % oli käyntejä lääkärivastaanotolla, 39 % hoitajavastaanotolla ja 3 % fysioterapiavastaanotolla. (Taulukko 10.) Käynnit hoitohenkilöstön vastaanotoilla muodostivat hieman alle 40 % kaikista tarkastelluista käynneistä.

TAULUKKO 10: Tarkastelussa mukana olleiden käyntien määrät terveyskeskuksittain ja ammattiryhmittäin^{*}

	Virrat n	Nokia n	Orivesi n	Pirkkala n	Yhteensä n
Lääkärit	16 651	68 349	20 508	37 290	142 798
Sairaanhoidon/terveydenhoitajat	19 217	29 736	13 130	34 044	96 127
Fysioterapeutit	2 738	3 114	2 504	-	8 356
Yhteensä	38 606	101 199	36 142	71 334	247 281

^{*}) Nokian terveyskeskuksessa terveydenhoitajat ja Pirkkalan terveyskeskuksessa fysioterapeutit eivät osallistuneet käyntisyiden (ICPC) dokumentointiin. Pirkkalassa terveydenhoitokäyntejä koskevissa merkinnöissä oli puutteellisuksia myös lääkärivastaanottojen osalta.

Vastaanottokäyntien määrät vaihtelivat tutkimuskunnissa kuukausitasolla jopa ± 25 % edellisen kuukauden käyntimääriin verrattuna (Taulukko 11). Suurimmat vaihtelut ajoittuivat kesäkuukausiin ja loppuvuoteen. Käyntimäärien vaihtelu oli suurta sekä lääkäri- että hoitajavastaanotoilla.

TAULUKKO 11: Vastaanottokäyntien määrän vaihtelu terveyskeskuksittain^{*} kuukausitasolla.

	Virrat		Nokia		Orivesi	
	käyntejä, n	muutosta edelliseen, %	käyntejä, n	muutosta edelliseen, %	käyntejä, n	muutosta edelliseen, %
tammi	3 664	-	8 817	-	3 186	-
helmi	3 200	-13	8 710	-1	3 105	-3
maalis	3 191	0	8 440	-3	2 852	-8
huhti	3 388	6	9 159	9	3 378	18
touko	3 162	-7	8 957	-2	3 112	-8
kesä	2 701	-15	8 110	-9	2 416	-22
heinä	2 560	-5	6 077	-25	2 547	5
elo	2 813	10	7 796	28	2 487	-2
syys	3 407	21	8 530	9	3 083	24
loka	3 603	6	9 092	7	3 174	3
marras	3 645	1	9 244	2	3 720	17
joulu	3 272	-10	8 267	-11	3 082	-17
Yhteensä	38 606	-	101 199	-	36 142	-

^{*)} Kuukausitason tietoja ei ollut käytettävissä Pirkkalasta.

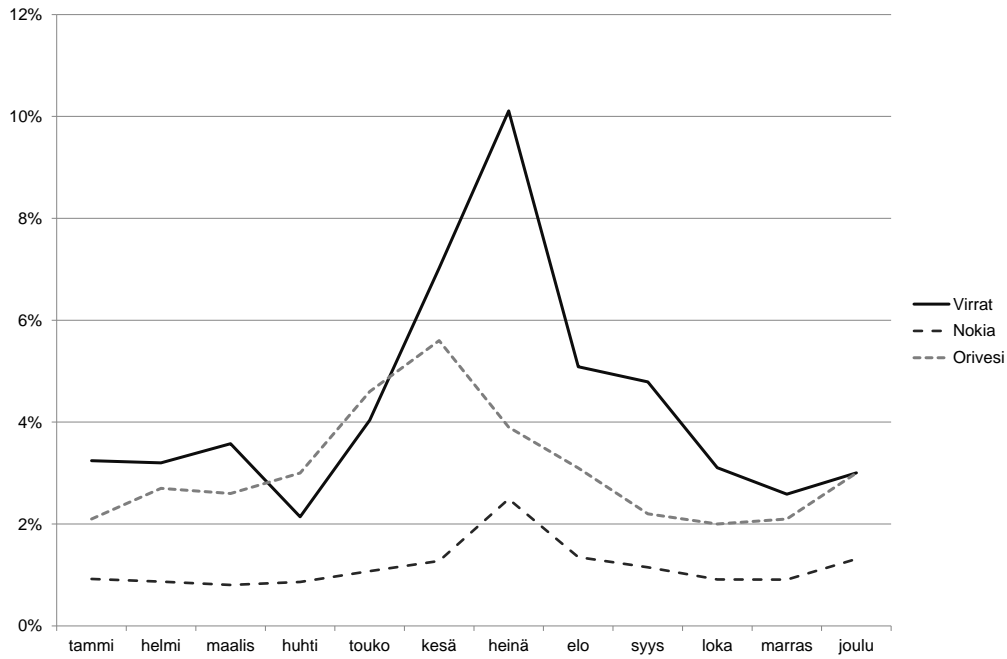
Vieraspaikkakuntalaisten käyntien osuudet terveyskeskuksen kaikista käynneistä vaihtelivat terveyskeskuksittain vuositason 1 % – 5 %. Korkeimmillaan ne olivat kuitenkin lääkärivastaanotoilla. (Taulukko 12.)

TAULUKKO 12: Vierasmaikkakuntalaisten käyntien osuudet (%) kaikista vastaanottokäynneistä terveyskeskuksittain ja ammattiryhmittäin^{*} vuositason.

	Virrat %	Nokia %	Orivesi %	Pirkkala %
Lääkärit	5,7	1,5	-	0,9
Sairaanhoidon/terveydenhoitaja	4,5	0,9	-	0,8
Fysioterapeutit	0,7	0,6	-	-
Koko terveyskeskus	4,8	1,3	3,0	0,9

^{*)} Ammattiryhmittäisiä tietoja ei ollut käytettävissä Orivedeltä.

Kuukausitasolla vierasmaikkakuntalaisten käyntien osuudet terveyskeskuksen kaikista käynneistä vaihtelivat jopa 3 % – 10 %. Kuormitushuiput ajoittuivat kesä- ja heinäkuulle. (Kuva 2.) Lääkärivastaanotoilla vierasmaikkakuntalaisten käynnit nousivat korkeimmillaan liki 14 %:iin terveyskeskuksen kaikista lääkärikkäykäynneistä. (Kuva 3.)



KUVA 2: Vieraspaikkakuntalaisten käyntien osuuden (%) vaihtelu kolmen^{*} terveyskeskuksen kaikista käynneistä vuonna 2008.

^{*}) Kuukausitason tietoja ei ollut käytettävissä Pirkkalasta.



KUVA 3: Vieraspaikkakuntalaisten käyntien osuuden (%) vaihtelu lääkäri- ja hoitajavastaanottokäynneistä kahdessa terveyskeskuksessa^{*} vuonna 2008.

^{*}) Kuukausitason ammattiryhmittäisiä tietoja ei ollut käytettävissä Pirkkalasta ja Orivedeltä.

Tässä tutkimuksessa tarkastelluilla käynneillä kirjattiin yhteensä 162 069 käyntisyymerkintää. Näistä 146 suljettiin pois lopullisesta tarkastelusta merkintöjen puutteellisuuden tai ristiriitaisuuden vuoksi. Lopullinen aineisto käsitti 161 923 ICPC:llä dokumentoitua vastaanottokäynnin pääasiallisinta syytä. (Taulukko 13.)

TAULUKKO 13: Käyntisyymerkintöjen määrä terveyskeskuksittain ja ammattiryhmittäin^{*}

	Virrat n	Nokia n	Orivesi n	Pirkkala n	Yhteensä n
Lääkärit	15 154	48 582	18 665	14 551	97 827
Sairaan-/terveydenhoitajat*	18 792	17 731	11 662	12 842	60 523
Fysioterapeutit	501	2 110	1 962	-	4 573
Yhteensä	34 447	68 423	31 660	27 393	161 923

^{*}) Nokian terveyskeskuksessa ainoastaan sairaanhoitajat osallistuivat käyntisyiden dokumentointiin. Pirkkalassa terveydenhoitajat osallistuivat vain satunnaisesti. Käyntisyymerkintöjen lukumäärä on kussakin terveyskeskuksessa suhteutettu lähtökohtaisesti niiden vastaanottokäyntien lukumäärään, joilla käyntisy oli kunnan päätöksen mukaan edellytetty kirjattavaksi

Koko aineistossa vastaanotolla käsitelty pääasiallinen terveysongelma dokumentoitiin noin 2/3:ssa käynneistä, sillä oletuksella, että käyntisyitä dokumentoitiin sovitusti vain yksi syy käyntiä kohden. Käyntisyymerkinnöistä 40 % tehtiin Nokialla. Kunkin muun kunnan osuus käyntisyymerkinnöistä oli noin 20 %. Ammattiryhmittäin tarkasteltuna käyntisyymerkinnöistä 60 % oli tehty lääkärivastaanotoilla. Käyntisyiden kirjaamisen kattavuus vaihteli kunnittain siten, Virroilla ja Orivedellä käyntisy dokumentoitiin koko terveyskeskuksen tasolla tarkasteltuna (käyntisyymerkintöjen lukumäärä / vastaanotto-käyntien lukumäärä) oli liki 90 %. Lääkärivastaanottokäynneistä käyntisy dokumentoitiin rakenteisesti parhaimmillaan yli yhdeksänkymmentäprosenttisesti ja hoitohenkilökunnan vastaanotoilla jopa miltei sataprozenttisesti (Taulukko 14.)

TAULUKKO 14: Käyntisyiden dokumentoinnin kattavuus (käyntisyymerkintöjen osuus, %, lääkäri-, hoitaja- ja fysioterapiakäynneistä) tutkimuskunnissa vuositasolla.

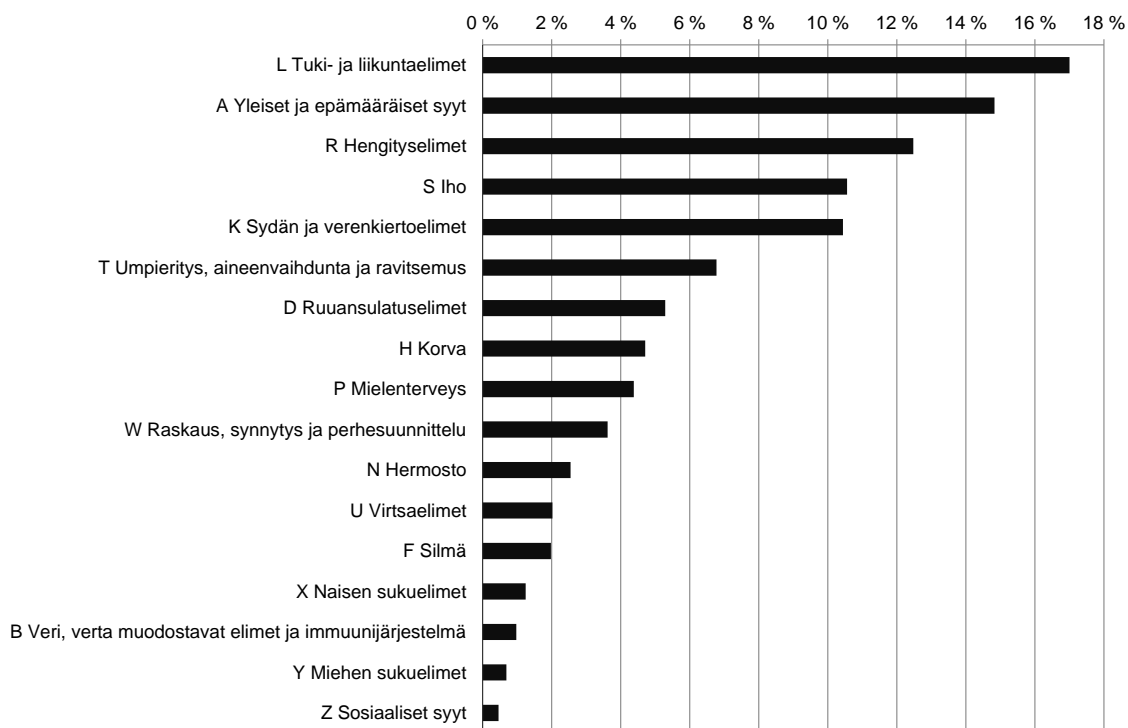
	Virrat	Nokia	Orivesi	Pirkkala
Lääkärit	91 %	71 %	91 %	39 %
Sairaan-/terveydenhoitajat*	98 %	60 %	89 %	38 %
Fysioterapeutit	18 %	68 %	78 %	-
Koko terveyskeskus	89 %	68 %	88 %	38 %

^{*}) Nokian terveyskeskuksessa ainoastaan sairaanhoitajat osallistuivat käyntisyiden dokumentointiin ja Pirkkalassa terveydenhoitajat osallistuivat vain satunnaisesti. Käyntisyymerkintöjen lukumäärä on kussakin terveyskeskuksessa suhteutettu lähtökohtaisesti niiden vastaanottokäyntien lukumäärään, joilla käyntisy oli kunnan päätöksen mukaan edellytetty kirjattavaksi.

7.2 Terveyskeskuskäynneillä hoidettavien terveysongelmien jakauma ja vaihtelu

7.2.1 Vastaanottokäyntien syyt koko aineistossa

Terveyskeskuskäyntien yleisimpiä syitä olivat tässä aineistossa, ICPC:n pääluokkatasolla (A–Z) tarkasteltuna, tuki- ja liikuntaelimiin liittyvät (17 %) sekä yleiset ja epämääräiset terveysongelmat (15 %). Myös hengityselimiin (13 %), ihoon (11 %) sekä sydän- ja verenkiertoelimiin liittyvät (10 %) ongelmat olivat yleisiä koko aineistossa. Vähiten käyntejä koko aineistossa aiheuttivat sosiaaliset, gynekologiset tai androgeeniset sekä vereen ja immuunijärjestelmään liittyvät syyt. (Kuva 4.)



KUVA 4: Vastaanottokäyntien syyt (% kaikista käyntisymerkinnoistä) ICPC:n pääluokkatasolla (A–Z) koko aineistossa vuonna 2008 (n = 161 923).

Terveyskeskusten välillä oli kuitenkin suurta vaihtelua erityisesti yleisten ja epämääräisten ongelmien (± 12 % - yksikköä), sydän- ja verenkiertoelinten (± 11 % - yksikköä) sekä tuki- ja liikuntaelimiin liittyvien pääluokissa (± 7 % - yksikköä). Asiointi yleisten ja epämääräisten syiden vuoksi oli erityisen yleistä Virroilla (22 % kaikista terveyskeskuksessa asiointien syistä) sekä Orivedellä (20 %). Virroilla asiointiin

runsaasti myös sydän- ja verenkiertoelimistöön liittyvistä syistä (16 % kaikista käyntisyistä pääluokkatasolla tarkasteltuna). Tuki- ja liikuntaelimistöön liittyvistä syistä asiointi oli puolestaan runsasta sekä Nokialla (20 % kaikista syistä) että Orivedellä (17 %). Nokialla ja Orivedellä asiointiin paljon myös ihoon liittyvien ongelmien vuoksi. (Taulukko 15.)

TAULUKKO 15: Vastaanottokäyntien syyt (% kaikista käyntisymerkinnöistä) ICPC:n pääluokkatasolla (A–Z) tutkimuskunnissa vuonna 2008.

	Virrat % (n=34447)	Nokia % (n=68423)	Orivesi % (n=31660)	Pirkkala % (n=27393)
L Tuki- ja liikuntaelimet	14	20	17	13
A Yleiset ja epämääräiset syyt	22	9	20	14
R Hengityselimet	10	14	12	13
S Iho	9	12	8	13
K Sydän ja verenkiertoelimet	16	7	12	11
T Umpieritys, aineenvaihdunta ja ravitseminen	6	7	7	7
D Ruuansulatuselimet	4	7	4	5
H Korva	4	6	3	5
P Mielenterveys	3	6	3	4
W Raskaus, synnytys ja perhesuunnittelu	3	3	5	5
N Hermosto	2	3	3	2
U Virtsaelimet	4	2	1	2
F Silmä	2	2	2	2
X Naisen sukuelimet	1	1	1	2
B Veri, vertamuodostavat elimet ja immuunijärjestelmä	1	1	1	1
Y Miehen sukuelimet	1	1	1	0
Z Sosiaaliset syyt	1	0	0	0
Yhteensä	100	100	100	100 %

Kun vastaanottokäyntien syitä tarkasteltiin yksittäisten käyntisyyluokkien (A01–Z29) tasolla, yleisimpiä käyntien syitä olivat koko aineistossa terveyden ylläpitoon, sairauden ennaltaehkäisyyn ja hallinnollisiin syihin liittyvät syyt (11 %), diabetes (5 %) sekä ylähengitysteiden infektiot (5 %). Myös komplisoitumattomaan verenvainetautiin (3 %) sekä haavoihin ja repeämiin liittyvät käynnit (3 %) olivat koko aineistossa yleisiä. (Taulukko 16.) Käyntisyihin 'S18 Repeämä/Viiltohaava' kirjattiin tutkimuskunnissa, ICPC-luokituksen pilotointivaiheen ohjeistuksen mukaisesti myös leikkaushaavojen hoidot, mukaan lukien ompeleiden poisto. Noin puolet käyntien pääasiallisista syistä liittyi erilaisiin oireisiin ja vaivoihin ja puolet selkeämmin rajattaviin, patofysiologisesti määriteltävissä oleviin tauteihin. Yleisiä oireita olivat muun muassa selän oire tai vaiva (L02), kuume (A03) ja yskä (R05). Taulukossa 16 esitetään 50 koko aineistossa yleisintä käyntisyytä sekä niiden prosentuaaliset osuudet kaikista vastaanotoilla hoidetuista terveysongelmista.

TAULUKKO 16: Vastaanottokäyntien 50 yleisintä (yksittäistä) käyntisyytä koko aineistossa v.2008.

Sija	Kooditunnus	Selite	Merkinnät	%kaikista	cumul%
1.	A97/A98**	Ei sairautta/Terveysten ylläpito**/Sairauden ennaltaehkäisy**	17221	10,6	10,6
2.	T89**/T90	Nuoruustyyppin diabetes**/Aikuistyyppin diabetes**, Diabetes*	8589	5,3	15,9
3.	R74	Ylähengitysteiden akuutti tulehdus	8200	5,1	21,0
4.	K86	Komplisoitumaton verenpainetauti	5581	3,4	24,4
5.	S18	Repeämä/viiltohaava	5561	3,4	27,9
6.	K85	Kohonnut verenpaine	3218	2,0	29,8
7.	W78	Raskaus	3023	1,9	31,7
8.	H71	Akuutti välikorvatulehdus tai tärykalvotulehdus	2802	1,7	33,4
9.	L02	Selän oire / vaiva	2509	1,5	35,0
10.	K78	Eteisvärinä / eteislepatus	2265	1,4	36,4
11.	A03	Kuume	2184	1,3	37,7
12.	R05	Yskä	2085	1,3	39,0
13.	R75	Nenän sivuontelotulehdus akuutti/krooninen	1962	1,2	40,2
14.	L88	Reumaattinen / seroposiivinen niveltulehdus	1751	1,1	41,4
15.	L15	Polven oire / vaiva	1767	1,1	42,5
16.	L03	Alaselän oire / vaiva	1555	1,0	43,4
17.	D01	Yleiset vatsakivut	1521	0,9	44,4
18.	L92	Olkapäähän oireyhtymä	1449	0,9	45,2
19.	L17	Jalan / varpaan oire / vaiva	1400	0,9	46,1
20.	D11	Ripuli	1387	0,9	47,0
21.	H01	Korvan kipu / särky	1312	0,8	47,8
22.	L90	Polven nivelrikko	1231	0,8	48,5
23.	R21	Kurkun/nielun oire/vaiva	1220	0,8	49,3
24.	L08	Olkapäähän oire / vaiva	1201	0,7	50,0
25.	F70	Tarttuva sidekalvontulehdus	1177	0,7	50,8
26.	R02	Hengenahdistus / dyspnea	1133	0,7	51,5
27.	L01	Niskan oire / vaiva	1095	0,7	52,1
28.	N01	Päänsärky	1065	0,7	52,8
29.	H81	Korvavahatulppa	1058	0,7	53,4
30.	A04	Heikkous / väsymys, yleinen	1051	0,6	54,1
31.	L81	Muu tuki- ja liikuntaelinten vamma	1026	0,6	54,7
32.	P15	Pitkäaikainen alkoholin väärinkäyttö	1024	0,6	55,4
33.	R78	Akuutti keuhkoputkentulehdus/bronkioliitti	988	0,6	56,0
34.	B81	Anemia, B12-vitamiinin / folaatin puute	981	0,6	56,6
35.	R96	Astma	906	0,6	57,1
36.	L12	Käden / sormen oire / vaiva	885	0,5	57,7
37.	S97	Krooninen ihohaavauma	881	0,5	58,2
38.	L13	Lonkan oire / vaiva	866	0,5	58,7
39.	S17	Raapima / naarmu / rakkula	853	0,5	59,3
40.	D02	Mahakipu*/Ylävatsakipu**	830	0,5	59,8
41.	U71	Virtsarakontulehdus/muu virtsatie-tulehdus	828	0,5	60,3
42.	P19	Huumeiden käyttö	816	0,5	60,8
43.	P76	Masennustila	805	0,5	61,3
44.	N17	Huimaus / pyörrytys	784	0,5	61,8
45.	U14	Munuaiseen liittyvä oire/vaiva	765	0,5	62,3
46.	L87	Bursiitti, tendiniitti tai synoviitti, muu	822	0,4	62,7
47.	K76	Iskeeminen sydänsairaus ilman rintakipua	695	0,4	63,1
48.	L16	Nilkan oire / vaiva	678	0,4	63,5
49.	L86	Selkäsairaus ja säteilykipu	677	0,4	64,0
50.	S16	Ruhje	653	0,4	64,4
51.- 660.		Muut syyt	57587	35,6	100,0
		Yhteensä	161923	100	100

* = kooditsikko on käytössä kyseisessä muodossa ainoastaan ICPC-1:ssä

** = kooditunnus ja -otsikko ovat käytössä kyseisessä muodossa ainoastaan ICPC-2:ssa.

Terveyskeskuksittain tarkasteltuna ns. terveiden käynnit (A98 Terveiden ylläpito / Sairauden ennaltaehkäisy; A97 Ei sairautta) olivat yksittäisistä käyntisyyluokista yleisimpiä, terveyskeskustasolla jopa 17 % kaikista käynneistä (Taulukko 17). Poikkeuksen tässä suhteessa muodosti kuitenkin Nokian terveyskeskus. Nokialla terveydenhoitajat eivät osallistuneet käyntisyiden dokumentointiin. Myös Pirkkalan terveyskeskuksessa ns. terveiden käyntien osuus jäi jossakin määrin alhaisemmaksi kuin Virroilla ja Orivedellä. Pirkkalassa terveydenhoitajien dokumentointi käynnistyi vasta asteittain vuoden 2008 kuluessa ja käyntisyiden dokumentointi jäi myös muilta osin puutteelliseksi terveydenhoitokäynneiksi tilastoituneissa kontakteissa. (Taulukko 17.)

TAULUKKO 17: Koko aineiston 12 yleisintä käyntisyitä ja niiden keskinäisen järjestyksen vaihtelu (sijat 1. – 12.) tutkimuskunnissa vuonna 2008.

		Virrat	Nokia	Orivesi	Pirkkala
Ei sairautta/Terveiden ylläpito**/Sairauden ennaltaehkäisy**	A97/A98**	1.	3.	1.	1.
Nuoruustyyppin diabetes**/ Aikuistyyppin diabetes**, Diabetes*	T89**/T90	3.	1.	3.	3.
Ylähengitysteiden akuutti tulehdus	R74	6.	2.	4.	4.
Komplisoitumaton verenpainetauti	K86	4.	11.	2.	2.
Repeämä/viihtoahaava	S18	5.	4.	11.	5.
Kohonnut verenpaine	K85	7.	7.	9.	6.
Raskaus	W78	8.	-	5.	7.
Akuutti välikorvatulehdus tai tärykalvotulehdus	H71	-	5.	12.	10.
Selän oire / vaiva	L02	9.	6.	-	-
Eteisvärinä / eteislepatus	K78	2.	-	-	-
Kuume	A03	11.	8.	-	9.
Yskä	R05	12.	10.	-	12.

" – " = kyseinen käyntisyä ei sijoittunut ko. terveyskeskuksessa kahdentoista yleisimmän käyntisyyn joukkoon.

*) koodiotsikko on käytössä kyseissä muodossa ainoastaan ICPC-1:ssä

***) kooditunnus ja -otsikko ovat käytössä kyseissä muodossa ainoastaan ICPC-2:ssa.

Toiseksi yleisimpänä yksittäisenä käyntisyynä tutkimuskuntien terveyskeskuksissa olivat diabetes, ylähengitysteiden akuutti tulehdus tai komplisoitumaton verenpainetauti. Virroilla toiseksi suurimmaksi käyntisyiksi nousi, muista terveyskeskuksista selkeästi poiketen, eteisvärinä. Kun muissa terveyskeskuksissa asioitiin runsaasti ylähengitysteiden akuuttien infektioiden vuoksi, Virtain terveyskeskuksessa sen vuoksi asioitiin käyntisyymerkintöjen mukaan tarkasteltuna huomattavasti vähemmän. Diabetes sijoittui kaikissa terveyskeskuksissa kolmen yleisimmän käyntisyyn joukkoon ja oli Nokian terveyskeskuksessa yleisin vastaanottokäynnin syy. Yleisimpien käyntisyiden joukkoon pääsääntöisesti lukeutunut komplisoitumaton verenpainetauti ei Nokialla sijoittunut käyntisyylistan kärkeen. (Taulukko 17.)

Päivystysvastaanotolla asiointiin syyt liittyivät pääsääntöisesti tavanomaisiin hengitystieinfektioihin, korvakipuihin ja tulehduksiin sekä haavoihin. Yleisin yksittäinen käyntisyyluokka kahden esimerkkiterveyskeskuksen päivystyksessä oli ylähengitysteiden tulehdus (10 % – 15 % kaikista päivystysvastaanotolla käyntien syistä). Hengityselimistön infektiot yhdessä korvatulehdusten kanssa muodostivat neljänneksen kaikista päivystysvastaanottojen käyntisyistä esimerkkiterveyskeskuksessa. (Taulukot 18 ja 19).

TAULUKKO 18: Esimerkki A päivystysvastaanotolla asiointiin syistä. Yleisimmät (yksittäiset) käyntisyöt (ICPC-1) Virtain terveyskeskuksen lääkäripäivystyksessä^(*) vuonna 2008.

Koodi	Selite	Merkinnät	%	cumul %
R74	YLÄHENGITYSTEIDEN TULEHDUS	370	9,8	9,8
H01	KORVAN KIPU/SÄRKY	167	4,4	14,3
R05	YSKÄ	141	3,7	18,0
L02	SELKÄOIREET/VAIVAT	139	3,7	21,7
A03	KUUME	120	3,2	24,9
S18	REPEÄMÄ/VIILTO	111	2,9	27,8
R21	KURKUN/NIELUN OIRE / VAIVA	104	2,8	30,6
H71	MYRINGIITTI / ÄKILLINEN VÄLIKORVATULEHDUS	97	2,6	33,2
D01	YLEISET VATSAKIVUT	87	2,3	35,5
L15	POLVEN OIREET/VAIVAT	79	2,1	37,6
L01	NISKAOIREET/VAIVAT PL. PÄÄNSÄRKY	65	1,7	39,3
H72	LIIMAKORVA/ SEROOSI VÄLIKORVANTULEHDUS	64	1,7	41,0
	Muut syyt	2223	59,0	100,0
	Käyntisyöt yhteensä	3767	100	100

^{*)} Normaali- ja kiirepäivystys yhteensä.

TAULUKKO 19: Esimerkki B päivystysvastaanotolla asiointiin syistä. Yleisimmät (yksittäiset) käyntisyöt (ICPC-2) Oriveden terveyskeskuksen lääkäripäivystyksessä^(*) vuonna 2008.

Koodi	Selite	Merkinnät	% kaikista	cumul %
R74	Ylähengitysteiden akuutti tulehdus	442	15,0	15,0
R75	Nenän sivuontelotulehdus akuutti/krooninen	264	9,0	24,0
H71	Akuutti välikorvatulehdus tai tärykalvotulehdus	149	5,1	29,0
S16	Ruhje	77	2,6	31,6
L03	Alaselän oire / vaiva	75	2,5	34,2
D70	Ruoansulatuskanavan infektio	69	2,3	36,5
S18	Repeämä/viiltohaava	66	2,2	38,8
F70	Tarttuva sidekalvontulehdus	62	2,1	40,9
L87	Bursiitti, tendiniitti tai synoviitti, muu	59	2,0	42,9
A98	Terveysten ylläpito / Sairausten ennaltaehkäisy	44	1,5	44,4
R78	Akuutti keuhkoputkentulehdus/bronkioliitti	44	1,5	45,8
R80	Influenssa	43	1,5	47,3
	Muut syyt	1553	52,7	100,0
	Yhteensä	3256	100	100

^{*)} Mukaan lukien arkipäivät ja arki-illat klo 16–20.

Päivystysvastaanotoilla saman syyn vuoksi useampia kertoja asioineiden määrät olivat kuukausitasolla harvinaisia. Mahdolliseen uusintakäyntiin johtaneita syitä olivat kuitenkin äkillinen välikorvatulehdus, yskä tai ylähengitystieinfektio, kuume, hengenhädistys, virtsatie-tulehdus, ripuli, alkoholin käyttö ja repeämä tai viiltohaava.

Vieraspaikkakuntalaisten yleisimpiä käyntisyitä olivat pääsääntöisesti erilaiset tuki- ja liikuntaelämistön vammat sekä hengityselininfektiot (Taulukko 20).

TAULUKKO 20: Esimerkki vieraspaikkakuntalaisten terveyskeskusvastaanotolla asiointin syistä. Yleisimmät yksittäiset vieraspaikkakuntalaisten käyntisyöt Oriveden terveyskeskuksen vastaanotoilla (ICPC-2) vuonna 2008.

Koodi	Selite	Merkinnät	% kaikista	cumul %
S18	Repeämä/viiltohaava	67	10,2	10,2
R74	Ylähengitysteiden akuutti tulehdus	38	5,8	16,0
S16	Ruhje	29	4,4	20,4
A98	Terveysten ylläpito / Sairausten ennaltaehkäisy	27	4,1	24,5
L74	Käden/jalkaterän luiden murtuma	21	3,2	27,7
L87	Bursiitti/tendiitti/synoviitti, muu	20	3,0	30,7
R75	Nenän sivuontelotulehdus, akuutti/krooninen	20	3,0	33,7
A97	Ei sairautta	15	2,3	36,0
U71	Virtsarakontulehdus / muu virtsatie-tulehdus	15	2,3	38,3
L73	Tibian/fibulan murtuma	14	2,1	40,4
L72	Radiuksen/ulnan murtuma	13	2,0	42,4
L03	Alaselän oire/vaiva	12	1,8	44,2
	Yhteensä	658	100	100

Vaikka mielenterveyskeskuksen ja työterveyshuollon käynnit eivät lähtökohtaisesti olleetkaan mukana tutkimuksessa, yhden yksittäisen tutkimuksessa mukana olleen terveyskeskuksen rekistereistä oli saatavissa käyntisyötietoja myös näiltä osin. Työterveyshuollon vastaanotoilla yleisin käyntisyö oli terveydenylläpitoon tai hallinnollisiin syihin viittaava "A97, ei sairautta" luokka (29 %), kun tarkastelussa olivat mukana käynnit sekä työterveyslääkäreiden että työterveyshoitajien vastaanotoilla. (Taulukko 21.) Muita yleisiä ongelmia työterveysvastaanotoilla olivat hengityselin-ongelmat (ylähengitysteiden tulehdus ja yskä yhteensä yli 8 % kaikista käyntisyömerkinnöistä) sekä selkä-, olkapää-, polvi- ja niskaongelmat (2 % – 3 % kutakin). Muun muassa verenpaineesta aiheutuneet käynnit eivät olleet yleisimpien käyntisyöluokkien joukossa työterveyshuollossa.

TAULUKKO 21: Esimerkki työterveyshuollon vastaanotolla asiointiin syistä. Yleisimmät yksittäiset (15–64 –vuotiaiden) vastaanottokäyntien syyt (ICPC-1) Virtain terveyskeskuksen työterveyshuollossa vuonna 2008.

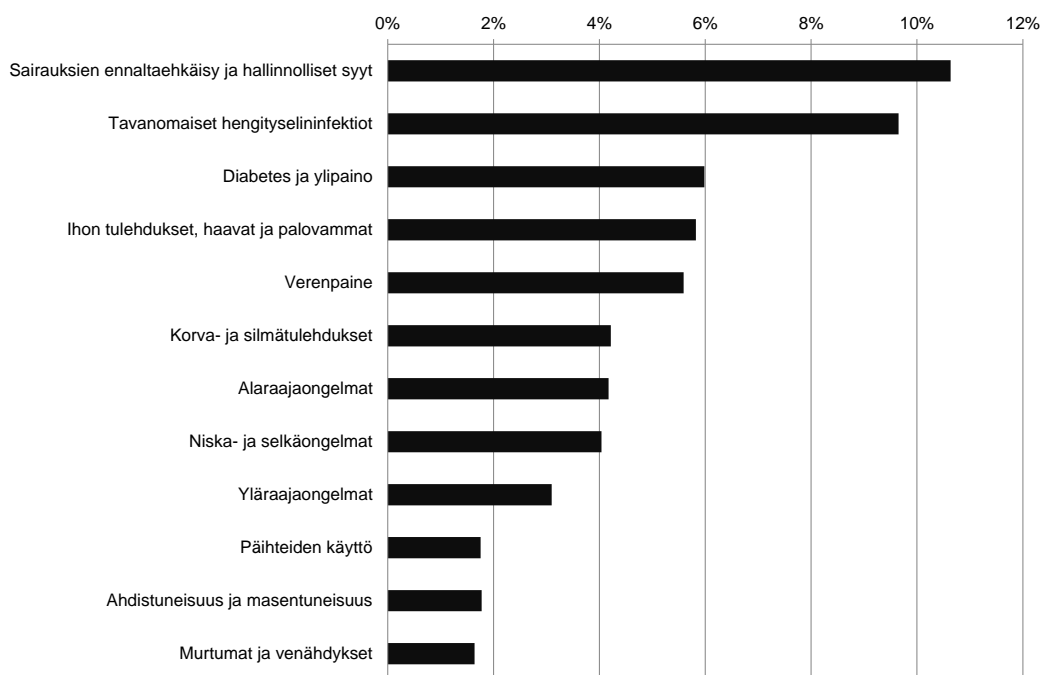
Koodi	Selite	Merkinnät	%	cumul %
A97	EI SAIRAUTTA	797	28,5	28,5
R74	YLÄHENGITYSTEIDEN TULEHDUS	164	5,9	34,4
L02	SELKÄOIREET/VAIVAT	87	3,1	37,5
L08	OLKAPÄÄN OIREET/VAIVAT	79	2,8	40,3
K85	KOHONNUT VERENPAINE (PL K86-87)	74	2,6	43,0
R05	YSKÄ	64	2,3	45,3
L15	POLVEN OIREET/VAIVAT	61	2,2	47,4
L17	JALKATERÄN & VARPAIDEN OIREET/VAIVAT	55	2,0	49,4
L03	RISTISELÄN VAIVAT PL. JUURIOIREET	51	1,8	51,2
L01	NISKAOIREET/VAIVAT PL. PÄÄNSÄRKY	49	1,8	53,0
K86	KOMPLISOITUMATON VERENPAINETAUTI	44	1,6	54,6
R09	SIVUONTELON OIRE / VAIVA (+ KIPU)	42	1,5	56,1
	Muut syyt	1228	43,9	100,0
	Yhteensä	2795	100	100

Mielenterveyskeskuksessa yleisimpiä käyntisyitä olivat yksittäisen kunnan aineiston analyysissä skitsofrenia (43 %) sekä masentuneisuus (12 %) ja masennuksen tunne (5 %). Alkoholin pitkäaikainen väärinkäyttö aiheutti kaikista mielenterveyskeskuskäynneistä 4 %. (Taulukko 22.)

TAULUKKO 22: Esimerkki mielenterveyskeskuksen vastaanotolla asiointiin syistä. Yleisimmät yksittäiset käyntisyöt (ICPC-1) Virtain terveyskeskuksen mielenterveystoimistossa vuonna 2008.

Koodi	Selite	Merkinnät	%	cumul %
P72	SKITSOFRENIAN KAIKKI MUODOT	1749	47,2	47,2
P76	MASENTUNEISUUS	402	10,8	58,0
P99	MUU MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖ	241	6,5	64,5
P03	MASENNUKSEN TUNNE	188	5,1	69,6
P15	JATKUVA/KROONINEN ALKOHOLIN VÄÄRINKÄYTTÖ	150	4,0	73,7
P01	AHDISTUNEISUUS/HERMOSTUNEISUUS/JÄNNITTYYNEISYYS	116	3,1	76,8
P79	MUUT NEUROOTTISET HÄIRIÖT	98	2,6	79,4
P85	KEHITYSVAMMAISUUS	88	2,4	81,8
P98	MUU PSYKOOSI NUD	86	2,3	84,1
P74	AHDISTUNEISUUS	76	2,1	86,2
P29	MUU PSYKOLOGINEN OIRE / VAIVA	69	1,9	88,0
P25	AIKUISEN ELÄMÄNVAIHEKRIISI	44	1,2	89,2
	Muut syyt	399	10,2	100,0
	Yhteensä	3706	100	100

Kun vastaanottokäyntien syitä tarkasteltiin samankaltaisista terveysongelmista koostuvina ryhminä, koko aineistossa yleisimpiä käyntisyryhmiä olivat sairauksien ennaltaehkäisyyn, terveyden edistämiseen ja hallinnollisiin syihin liittyvien syiden ryhmä (11 % koko aineistosta), tavanomaiset hengityselininfektiot (10 %), diabetes ja ylipaino (6 %) sekä ihon tulehdukset, haavat ja vammat (6 %). (Kuva 5.) Käyntisyryhmissä huomioitua yksittäistä käyntisyitä on kuvattu tarkemmin liiteosiossa (Liite I).



KUVA 5: Terveyskeskusvastaanotoilla hoidetut terveysongelmat samaan ongelmatiikkaan liittyvien käyntisyiden ryhminä. Tarkastelussa mukana harkinnanvaraiset 19/33 käyntisyryhmää (71 % kaikista käyntisymerkinnöistä, kun n = 161 923).

Terveyskeskusten välinen vaihtelu oli käyntisyryhmittäin tarkasteltuna suurinta sairauden ennaltaehkäisyyn ja hallinnollisiin syihin liittyvissä käynneissä, ihon ongelmassa (allergiat pois lukien) sekä verenpaineongelmassa. Kolme yleisintä käyntisyryhmää terveyskeskuksissa olivat sairauden ennaltaehkäisy ja hallinnolliset syyt, tavanomaiset hengityselininfektiot sekä verenpaine - kuitenkin sillä poikkeuksella, että Nokian terveyskeskuksessa verenpaineeseen liittyvä ongelmatiikka oli vasta sijalla 9. Kolmanneksi yleisin ongelmaryhmä Nokian terveyskeskuksen vastaanotoilla oli ihon tulehdukset, haavat ja palovammat. (Taulukko 23.)

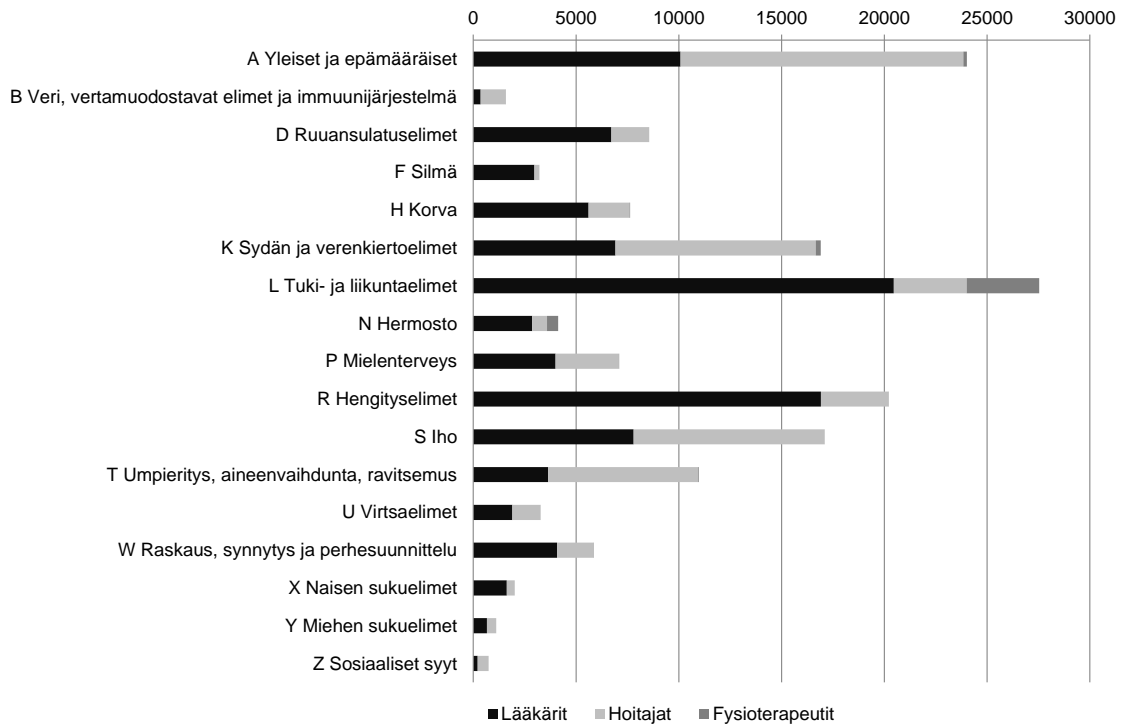
TAULUKKO 23: Eräiden terveyskeskusvastaanotoilla keskeisten käyntisyryryhmien osuudet (% terveyskeskuksen kaikista käyntisyrymerkinnöistä) tutkimuskunnissa vuonna 2008.

Käyntisyryryhmät	Virrat %	Nokia %	Orivesi %	Pirkkala %
Sairauksien ennaltaehkäisy ja hallinnolliset syyt	17,2	4,2	17,6	10,4
Tavanomaiset hengityselininfektiot	7,3	10,8	9,4	10,0
Diabetes ja ylipaino	4,9	6,4	5,9	6,1
Ihon tulehdukset, haavat ja palovammat	5,3	7,1	3,3	6,2
Verenpaine	6,3	3,4	7,5	8,1
Korva- ja silmätulehdukset	3,3	5,3	2,9	4,2
Alaraajaongelmat	4,1	5,6	1,9	3,1
Niska- ja selkäongelmat	3,3	4,8	4,2	2,6
Yläraajaongelmat	3,0	3,7	1,8	2,4
Päihteiden käyttö	0,4	3,3	0,4	1,1
Ahdistuneisuus ja masentuneisuus	0,9	2,1	1,6	1,5
Murtumat ja venähdykset	0,9	1,7	2,2	1,2
Muut	43,1	41,4	41,4	43,1
Yhteensä	100	100	100	100

Keskeisimmät käyntisyryryhmät on esitetty terveyskeskuksittain absoluuttisin luvuin, graafeina, liiteosiossa (Liitteet 3-6).

7.2.2 Vastaanottokäyntien syyt terveydenhuollon eri ammattilaisten vastaanotoilla

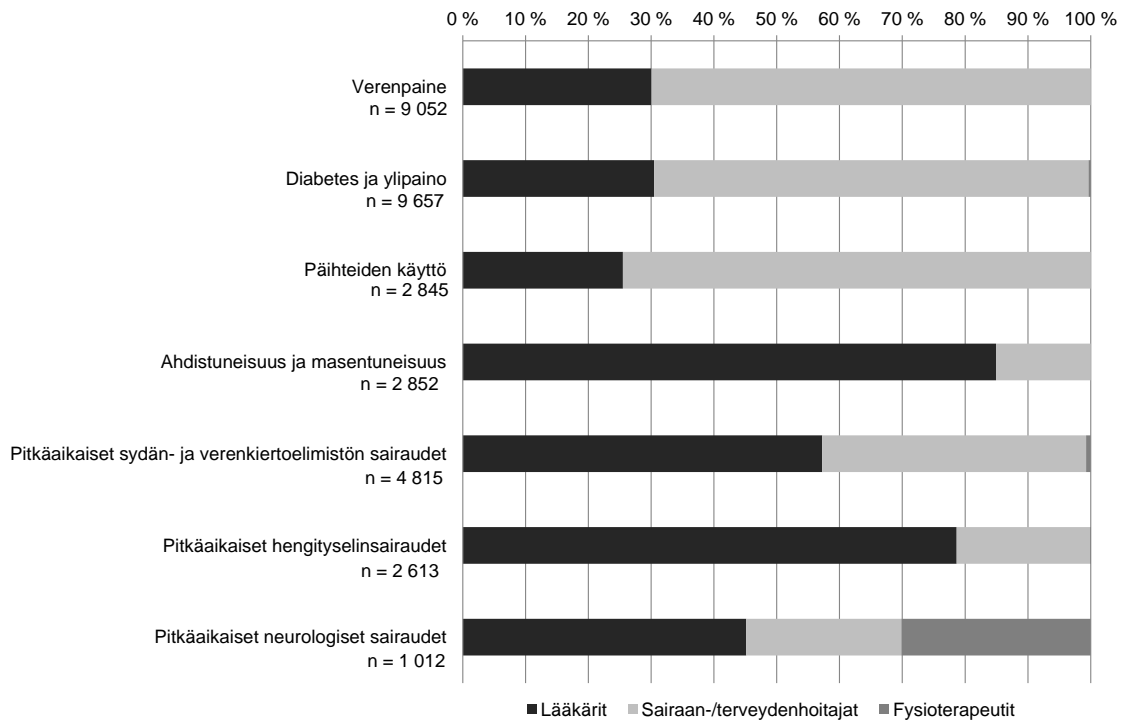
ICPC:n pääluokkatasolla (A-Z) lääkäreiden ja hoitohenkilöstön työn sisältöä potilaiden terveysongelmien mukaan tarkasteltaessa, hoitohenkilökunnan osuus suhteessa lääkärikunnan osuuteen oli noin puolet luvuissa A (yleiset ja epämääräiset syyt) ja K (sydän ja verenkiertoelimistö). Myös lukuun T (umpieritys, aineenvaihdunta ja ravitsemus) sekä S (iho) lukeutuvista käynneistä merkittävä osuus toteutui hoitajavastaanottoina. Lääkärivastaanotoilla asiointi oli yleisintä tuki- ja liikuntaelimistön (L) sekä hengityselimistön (R) ja yleisten ja epämääräisten syiden (A) pääluokissa. (Kuva 6.)



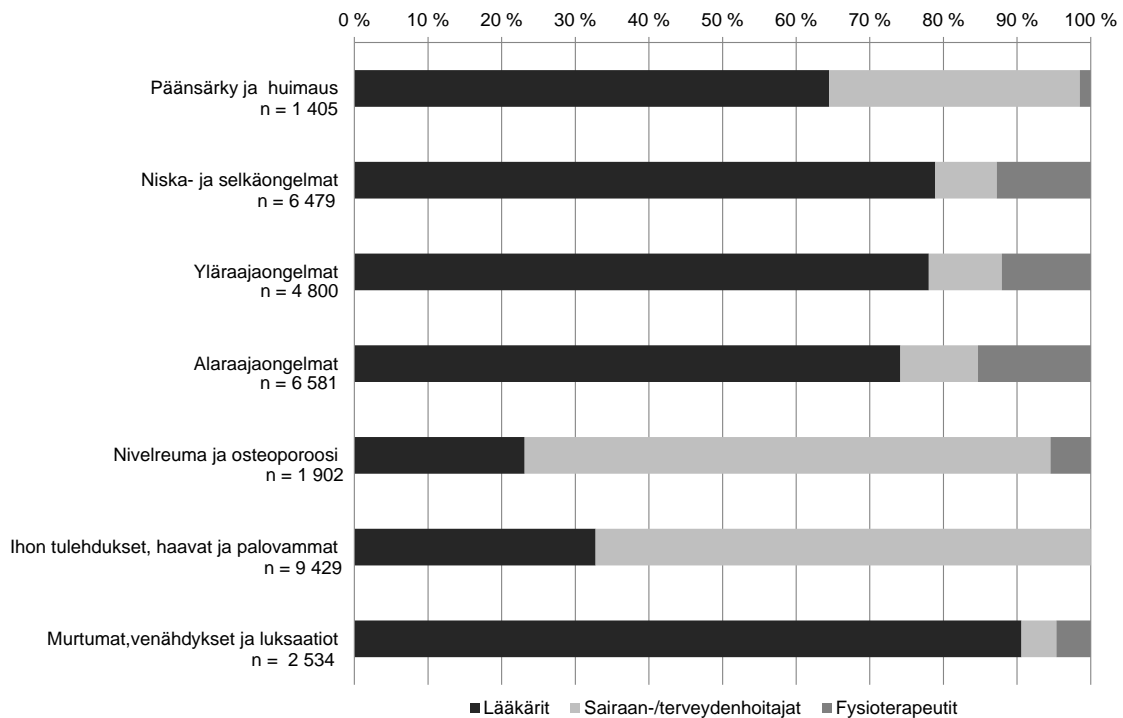
KUVA 6: Vastaanottokäyntien syyt (n = 161 923) ICPC:n pääluokkatasolla (A-Z) terveydenhuollon eri ammattilaisten vastaanottojen kesken jakautuneena koko aineistossa vuonna 2008.

Kuvissa 7–9 kuvataan terveydenhuollon eri ammattiryhmien välistä työnjakoa tai terveydenhuollon eri ammattilaisten vastaanotoilla käsiteltäviä työn sisältöjä samaan ongelmatiikkaan liittyvinä ryhminä, kansanterveydellisesti tai terveystieteellisesti tai terveyskeskustoiminnan kannalta muutoin keskeisten käyntisyryhmien osalta (Liite I). Tarkastelussa mukana olevat käyntisyryhmät (19/33) kattavat yli 70 % koko aineistosta, kaikista käyntisyryryhmittä (vaihtelu terveyskeskuksittain 69 % – 77 %).

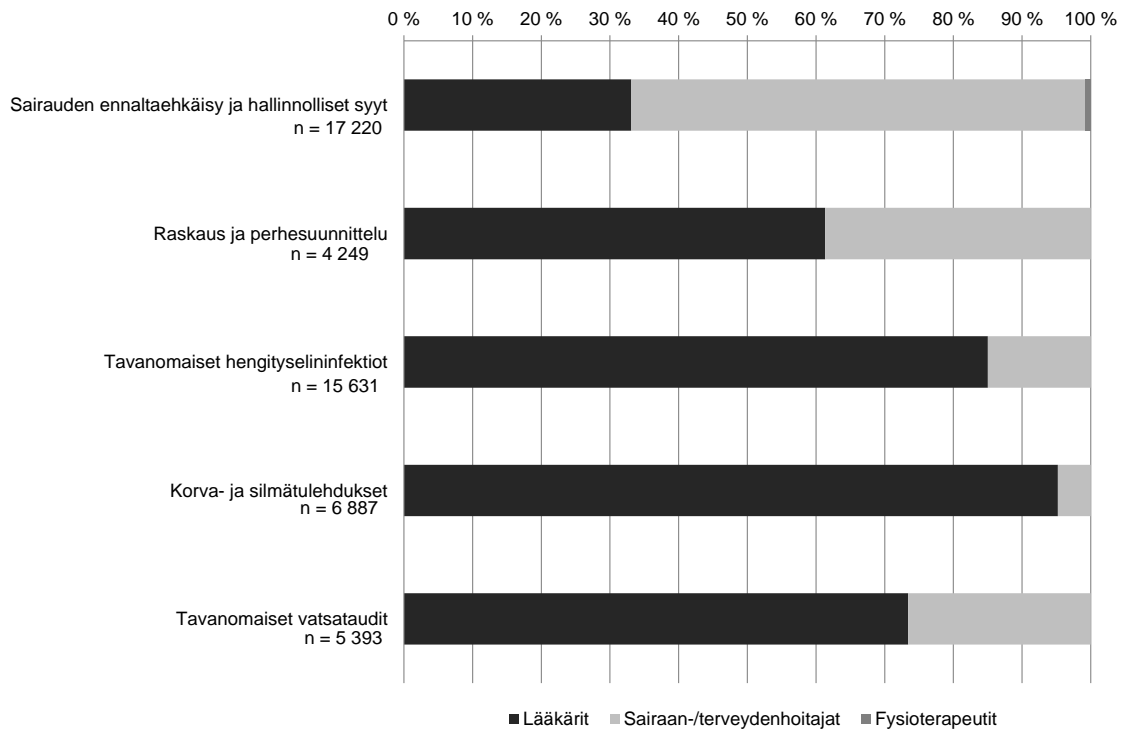
Hoito henkilöstön rooli terveyskeskusvastaanotoilla hoidettavien ongelmien kokonaisuudessa painottui tässä tarkastelussa erityisesti ns. terveisiin (erilaiset ”lausunnontarvitsijat” mukaan lukien), verenpaine-, diabetes- ja ylipainoisiin potilaisiin sekä päihdeongelmaisiiin. Sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan rooli oli merkittävä myös ihon ongelmien hoidossa. (Kuvat 7–9.) Ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta, pitkäaikaisia hengityselinsairauksia sekä tuki- ja liikuntaelimestön ongelmia ja erityisesti erilaisia murtumia ja venähdyksiä hoidettiin tämän tutkimuksen mukaan pääsääntöisesti lääkäri vastaanotoilla. Fysioterapiavastaanotoilla hoidettiin käytännössä ainoastaan tuki- ja liikuntaelimestön ongelmia sekä neurologisia tiloja. (Kuvat 7–9.)



KUVA 7: Ammattiryhmienvälinen työnjako eräiden pitkäaikaissairauksien hoidossa (% kuhunkin käyntisyryhmään liittyvien merkintöjen määrästä) koko aineistossa vuonna 2008.

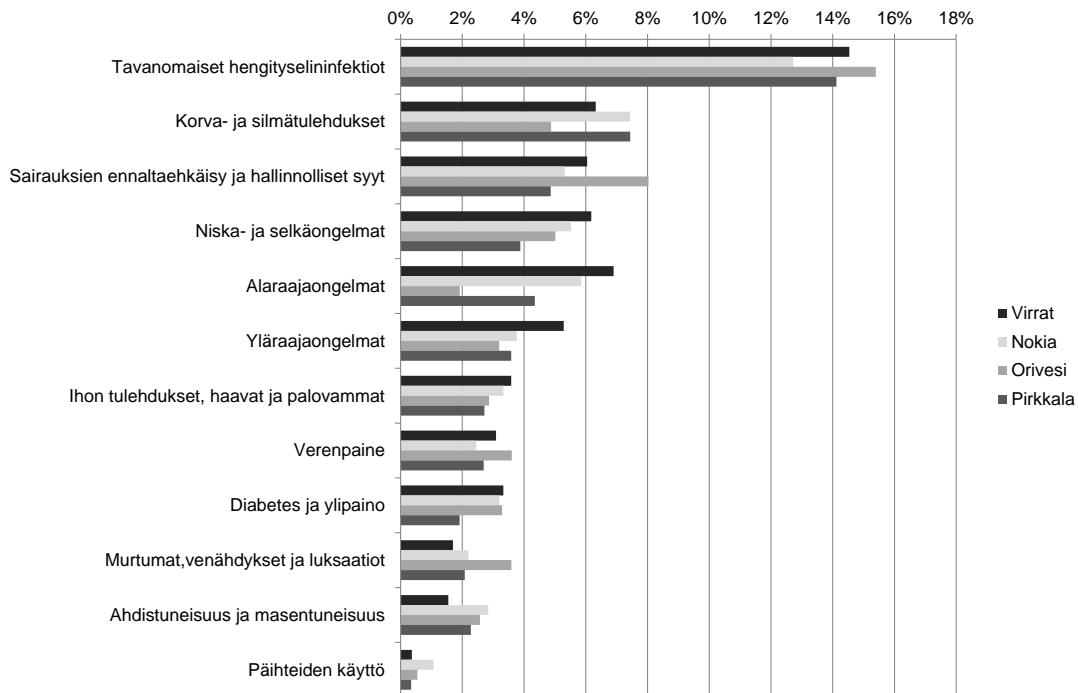


KUVA 8: Ammattiryhmienvälinen työnjako keskeisimpien tuki- ja liikuntaelimestön ongelmien sekä eräiden muiden terveysongelmien hoidossa (% kuhunkin käyntisyryhmään liittyvien merkintöjen määrästä) koko aineistossa vuonna 2008.

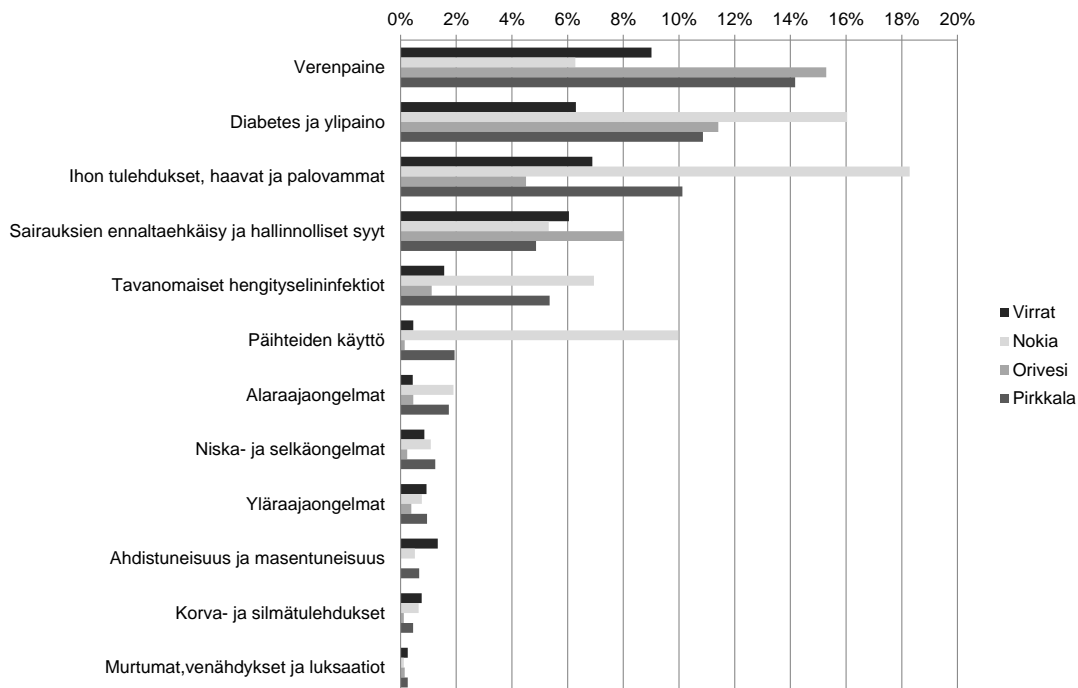


KUVA 9: Ammattiryhmienvälinen työnjako tavanomaisimpien infektioiden sekä eräiden muiden palveluiden tarvetta aiheuttavien syiden/tilojen hoidossa (% kuhunkin käyntisyiryhmään liittyvien merkintöjen määrästä) koko aineistossa vuonna 2008.

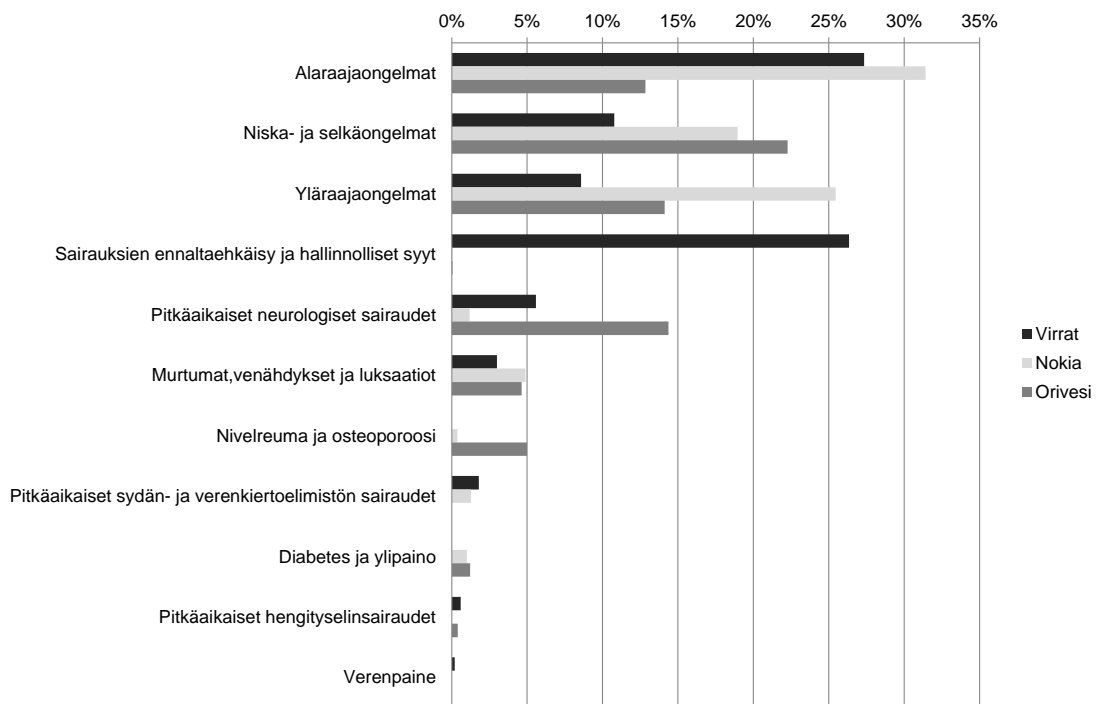
Terveyskeskuksittain ja ammattiryhmittäin tarkasteltuna, tavanomaiset hengityselininfektiot olivat kaikissa tutkimuskunnissa yleisimpiä lääkärivastaanotolla käyntien syistä. Niiden osuus vaihteli terveyskeskuksittain 13 % – 15 % kaikista lääkärivastaanotoilla dokumentoiduista, pääasiallisimmaksi katsotuista käynninsyistä. (Kuva 10.) Myös korva- ja silmätulehdukset olivat kaikissa terveyskeskuksissa yleisiä lääkärivastaanotoilla käyntien syitä (5 % – 7 % lääkärivastaanotoilla asioinneista kussakin terveyskeskuksessa). Suurinta terveyskeskusten välinen vaihtelu lääkärivastaanotolla käyntien syissä oli sairauksien ennaltaehkäisyyn ja hallinnollisiin syihin sekä alaraajaongelmien hoitoon liittyvien käyntien osuuksissa. Myös hengityselininfektioiden ja korva- ja silmätulehdusten osuuksissa oli vaihtelua tutkimuskuntien lääkärivastaanottojen kesken. (Kuva 10.) Kaiken kaikkiaan terveyskeskusten välinen vaihtelu oli käyntisyiryhmittäin tarkasteltuna kuitenkin suurempaa hoitaja- ja fysioterapiavastaanotoilla hoidettujen kuin lääkärivastaanotoilla hoidettujen terveysongelmien keskinäisissä osuuksissa. (Kuvat 11 ja 12.)



KUVA 10: Eräiden lääkärivastaanotoilla yleisesti hoidettujen terveysongelmien* osuuksien vaihtelu terveyskeskuksittain (% kunkin terveyskeskuksen lääkärivastaanotoilla kirjatusta käyntisyistä). *Tarkasteltavissa ryhmissä on mukana terveyskeskuksesta riippuen 50-60 % lääkäreiden kaikista käyntisykirjauksista.



KUVA 11: Eräiden hoitajavastaanotoilla yleisesti hoidettujen terveysongelmien* osuuksien vaihtelu terveyskeskuksittain (% kunkin terveyskeskuksen hoitohenkilöstön vastaanotoilla kirjatusta käyntisyistä). *Tarkasteltavissa ryhmissä on mukana terveyskeskuksesta riippuen 35 % - 68 % hoitajien kaikista käyntisykirjauksista.



KUVA 12: Eräiden fysioterapiavastaanotoilla yleisesti hoidettujen terveysongelmien(* osuuksien vaihtelu terveyskeskuksittain (% kunkin terveyskeskuksen fysioterapiavastaanotoilla kirjatusta käyntisyistä). *)Tarkasteltavissa ryhmissä on mukana terveyskeskuksesta riippuen 75 % – 85 % fysioterapian kaikista käyntisykirjauksista. Pirkkalassa fysioterapeutit eivät osallistuneet käyntisyiden kirjaamiseen ICPC:llä.

Lääkäri-, hoitaja- ja fysioterapiavastaanotoilla yleisimmät yksittäiset käyntisyöt on koko aineiston tasolla esitetty taulukoissa 24–26. Ammattiryhmittäin yleisimmät käyntisyöt sekä ikäryhmittäiset käyntisyöt on esitetty terveyskeskuksittain eriteltynä liiteosiossa (Liitteet 3–6).

TAULUKKO 24: Yleisimmät (yksittäiset) käyntisytyt lääkrivastaanotoilla koko aineistossa vuonna 2008.

Koodi	Selite	Merkinnät	%	cum%
R74	Ylähengitysteiden akuutti tulehdus	6 733	7,0	7,0
A97*, A98**	Terveyden edistäminen / sairauden ennaltaehkäisy / ei sairautta	5 700	5,9	12,8
H71	Akuutti välikorvatulehdus tai tärykalvotulehdus	2 797	2,9	15,7
T89**, T90*	Diabetes	2 498	2,6	18,3
L02	Selän oire/vaiva	2 063	2,1	20,4
R75	Nenän sivuontelotulehdus akuutti/krooninen	1 950	2,0	22,5
R05	Yskä	1 809	1,9	24,3
K86	Komplisoitumaton verenpainetauti	1 795	1,9	26,2
W78	Raskaus	1 551	1,6	27,8
L15	Polven oire/vaiva	1 516	1,6	29,3
L03	Alaselän oire/vaiva	1 253	1,3	30,6
D01	Yleiset vatsakivut	1 247	1,3	31,9
	Muut	65 915	68,1	100,0
	Yhteensä	96 827	100	100

*) koodiotsikko on käytössä kyseissä muodossa ainoastaan ICPC-1:ssä

**) kooditunnus ja -otsikko ovat käytössä kyseissä muodossa ainoastaan ICPC-2:ssa.

TAULUKKO 25: Yleisimmät (yksittäiset) käyntisytyt sairaan-/terveydenhoitajien vastaanotoilla koko aineistossa vuonna 2008.

Koodi	Selite	Merkinnät	%	cum%
A97*, A98**	Terveyden edistäminen / sairauden ennaltaehkäisy / ei sairautta	11 387	18,8	18,8
T89**, T90*	Diabetes	6 074	10,0	28,9
S18	Repeämä/viiltohaava	4 444	7,3	36,2
K86	Komplisoitumaton verenpainetauti	3 785	6,3	42,4
K85	Kohonnut verenpaine	2 421	4,0	46,4
K78	Iskeeminen sydänsairaus ilman rintakipua	1 656	2,7	49,2
W78	Raskaus	1 472	2,4	51,6
R74	Ylähengitysteiden akuutti tulehdus	1 467	2,4	54,0
L88	Reumaattinen/seroposiivinen niveltulehdus	1 349	2,2	56,3
A03	Kuume	1 143	1,9	58,2
H81	Korvavahatulppa	972	1,6	59,8
B81	Anemia, B12-vitamiinin/folaatin puute	963	1,6	61,4
	Muut	23 390	38,6	100,0
	Yhteensä	60 523	100	100

*) koodiotsikko on käytössä kyseissä muodossa ainoastaan ICPC-1:ssä

**) kooditunnus ja -otsikko ovat käytössä kyseissä muodossa ainoastaan ICPC-2:ssa.

TAULUKKO 26: Yleisimmät yksittäiset käyntisyöt fysioterapiavastaanotoilla koko aineistossa vuonna 2008.

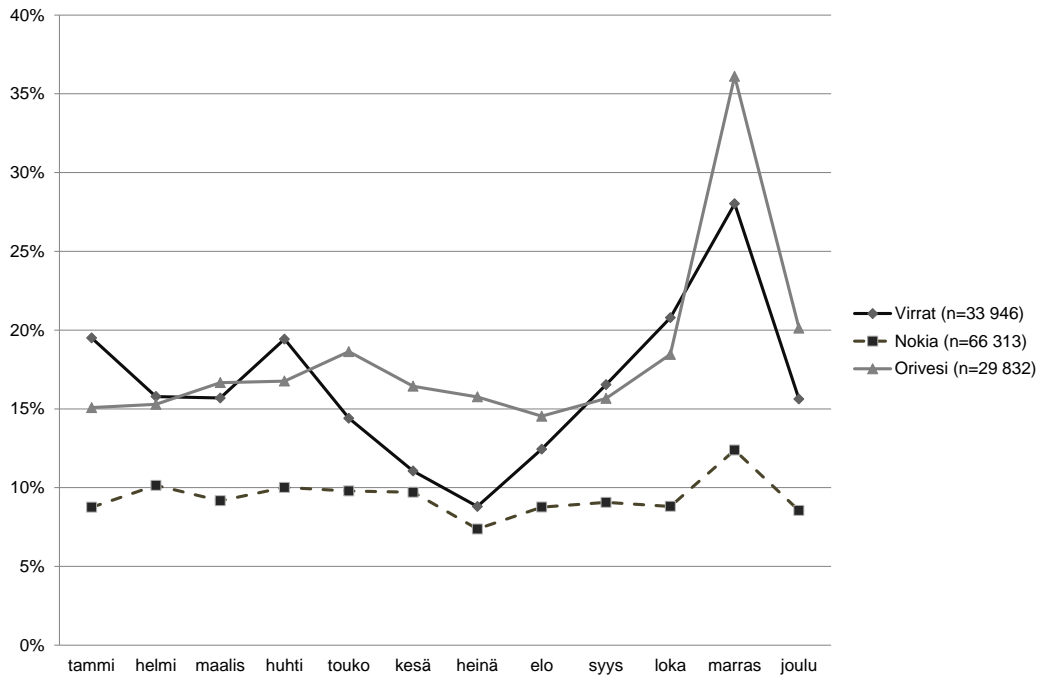
Koodi	Selite	Merkinnät	%	cumul %
L92	Olkapään oireyhtymä	700	15,3	15,3
L90	Polven nivelrikko	584	12,8	28,1
L89	Lonkan nivelrikko	254	5,6	33,6
L86	Selkäsairaus ja säteilykipu	199	4,4	38,0
L03	Alaselän oire / vaiva	198	4,3	42,3
N99	Muu hermoston sairaus	174	3,8	46,1
K90	Aivohalvaus / aivoverenkierronhäiriön aiheuttama vaurio	163	3,6	49,7
L83	Kaularankaoireyhtymä	143	3,1	52,2
L02	Selän oire / vaiva	138	3,0	55,8
A97	Ei sairautta	134	2,9	58,8
L80	Sijoiltaanmeno	115	2,5	61,3
L88	Reumaattinen / seropositivinen niveltulehdus	106	2,3	63,6
L01	Niskan oire / vaiva	104	2,3	65,9
	Muut	1 561	34,1	100,0
	Yhteensä	4 573	100	100

7.2.3 Terveyskeskusvastaanotoilla hoidettujen terveysongelmien kausivaihtelu keskeisimpien käyntisyöryhmien osalta

Terveyskeskusten vastaanotoilla hoidettavien terveysongelmien kausivaihtelua tarkasteltiin harkinnanvaraisesti valittujen käyntisyöryhmien osalta kuukausitasolla (12 kk) vuoden 2008 aikana.

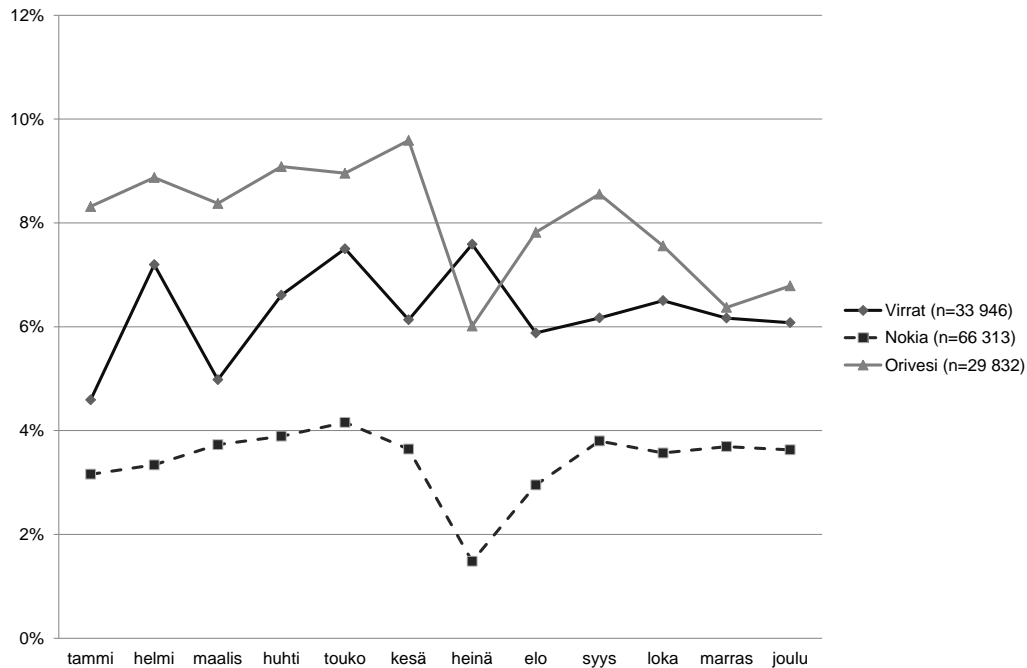
Sairauksien ennaltaehkäisyyn, terveyden ylläpitoon ja hallinnollisiin syihin, muun muassa erilaisiin lausuntotarpeisiin liittyvät vastaanottokäynnit painoutuivat loppuvuoteen. (Kuva 13.) Sekä verenpaineen ja diabeteksen hoitoon liittyvät käynnit vähentyivät kesäkauden aikana (Kuvat 14 – 15).

Hengityselininfektioihin liittyvien käyntien huippu ajoittui tutkimuskunnissa vuoden vaihteeseen sekä helmi-maaliskuulle (Kuva 16). Alaraajaongelmiin liittyvät käynnit jakautuivat sen sijaan tasaisemmin ympäri vuoden, lukuun ottamatta Virtain terveyskeskuskäyntejä, jossa alaraajaongelmien hoitoon liittyvät käyntien osuus kasvoi kesäkauden aikana (Kuva 17). Vastaava ilmiö tapahtui Virroilla päihteiden käyttöön liittyvissä käynneissä. Nokian terveyskeskuksessa päihteisiin liittyvien käyntien osuus kaikista lääkäri- ja hoitajavastaanottokäyntien syistä pysytteli läpi vuoden muita kuntia korkeampana. (Kuva 18.)



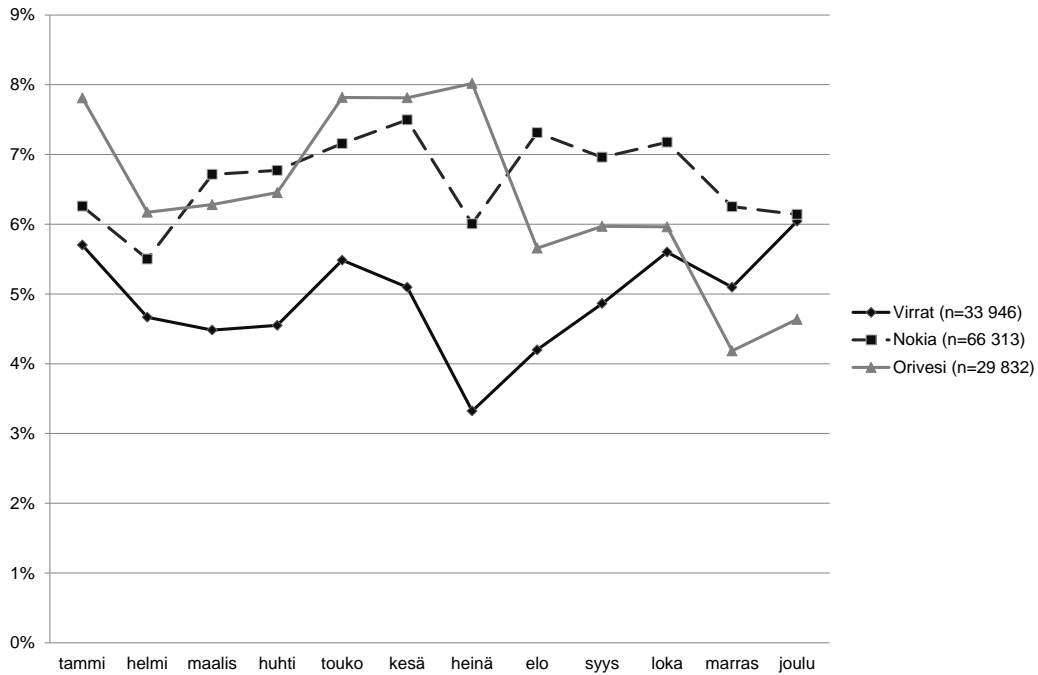
KUVA 13: Sairauksien ennaltaehkäisyyn ja hallinnollisiin syihin liittyvät käynnit lääkäri- ja hoitajavastaanotoilla (% vastaanottokäyntien syistä) kunnittain* tammi-joulukuussa 2008.

*) Kuukausitason erittelyt Pirkkalasta eivät olleet käytettävissä. Nokialla terveydenhoitajat eivät osallistuneet käyntisyiden kirjaamiseen.



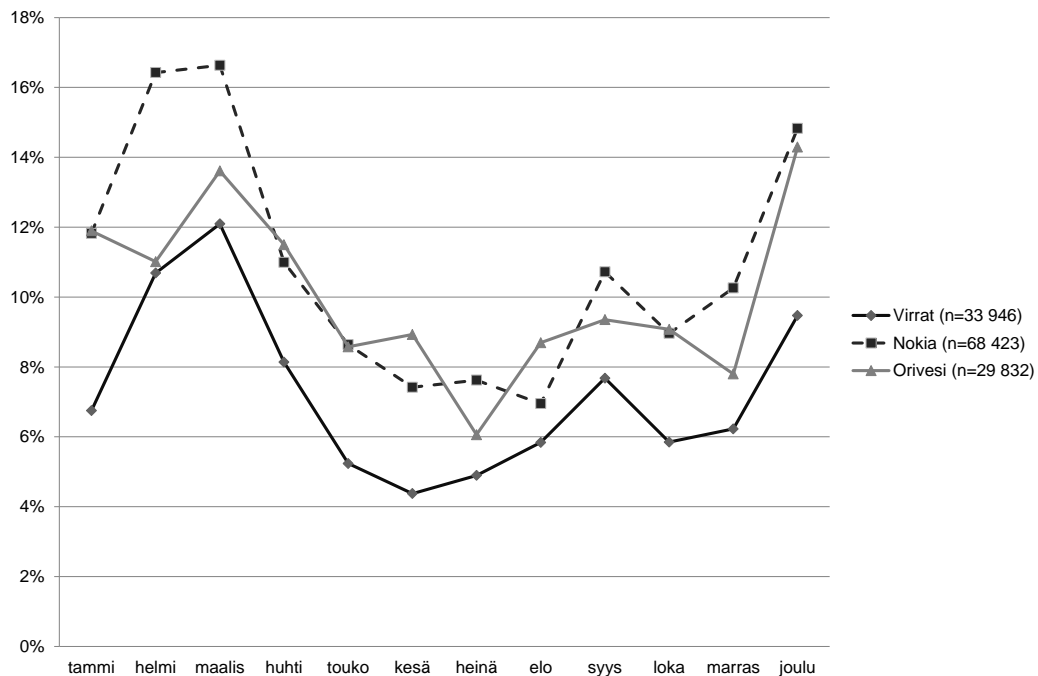
KUVA 14: Kohonneeseen verenpaineeseen ja verenpainetautiin liittyvät käynnit lääkäri- ja hoitajavastaanotoilla (% vastaanottokäyntien syistä) kunnittain* tammi-joulukuussa 2008.

*) Kuukausitason erittelyt Pirkkalasta eivät olleet käytettävissä. Nokialla terveydenhoitajat eivät osallistuneet käyntisyiden kirjaamiseen.



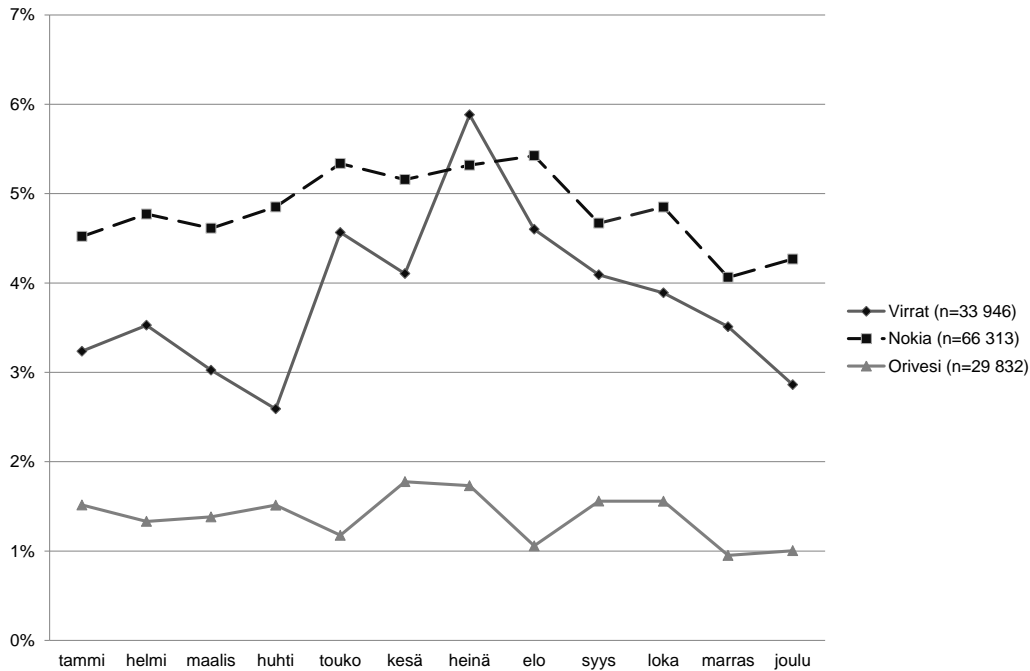
KUVA 15: Diabetekseen ja ylipainoon liittyvät käynnit lääkäri- ja hoitajavastaanotoilla (% vastaanottokäyntien syistä) kussakin kunnassa^{*} tammi-joulukuussa 2008.

^{*}) Kuukausitason erittelyt Pirkkalasta eivät olleet käytettävissä. Nokialla terveydenhoitajat eivät osallistuneet käyntisyiden kirjaamiseen.



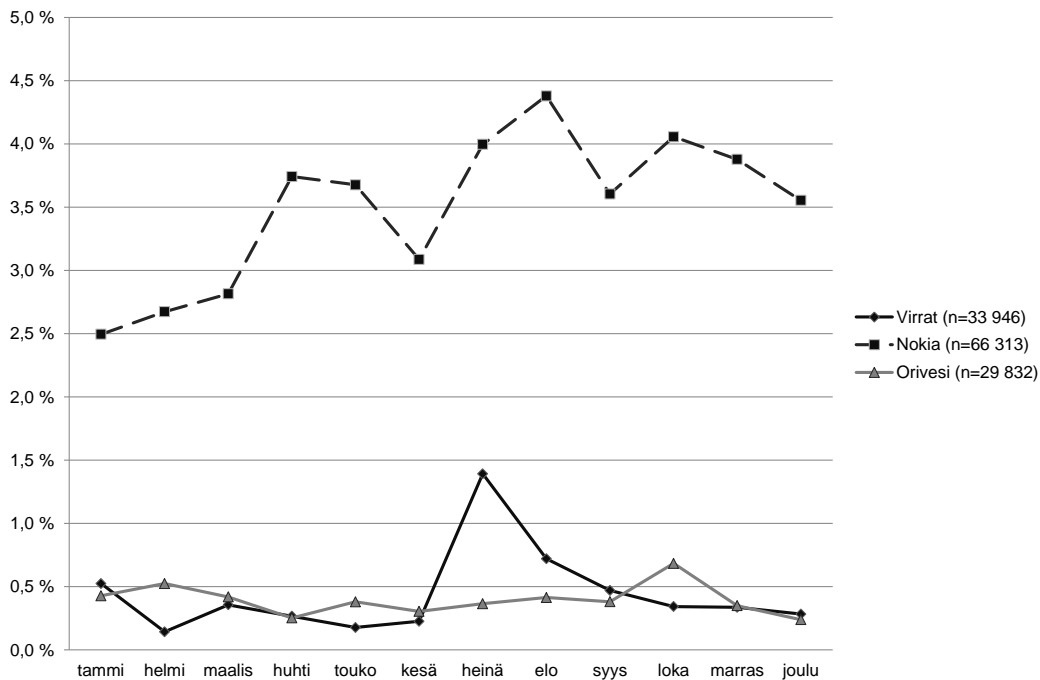
KUVA 16: Tavanomaisiin hengityselininfektioihin liittyvät käynnit lääkäri- ja hoitajavastaanotoilla (% vastaanottokäyntien syistä) kussakin kunnassa^{*} tammi-joulukuussa 2008.

^{*}) Kuukausitason erittelyt Pirkkalasta eivät olleet käytettävissä. Nokialla terveydenhoitajat eivät osallistuneet käyntisyiden kirjaamiseen.



KUVA 17: Alaraajojen ongelmiin liittyvät käynnit lääkäri- ja hoitajavastaanotoilla (% vastaanottokäyntien syistä kussakin kunnassa* tammi-joulukuussa 2008.

*) Kuukausitason erittelyt Pirkkalasta eivät olleet käytettävissä. Nokialla terveydenhoitajat eivät osallistuneet käyntisyiden kirjaamiseen.



KUVA 18: Päihteiden käyttöön liittyvät käynnit lääkäri- ja hoitajavastaanotoilla (% vastaanottokäyntien syistä kussakin kunnassa* tammi-joulukuussa 2008.

*) Kuukausitason erittelyt Pirkkalasta eivät olleet käytettävissä. Nokialla terveydenhoitajat eivät osallistuneet käyntisyiden kirjaamiseen.

7.3 Käyntisyyluokituksen käytön laajuus

Kaikista käytettävissä olleista käyntisyyluokista (n = 702) käytettiin tässä tutkimuksessa vähintään kertaalleen 95 %. Näistä vajaata neljännestä (24 %) käytettiin vuoden aikana vähemmän kuin kymmenen kertaa. Enintään 5 kertaa käytettyjen luokkien osuus käytetyistä koodivaihtoehdoista oli koko aineistossa 17 % ja vain kertaalleen käytettyjä luokkia oli 4 % kaikista käytetyistä käyntisyyluokista. Koko aineiston tasolla tarkasteltuna 25 yleisimmän käyntisyyluokan osuus kaikista merkinnöistä kattoi puolet kaikista kirjauksista ja 85 käyntisyyn osuus ¾ kaikista merkinnöistä. Tutkimuskunnissa yleisimmin käytetyt 140 luokkaa muodostivat 85 % kaikista merkinnöistä. (Taulukko 27.)

TAULUKKO 27: Yleisimmin käytettyjen käyntisyyluokkien osuudet (%) kaikista käyntisyymerkinnöistä (n = 665) koko aineistossa.

Yleisyysjärjestyksessä ensimmäiset n koodia	% kaikista käyntisyymerkinnöistä
25 yleisintä	50
85 yleisintä	75
110 yleisintä	80
140 yleisintä	85
185 yleisintä	90
260 yleisintä	95

Tässä tutkimuksessa kokonaan käyttämättä jääneiden koodien osuus vaihteli terveyskeskustasolla tarkasteltuna 12 % – 27 % ja terveyskeskuksittain lääkärivastaanotoilla 13 % – 36 %, hoitajavastaanotoilla 44 % – 55 % ja fysioterapian vastaanotoilla 88 % – 92 %. Laajinta eri koodivaihtoehtojen käyttö oli lääkäreillä (92 % käytettävissä olleista käyntisyyluokista). Saira- ja terveydenhoitajien käytössä oli 75 % ja fysioterapeuttien käytössä 16 % kaikista käytettävissä olleista luokista, vuositasolla. (Taulukko 28).

TAULUKKO 28: Käytettyjen ICPC-luokkien osuudet (% koko koodistosta) terveyskeskuksittain* ja ammattiryhmittäin**.

	Virrat %	Nokia %	Orivesi %	Pirkkala %	Koko aineisto %
Lääkärit	69	86	64	73	92
Sairaanhoidon/ terveydenhoitajat	56	47	45	48	75
Fysioterapeutit	8	11	12	-	16
Koko terveyskeskus	77	89	73	77	95

*) ICPC-1:tä käyttäneissä terveyskeskuksissa (Nokia, Virrat) n = 683, ICPC-2:tä käyttäneissä terveyskeskuksissa (Orivesi, Pirkkala) n = 686.

**) Nokialla terveydenhoitajat eivät osallistuneet käyntisyiden dokumentointiin. Pirkkalassa terveydenhoitajien dokumentointi käynnistyi asteittain vuoden 2008 aikana eivätkä fysioterapeutit osallistuneet dokumentointiin.

Lääkärivastaanotoilla koodistoa käytettiin kattavimmin (100 %) ICPC:n luvuissa ruuansulatuselimet (D), tuki- ja liikuntaelimestö (L) sekä mielenterveys (P) ja hengityselimet (R). Täysin käyttämättä jääneitä koodeja tai koodinimikkeitä oli lääkärivastaanotoilla eniten luvussa W, raskaus, synnytys ja perhesuunnittelu (8 koodia / 41 koodia). Vuoden (2008) aikana luokituksen otsikoista kokonaan käyttämättä jäi lääkärivastaanotoilla keskimäärin 3 koodia kutakin pääluokkaa kohden, kun käyntisyiden kirjaamisessa käytettiin ICPC-luokituksen 1. komponentin (Oireet ja vaivat) sekä 7. komponentin (Taudit ja sairaudet) luokkia. Vuoden aikana lääkärivastaanotoilla jäi kuitenkin käyttämättä ainoastaan 8 % kaikista käytettävissä olleista koodivaihtoehtoista. (Taulukko 29.)

TAULUKKO 29: Käyttämättä jääneiden käytisyyluokkien määrät ICPC:n pääluokkatasolla, ammattiryhmittäin.

Käytettävissä olleet ICPC-1 ja ICPC-2 –koodit, n		Käyttämättä jääneet koodit, n		
ICPC:n luku / pääluokka	Koodeja max.	Lääkärit	Hoitajat	Fysio-terapeutit
A	Yleiset ja epämääräiset syyt	7	18	51
B	Veri, verta muodostavat elimet ja immuunijärjestelmä	4	10	24
D	Ruuansulatuselimet	0	14	59
F	Silmä	4	15	34
H	Korva	4	5	27
K	Sydän ja verenkiertoelimet	2	5	25
L	Tuki- ja liikuntaelimet	0	5	4
N	Hermosto	3	15	17
P	Mielenterveys	0	13	41
R	Hengityselimet	0	10	44
S	Iho	3	4	50
T	Umpieritys, aineenvaihdunta ja ravitsemus	3	6	30
U	Virtsaelimet	2	3	27
W	Raskaus, synnytys ja perhesuunnittelu	8	14	39
X	Naisen sukuelimet	4	18	53
Y	Miehen sukuelimet	5	16	36
Z	Sosiaaliset syyt	4	4	27
Yhteensä		53	175	588

Hoitohenkilöstön vastaanotoilla koodistosta kattavimmin (100 %) tulivat käytetyksi lukujen H (korva) sekä K (sydän ja verenkierto) käytisyyluokat. Myös luvun S (iho) eri koodiotsakkeita käytettiin kattavasti siten, että käytettävissä olevista vaihtoehdoista vähintään kertaalleen käytettiin 96 %:a (54 koodia 58:stä koodista). Eniten käyttämättömiä otsikoita (56 % – 61 %) hoitajavastaanotoilla jäi lukuihin Y (miehen sukuelimet), F (silmiä), B (veri, vertamuodostavat elimet ja immuunijärjestelmä) sekä N (hermosto). Fysioterapian vastaanotoilla kattavimmin käytetyksi tulivat tuki- ja liikuntaelimiin (93 %) sekä hermostoon (55 %) liittyvät otsikot. Fysioterapiassa ei käytetty vuoden tarkastelujakson aikana yhtäkään otsikkoa luvuista D (ruuansulatuselimet, X (naisten sukuelimet), Y (miesten sukuelimet) sekä Z (sosiaaliset syyt). (Taulukko 29.)

ICPC-luokituksen oireita ja vaivoja käsittävän osion luokat (komponentti 1) olivat sekä lääkäri- että hoitajavastaanotoilla hieman kattavammassa käytössä kuin tauteja ja sairauksia käsittävän osion (komponentti 7) luokat. Etenkin lukujen H (korva), K (sydän ja verenkierto), N (hermosto), S (iho) ja T (umpieritys, aineenvaihdunta ja ravitsemus) sekä W (raskaus, synnytys ja perhesuunnittelu) komponentin 1 luokkia käytettiin lääkärivastaanotoilla kattavasti.

Fysioterapian vastaanotoilla 1. ja 7. komponentin eri luokkien käyttö oli tasaista siten, että niitä käytettiin yhtä laajasti. Poikkeuksen tässä muodostivat kuitenkin pääluokkatasolla tuki- ja liikuntaelimestön ongelmiin liittyvät luokat. Fysioterapiassa käytettiin kaikkia tuki- ja liikuntaelimestön tauteihin ja sairauksiin liittyviä komponentin 7 koodeja vähintäänkin kerran vuoden pituisen tarkastelujakson aikana.

Käytetyistä 665:stä käyntisyyluokasta kaiken kaikkiaan noin puolet (48 %) lukeutui komponenttiin 1. ja puolet (52 %) komponenttiin 7. (Taulukko 30.) Kaikista vastaanottokäynneillä hoidetuista terveysongelmista kuitenkin noin 40 % oli eritasoisia oireita ja vaivoja. Myös lääkärikäynneistä ainoastaan hieman yli puolet oli rajattavissa varsinaisiksi taudeiksi ja sairauksiksi. (Taulukko 31.)

TAULUKKO 30: ICPC-luokituksen oireita tai vaivoja ja tauteja ja sairauksia sisältävien osioiden (komponentit 1 ja 7) käytön kattavuus koko aineistossa ja ammattiryhmittäin vuoden seuranta-jakson aikana.

	Käytettyjen luokkien määrä (n) ja osuus (% käytetyistä käyntisyyluokista)			
	Koko aineisto	Lääkärit	Hoitajat	Fysioterapeutit
Oireet/vaivat (1. komp.)	318 (48 %)	309 (48 %)	276 (52 %)	45 (39 %)
Taudit/sairaudet (7. komp.)	347 (52 %)	340 (52 %)	251 (48 %)	69 (61 %)
Yhteensä	665 (100 %)	649 (100 %)	527 (100 %)	114 (100 %)

TAULUKKO 31: Vastaanottokäynneillä hoidettujen terveysongelmien jakautuminen käyntisyiden dokumentoinnissa käytettyjen ICPC-luokituksen osioiden (komponentit 1 ja 7) mukaan tarkasteltuna koko aineistossa vuonna 2008.

	Hoidettujen terveysongelmien/merkintöjen määrä (n) ja osuus (% kaikista hoidetuista terveysongelmista/merkinnöistä)			
	Koko aineisto	Lääkärit	Hoitajat	Fysioterapeutit
Oireet/vaivat (1. komp.)	65922 (41 %)	42650 (44 %)	22112 (37 %)	1156 (25 %)
Taudit/sairaudet (7. komp.)	96001 (59 %)	54177 (56 %)	38411 (63 %)	3417 (75 %)
Yhteensä	161923 (100 %)	96827 (100 %)	60523 (100 %)	4573 (100 %)

Koko aineistossa ns. kokooma- tai jäännösluokkien (A–Z29, A–Z99) käyttö kattoi 2 % (n = 3782) kaikista merkinnöistä. Näistä oireita ja sairauksia kuvaavissa luokissa, komponentissa 1, oli hieman yli puolet. Kaikista jäännösluokkiin dokumentoiduista merkinnöistä puolet oli tehty lukuihin A (yleiset ja epämääräiset syyt), S (iho), L (tuki- ja liikuntaelimestö) ja N (hermosto), kussakin 10 % – 14 % kaikista jäännösluokkiin tehdyistä merkinnöistä. Hermostoon ja sosiaalisiin syihin liittyvistä käyntisyistä reilu 10 % oli dokumentoitu jäännösluokkia käyttäen.

Jäännösluokkiin sisältyvät muun muassa keliakian ja laktoosi-intoleranssin kaltaiset ongelmat, jotka ovat suomalaiskansallisesti yleisiä mutta joiden esiintyminen kansainvälisesti on vähäisempää. Ihoon liittyvistä ongelmista esimerkiksi erilaiset arvet ja arpikasvaimet sekä ihon punahukkatauti (LED) lukeutuvat jäännösluokkaan S99. Neurologisten sairauksien jäännösluokkiin (N29, N99) lukeutuvat puolestaan määrittelemättömien hermosärkyjen ja -tulehdusten, hermostoperäisen poikkeavan kävelyn sekä hermoston ja lihaksiston yhteistoiminnan häiriöiden kaltaiset ongelmat. Kaikista jäännösluokkiin tehdyistä kirjauksista 67 % oli tehty lääkärikäynneillä, hoitajakäynneillä 25 %.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelua

Terveyskeskuksissa hoidetaan huomattava osa väestön erilaisista vaivoista ja sairauksista (Vainiola & Vainikka 2011; Pelanteri 2010). Tässä tutkimuksessa selvitettiin terveyskeskusvastaanotoilla hoidettavien terveysongelmien jakaumaa ja vaihtelua potilaskertomusjärjestelmiin tehtyjen käyntisymerkkintöjen pohjalta. Päätehtävän ohessa selvitettiin terveysongelmien luokittelussa käytetyn Perusterveydenhuollon kansainvälisen luokituksen (ICPC) käytön yleispiirteitä.

Aiemmista tutkimuksista poiketen, tässä tutkimuksessa tarkasteltavana olivat lääkärivastaanotokäyntien syiden lisäksi myös hoitajavastaanotoilla ja fysioterapiassa asiointien syyt. Tietoja terveyskeskuksessa hoidettavien tautien kirjosta tai ”tautikuormasta” (load of diseases, burden of morbidity) koko terveyskeskuksen tasolla, hoitaja- ja fysioterapiakäynnit mukaan lukien, ei tietävästi ole raportoitu aiemmin tässä laajuudessa. (Pärnänen 2001; Ovaskainen 2005; Eskola ym. 2007; Häyrinen 2011.)

Tutkimuksen tulokset mukailevat aiempien tutkimusten tuloksia, kuitenkin niitä täydentäen ja osin uutta tietoa tuottaen. Tulokset ovat pitkälti yhdenmukaiset myös kliinisen kokemuksen pohjalta muotoutuneen yleiskuvan kanssa siten, että merkittäviä ristiriitaisuuksia ei tässä suhteessa esiintynyt. Aiemmista käsityksistä ja julkisuudessa esitetyistä näkemyksistä poiketen, terveyden ylläpitoon ja sairauden edistämiseen liittyvien käyntisyiden osuus terveyskeskusten toiminnassa ja eri ammattilaisten työn sisältönä oli tämän tutkimuksen mukaan kuitenkin odotettua suurempi. Mikäli tarkastelussa olisivat olleet mukana kattavasti myös terveyskeskusten työterveyshuollon toiminnot ja terveydenhoitokäynnit olisi kauttaaltaan dokumentoitu systemaattisemmin, ennaltaehkäiseväksi toiminnaksi katsottavien käyntien osuus olisi ollut tässä raportoitua suurempikin.

Aiemmista tutkimuksista poiketen tässä tutkimuksessa yleisiä terveyskeskuskäynnin aiheita olivat myös ihon ongelmiin liittyvät käynnit, koska tarkastelussa olivat mukana myös hoitajavastaanotoilla hoidetut terveysongelmat. Sairaan- ja terveydenhoitajien työnsisällöt ja tehtäväsiirrot lääkäreiltä hoitajille näyttäytyvät tämän tutkimuksen tuloksissa myös muun muassa siinä, että diabetekseen, verenpaineeseen, päihteiden käyttöön ja nivelreumaan ja osteoporoosiin liittyvistä käynneistä valtaosa toteutui asiointina hoitajavastaanotoilla. Yksittäisessä terveyskeskuksessa myös veren-

ohennuslääkkeen käytön seurantaan liittyvät järjestelyt näyttäytyivät sydämen eteisvärinänsä tai –lepatukseen liittyvien käyntien tavanomaista suurempana osuutena hoitajavastaanotoilla asiointin syistä.

Tulosten mukaan terveyskeskusten ja eri ammattiryhmien toiminnan sisällöissä oli lukuisia samankaltaisuuksia ja vastaavasti myös eroavuuksia. Tulos on näiltä osin yhdenmukainen useiden kansainvälisillä aineistoilla tehtyjen tutkimusten tulosten kanssa (Lamberts ym. 1993; Soler 2012a ja 2012b). On kuitenkin syytä ottaa huomioon, että yksityiskohtaisten päätelmien tekeminen ei tämän tutkimuksen perusteella ole mahdollista. Kuntakohtaiset tulokset eivät tiedon kattavuuden ja laadun ongelmien vuoksi ole kaikilta osin ole suoraan vertailtavissa.

Kuntien välisiä eroja selittäviä tekijöitä näyttävät tässä tutkimuksessa selittävän erot käyntisyöttöjen dokumentoinnin kattavuudessa sekä palveluiden järjestämistapaan, organisaatorakenteisiin, työnjakoon sekä toimintastrategioihin, -malleihin ja -kulttuuriin liittyvät tekijät. Myös väestödemografisilla tekijöillä näyttäisi olevan valikoidusti merkitystä käyntisyösuuksien terveyskeskusten välisessä vaihtelussa. Kausi-/tai vuodenaikaisvaihtelua tässä tutkimuksessa tarkasteltujen käyntisyöryhmien osuuksissa selittänevät sekä terveysongelman luonteeseen toisaalta palveluiden tarjontaan että kysyntään liittyvät tekijät.

Terveyskeskusvastaanotoilla käyntien syyt liittyivät ICPC:n *pääluokkatasolla*, koko aineistossa, yleisimmin tuki- ja liikuntaelimestöön (luku L), hengityselimiin (luku R) tai ihoon (luku S). Myös koko elimistöä tai useampia elinjärjestelmiä koskevat, luonteeltaan epämääräisemmät tai muutoin heikoimmin rajattavissa olevat ongelmat (luku A) olivat yleisiä. Yleisiin ja epämääräisiin syihin lukeutuvat muun muassa kuume, erilaiset rokot, lääkkeen haittavaikutus sekä tilat, joiden kohdalla oli kyse pikemminkin terveyden ylläpidosta kuin varsinaisen terveysongelman hoidosta. Myös hallinnolliset syyt, sosiaalivakuutuksellisiin etuihin, ajokorttitodistuksiin ja vastaaviin liittyvät käynnit, kirjautuivat lukuun A.

Tuki- ja liikunta- sekä hengityselinsairauksien on todettu olevan yleisimpiä terveyskeskusvastaanotoilla hoidettavia ongelmia useissa kotimaisissa tutkimuksissa (mm. Eskola ym. 2007; Pärnänen, Mäntyselkä & Kumpusalo ym. 2001; Kokko 1988). Hengitystieinfektioiden suuri osuus suomalaisten terveyskeskusvastaanottojen tautikirjosta on todettu myös pohjoismaissa tutkimuksessa (Grimsö, Hagman & Falko ym. 2001). Epäspesifien ongelmien yleisyydestä perusterveydenhuollossa on niin ikään

raportoitu aiemmin (mm. Kerppilä & Aro 1988; Elonheimo 1999; Pärnänen ym. 2001; Eskola ym. 2007). Aiemmissä tutkimuksissa aineisto on käsittänyt kuitenkin pääsääntöisesti vain lääkärivastaanotoilla käyntien syyt (Aro, Hagman & Vohlonen 1985; Kokko 1988; Pärnänen, Mäntyselkä & Kumpusalo ym. 2001; Ovaskainen, Rautava & Ojanlatva ym. 2003; Ovaskainen 2005; Eskola ym. 2007). Tuki- ja liikuntaelinongelmien yleisyyttä pääluokkatason tarkasteluissa selittää osaltaan se, että perusterveydenhuollossa yleisiksi todetut vammat, murtumat ja nyrjähdykset lukeutuvat ICPC-luokitusta käytettäessä lukuun L (tuki- ja liikuntaelimet), joskin erilaiset haavat ja ihoruhjeet dokumentoituvat ICPC:n lukuun S (iho). (Njalsson, Sigurdsson & McAuley 1996; Grimsmo ym. 2001; International Classification of Primary ... 2005; Kvist & Savolainen 2010.) Verenkiertoelinten sairaudet tai hermoston ja aistimien taudit, jotka ovat useissa aiemmissä tutkimuksissa olleet yleisimpien joukossa, eivät tässä aineistossa sijoittuneet kärkikolmikkoon (mm. Hagman 1981; Elonheimo 1999; Pärnänen ym. 2001).

Vähiten terveystieteiden käynnillä käsiteltiin tässä tutkimuksessa vereen ja immuunijärjestelmään (luku B) liittyviä, gynekologisia (luku X) ja androgeenisia (luku Y) sekä sosiaalisia (luku Z) syitä ja ongelmia. Myös mielenterveyteen liittyvät ongelmat (luku P) olivat odotettua vähemmän käynnin primäärisyyttä ja jopa selvästi harvinaisempia kuin kansainvälisesti on aiemmin raportoitu (Treweek 2003). Onkin todennäköistä, että sosiaalisten ongelmien kohdalla kyseessä on ainakin osittain alikirjautuminen, aihepiirin erityisestä arkaluontoisuudesta johtuen. Lisäksi on syytä olettaa, että käynnin primääriinä syynä on lähtökohtaisesti pidetty ns. lääketieteellistä syytä ja sosiaalisia syitä vasta toissijaisina. Terveystieteiden lääkärit ja yleislääkärit maailmanlaajuisestikin korostavat kuitenkin työnsä kokonaisvaltaisuutta, sen sosiaalilääketieteellistä ulottuvuutta sekä "ei-lääketieteellisten" asioiden suurta osuutta työssään (Lamberts, Woods & Hoffman-Okkes 1993a; Lämsä, Larivaara & Heponiemi ym. 2011). Mielenterveysongelmiin liittyvien ongelmien osalta tutkimusten välisiä eroja selittänevät kuitenkin ennen kaikkea erot mielenterveyspalveluiden järjestämistavoissa. Tutkimuskunnissa mielenterveyspalveluiden tuottaminen oli järjestetty paikallisten mielenterveyskeskusten kautta, eivätkä ne pääsääntöisesti osallistuneet käyntisyiden kirjaamiseen ajanjaksona, jolta aineisto kerättiin.

Koko aineistossa pääluokkatasolla yleisimmiksi todetut ongelmat (luvut L, R, A) olivat ammattiryhmittäisessä tarkastelussa yleisimpiä myös lääkärivastaanotoilla. Näiltä osin tulos on yhdensuuntainen Eskolan ja kollegoidensa (2007) tekemän tutkimuksen

kanssa. Yleisten ja epäspesifien syiden prosentuaaliset osuudet kaikista tutkituista käyntisyistä poikkesivat kuitenkin tässä ja Eskolan ym. tutkimuksessa toisistaan siten, että Eskolan ja kollegoidensa tutkimuksessa yleisten ja epäspesifisten ongelmien osuus oli huomattavasti suurempi kuin tässä tutkimuksessa (17 % vs. 10 %). Eroa selittänee osaltaan se, että Eskolan ja kollegoidensa työssä käyntisymerkinnät tehtiin primääristi pääluokkatasolla. Merkinnän tekemisestä vastanneella ammattilaisella on ollut näin enemmän vapausasteita ja käynnin syy on saatettu tulkita epäspesifiksi, vaikka sille tosiasiallisesti olisikin luokitusrakenteessa paikkansa toisaalla. Tässä tutkimuksessa käyntisymerkinnät tehtiin yksittäisten koodien ja koodiotsakkeiden tarkkuudella. Tulokset ovat näin raportoitavissa sekä yleisemmällä että yksityiskohtaisemmalla tasolla.

Tämän tutkimuksen seitsemän yleisintä lääkärivastaanotoilla käsiteltyä ongelmaa (L, R, A, S, K, D, P) olivat, pääluokkatasolla tarkasteltuna, yleisimpiä myös tuoreessa sveitsiläisessä tutkimuksessa. Luokkien keskinäinen järjestys aineistoissa vaihteli kuitenkin jossain määrin. (Chmiel ym. 2011.) Sekä hengityselimistöön liittyvät ongelmat (R) että epäspesifit käyntisytyt (A) olivat tässä tutkimuksessa lääkärivastaanotoilla yleisempiä kuin monissa muissa maissa. Sydän- ja verenkiertoelimistöön liittyvät syyt (K) eivät puolestaan olleet yhtä yleisiä kuin muissa maissa tehdyissä tutkimuksissa on raportoitu (Lambers, Brouwer & Marinus ym. 1993; de Maesener & Brouwer 1993; Jamouille 1993; Luz, Saraiva & Silva 1993; Britt, Miller & Charles ym. 2009). Maissa, joissa työnantajat tai oppilaitokset edellyttävät lääkärintodistusta sairauspoissaoloista, lukujen A sekä R osuudet on todettu tavanomaista suuremmiksi (de Maesener & Brouwer 1993; Jamouille 1993). Myös Grimsmo kollegoineen (2001) on pohjoismaiden välisessä tutkimuksessa todennut hallinnollisten käyntien osuuden suureksi (8–10 %) yleislääkärissä käynneistä.

Hoitajavastaanotoilla käyntien syyt liittyivät pääluokkatasolla tarkasteltuna yleisimmin lukuihin A (yleiset ja epäspesifit syyt), K (sydän- ja verenkiertoelimistö), S (iho) sekä T (umpieritys, aineenvaihdunta ja ravitsemus). Myös Eskolan ja kollegoidensa (2007) tutkimuksessa lukuihin A, K ja T liittyvät käynnit olivat hoitajavastaanotoilla yleisimpiä. Tässä tutkimuksessa yleisten ja epäspesifisten syiden osuus (% kaikista hoitajavastaanotoilla primääreinä hoidetuista terveysongelmista) oli kuitenkin huomattavasti pienempi kuin Eskolan ja kollegoidensa (2007) tutkimuksessa (23 % vs. 38 %). Myös umpieritykseen ja aineenvaihduntaan ja ravitsemukseen liittyvien ongelmien osuus oli tässä aineistossa huomattavasti pienempi kuin Eskolan ym. (2007)

aineistossa (12 % v. 23 %). Eroja selittänevät muun muassa tutkimusasetelmien, kirjaamiskäytäntöjen sekä työn organisointitapoihin liittyvät erilaisuudet. Koska terveydenhoitajat eivät kaikissa tässä tutkimuksessa mukana olleissa kunnissa osallistuneet johdonmukaisesti käyntisyiden kirjaamiseen, on todennäköistä, että suuri määrä esimerkiksi influenssarokotuksiin liittyvistä käynneistä ei tässä aineistossa näyntyä asianmukaisesti luvun A merkinnöissä. Terveyskeskuksissa, joissa sekä lääkärit että sairaan- ja terveydenhoitajat kirjasivat vastaanotolla käyntien syyt tasaisen järjestelmällisesti, yleiset ja epäspesifit syyt muodostivat jopa yli kolmanneksen kaikista hoitajavastaanotoilla asiointien syistä.

Fysioterapiassa käynnit liittyivät tuki- ja liikuntaelimestön ongelmiin (luku L) ja jossakin määrin myös neurologisiin ongelmiin (luku N). Neurologisiin syihin liittyviä käyntejä ei käytännössä esiintynyt kuitenkaan lainkaan kaikissa terveyskeskuksissa, mikä viittaa ostopalveluiden käyttöön erityisesti neurologisten potilaiden lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisessä. Koska yhdessä tutkimuskunnassa fysioterapeutit olivat todennäköisesti kirjanneet potilaan käyntisyyn vain ensimmäisellä käyntikerralla, tuloksiin tulee fysioterapian osalta suhtautua kriittisesti.

Yksittäisen koodin tai koodiotsakkeen tasolla tarkasteltuna yleisin käyntisyyluokka koko aineistossa olivat terveyden ylläpitoon, sairauden ennaltaehkäisyyn ja hallinnollisiin syihin liittyvät, ns. terveiden käynnit (A97/A98). Yleisimpiin käyntisyyluokkiin lukeutuivat myös diabetes (T89/T90), ylähengitysteiden akuutti tulehdus (R74) sekä komplisoitumaton verenpainetauti (K86). Tässä tutkimuksessa myös repeämät ja viiltohaavat (S18) nousivat yksittäisten käyntisyiden kärkeen. Repeämien ja viiltohaavojen yleisyyttä selittää pitkälti se, että tarkastelussa olivat mukana myös hoitajavastaanotoilla hoidetut terveysongelmat. Syytä on myös huomata, että ICPC:n pilotointivaiheessa tutkimuskunnissa kirjattiin luokkaan S18 myös post-operatiiviset haavahoidot ja ompeleiden poistot.

Koko aineiston tasolla neljä eniten käytettyä yksittäistä luokkaa tai koodia olivat miltei yhdenmukaisesti käyntisyymerkintöjen kärjessä myös jokaisessa yksittäisessä tutkimuskunnassa. Tässä aineistossa viiden yleisimmän käyntisyyn joukkoon kuuluneista luokista neljä (A97/A98, T89/T90, R74, K86) lukeutuu myös belgialaisessa aineistossa yleisimmiksi todettujen käyntisyyluokkien joukkoon. Terveyden ylläpitoon, sairauden ennaltaehkäisyyn ja hallinnollisiin syihin liittyvien käyntien yleisyydestä ei ole raportoitu aiemmin tässä mittakaavassa kotimaisissa tutkimuksissa. Tätä selittänevät

tutkimusasetelmien eroavuudet ja etenkin terveysongelmien dokumentoinnissa ja aineiston analyysissä käytetty luokitus tai luokittelutapa. Tutkimusasetelmissä on usein painotettu sairaanhoidollisia käyntejä, jolloin terveydenhoitokäynneiksi katsotut kontaktit ovat jääneet lähtökohtaisestikin tarkastelun ulkopuolelle. Ns. terveiden käynnit ovat kuitenkin lukeutuneet useissa ulkomaisissa tutkimuksissa yleisimpien käyntisyiden joukkoon (Lamberts, Brouwer & Marinus ym. 1993; de Maesener & Brouwer 1993; Jamoulle 1993; Luz, Saraiva & Silva 1993; Britt ym. 2009, 55).

Kansainvälisesti onkin todettu, että perusterveydenhuollon ja yleislääkäreiden toiminnan sisällöissä on merkittäviä, toimintaympäristölle tyypillisiä yhtäläisyyksiä ja universaaleja piirteitä. (Lamberts, Brouwer & Marinus 1993; Hofmans-Okkes, Lamberts & Wood 1993; Soler 2012a ja 2012b.) Toisaalta tutkimuksissa on osoitettu myös suurta vaihtelua perusterveydenhuollon palveluiden käytössä ja tuottamisessa jopa pohjoismaidenkin kesken (Grimsmo ym. 2001). Vaihtelua on todettu yleisesti etenkin työn organisoinnissa, käytännön toimintamalleissa ja hoidon sisällöissä tai hoitomenetelmissä (Lamberts, Brouwer & Marinus ym. 1993; de Maesener & Brouwer 1993; Grimsmo ym. 2001; Chmiel ym. 2011). Esimerkiksi kansainvälisessä aineistossa yleisimpien joukkoon (4. sija) lukeutuva käyntisyyluokka W11 (raskaudenehkäisy pillerillä) ei tässä tutkimuksessa sijoittunut koko aineistossa 50 yleisimmän yksittäisen käyntisyyn joukkoon. (Lamberts, Brouwer & Marinus ym. 1993; de Maesener & Brouwer 1993; Britt ym. 2009, 55, 99). Gynekologisiin syihin liittyvät käynnit ohjautuvat tutkimuskunnissa siis selvästikin joko yksityisen tai julkisen terveydenhuollon erikoislääkäripalveluiden piiriin.

Lääkärivastaanotoilla yleisin yksittäinen käyntisyyluokka oli 'Ylähengitysteiden akuutti tulehdus' (R74; 7 %) ja toiseksi yleisin 'Terveiden edistäminen / sairauden ennaltaehkäisy' / 'Ei sairautta' (A98/A97; 6 % kaikista käyntisyyluokista). Samat käyntisyyluokat ovat olleet yleisimpiä myös lukuisissa kansainvälisissä aineistoissa. Ulkomaisissa tutkimuksissa yleisin yksittäinen yleislääkärin vastaanotoilla hoidettava terveysongelma on kuitenkin pääsääntöisesti verenpainetauti. Kansainvälisissä aineistoissa yleisimpien yleislääkärivastaanotoilla hoidettaviin ongelmiin lukeutuva astma ei tässä tutkimuksessa lukeutunut yleisimpien joukkoon vaan jäi sijalle 35 (Lamberts, Brouwer & Marinus ym. 1993; Soler & Marnoch 2008; Britt ym. 2009, 55). Useissa kansainvälisissä tutkimuksissa perusterveydenhuollon vastaanotoilla hoidettavia terveysongelmia tarkastellaan kuitenkin potilaan tiettyyn, samaan sairauteen liittyvien käyntien ajallisesti yhteenliittyvinä hoidon kokonaisuuksina,

hoitoepisodeina, mikä heijastuu tulosten vertailukelpoisuuteen (Lamberts, Brouwer & Marinus ym. 1993; International Classification of Primary Care... 2005; Soler ym. 2008; Kvist & Savolainen 2010, 22–23).

Yksittäisten terveysongelmien tasolla tarkasteltuna hoitajavastaanotoilla yleisimpiä käyntisyitä olivat koko aineistossa A97/A98 ('Terveyden ylläpito/sairauden ennaltaehkäisy' / 'Ei sairautta') muodostaen 19 % kaikista yksittäisistä hoitajavastaanotoilla asiointien syistä. Muita yleisiä käyntisyitä olivat yksittäisten käyntisyyluokkien tasolla tarkasteltuna diabetes (T89/T90; 10 %) sekä haavat ja laseraatiot (S18; 7 %). Käyntisyryhmittäisessä tarkastelussa yleisimpiä hoitajavastaanotoilla olivat sairauden ennaltaehkäisyyn ja hallinnollisiin syihin liittyvät käynnit (18 % kaikista hoitajavastaanotoilla käyntien ensisijaisista syistä koko aineistossa). Niiden osuus yksittäisessä terveyskeskuksessa saattoi kuitenkin nousta jopa kolmannekseen kaikista kyseisessä terveyskeskuksessa hoitajavastaanottojen käyntisyistä. Muita yleisiä ongelmaryhmiä olivat diabetes ja ylipaino (11 %), verenpaine (10 %) sekä ihon tulehdukset, haavat ja palovammat (10 % hoitajavastaanotoilla käyntien syistä koko aineistossa). Ihon haavat ja krooniset haavaumat muodostivat myös australialaisessa aineistossa noin 10 % hoitajavastaanotoilla käsitellyistä ongelmista ja tässä tutkimuksessa sairauden ennaltaehkäisyyn ja hallinnollisiin syihin ryhmitellyt rokotuskäynnit noin 30 % kaikista hoitajakäynneistä (Britt ym. 2009, 99). Australialaisessa aineistossa myös eteisvärinä tai -lepatus oli yleisimpien sairaanhoitajien vastaanotolla asiointien syiden joukossa. Myös tässä tutkimuksessa se oli yhdessä yksittäisessä terveyskeskuksessa jopa toiseksi yleisin hoitajavastaanotolla käynnin syy.

Fysioterapiavastaanotoilla yleisimmät käyntisyyluokat olivat tässä aineistossa 'Olkapään oireyhtymä' (L92; 13 %), 'Polven nivelrikko (L90; 13 %) ja 'Lonkan nivelrikko (L89; 6 %). Hollantilaisessa tutkimuksessa yleisimpiä fysioterapian vastaanotolle lähettämisen syitä olivat perusterveydenhuollossa alaselkä- ja niskavaivat (L03, L01) sekä tuki- ja liikuntaelinongelmien keräilyluokkaan (L99) lukeutuneet vaivat (Decker, van Baar & Cuds ym. 1993).

Vastaanottokäyntien syitä tarkasteltiin myös terveyskeskusvastaanotoilla asioiden ikäryhmän mukaisesti kunnittain. Tuloksia ei näiltä osin esitetty kuitenkaan koko aineiston tasolla käytännön syistä. Terveyskeskuksissa, joissa myös terveydenhoitajat osallistuivat lääkäreiden ja sairaanhoitajien ohella aktiivisesti käyntisyiden dokumentointiin, 'Ei sairautta' (A97) ja/tai "Terveyden ylläpito / sairauden ennaltaehkäisy (A98)

oli yleisin tai kolmen yleisimmän, ensisijaiseksi katsotun käynnin syyn joukossa. Alle kouluikäisten käynneistä noin puolet ja 65–84 -vuotiaillakin jopa yli 10 % toteutui tästä sairauden ennaltaehkäisyyn liittyvistä syistä. Alle 15-vuotiaiden terveyskeskuskäynnit liittyivät pääsääntöisesti hengityselin-, korva- ja silmätulehduksiin sekä haavoihin. Vanhimmissa ikäryhmissä yleisimpiä käyntisyitä olivat 'Komplisoitumaton verenpainetauti (K86), 'Diabetes'/ 'Aikuistyyppin diabetes' (T89/T90) sekä 'Kohonnut verenpaine' (K85) terveyden edistämiseen ja sairauden ennaltaehkäisyyn käyntien ohella.

Niiltä osin kuin yksittäisistä kunnista oli saatavilla tutkimusasetelman mukaisesti rajattua tietoa kunkin käyntisyyn vuoksi asioineiden asiakkaiden määrästä, ns. uusintakäynnit olivat tässä aineistossa yleisiä etenkin hoitajavastaanotoilla. Runsaimmin uusintakäyntejä aiheuttivat diabetekseen, nivelreumaan, eteisvärinä tai –lepatukseen sekä epäspesifeihin turvotuksiin, kroonisiin ihohaavaumiin ja huumeiden käyttöön liittyvät syyt. (Liitteet 3–6).

Tässä tutkimuksessa lääkäri-, hoitaja- ja fysioterapiavastaanotoilla hoidetut 50 yleisintä terveysongelmaa, muodostivat vuositasolla liki 2/3 kaikista dokumentoiduista käyntien syistä. Loput 1/3 merkinnöistä jakautuivat kuitenkin yli 600 eri käyntisyyluokan kesken. Vaikka suuri hajonta luokkien käytössä selittyy tietyiltä osin ammattiryhmä- ja työntekijäkohtaisilla rutiineilla ja mieltymyksillä, vahvemmin se liittyy terveyskeskustyön luonteeseen ja rooliin universaalien peruspalveluiden tuottamisessa. Terveyskeskuslääkärit ovat kuvanneet työnsä ominaispiirteiksi muun muassa ensi- ja viimesijaisuuden terveydenhuoltojärjestelmässä sekä potilaan tarpeiden kokonaisvaltaisuuden (Lämsä ym. 2011). Terveyskeskusvastaanotoilla näyttäytyy vaivojen ja sairauksien koko kirjo ja terveyskeskusten tulee yhtä lailla suodattaa erikoissairaanhoidon palveluita perustellusti tarvitsevat kuin erikoissairaanhoidosta takaisin palautuvat. Toisaalta runsaasti erikoissairaanhoidon palveluiden tarvetta ja käyttöä aiheuttavat mm. pahanlaatuisiin kasvaimiin liittyvät käynnit ovat ainakin käynnin pääasiallisimpana syynä harvinaisia terveyskeskusvastaanotoilla.

Kansainvälisten tutkimusten mukaan 20 yleisintä terveysongelmaa muodostavat 30 % – 55 % kaikista perusterveydenhuollon lääkärivastaanotoilla hoidetuista ongelmista (de Maesener & Brouwer 1993; Luz ym., 1993; Mamon, Paccanella & Noventa ym. 1993). Soler kollegoineen (2008) on esittänyt, että ei-kiireellisessä vastaanottotoiminnassa suurin osa käynneistä saadaan dokumentoiduksi noin 170 erilaista diagnoosiluokkaa käyttäen. Kansainvälisissä vertailuissa on kuitenkin syytä ottaa huomioon se,

perustuuko potilaan terveysongelmien tarkastelu käynti- vai episodipohjaiseen tiedon tallennukseen ja raportointiin (Lamberts, Brouwer & Marinus ym.1993; Verbeke ym. 2008; Soler 2012a ja 2012b).

Kun käyntisyymerkintöjä tarkasteltiin *samaan ongelmatiikkaan ryhmiteltyinä kokonaisuuksina*, käyntisyryhminä tai -ryppäinä (Liite #), suurimman ryhmän muodostivat edelleen sairauksien ennaltaehkäisy ja hallinnolliset syyt. Yhdessä raskauteen ja perhesuunnitteluun liittyvien syiden kanssa ne muodostivat koko aineistossa 15 % kaikista primääreistä käyntisyistä. Julkisuudessa on esitetty paljon kritiikkiä siitä, että terveyden edistäminen ja sairauksien ennalta ehkäiseminen olisivat terveyskeskusten toiminnassa residuaalisia suhteessa sairauksien hoitoon. Sairauksien ennaltaehkäisyyn liittyvät käynnit yhdistyneenä hallinnollisiksi katsottaviin ns. terveiden henkilöiden käynteihin näyttäisivät kuitenkin tämän tutkimuksen valossa muodostavan merkittävän osan terveyskeskustyöstä. Tulos on riippumaton siitä, tapahtuuko raportointi yksittäisten käyntisyiluokkien vai aggregoitujen käyntisyryhmien tasolla. Aiemmin Klemola kollegoineen (2009) on arvioinut neuvolatyön, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon ja kotisairaanhoidon osuudeksi terveyskeskuslääkäreiden työstä noin 10 %. Tämän tutkimuksen aineistossa sairauksien ennaltaehkäisyyn ja terveyden ylläpitoon liittyvät syyt, hallinnolliset syyt mukaan lukien, muodostivat parhaimmillaan 20 % terveyskeskuksen toiminnan sisällöstä. Tämä on kuitenkin edellyttänyt sitä, että lääkäreiden lisäksi myös sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat ovat dokumentoineet vastaanottokäyntien syyt järjestelmällisesti, myös neuvolakäynneillä, ja kirjaamisen kattavuus on koko terveyskeskuksessa ollut vuositasolla noin 90 %.

Tavanomaisten hengityselininfektioiden ryhmä muodosti toiseksi yleisimmän terveyskeskusvastaanotoilla hoidettavien ongelmien ryhmän, kun merkintöjä tarkasteltiin samaan ongelmatiikkaan liittyvinä kokonaisuuksina. Helppohoitosten infektioiden suuresta osuudesta terveyskeskusvastaanotoilla käyntien syynä on raportoitu suomalaisissa tutkimuksissa aiemminkin (mm. Elonheimo 1999; Eskola ym.. 2007). Diabetekseen ja ylipainoon liittyvien käyntisyiden ryhmän osuus oli koko aineistossa kolmanneksi suurin. Neljänneksi suurimman ryhmän muodostivat ihon tulehdukset, haavat ja palovammat, ja verenpaineeseen ja verenpainetauteihin liittyvät syyt olivat viidenneksi suurin ryhmä koko aineiston tasolla.

Tämän tutkimuksen mukaan kansanterveyden, palveluiden tarpeen ja arjen sujumisen kannalta keskeisinä pidetyt terveysongelmat, nivelreuman ja osteoporoosin tai pitkäaikaisten neurologisten sairauksien kaltaiset ongelmaryhmät eivät näyttäisi lukeutuvan

yleisimpien terveyskeskuksissa primäärästi hoidettavien terveysongelmien joukkoon. Muun muassa päihteiden käyttöön liittyvät käyntisytyt nousivat niitä ja pitkäaikaisia hengityselinongelmia suuremmaksi käyntisyryhmäksi. Todennäköistä onkin, että monia mainittuihin pitkäaikaissairauksiin liittyviä asioita hoidetaan primäärästi muista syistä toteutuneilla vastaanottokäynneillä. Toisaalta on syytä olettaa, että ainakin osa neurologisia sairauksia sairastavista potilaista asioi mahdollisimman pitkälle alan erikoislääkäreiden vastaanotoilla, joko julkisella tai yksityisellä sektorilla. Hoidon porrastuksen ja alueellisten ja valtakunnallisten hoitosuosituksen pohjalta onkin perusteltua, että pääsääntöisesti erikoisosaamista ja -resursseja edellyttävät sairaudet hoidetaan tarkoituksenmukaisuusperiaatteen mukaisesti erikoissairaanhoidossa.

Myös käyntisyryhmittäin tehty tarkastelu vastaanottokäynneillä hoidetuista terveysongelmista tuo esille terveyskeskusten välistä vaihtelua, joka selittynee, paitsi luokituksen käytön kattavuuden eroilla, myös toimintakäytäntöjen tosiasiallisina eroina. Kun verenpaineeseen liittyvät syyt olivat tämän tutkimuksen mukaan kolmessa kunnassa 3:nneksi yleisin käyntisyryhmä, yhdessä terveyskeskuksessa se sijoittuu vasta 9:nneksi. On mahdollista, että verenpaineeseen liittyvät käynnit ovat kyseissä terveyskeskuksessa kirjautuneet ainakin osittain diabeteskäynneiksi. Mahdollista on myös se, että kyseisessä kunnassa olisi omaksuttu muita paremmin käyttöön vaihtoehtoisia toimintamalleja, kuten verenpaineen itseseurainta. Verenpainetaudin sairastavuus ei näyttäisi selittävän todettua eroa.

Eroja tutkimuskuntien välillä oli käyntisyryhmittäisissä tarkasteluissa myös silmä- ja korvatulehduksiin, päihteiden käyttöön ja murtumiin ja venähdyksiin liittyvissä käyntisyryhmissä. Silmä- ja korvatulehdukset olivat harvinaisempia muita vanhusvoittoisemmissa tutkimuskunnissa. Päihteiden käyttöön liittyvät syyt olivat puolestaan moninkertaiset yksittäisessä terveyskeskuksessa, mikä saattaa selittyä eroavuuksina korvaushoitojen toteutustavoissa tai esimerkiksi päihdehuoltostrategian toimeenpanossa. Erilaiset tavat järjestää erikoissairaanhoidon palveluita ja niiden jatkohoitoa saattavat puolestaan selittää sitä, että murtumiin ja venähdyksiin liittyviä vaihteluita terveyskeskusten välillä. On kuitenkin huomattava, että tutkimusasetelma ei mahdollista yksityiskohtaista kuntien välistä vertailua.

Terveysongelmien kausivaihtelusta runsaasti kokemusperäistä tietoa, mutta tutkimusta asiasta on tehty vähäisessä määrin. Niiltä osin kuin tutkimusta tehty, käyntisytytietoja ei ole ollut kattavasti käytössä. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin joidenkin kansanterveydellisesti merkityksellisten käyntisyryhmien vuodenaikaisvaihtelua lääkäri- ja

hoitajavastaanotoilla asiointiin syyt huomioiden. Ns. terveiden kävijöiden huippu ajoittui odotetusti kaikissa tutkimuskunnissa loppuvuoteen, jolloin suuri osa sairaanhoitajien tai terveydenhoitajien työpanoksesta on kiinnitetty influenssarokotusten antamiseen. Pitkäaikaissairauksista verenpaineongelmiin sekä diabetekseen ja ylipainoon liittyvät käynnit näyttäisivät seurailevan palveluiden tarjontaa, jolloin niistä aiheutuvat terveyskeskuskäynnit vähenevät keskikesällä. Osittain operatiivisesti hoidettavien ja erikoissairaanhoidon palvelutarjontaan sidonnaisten alaraajaongelmien aiheuttama kuormitus näyttäisi terveyskeskuksissa läpi vuoden tasaisemmalta, joskin yhdessä tutkimuskunnassa alaraajaongelmien vaihtelu on läpi vuoden epätasaista ja selvästi muista tutkimuskunnista poikkeavaa. Tätä saattavat osittain selittää myös kunnan asukasmäärän vaihtelu kesämökkikauden mukaan ja lomakauteen erityisesti liittyvä pienempien ja suurempien alaraajavammojen lisääntyminen, osittain muut, väestödemografiset syyt.

Kaiken kaikkiaan, lääkäri-, hoitaja- ja fysioterapiavastaanotot profiloituivat suurelta osin odotetusti, tutkinto- ja muun koulutustaustan sekä työntehtävien jaon mukaisesti. Tehtävänsiirtoja lääkäreiltä hoitajille näyttäisi tämän tutkimuksen valossa toteutetun eniten diabeteksen, verenpainetaudin ja päihdeongelmien hoidossa. Lisäksi yhdessä tutkimuskunnassa hoitajien työpanosta oli selvästi suunnattu eteisvärinäpotilaiden pitkäaikaissurantaan. Toisaalta helppohoitoisten hengityselininfektioiden tai korva-tulehdusten hoitoa tai seurantaa ei tässä tutkimuksessa mukana olleissa terveyskeskuksissa näyttäisi juurikaan toteutetun. Fysioterapiavastaanotoilla paljon käyntejä aiheuttavat alaraajaongelmat ja olkapääongelmat liittynevät paitsi konservatiivisesti hoidettavien ala- ja yläaraajaongelmien suureen osuuteen, myös erilaisten leikkaustoimenpiteiden edellyttämään pre- ja post-operatiivisen fysioterapian suureen tarpeeseen ja tehtävän siirtoihin näiltä osin.

Tämän tutkimuksen perusteella ICPC-luokitus soveltuu hyvin terveyskeskustyön ja sen sisältöjen näkyväksi tekemiseen sekä niin terveyskeskuslääkäreiden, hoitajien kuin fysioterapeuttienkin käyttöön. Kukin ammattiryhmä käytti ICPC-luokitusta koulutuksensa ja tehtävänkuvansa edellyttämässä ja mukaisessa laajuudessa. Raportissa on kuvattu esimerkki käyntisyytietojen yhdenmukaisen kirjaamisen onnistumisesta ja sen reunaehdoista sekä seurannan mahdollisuuksista ja haasteista.

Tutkimus on lisännyt tietoa perusterveydenhuollon roolista terveysongelmien hoidon kokonaisuudessa. Tuloksia voidaan käyttää apuna tutkimushypoteesien muodostamisessa mahdollista jatkotutkimusta tehtäessä. Työn pohjalta voidaan tarkastella

terveyskeskustyön sisältöjä ja eri ammattiryhmien välistä työnjakoa sekä tehdä alustavia huomioita terveyskeskusten roolista palvelujärjestelmän kokonaisuudessa.

8.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointia

Kyseessä oli rekisteripohjainen, kuvaileva, usean tapauksen tapaustutkimus, jonka aineisto perustui terveyskeskuskäyntien yhteydessä tehtyihin käyntisyysmerkintöihin ja potilasrekistereistä paikallisesti poimituihin tilastotietoihin. Vastaanotto toimintaan osallistuneet terveydenhuollon ammattilaiset olivat dokumentoineet vastaanotoilla hoidetut terveysongelmat sähköisiin potilaskertomusjärjestelmiin kansainvälistä ja kansalliseen käyttöön hyväksyttyä ICPC-luokitusta käyttäen.

Rekisteritutkimus on kvantitatiivista tutkimusta, joka perustuu joko kokonaan tai osittain rekisteritietojen käyttöön (Rekisteritutkimus 2011). Tapaustutkimuksen kohteeksi valitaan tyypillisimmillään yksilö, ryhmä tai yhteisö, mutta yksittäisen tapauksen sijasta tarkasteltavaksi voidaan valita myös joukko tapauksia, kuten tässä tutkimuksessa on tehty (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 1998, 130). Pääperiaatteena on tällöin kuvata tarkasteltava tapaus tai joukko tapauksia syvällisesti ja kokonaisvaltaisesti. Pyrkimyksenä ei ole tuottaa suoraan yleistettävää tietoa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Deskriptiivisen analyysin tarkoituksena on kuvata tutkimuksen kohteena oleva ilmiö vastaamalla sen kaltaisiin kysymyksiin kuten: ”Mitä?”, ”Minkälainen?” tai ”Kuinka paljon?”. Vaikka tutkimuksen tulokset eivät ole suoraan yleistettävissä ja erityisesti kuntakohtaiset tarkastelut edellyttävät valistunutta tulkintaa ja paikallista tietämystä palveluiden järjestämisen, toimintamallien ja järjestelmien yksityiskohdista, tuloksia voidaan pohtia laajemmassa mittakaavassa: ”Yhdenkin tapauksen huolellinen tutkiminen voi tarjota yksittäistapauksen ylittävää tietoa”. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Rekisteritutkimuksen tekemisessä on joukko piirteitä, joiden perusteella se eroaa muusta kvantitatiivisesta tutkimuksesta. Rekisteripohjaisissa tutkimuksissa voidaan tarkastella vain sellaisia kysymyksiä, joiden selvittämiseen aineistoa on olemassa tai se on muokattavissa tutkimuksen tarkoituksiin soveltuvaksi. Aineiston rajallinen saatavuus ja heikko vastaavuus suhteessa tutkimuskysymyksen asetteluun ovat yleisiä ongelmia erityisesti rekisteritutkimuksessa. Mahdolliset tietojen validiteettiin liittyvät ongelmat tulee tämän vuoksi ottaa huomioon jo tutkimussuunnitelmaa laadittaessa ja

tutkimusasetelmassa. (Keskimäki, Salinto & Koskinen 1997; Kajantie, Manderbacka & McCallum ym. 2006; Jylhä & Kinnunen 2008.) Validiteetilla viitataan yleisesti siihen, kuinka hyvin tiedot kuvaavat sitä, mitä niiden ajatellaan kuvaavan ja kuinka hyvin ne vastaavat todellisuutta (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Tässä tutkimuksessa mukana olleet kunnat valittiin harkinnanvaraisesti sillä perusteella, että rakenteisesti dokumentoitua käytisydataa oli niistä tavanomaisesta poiketen saatavissa. Lisäksi oli syytä olettaa, että käytisymerkintöjen kattavuus olisi keskimääräistä parempi ja kirjaamisen periaatteet riittävän yhdenmukaiset. (Savolainen 2008.) Tutkimuksen validiteetin kannalta erityistä painoarvoa on sillä, että keskeiset käsitelmäärittelyt sekä tietojen tallentamis- että analyysivaiheissa olivat yhtenevät.

Terveysturvaviranomaisten ylläpitämien rekistereiden kattavuutta ja laatua on Suomessa ja muissakin Pohjoismaissa pidetty pääsääntöisesti hyvänä, kun kattavuudella viitataan siihen, kuinka suurelta osin rekisteröitävät tapahtumat kirjautuvat rekisteriin ja laadulla tietojen virheettömyyteen (Keskimäki ym. 1997; Gissler & Haukka 2004; Kajantie ym. 2006). Kajantien ja kollegoidensa (2006) mukaan puuttuvan datan määrä voi hallinnollisissa rekistereissä olla suuri niiden yleisestä luotettavuudesta huolimatta.

Potilasrekistereiden on todettu poikkeavan monista muista rekistereistä siinä suhteessa, että niihin tallennettujen tietojen tulisi ensisijaisesti palvella potilaan kliinistä hoitoa ja tietojen välitystä potilaan hoitoon osallistuvien toimijoiden kesken, ja vasta toissijaisesti hallinnollisia ja tutkimuksellisia tarpeita (Nenonen & Nylander 2001, Nylander ym. 2003; Laitinen ym. 2007; Winthereik ym. 2007; Jylhä & Kinnunen 2008). Tietojen tallentamisen kontekstiaalisuus saattaa näin heijastua tallennetun tiedon laatuun ja käytettävyyteen. (Bernstein 1997; Cimino 1998; Beasley, Hankey & Erickson ym. 2004; Rauhala & Linna 2007a, 2007b; Laitinen ym. 2007; Sund 2007; Jylhä & Kinnunen 2008; Qadri ym. 2008; Vainiomäki, Kuusela & Vainimäki ym. 2008; Terry ym. 2010).

Tässä tutkimuksessa käytetyistä tiedoista osa tallennettiin potilaskertomukseen, osa potilastietojärjestelmien tilastointialustalle. On mahdollista, että myös tässä tutkimuksessa käytetty data on dokumentointihetkellä mielletty ”vain hallinnolliseksi” etenkin silloin, kun tiedot on tallennettu suoraan järjestelmän tilastointialustalle eikä ns. potilaskohtaiselle näkymälle. Tämä on saattanut tapaus- ja tilannekohtaisesti vähentää

halukkuutta käyntisyöttöjen koodaamiseen ja näyttäytyä puuttuvina tietoina, osassa terveyskeskuksia.

Potilastietojärjestelmiin tallennettujen tietojen laatu puutteista on raportoitu useissa eri yhteyksissä (Rauhala & Linna 2007b; Qadri, Hartman & Nieminen 2008; Wockenfuss, Frese & Herrmann ym. 2009; Vainiomäki, Kuusela & Vainiomäki ym. 2008; Klemola ym. 2010; Terry, Chevandra & Thind ym. 2010; Farzandipour, Sheikhtaheri & Sadoughi 2010). Potilastietojen laatu vaikuttaa näin lähtökohtaisesti, paitsi potilaan hoitoon, myös hallinnollisiin ja tutkimuksellisiin tarpeisiin käytetyn tiedon laatuun. Tiedon laatuun liittyvät ongelmat koskevat niin järjestelmiin tallennettua tai syötettyä tietoa kuin niistä poimittavissa olevan ja ulossaadun tiedon laatuakin (Jordan, Porcheret & Croft 2004; Häyrinen & Saranto 2009; Terry, Chevandra & Thind ym. 2010; Häyrinen 2012, 21).

Potilasrekistereitä tutkimuksen lähteenä käytettäessä aineiston virheettömyys on suoraan riippuvainen siitä, että käytetyt tiedot vastaavat potilaan todellista tilaa (Kajantie ym. 2006; Súrjan 2010; Häyrinen 2011, 21). Diagnostiset kriteerit eivät kaikissa sairauksissa ole yhtäläisen selkeitä tai yksiselitteisiä. Varsinkin perusterveydenhuollossa diagnoosi määräytyy usein myös kertaluontoisen lyhyen kontaktin ja kliinisen tutkimuksen perusteella tai tarkentuu hyvinkin epäspesifistä oireilusta vasta vähitellen lopulliseen muotoonsa. (Thiru, Hassey & Sullivan 2003; Jordan ym. 2004.)

Klemola kollegoineen (2010) selvitti diagnoosien kirjaamista ja dokumentoitujen tietojen paikkansapitävyyttä auditoimalla sairauskertomustekstejä. Tutkimuksen mukaan kaikki ICPC:llä tai ICD:llä kirjatut diagnoosit pitivät paikkansa, mutta tietojen kattavuudessa oli puutteita. Perusterveydenhuollon vastaanotoilla on yleisesti arvioitu kirjattavan rakenteisesti noin puolet kaikista käyntisyistä tai diagnooseista. Klemolan ja kollegoidensa (2010) tutkimuksessa päädiagnoosi oli kirjattu rakenteisesti hieman alle 60 %:ssa tarkastelluista potilaskertomuksista. Erikoissairaanhoidon tehtävistä läheteistä vain murto-osassa on kirjattu läheteen aihe yleisesti tunnettua luokitusta käyttäen (Häyrinen & Saranto 2009).

Tässä tutkimuksessa vastaanottokäynnin syy oli parhaimmillaan dokumentoitu terveyskeskustasolla liki 90-%:sesti. Vaihtelu yksittäisten terveyskeskusten ja ammattiryhmienkin välillä oli kuitenkin suurta. Tiedot käyntisyymerkintöjen kattavuudesta perustuvat kuitenkin oletukseen siitä, että jokaisella käynnillä kirjattiin ainoastaan ns. pääkäyntisy, pilotointivaiheen ohjeistuksen mukaisesti (Savolainen

2008). Mikäli käynnillä on ns. pääkäyntisyyn lisäksi dokumentoitu samanaikaisesti useampia käyntisyitä, tiedot käyntisyymerkintöjen kattavuudesta, käynnillä primäärinä hoidetuista ongelmista, ovat tosiasiallista paremmat. Aineiston keruuvaiheessa tehtyjen pistokokeiden perusteella näin ei kuitenkaan näyttäisi tapahtuneen.

Aiempien tutkimusten mukaan noin 60 % potilaista asioi terveyskeskuslääkärin tai yleislääkärin vastaanotolla vain yhden syyn vuoksi, kun hieman yli kolmanneksella (36 % – 37 %) on 2–3 terveydellistä ongelmaa käyntiä kohden (Klemola, Ketola & Virtanen ym. 2009; Britt ym. 2009, 46). Käyntiä kohti vähintään neljä ongelmaa on 3 % – 7 % kävijöistä. Yhden syyn vuoksi asioineiden määrä on vuosikymmenten saatossa vähentynyt (Kokko 1988; Britt ym. 2009, 46). Terveyskeskustyön yhtenä ominaispiirteinä pidettyä potilaiden moniongelmaisuuutta (multimorbidity) ja moniasiakkuutta, useiden samanaikaisesti vaikuttavien sairauksien olemassaoloa ja laaja-alaista palveluiden tarvetta, ei tässä tutkimuksessa ollut mahdollista selvittää käytettävissä olleen aineiston perusteella.

Tiedon laatua on arvioitu, paitsi virheettömyyden, myös tiedon käytettävyyden ja hyödynnettävyyden näkökulmista. (Häyrinen & Saranto 2009; Häyrinen 2011.) Tutkimuksessa käytetyn ICPC:n validiteetti ja reliabiliteetti perusterveydenhuollon vastaanotoilla hoidettavien terveysongelmien kirjaamisessa ja seurannassa on todettu hyväksi lukuisissa kansainvälisissä tutkimuksissa (Lamberts ym. 1993; de Lusignan & van Weel 2006; Soler ym. 2008; Soler 2012a, 2012b).

Tiedon laatuun liittyvät ongelmat koskevat niin järjestelmiin tallennettua tai syötettyä tietoa kuin niistä poimittavissa olevan ja ulossaadun tiedon laatuakin (Jordan, Porcheret & Croft 2004; Häyrinen & Saranto 2009; Terry, Chevandra & Thind ym. 2010; Häyrinen 2012, 21). Kajantie ym. (2006) ovat tuoneet esille, kuinka rekisteritutkimus on iteratiivinen prosessi, johon vaikuttavat erilaiset tekijät lupien saannista, aineiston keruun prosessiin ja muokkaamisen tutkimustarkoituksiin. Tutkimuksen toteutus edellyttää, paitsi datan käsittelyohjelmien ja taulukointiohjelmien hyvää hallintaa, myös käytettävien rekistereiden tietorakenteiden, sisältöjen ja käsitteistön sekä paikallisten kirjaamistapojen, organisaatorakenteiden ja toimintakulttuurin tuntemusta.

Tämän tutkimuksen aineisto oli aggregaattitasoista ja useista eri lähteistä poimittua, mikä aiheutti runsaasti tietojen muokkauksen tarvetta ja haasteita tietojen yhdistely- ja analyysivaiheessa. Tutkimuskunnissa oli käytössä kaksi eri potilastietojärjestelmää ja

tähän liittyen kaksi eri versiota käyntisyiden dokumentoinnissa käytetystä luokituksesta. Jopa samaa tietojärjestelmää käyttävien terveyskeskusten järjestelmäversiot ja tilastotai raportointiohjelmat poikkesivat toisistaan. Aineiston keruun monivaiheisuus ja monimutkaisuus sekä aineiston edellyttämä suuri muokkaustarve on altistanut tutkimuksen toteutuksen inhimillisille virheille läpi tutkimusprosessin. Potilastietojärjestelmien versiopäivitysten yhteydessä tapahtuneiden ohjelmistovirheiden havaitseminen aineiston analyysivaiheessa tukee kuitenkin omalta osaltaan käsitystä tutkimuksen asianmukaisesta ja huolellisesta toteutuksesta.

Terveyskeskuksissa hoidettujen terveysongelmien jakaumaa tarkasteltiin tässä tutkimuksessa sekä ICPC:n lukujen (A–Z) että yksittäisten käyntisyiluokkien (A01–Z29) tasolla. Lukujen tasolla, elinjärjestelmiin tai anatomisiin rakenteisiin rajautuvaa tarkastelua voidaan kuitenkin pitää tarpeettoman karkeana ja käyntisyiluokkiin perustuvaa puolestaan liian yksityiskohtaisena. Molemmat tarkastelutavat hukkaavat tärkeää tietoa etenkin, jos jompaakumpaa käytetään vain yksittäisenä keinona aineiston analyysissä. Tämän vuoksi kansallisissa ja kansainvälisissä käyntisyi- ja diagnoositietojen analyysissä on yleisesti käytetty useammista luokista koottuja ja suuremmiksi kokonaisuuksiksi ryhmiteltyjä tietoja (Elonheimo 1999; Grimsmo ym. 2001; Treweek & Flottorp 2003; Pace, Dickinson & Staton 2004; Britt ym. 2009).

Käytetyille ryhmittelyille on ominaista se, että ne eivät yleisesti ottaen ole ns. linearisointeja suhteessa käytettyyn perusluokitukseen, kuten ICPC tai ICD. Ne eivät, toisin sanoen, ole kattaneet kaikkia käyntisyi- tai diagnoosiluokituksen yksittäisiä luokkia vaan kulloinkin tarkasteltavan asiakokonaisuuden kannalta oleelliset luokat. Ryhmät ovat perustuneet laajojen asiantuntijaryhmien työn tuotoksiin tai tutkimusasetelman pohjalta tapahtuneeseen käytännöllisyys- ja muista syistä tapahtuneeseen harkintaan. Muun muassa Pace kollegoineen (2004) raportoi käyttämiensä 23 klusterin kattaneen 76 % kaikista diagnoosimerkinnöistä. Tällaisenaankin käyntisyiluokkien ryhmittely tuo kuitenkin uuden tai muita analyysijä täydentävän näkökulman palvelujärjestelmän toiminnan ja hoidon sisältöjen tai palveluiden käyttöä aiheuttavan tautikirjon tarkasteluun. Tässä tutkimuksessa käytettiin ryhmittelyä, joka muodostettiin ICPC-luokituksen käyttöä pilotoineessa hankkeessa ja jonka tarkoituksena oli luoda pohjaa käyntisyiden yhdenmukaiselle seurannalle hankkeeseen osallistuneiden kuntien kesken (Savolainen 2008). Tässä yhteydessä käytettyä ryhmittelyä on sittemmin käytetty pohjana ja soveltaen perusterveydenhuollon

tuotteistusjärjestelmän kehittämisessä (PETTU Perusterveydenhuollon tuotteistuksen standardointihanke 2010).

Terryn ja kollegoidensa (2010) mukaan rakenteiseen kirjaamiseen siirtyminen parantaa käytettävän tiedon määrää ja saatavuutta. Tutkimuksellisiin tarkoituksiin diagnoosin rakenteinen kirjaaminen on vain osa ongelman ratkaisua. Vaikka tiedot potilaan terveysongelmasta ovat hoidon kannalta äärimmäisen tärkeitä, sekä potilaan hoidon laadun ja vaikuttavuuden turvaamiseksi että terveyden ja terveydenhuollon tutkimuksen mahdollistamiseksi tarvitaan runsaasti muita tietoja, joita ei edelleenkään dokumentoida yhdenmukaisia luokituksia käyttäen. Muun muassa sosioekonomista asemaa kuvaavia tekijöitä ei dokumentoida potilaskertomuksiin. Etenkin suomalaisen rekisteritutkimuksen etuna on pidetty sitä, että olemassa olevat rekisterit mahdollistavat kuitenkin erilaisten yksilötason tietojen yhdistelyn. Tähänastista kattavampaan käyntisyöttöjen dokumentointiin siirtyminen avohoidon hoitoilmoituksen ja kansalliseen terveysarkistoon siirtymisen myötä tuovat merkittävän lisän rekisteritutkimuksen käytettävissä oleviin aineistoihin.

Yhdenmukaisten tietomallien ja sovittujen koodistojen yhdenmukainen käyttö tukee tietojen aiempaa parempaa saatavuutta ja vertailtavuutta kansallisella tasolla. Perusterveydenhuollon avohoidon kansallisen tiedonkeruun myötä karttuva yksilötason data mahdollistaa jatkossa toiminnallisten sisältöjen tutkimuksen ja kehittämisen tähänastista paremmin. Perusterveydenhuollon toiminnan ja sisältöjen kansainvälistä vertailtavuutta vaikeuttaa kuitenkin edelleen kansallinen, käyntipohjainen tiedonkeruun mallimme. Se tuottaa poikkileikkauksenomaisen kuvan terveyskeskuksissa hoidettavista vaivoista ja sairauksista – toisin kuin potilaan tietyn ongelman hoitoon liittyvän kokonaisuuden ajallisesti etenevä, episodipohjainen tarkastelu (Soler ym. 2008).

Kansallisen terveysarkiston (KanTa) osana toimivassa terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön tarkoitettussa potilaskohtaisessa yhteenvedossa, tiedonhallintapalvelussa (*patient summary*) on kuitenkin huomioitu mahdollisuus ja tarve tietojen jäsentämiseen episodijatteluun pohjalta (Virkkunen 2011). Episodipohjaista tarkastelua pidetään soveltuvimpana lähtökohtana myös perusterveydenhuollon tuotteistusjärjestelmien kehittämisessä (Elonheimo 2007, PETTU Perusterveydenhuollon tuotteistuksen standardointi...2010).

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Terveyskeskusvastaanotoilla hoidettavista terveysongelmista ja terveyskeskusten potilaskirjosta on toistaiseksi ollut tietoa saatavilla vain rajoitetusti, koska potilaan käyntisyiden tai diagnoosien rakenteinen kirjaaminen ei ole ollut yleisenä käytäntönä terveyskeskuksissa. Määrämuotoisen dokumentaation puuttuminen on ollut toistuvasti esteenä perusterveydenhuollon ja terveyspalvelujärjestelmän tutkimuksessa ja kehittämisessä.

Laadukkaiden palveluiden tarjoaminen, vaikuttavuuden arviointi sekä palveluiden riittävyyden turvaaminen ja perusteltu, oikeudenmukainen kohdentaminen edellyttävät keskeisimpien potilastietojen dokumentointia yhdenmukaisella, tiedon ajantasaisuutta, siirrettävyyttä ja yhdisteltävyyttä edistävällä tavalla. Potilasasiakirjoihin tulee dokumentoida potilaan hoidon kannalta keskeiset tiedot ja hoitoratkaisut perusteluineen. Kliinisen päätöksenteon kannalta relevantit tiedot voidaan ja niitä tulee käyttää hyödyksi myös johdon päätöksenteon, strategisen suunnittelun ja tieteellisen tutkimuksen tarpeisiin.

Käyntimäärien ja asiakkaiden lukumäärien tarkastelu ei kuvaa riittävällä tavalla terveyskeskusten toimintaa ja roolia palvelujärjestelmän ja sairauksien hoidon kokonaisuudessa. Käyntisyiden rakenteisen kirjaamisen perusteella on mahdollista saada mitattavissa olevaa, vertailukelpoista tietoa terveyskeskuksissa hoidettavista terveysongelmista. Käyntisyitietojen systemaattinen dokumentointi on edellytyksenä myös perusterveydenhuollon tuotteistuksessa. Dokumentoidun tiedon kattavuuteen ja laatuun tulee kuitenkin kiinnittää nykyistä enemmän huomiota sekä tietojen tallennus- että seuranta- ja raportointivaiheessa. Tiedon dokumentoitavan ohella enemmän huomiota tulisi kiinnittää myös tiedon ulossaamisen helppouteen.

Potilaan terveysongelmien dokumentointi Perusterveydenhuollon kansainvälisen luokituksen (ICPC) avulla mahdollistaa terveyskeskuksissa hoidettavien vaivojen ja sairauksien seurannan, terveyskeskusten toiminnan sisältöjen ja roolin tarkastelun palvelujärjestelmän kokonaisuudessa. Käyntipohjaisen tiedonkeruun ja seurannan sijasta potilaan tiettyyn terveysongelmaan liittyvän hoidollisen kokonaisuuden ajallinen, episodipohjainen tarkastelu voisi omalta osaltaan laajentaa dokumentoitavan tiedon käytettävyyttä.

LÄHTEET

- Aalto, M. (2001). *Prevalence and brief intervention of heavy drinkers in primary health care*. Lahti project study. Acta Universitatis Tamperensis 820.
- Aaltonen, J., Fyhr, N., Käpyaho, K., Mäkelä, L., Mäkijärvi, M. & Rautiainen, V. (2008). *Ihannesairaala. Visioita ja valintoja*. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Edita Prima Oy.
- Aaltonen, J., Ailio, A., Kilpikivi, P., Nykänen, P., Nyberg, P., Kunnamo, I., Kuosmanen, P., Reijonsaari, K. & Wiesenthal, A. (2009). *Kansallisen tason sähköisten potilastietojärjestelmien toteuttamisvaihtoehtojen vertailu - KATTAVA-projekti*. Loppuraportti. Sitran selvityksiä 12. Helsinki: Suomen itsenäisyyden juhlarahasto.
- Aanesen, M., Moilanen, M & Olsen, F. (2010). Economic gains form electronic message exchange: The importance of working procedures. *International Journal of Medical Informatics* 2010: 79; 658–667.
- Alho, A., Wäänänen, V. & Parvinen, P. (2006). *Kysynnän hallinta Päijät-Hämeen terveyskeskuksissa*. Loppuraportti. Helsinki: Lillrank & Co.
- Armstrong, D. (2011). Diagnosis and nosology in primary care. *Social Science & Medicine* 2011: 73(6); 801–807.
- Aro, S., Hagman, E. & Vohlonen, I. (1986). Kansainvälinen perusterveydenhuollon luokitusjärjestelmä lääkärisäkäyntien tarkastelussa. *Suomen Lääkärilehti* 1986; 41(32); 3050–3056.
- Aromaa, A. & Koskinen, S., toim. (2002). *Terveys ja toimintakyky Suomessa*. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki: Kansanterveyslaitos. Terveiden ja toimintakyvyn osasto.
- Beasley, J., Hankey, T., Erickson, R., Stange, K., Mundt, M., Elliott, M., Wiesen, P. & Bobula, J. (2004). How Many Problems Do Family Physicians Manage at Each Encounter? A WReN Study. *Annals of Family Medicine* 2004: 2(5); 405–410.
- Bentzen N. (2009). Why does the International Classification of Primary Care (ICPC) make a difference? *Primary Care* 2009; 9(15): 284.

- Bernstein, B. (1997). Avoiding the mismeasurement of medicine and improving care. *Canadian Medical Association Journal* 1997;157(11):1549–1551.
- Billi, J., Pai, C-W, & Spahlinger, D. (2007). The effect of distance to primary care physician on health care utilization and disease burden. *Health Care Management Review* 2007: 32(1); 22–29.
- Bolin, K., Lindgren, A., Lindgren, B. & Lundborg, P. (2009). Utilization of physician services in the 50+ population: the relative importance of individual versus institutional factors in 10 European countries. *International Journal of Health Care Finance and Economics* 2009: 9(1); 83–112.
- Boonstra, A. & Broekhuis, M. (2010). Barriers to the acceptance of electronic medical records by physicians from systematic review to taxonomy and interventions. *BMC Health Services Research* 2010: 10; 231.
- Britt, H., Miller, G., Charles, J., Henderson, J., Bayram, C., Valenti, L., Pan, Y., Harrison, C., Fahridin, S. & O'Halloran, J. *General practice activity in Australia 1999-00 to 2008-09: 10 year data tables*. General practice series no. 26. Published 2 December 2009, Saatavissa:
<http://www.aihw.gov.au/publications/index.cfm/title/11014> [28.10.2010]
- Cimino, J. (1998). Desiderata for controlled medical vocabularies in the twenty-first century. *Methods of Information Medicine* 1998; 37: 394–409.
- Chaudry, B., Wang, J., Wu, S., Maglione, M., Mojica, W., Roth, E., Morton, S. & Shekelle, P. (2006). Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care. *Annals of Internal Medicine* 2006;144:742-752.
- Chmiel, C., Bhend, H., Senn, O. & Rosemann, T. (2011). The FIRE project: a milestone for research in primary care in Switzerland. *Swiss Medical Weekly* 2011;140: w13142. On-line-version. Saatavissa:
http://www.smw.ch/scripts/stream_pdf.php?doi=smw-2011-13142 [1.12.2011].
- Cornet, R. & de Keizer, N. (2008). Forty years of SNOMED: a literature review. *BMJ Medical Informatics and Decision Making* 2008: 8(Suppl 1); 52.

- Decker, J., van Baar, M., Cuds, E. & Kerssens, J. (1993). Diagnosis and Treatment in Physical Therapy: An Investigation of Their Relationship. *Physical Therapy* 1993; 73(9); 568–580.
- de Lusignan, S., Mimmagh, C., Zeitmed, M., Mooerzijn, H. & Bryant, J. (2001) A survey to identify the clinical coding and classification systems in use across Europe. *MedInfor 2001 Proceedings*. 2001;10(Pt1):86–89.
- de Lusignan, S. & van Weel, C. (2006). The use of routinely collected computer data for research in primary care: opportunities and challenges. *Family Practice* 2006; 23: 253–263.
- de Maeseneer, J. & Brouwer (1993). *ICPC in Flanders: results of a first field trial*. Teoksessa: Lamberts, H., Wood, M. & Hofmans-Okkes, I., eds. (1993). The International Classification of Primary Care in the European Community with a multi-language layer. New York: Oxford Medical Publications.
- Ebeling, T., Sane, T. & Viikari, J. (2001). Kohti toimivaa endokrinologista diagnoosiluokittelua. Suomen Endokrinologiyhdistyksen suositus ICD-10-diagnoosien käytöstä. *Suomen Lääkärilehti* 2001: 56(15–16); 1743–1747.
- Elonheimo, O. (1999). *Perusterveydenhuollon palvelujenkäyttömalli: Avoterveysspalvelujen kuvaaminen ja voimavarojen käytön ennustaminen*. Akateeminen väitöskirja. Kansanterveystieteen julkaisu M 163:1999. Helsingin yliopisto. Kansanterveystieteen laitos.
- Elonheimo, O. (2007). *Terveyskeskusten avopalveluiden tuotteistus*. STM:n hallinnonalan tuottavuusohjelmatyöryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:43–46. Helsinki: STM.
- Elson, R. & Connelly, P. (1995). Computerized patients records in primary care. *Archives of Family Medicine* 1995; 4: 698–705.
- Enabling Medication Management Through Health Information Technology (2011). Evidence Report/Technology Assessment. Number 201. Executive Summary 2011. Agency for Health care Research and Quality (AHRQ). Saatavissa: <http://www.ahrq.gov/clinic/epcsums/medmgmtsum.pdf> [19.11.2011]

- Erikoissairaanhoidon tuotteistuksen käsikirja. DRG:n kansallinen käyttöhanke 2008–2010. FCG.
- Eskola, N., Rissanen, P., Luoto, R., Mattelmäki, U., Mäklin, S., Ojala, S. & Raitanen, J. (2007). Terveyskeskuskäyntien syyt ja kirjaaminen. Lääkäri- ja hoitajavastaanottojen käynninsyyt Ylöjärven terveyskeskuksessa. Alkuperäistutkimus. *Yleislääkäri* 2007; 22 (8): 22–27.
- Falko, E. (2009a). Diagnoseregisterin med ICPC-2-DK. *Månedsskrift for Praktisk Lægegering* 2009: 87; 1276–1282. Saatavissa: http://www.dak-e.dk/files/90/200911_dak_e_artikler_diagnoseregistrering_med_icpc_2_dk_maanedsskrift_2_3_9463_5_.pdf [3.1.2012]
- Falko, E. (2009b). Oversigt i den elektroniske patientjournal for almen praksis med ICPC-2-DK. *Månedsskrift for Praktisk Lægegering* 2009: 87; 1403–1416. Saatavissa: http://dak-e.dk/files/90/200912_dak_e_artikler_oversigt_i_epj_for_ap_med_icpc_2_dk_maanedsskrift_3_3_9168_5_.pdf [3.1.2012]
- Farzandipour, M., Sheiktari, A. & Sadoughi, F. (2010). Effective factors on accuracy of principal diagnosis coding based on International Classification of Diseases, the 10th revision (ICD-10). *International Journal of Information Management* 2010: 30; 78–84.
- Forström, J., Saukkonen, S-M. & Tuomola, P. (2010). *AvoHILMO Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2011*. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet. 3/2011. THL.
- Garg, A., Adhikari, N., McDonalds, H., Rosas-Arellano, M., Devereaux, P., Beyene, J., Sam, J. & Haynes, R. (2005). Effects of Computerized Clinical Decision Support Systems on Practitioner Performance and Patient Outcomes. A Systematic Review. *Journal of American Medical Association* 2005: 293(10); 1223–1238.
- Gissler, M. & Haukka, J. (2004). Finnish health and social welfare registers in epidemiological research. *Norsk Epidemiologi* 2004; 14(1): 113–120.

- Giuse, D. & Kuhn, K. (2003). Health information systems challenges: the Heidelberg conference and the future. *International Journal of Medical Informatics* 2003; 69:105–114.
- Hagman, E. (1981). Avohoidon sairauspanoraama. *Suomen Lääkärilehti* 1981: 36(10); 735–739.
- Haimakainen, H., Vehviläinen, A. & Kumpusalo, E. (2011). Perusterveydenhuollon johtamista ja terveyskeskuslääkärien oman työn hallintaa on parannettava. *Suomen Lääkärilehti* 2011: 66(34); 2423–2429.
- Harno, K. & Alkula, R. (2008). Terveystenhuollon kansallinen arkistopalvelu. Valtakunnalliset tietojärjestelmäpalvelut terveydenhuoltoon. *Duodecim* 2008; 124:742–50.
- Harno, K., Paavola, T., Carlson, C. & Viikinkoski, P. (2000). Patient referral by telemedicine: effectiveness and cost analysis of an intranet system. *Journal of Telemedicine and Telecare* 2000; 6(6); pp. 320–329.
- Harno, K., Tolppanen, E-M., Ranta, S. & Suominen, L. (2010.) Diabetesrekisteri. alueellisen hoidonhallintajärjestelmänä. *Suomen Lääkärilehti* 2010: 65(26–31); 2393–2398.
- Haux, R. (2006). Health information systems – past, present, future. *International Journal of Medical Informatics* 2006; 75: 268–281.
- Henkilötietolaki (523/1999). Saatavissa: <http://finlex.fi> [19.11.2011]
- Himmelstein, D., Wright, A & Woolhandler, M. (2009) Hospital computing and the costs and quality of care: A national study. *The American Journal of Medicine* 2009: 123(1); 40–46.
- Hing, E. & Hsiao, C. (2007). Electronic medical record use by office-based physicians and their practices: United States 2007. *National Health Statistics Report* 2010: 31(23);1–11.
- Hippisley-Cox, J., Pringle, M., Cater, R., Wynn, A., Hammersley, V., Coupland, C, Hapgood, R., Horsfield, P., Teasdale, S. & Johnson, C. (2003). The electronic patient record in primary care – regression or progression? A cross sectional study. *British Medical Journal* 2003: 326; 1439–1443.

- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (1998). *Tutki ja kirjoita*. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.
- Hlupic, V., Pouloudi, A. & Rzevski, G. (2002). Towards an integrated approach to knowledge management: 'Hard', 'soft' and 'abstract' issues. *Knowledge and Process Management* 2002; 9(2): 90–102.
- Ho, L., McGhee, S., Hedley, A. & Leong, J. (1999). The application of a computerized problem-oriented medical record system and its impact on patient care. *International Journal of Medical Informatics* 1999: 55(1); 47–59.
- Hoffmans – Okkes, I. (1993) An international study into the concept and validity of the 'reason for encounter'. Teoksessa: Lamberts, H., Wood, M. & Hofmans-Okkes, I., eds. (1993). *The International Classification of Primary Care in the European Community with a multi-language layer*. New York: Oxford Medical Publications.
- Hoffmans-Okkes, I., Lamberts, H. & Wood, M. (1993). ICPC in the European Community: conclusions and recommendations. Teoksessa: Lamberts, H., Wood, M. & Hofmans-Okkes, I., eds. (1993). *The International Classification of Primary Care in the European Community with a multi-language layer*. New York: Oxford Medical Publications.
- Hoffmans-Okkes, I. & Lamberts, H. (1996). The International Classification of Primary Care (ICPC): new applications in research and computer-based patient records in family practice. *Family Practice* 1996: 13(3); 294–302.
- Huotari, M-L. & Savolainen, R. (2003). Tietohallintoa vai tietojohdantamista? Tutkimusalan identiteettiä etsimässä. *Informaatiotutkimus* 2003: 22(1); 15–24.
- Huovila, M. & Häyrinen, K. (2008). Sähköisen potilaskertomuksen ydintietojen käyttö ja hyödyntäminen lääkäreiden läheteissä. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 2009:1(1); 33–40.
- Häkkinen, U. (1992). *Terveyspalvelujen käyttö, terveydentila ja sosioekonominen tase-arvo Suomessa*. Sosiaali- ja terveyshallitus. Tutkimuksia 20. VAPK-kustannus. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

- Häyrinen, K. (2011). Kliininen tieto hoitoprosessissa. Tarkoituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittäminen. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Kuopio. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0535-2/urn_isbn_978-952-61-0535-2.pdf [4.3.2012]
- Häyrinen, K., Saranto, K. & Nykänen, P. (2008). Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: A review of the research literature. *International Journal of Medical Informatics* 2008; 77:291–304.
- Häyrinen, K. & Saranto, K. (2009). Tiedon laatu sähköisessä potilaskertomuksessa – kirjallisuuskatsaus. Teoksessa: Ruotsalainen, P., toim. (2009). *Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojenkäsittelyn tutkimuspäivät. Tutkimuspaperit 2009*. Avauksia 12/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hyrynkangas –Järvenpää, P. (2000). *Lääkärin puhelinneuvonta*. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 733. Oulu: Oulun yliopistopaino.
- ICPC-2:n käyttötavat [ei julkaisuvuotta]. Kuntaliitto. Saatavissa: <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/nimikkeistot-luokitukset/ICPC-2/kayttotavat/Sivut/default.aspx> [19.12.2011]
- ICPC-2 Plus: The BEACH Coding System. Family Medicine Research Center. University of Sydney. (2011). <http://sydney.edu.au/medicine/fmrc/icpc-2-plus/index.php> [3.12.2012]
- ICPC-sanasto (2010). Kuntaliitto. Saatavissa: http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/nimikkeistot-luokitukset/ICPC-2/Documents/7.%20ICPC2sanasto_2010.pdf [19.12.2011]
- International Classification of Primary Care ICPC-2-R. Revised Second Edition*. (2005). WONCA International Classification Committee. Oxford University Press.
- Jaatinen, P., Karra, E., Lemmetty, K. & Kuurila, E. (2003). Käyttävätkö kaupunkikeskuksen ja ympäristökuntien asukkaat eri tavalla yhteistä terveyskeskuspäivystystä? *Suomen Lääkärilehti* 2003; 58(7): 813–816.

- Jaatinen, P. & Kuurila, E. (2003). Tarvitaanko omalääkärijärjestelmässä yöpäivystystä terveyskeskuksessa? Alkuperäistutkimus. *Suomen Lääkärilehti* 2003; 58(2); 149–153.
- Jakob, R., Üstün, B., Madden, R. & Sykes, C. (2007). The WHO Family of International Classifications. *Bundesgesundheitsblatt* 2007; 7: 924–931.
- Jamoulle, M. (1993). Practical experiences with ICPC in Belgium. Teoksessa: Lamberts, H., Wood, M. & Hofmans-Okkes, I., eds. (1993). *The International Classification of Primary Care in the European Community with a multi-language layer*. New York: Oxford Medical Publications.
- Johansen, M., Scholl, J., Hasvold, P., Ellingsen, G. & Bellika, J. (2008). "Garbage in, garbage out" – Extracting Disease Surveillance Data from EPR Systems in Primary Care. ACM conference on Computer supported cooperative work 2008. ACM Digital Library Proceedings of the 2008; 525–534. <http://portal.acm.org/citation.cfm?id=1460563&picked=prox&CFID=17824300&CFTOKEN=53079892> [25.4.2011]
- Jordan, K., Porcheret, M. & Croft, P. (2004). Quality of morbidity coding in general practice computerized medical records: a systematic review. *Family Practice* 2004; 21: 396–412.
- Jussila, M., Sintonen, H., Koivula, I. & Lumio, J. (2005). Hengitystieinfektioiden hoito terveyskeskuksessa – potilaan, lääkärin ja yhteiskunnan näkökulma. *Suomen Lääkärilehti* 2005; 60(23); 2577 – 2582.
- Jylhä, V. & Kinnunen, U-M. (2008). *Terveystieteiden sähköiset tietokannat – tiedon hyödyntäminen tutkimustyössä ja johtamisessa*. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikan ja tiedonhallinnan tutkimuspäivät. Stakes Työpapereita 19/2008.
- Jyväskylä, S., Keinänen - Kiukaanniemi, S., Väisänen, E., Larivaara, P. & Kivelä, S-L. (1998). Frequent attenders in Finnish health centre: morbidity and reasons for encounter. Original paper. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1998; 16: 141–148.

Kaarakainen, M., Niiranen, V. & Kinnunen, J., toim. (2010). *Rakenteet muuttuvat – mihin suuntaan? Sosiaali- ja terveystalvet Paras-hankkeessa. Lähtötilanteen kartoitus*. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 6. Acta nro 219. Itä-Suomen yliopisto. Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Kuntatalon paino.

Kadam, U., Schellevis, F., Lewis, M., van der Windt, D., de Vet, H., Bouter, L. & Croft, P. (2009). Does age modify the relationship between morbidity severity and physical health in English and Dutch Family Practice populations? *Quality of Life Research* 2009: 18; 209–220.

Kajantie, M., Manderbacka, K., McCallum, A., Notkola, I-L., Aarffman, M., Forssas, E., Karvonen, S., Kortteinen, M., Leyland, A. & Keskimäki, I. (2006) *How to carry out register-based health services research in Finland? Compling complex study data in the REDD project*. Stakes Discussion Papers 1/2006. Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Kannisto-Maunula, K., Kuosmanen, P., Kuusilinna, P. & Vekara, L. (2007). *Tiimityön kehittäminen lääkäriasemilla*. Vastaanottotyön kehittämisprojekti 2005–2006 loppuraportti. Hyvinvointipalvelujen julkaisuja 5/2007. Tampere.

KanTa (2010). KELA. <https://www.kanta.fi/fi> (11.11.2011)

Kansallinen Terveysarkisto, Nationella hälso och sjukvårdsarkivet, KanTa. (2008) Kanta yleisesite. KELA. STM. Saatavissa: https://www.kanta.fi/c/document_library/get_file?uuid=43e97d1a-cbcb-457f-9f0b-bb16149f6726&groupId=10206 [1.11.2010].

Kansallisen sähköisen arkiston käyttöönotto siirtyy kolmella vuodella (2010). *Perusturva* 2010: 3;20–21. Kuntaliitto.

Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt. Opas ydintietojen, otsikoiden ja näkymien sekä erikoisala ja toimintokohtaisten rakenteisten tietojen toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Versio 3.0. (Ei julkaisuvuotta).

- Kerppilä, S: & Aro, S. (1988). Hoidon seuranta (ICPC). Teoksessa: Vohlonen, I., toim. (1988). *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen omalääkärikokeilu. Tutkimuksen aineisto, tulokset ja johtopäätökset*. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 50. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Kansanterveyslaitos.
- Keskimäki, I., Salinto, M. & Koskinen, S. (1997). Viranomaisrekisterit terveyden ja terveystieteiden käytön tutkimusaineistona. *Suomen Lääkärilehti* 1997:52(6); 585–
- Kipupoliklinikan diagnoosiluettelo. Stakes Tautiluokitus ICD-10 1999, 2. painos. Suomen kivuntutkimusyhdistyksen ICD-10 luettelo (2000). [http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/system/files/files/Diagnoosiluettelo\(1\).pdf](http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/system/files/files/Diagnoosiluettelo(1).pdf) [1.11.2011]
- Kivinen, T. (2008). *Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 158. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Kuopio: Kopijyvä.
- Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997. Primärvård. Version KSH97-P. (1996). Socialstyrelsen.
- Klemola, L., Ketola., E., Virtanen. M. & Vohlonen, I. (2009) PETTU-hanke auditoi terveystieteidenkeskustaläkärien työtä tuotteistusta varten. *Suomen Lääkärilehti* 2009: 64(44); 3765–3769.
- Klemola, L., Ketola., E., Virtanen. M. & Vohlonen, I. (2010). Diagnoosien kirjaamisessa puutteita perusterveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti* 2010: 65(18); 1631–1635.
- Kokko, S. (1988). *Tauti ja sairaus. Työikäiset terveystieteidenkeskustaläkärien vastaanotolla*. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Kuopio. 1988.
- Komulainen, J. & Mäkelä, M. (2010). Diagnoosien kirjaaminen potilaskertomukseen on hyvän toiminnan perusta. *Duodecim* 2010: 126; 985–986.
- Komulainen, J., toim. (2012). *Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja*. Opas 17. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.

- Komulainen, J., Kunnamo, I., Nyberg, P., Kaila, M., Mäntyranta, T. & Korhonen, M. (2006). Developing an Evidence Based Medicine Decision Support System Integrated with EPRs Utilizing Standard Data Elements. Proceedings of the workshop A I Techniques in Healthcare: Evidence-based Guidelines and Protocols. <http://www.openclinical.org/docs/ext/conferences/cgp2006/papers/Komulainen.pdf> [24.4.2011]
- Komulainen, J. & Savolainen, T. (2012) *ICPC-2*. Teoksessa: Komulainen, J., toim. (2012). Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja. Opas 17. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Komulainen, J., Vuokko, R. & Mäkelä, M. (2011). *Terveys- ja hyvinvointisuunnitelma*. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet. 7/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/890688ae-578c-4ab0-aada-1d16c3a7f79f>
- Kortteisto, T., Mäntyranta, T., Komulainen, J. & Kaila, M. (2008). Lääkäreillä vielä paljon sanottavaa sähköisistä potilaskertomusjärjestelmistä. *Suomen Lääkärilehti* 2008; 63(14): 1297–1301.
- Kubias, D. (2011). *Health and clinical management – From the pen and paper to the digital era. Adapting the healthcare environment to take full advantage of information and communication technology*. IMIA Yearbook of Medical Informatics 2011:48–50.
- Kuhn, K. & Giuse, D. (2001). From hospital information systems to health information systems. Problems, challenges, perspectives. *Methods of Information in Medicine* 2001; 40(4):275–87.
- Kunnat.net. Kuntaliitto. <http://www.kunnat.net/fi/kuntaliitto/Sivut/default.aspx> [14.2.2012]
- KunTo-toimisto mukana KanTa-palveluiden käyttöönotossa (2011). Kuntaliitto. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/tietojarj-sahkoiset-palv/Kunto/Sivut/default.aspx> [19.11.2011]
- Kvist, M. & Savolainen, T., toim. (2010). *ICPC-2 Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus*. Helsinki: Kuntaliitto.

- Laihonen, H. (2009). *Terveysjärjestelmän johtamisen tietovirrat*. Tampereen teknillinen yliopisto. Julkaisu 824.
- Laitinen, T., Schultz, J., Reissel, E., Palmu, P., Pirskanen, A., Salonoja, M., Kunnas, T., Tukiainen, P. & Lindqvist, A. (2007). Tietokoneella rakenteistettu sairauskertomus on arvokas tietolähde tutkimukseen ja hoidon laadun seurantaan. *Suomen Lääkärilehti* 2007; 62(48): 4551–4557.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä* 9.2.2007/159. Saatavissa: <http://www.edilex.fi/kela/fi/lainsaadanto/20070159/> [21.11.2009]
- Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999. Saatavissa: <http://finlex.fi> [19.11.2011]
- Lam, A. (1998). *Tacit knowledge, organizational learning and innovation: A societal perspective*. DRUID Working Paper No. 98–22. Danish Research Unit for Industrial Dynamics. http://www.druid.dk/wp/pdf_files/98-22.pdf [7.2.2011]
- Lamberts, H., Brouwer, H., Marinus, A. & Hofmans-Okkes, H. (1993). *The use of ICPC in the Transition Project. Episode-oriented epidemiology in general practice*. Teoksessa: Lamberts, H., Wood, M. & Hofmans-Okkes, I., eds. (1993). *The International Classification of Primary Care in the European Community with a multi-language layer*. Oxford Medical Publications. New York.
- Lamberts, H., Wood, M. & Hofmans-Okkes, I. (1993a). *International primary care classifications: the effect of fifteen years of evolution*. Teoksessa: Lamberts, H., Wood, M. & Hofmans-Okkes, I., eds. (1993). *The International Classification of Primary Care in the European Community with a multi-language layer*. Oxford Medical Publications. New York.
- Lamberts, H., Wood, M. & Hofmans-Okkes, I., eds. (1993b). *The International Classification of Primary Care in the European Community with a multi-language layer*. New York: Oxford Medical Publications.
- Linna, M. (2009). *Ehkäisevän terveydenhuollon osuus perusterveydenhuollon avotoiminnan potilasepisodeista ja kokonaisvoimavarojen käytöstä*. *Terveystaloustiede* 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Avauksia 4/2009.

- Lluch, M. (2011). Healthcare professionals' organizational barriers to health information technologies – A literature review. *International Journal of Medical Informatics* 2011: 80; 849–862.
- Los, R., van Ginneken, A., Roukema, J. & van der Lei, J. (2005). Why are structured data different? Relating differences in data representation to the rationale of OpenSDE. *Medical Informatics and the Internet in Medicine* 2005: 30(4); 267–277.
- Ludwick, D. & Doucette, J. (2009). Adopting electronic medical records in primary care: lessons learned from health information systems implementation experience in seven countries. *International Journal of Medical Informatics* 2009: 78(1); 22–31.
- Ludwick, D., Manca, J. & Doucette, J. (2010). Primary care physicians' experiences with electronic medical records. Implementation experience in community, urban, hospital, and academic family medicine. *Canadian Family Physician* 2010; 56:40–7.
- Luoto, R., Laine, R., Alha, P., Koskinen, S., Martelin, T., Reunanen, A., Virtala, E., Aromaa, A. & ym. (1999). Terveys ja hoidontarve Uudellamaalla 1996–2010. Loppuraportti Uudenmaan väestön hoidontarvetta arvioivan hankkeen (UHOTA-projekti) vaiheesta 1. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B 6 / 1999. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Luoto, R., Raitanen, J. & Hakama, M. (2003). TEHOTA-projekti. Loppuraportti. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 7/2003. Tampere: Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos.
- Luz, A., Saraiva, J. & Silva, F. (1993). *The new episodes study 1989–90*. Teoksessa: Lamberts, H., Wood, M. & Hofmans-Okkes, I., eds. (1993). *The International Classification of Primary Care in the European Community with a multi-language layer*. Oxford Medical Publications. New York.
- Lämsä, R., Larivaara, M., Heponiemi, T. & Elovainio, M. (2011). Terveyskeskuslääkäri kärsii tai nauttii työn hajanaisuudesta. *Suomen Lääkärilehti* 2011: 66(24); 2009–2013b.
- Maula, M. (2000). Three parallel knowledge processes. *Knowledge and Process Management* 2000 ; 7(1): 55–59.

- Miettola, J., Halinen, M., Lipponen, P., Hietakorpi, S., Kaukonen, M. & Kumpusalo, E. (2003a). Kuopion yhteispäivystystutkimus. Yleislääkäripäivystyksen toimivuus ja odotusajat kiireellisyysluokittain. *Suomen Lääkärilehti* 2003; 58(3); 305–308.
- Miettola, J., Halinen, M., Lipponen, P., Hietakorpi, S., Kaukonen, M. & Kumpusalo, E. (2003b). Kuopion yhteispäivystystutkimus. Onko yhteispäivystyksessä turhia käyntejä? *Suomen Lääkärilehti* 2003; 58 (5); 539–541.
- Miller, R. & Sim, I. (2004). Physicians' use of electronic medical records: Barriers and solutions. *Health Affairs* 2004; 23(2); 116–126.
- Menahemi, N., Powers, T. & Brooks, R. (2009). The role of information technology usage in physician practice satisfaction. *Health Care Management Review* 2009; 34(4); 364–371.
- Mäntyselkä, P. (1998). *Kipupotilas terveystieteessä*. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 165. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Mäntyselkä, P., Miettola, J., Halinen, M., Lipponen, P., Hietakorpi, S. & Kumpusalo, E. (2003). Kuopion yhteispäivystyksen yleislääkäripäivystyksen käyntisyys ja konsultaatiot. *Suomen Lääkärilehti* 2003; 58(4); 415–418.
- Nenonen, M. & Nylander, O. (2001). *Pohdintoja terveydenhuollon informaatiojärjestelmän teoreettisesta viitekehystästä*. Stakes Aiheita 29/2001. Helsinki: Stakes.
- Niinimäki, J. (1998). Lääketieteen tiedonhallinta. *Duodecim* 1998;114(17):1750.
- Njalsson, T., Sigurdsson, J. & McAuley, R. (1996). Health problems in family practice. *Scandinavian Journal of Family Practice* 1996; 14:4–12.
- Nurmi-Lüthje, I., Kristeri, K., Salmio, K., Harmoinen, M., Puhalainen, E. & Pelkonen, J. (2008). Tapaturmatilastointi terveystieteissä: tulokset ja kokemukset Kouvolan seudulta. *Suomen Lääkärilehti* 2008; 63 (17): 1630–1632.
- Nykänen, P. (2003). *Terveydenhuollon tietojenkäsittelystä*. Teoksessa: Nykänen, P., toim. (2003). *Terveydenhuollon tietojärjestelmät*. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Tampere: Tampereen yliopisto. <http://www.cs.uta.fi/reports/bsarja/B-2003-7.pdf> [26.4.2011].

- Nylander, O., Ståhle, P. & Nenonen, M. (2003). Informaatio-ohjauksesta tietointensiiviseen vuorovaikutukseen terveydenhuollon kehittämässä. *Yhteiskunta-politiikka* 2003; 68(1): 3–18.
- Nyman, J. Simoila, R. & Väistö, O. (2010). *Helsinkiäisten sairastavuus ja terveyskeskuksen järjestämien palvelujen käyttö vuonna 2008*. Helsingin kaupungin terveyskeskuksen raportteja. Helsingin kaupungin terveyskeskus.
- Ojala, M. (2003). *Toimintaedellytystieto ja sen hyödyntäminen. Käsitteet, termit, luokitukset ja tietämyksen hallinta*. Raportteja 272. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Okkes, I., Becker, H., Bernstein, B. & Lamberts, H. (2002). The March 2002 update of the electronic version of ICPC-2. A step forward to the use of ICD-10 as a nomenclature and a terminology for ICPC-2. *Family Practice* 2002; 19(5); 543–546.
- Okkes, I., Polderman, G., Yamada, T., Bujak, M., Oskam, S., Green, L. & Lamberts H. (2002). The role of family practice in different health care systems. A comparison of reasons for encounter, diagnoses, and interventions in primary care populations in the Netherlands, Japan, and the United States. *Journal of Family Practice* 2002; 51; 72–73.
- Opas sähköisen potilaskertomuksen rakenteesta*. Versio 1.20, 28.2.2006. (2006). Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Ovaskainen, P., Rautava, P., Ojanlatva, A., Päckilä, J. (2003). Analysis of primary health care utilisation in south-western Finland – a tool for management. *Health Policy* 2003; 66; 229–238.
- Ovaskainen, P. (2005). *Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käytön seuranta ja ennakointi kuntanäkökulmasta*. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C – osa 227. Turun yliopisto. Kansanterveystiede.
- Paronen, O., Luoto, R. & Vuori, I. (2009). *Tamperealaisen aikuisväestön terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Tampereen terveys- ja sosiaalikeskustuksen 2008 tuloksia*. Tampereen kaupungin Tietotuotannon ja laadunarvioinnin julkaisusarja C6/2009. Tampereen kaupunki.

- Pelanteri, S. (2010.) *Terveyskeskusten perusterveydenhuollon vuodeosastohoito 2009*. Tilastoraportti 33/2010. Suomen virallinen tilasto, Terveys 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- PETTU Perusterveydenhuollon tuotteistuksen standardointihanke (2010). PETTU-hankkeen kotisivu. <http://www.pettu.fi/pettu/> [19.12.2011]
- Peltonen, E. (2009). *Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Vertaileva tutkimus*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 168.
- Powsner, S., Wyatt, J. & Wright, P. (1998). Opportunities for and challenges of computerization. *Lancet* 1998; 352: 1617–1622.
- Puhakka, M., Rynänen, O-P., Palomäki, P., Anttonen, V., Jukola, R. & Takala, J. (2003a). Sairaalaan lähettämisen aiheet ja perusteet. *Suomen Lääkärilehti* 2003: 58(23); 2562–2566.
- Puhakka, M., Rynänen, O-P., Palomäki, P., Anttonen, V., Jukola, R. & Takala, J. (2003b). Terveyskeskuksesta kirjoitettujen läheteiden tarpeellisuus. *Suomen Lääkärilehti* 2003: 58(23); 2556 –2561.
- Puolijoki, H. (2000). Terveyskeskusten yöpäivystyksen järjestäminen Seinäjoen keskussairaalassa vuosina 1993 – 2000. *Suomen Lääkärilehti* 2000: 55(41); 4177–4182.
- Pärnänen, H., Kumpusalo, E. & Takala, J. (2000). Primary health care ICD – a tool for general practice research. *International Journal of Health Planning and Management* 2000; 15:133–148.
- Pärnänen, H., Mäntyselkä, P., Kumpusalo, E. & Takala, J. (2001). Terveyskeskuslääkärissäkäyntien syyt Suomessa. *Suomen Lääkärilehti* 2001: 56(35); 3483–3487.
- Qadri, H., Hartman & Nieminen, M. (2008). Puutteet sydäninfarktin kirjaamisikäytännöissä heikentävät rekisteritietojen luotettavuutta. *Suomen Lääkärilehti* 2008: 63(37); 2989–2996.
- Rauhala, A. & Linna, M. (2007a). Kliinisten luokitusten peruskunnostusta ei voi enää siirtää. *Suomen Lääkärilehti* 2007: 62(33); 2833.

- Rauhala, A & Linna, M. (2007b). Diagnoosien kirjaaminen erikoissairaanhoidossa – kuvaavatko tilastot hoito- vai kirjauskäytäntöjä ? *Suomen Lääkärilehti* 2007; 62: 2783–90.
- Rautakorpi, U-M. (2008.) *Common infections in the Finnish primary care*. Academic dissertation. Acta Universitatis Tamperensis 1137. Tampere: Tampereen yliopistollinen kirjapaino Oy – Juvenes Print.
- Rekisteritutkimus (2011). Rekisteritutkimuskeskus, ReTki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://retki.stakes.fi/FI/rekisteritutkimus/index.htm> [11.12.2011]
- Rosenbloom, T., Miller, R., Johnson, K., Elkin, P. & Brown, S. (2006). Interface terminologies: Facilitating direct entry of clinical data into electronic health record systems. *Journal of the American Medical Informatics Association* 2006;13(3):277–288.
- Rosendahl, M. & Falko, E. (2009). Diagnoseklassifikation i Danmark med fokus på almen praksis. *Ugeskrift för læger* 2009; 12; 997–1000.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. (2006). KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja], <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus> [11.12.2011].
- Saarelma, O. & Kunnamo, I. (1996). Avohoidon päivystys on terveydenhuollon näyteikkuna. *Duodecim* 1996; 112(6): 451–455.
- Savolainen, T., toim. (2008). *Tietopohja yhtenäiseksi Pirkanmaalla. Käyntisyiden kirjaaminen perusterveydenhuollossa*. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 13/2008. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Smedby, B. & Schiøler, G. (2006). *Health classifications in the Nordic countries. Historic development in a national and international perspective 2006*. NOMESCO Nordic Medico Statistical Committee 76:2006.
- Smelcer, J., Miller-Jacobs, H. & Kantrovich, L. (2009). Usability of electronic medical records. *Journal of Usability Studies*. 2009; 4(2): 70–84.

- Soler, J-K., Okkes, I., Oskam, S., van Boven, K., Zivotic, P., Jevtic, M., Dobbs, F. & Lamberts, H. (2012a) An international comparative family medicine study of the Transition Project data from the Netherlands, Malta and Serbia. Is family medicine an international discipline? Comparing incidence and prevalence rates of reason for encounter and diagnostic titles of episodes of care across populations. *Family Practice Advance Access* 2011: (0)1–16. [Published February 3, 2012]
- Soler, J-K., Okkes, I., Oskam, S., van Boven, K., Zivotic, P., Jevtic, M., Dobbs, F. & Lamberts, H. (2012b) An international comparative family medicine study of the Transition Project data from the Netherlands, Malta and Serbia. Is family medicine an international discipline? Comparing diagnostic odds ratios across populations. *Family Practice Advance Access* 2011; (0) 1–16. [Published February 3, 2012]
- Soler, J-K. & Marnoch, G. (2008). Knowledge management. *Maltese Family Doctor* 2008: 17(1); 28–34.
- Soler, J-K., Okkes, I., Wood, M. & Lamberts, H. (2008). The coming of age of ICPC: celebrating the 21st birthday of the International Classification of Primary Care. *Family Practice* 2008; 25(4): 312–317.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005 työryhmän raportti.* (2003). Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:37. Helsinki: STM.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009). <http://www.finlex.fi> (19.11.2011)
- Sosiaali- ja terveydenhuollon operatiivinen yksikkö. Toimintasuunnitelma vuodelle 2011. v.1.0. (2011). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/e13f7c69-9f64-4487-8a68-81e7157dae61> (19.11.2011)
- Sotkanet. (2010). Tilasto- ja indikaattoripankkin Sotkanet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>

- Stausberg, J., Koch, D. & Betzler, M. (2003). Comparing paper-based with electronic patient records: Lessons learned during a study on diagnosis and procedure codes. *Journal of American Informatics Association* 2003: 10(5); 470–477.
- Stroetman, K., Artmann, J., Stroetmaan, V., Protti, D., Dumortier, J., Giest, S., Walossek, U., & Whitehouse, D. (2011). *European countries on their journey towards national eHealth infrastructures*. eHealth Strategies Report. European Commission. Information Society.
http://ehealth-strategies.eu/report/eHealth_Strategies_Final_Report_Web.pdf
[18.11.2011]
- STM määräyskokoelma 1995:81.
- Sund, R. (2006). *Rekisteritietoihin perustuvasta terveydenhuoltojärjestelmän vaikuttavuuden arvioinnista*. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikan ja tiedonhallinnan tutkimuspäivät. Stakes. Työpapereita 18/2006.
- Sund, R. (2007). Utilization of routinely collected administrative data in monitoring the incidence of aging dependent hip fracture. *Epidemiologic Perspectives & Innovations* 2007, 4:2.
- Surján, G. (1999). Review. Questions on validity of International Classification of Diseases-coded diagnoses. *International Journal of Medical Informatics* 1999: 54; 77–95.
- Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen määrittely ja toimeenpano*. (2003). Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:38. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: STM.
- Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien toteuttamista ohjaavan työryhmän loppuraportti*. (2004). Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:18. Helsinki: STM.
- Söderlund, K. & Pakkala, L. (2003). Ammattitautiepäily avoterveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti* 2003; 58 (10): 1191–1197.
- Takala, P., Klaukka, T. & Rahkonen, O. (2002). Lasten lääkäripalvelujen käyttö. Alkuperäistutkimus. *Suomen Lääkärilehti* 2002; 57 (42): 4199–4204.

- Tautiluokitus ICD-10. Suomalainen laitos. (2011). Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/15c30d65-2b96-41d7-aca8-1a05aa8a0a19> [4.3.2012]
- Terry, A., Chevandra, V., Thind, A., Stewart, M., Marshall, N. & Cejic, S. (2010). Using your electronic medical record for research: a primer for avoiding pitfalls. *Family Practice* 2010: 27; 121–126.
- Terveydenhuollon valtakunnallisen tietojärjestelmäarkkitehtuurin perusteet. Alueellisista ratkaisuksista kansalliseen kokonaisuuteen.* (2006). Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:8. Helsinki: STM.
- Terveydenhuoltolaki (1010/1326). <http://www.finlex.fi> [19.11.2011]
- Terveydenhuoltolaki – pykälistä toiminnaksi 2011.* Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Sosiaali- ja terveysministeriö. Juvenes Print. Tampere.
- Thiru, K., Hassey, A. & Sullivan, F. (2003). Systematic review of scope and quality of electronic patient record data in primary care. *British Medical Journal* 2003: 326; 1070–1074.
- Tiehallinto. <http://alk.tiehallinto.fi/www2/valimatkat/index.htm> [4.3.2012]
- Tilastokeskus. <http://www.stat.fi/> [4.3.2012]
- Tilastot ja rekisterit (2012). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot;jsessionid=4F22977F6C317497464AF01521B4195E [4.3.2012]
- Timonen, O. (2004). *Lääkärin etävastaanotto perusterveydenhuollossa. Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus videoneuvottelulaitteiston avulla toteutetusta etävastaanottokokeilusta.* Oulun yliopisto. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos.
- Tolppanen, E-M. (2007). Kliinisten luokitusten peruskunnostusta ei voi enää siirtää. *Suomen Lääkärilehti* 2007: 63(33); 2833.
- Torppa, M., Kokkonen, A., Raumavirta-Koivisto, S., Iivanainen, A. & Pitkälä, K. (2009). Päivystyspotilaiden hoitoon ohjautuminen ja hoidon tarkoituksenmukaisuus terveysasemalla päiväsaikaan. *Suomen Lääkärilehti* 2009: 64(17); 1583–1588.

- Treweek, S. (2003). The potential of electronic medical record systems to support quality improvement work and research in Norwegian general practice. *BMC Health Services Research* 2003: 3(1); 10 sivua.
- Treweek, S. & Flottorp, S. (2003). Using medical records to evaluate healthcare interventions. *Health Informatics Journal* 2001: 7; 96–102.
- Tuomola, P. (2011). *AvoHILMO. Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2012. Määrittelyt ja ohjeistus*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet. 4/2011. THL.
- Uslu, A. & Stausberg, J. (2008). Value of the electronic patient record: An analysis of the literature. *Journal of Biomedical Informatics* 2008: 14; 675–682.
- Vainiola, T. & Vainikka, S. (2011). *Perusterveydenhuollon avohoitokäynnit terveyskeskuksissa 2010*. Tilastoraportti 30/2011. Suomen virallinen tilasto. Terveys 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Vainiomäki, S., Kuusela, M., Vainiomäki, P. & Rautava, P. (2008). The quality of electronic patient records in Finnish primary health care needs to be improved. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2008: 26(2); 117–122.
- van Doorslaer, E., Koolman, X. & Jones, A. (2004). Explaining income-related inequalities in doctor utilization in Europe. *Health Economics* 2004: 13; 629–647.
- van Ginneken, A. (2002). The computerized patient record: balancing effort and benefit. *International Journal of Medical Informatics* 2002; 65: 97–119.
- Varonen, H., Kaila, M., Kunnamo, I., Komulainen, J. & Mäntyranta, T. (2006). Tietokoneavusteisen päätöksentuen avulla kohti neuvovaa potilaskertomusta. *Duodecim* 2006; 122: 1174–81.
- Vaula, E., & Kantanen, J. (2008). Ensiavusta päivystysklinikaksi. Päivystyspalvelut 2007 tuloksia. *Suomen Lääkärilehti* 2008: 63(20); 1856–1858.
- Vehviläinen, A., Kumpusalo, E. & Takala, J. (1998). Saturday night fever? Reasons for referral from health centres to hospitals during weekends in Finland. *Family Practice* 1998; 15(6); 507–512.

- Vehviläinen, A., Kumpusalo, E. & Takala, J. (1997). Reasons for referral from general practice in Finland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1997; 15: 43–47.
- Vehviläinen, A., Kumpusalo, E. & Takala, J. (1999). Drinking problems load health centre hospitals in Finland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1999; 2: 143–147.
- Vehviläinen, A. & Takala, J. (1996). Where have all the back pains gone ? Changes in the reasons for requiring out-of-hours medical care from centralized primary care centre after changing to a list system. *Family Practice* 1996; 13(4): 373–376.
- Vehviläinen, A., Takala, J., Keinänen – Kiukaanniemi, S., Posti, S., Viinikainen, H. & Kumpusalo, E. (2005). Terveyskeskuksen päivystysajan lääkärisäkäynnit ja läheteet erikoissairaanhoidon. *Suomen Lääkärilehti* 2005; 60(16); 1821–1825.
- Verbeke, M., Schranz, D., Deroose, S. & de Maeseneer, J. (2006). The International Classification of Primary Care (ICPC-2): an essential tool in the EPR of GP. *Studies in Health Technology and Informatics* 2006:124: 809–814.
- Vikström, A. (2011). *Terminology systems for health problems and procedures in primary care*. Karolinska Institutet. Department of Neurobiology, Care Sciences and Society. Stockholm.
- Virkkunen, H, Porrasmaa, J. & Suhonen, J. (2011). *Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely*. Vaiheistusasetusta ja julkaisun virallista hyväksymistä odottava luonnosversio. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 8/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
https://www.kanta.fi/c/document_library/get_file?uuid=95600323-ee30-4120-bef9-6a84da22c884&groupId=10206 (19.11.2011)
- Vuori, I., Miilunpalo, S., Urponen, H. & Oja, P. (1983) Avoterveydenhuollon lääkärisäkäynnit kolmessa Kainuun kunnassa. *Suomen Lääkärilehti* 1983; 38 (17): 1579–1589.
- Vuori, J. (2005). Terveys ja hallinnon käsitteet. Teoksessa, Vuori, J. (toim.): *Terveys ja johtaminen. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti*. WSOY.

- Vuorio, S. & Saukkonen, S-M. (2009). Perusterveydenhuollon avohoitokäynnit terveyskeskuksissa 2000–2008. THL Tilastoraportti 18/2009. Suomen virallinen tilasto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr18_09.pdf
- Winblad, I., Reponen, J., Hämäläinen, P. & Kangas, M. (2008). *Informaatio- ja kommunikaatioteknologian käyttö Suomen terveydenhuollossa vuonna 2007. Tilanne ja kehityksen suunta*. Stakes, Raportteja 37/2008. Helsinki: Valopaino Oy.
- Winblad, I., Hyppönen, H., Vänskä, J., Reponen, J., Viitanen, J., Elovainio, M. & Lääveri, T. (2010). Potilastietojärjestelmät tuotemerkittäin on arvioitu. Kaikissa on kehitettävää. *Suomen Lääkärilehti* 2010: 65(50–52); 4185–4194.
- Winell, K. (1981). Päivystyspotilaat terveyskeskuksessa. *Suomen Lääkärilehti* 1981: 30; 2432–2434.
- Winkler, V., Ott, J. & Becher, H. (2010). Realibility of coding causes of death with ICD-10 in Germany. *International Journal of Public Health* 2010: 55; 43–48.
- Winthereik, B., van der Ploeg, I. & Berg, M. (2007). The electronic patient record as a meaningful audit tool: Accountability and autonomy in general practitioner work. *Science, Technology and Human Values* 2007: 32(1); 6–25.
- Wockenfuss, R., Frese, T., Herrmann, K., Claussnitzer, M. & Sandholzer, H. (2009). Three- and four-digit ICD-10 is not a reliable classification system in primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2009; 27:131–136.
- Wood, M., Lamberts, H., Meijer, J. & Hofmans-Okkes I. (1992). The conversion between ICPC and ICD-10. Requirements for a family classification systems in the next decade. *Family Practice* 1992: 9(3); 340–348.
- Wyatt, J. (2001). Management of explicit and tacit knowledge. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2001: 94; 6–8.
- Wyatt, J. & Sullivan, F. (2005). ABC of health informatics. What is health information? *British Medical Journal* 2005; 331(10): 566–568.
- Yleislääkärin diagnoosikooste [ei julkaisuvuotta]. Medi-Tint Oy. Helsinki.

LIITTEET

Liite 1 / Käyntisyyluokat (ICPC) samaan ongelmatiikkaan liittyvinä ryhminä

Käyntisyryryhmä-/rypäs	Koodi	Selite
Terveiden edistämiseen liittyvät käynnit	A97	Ei sairautta
	A98	Ennaltaehkäisevä terveydenhuolto
Lasten ja nuorten kasvuun / kehitykseen liittyvät käynnit	A16	Ärtynyt vauva
	A93	Ennen aikaisesti syntynyt lapsi
	P11	Lapsen syömisongelma
	P12	Yökastelu
	P13	Tuhriminen
	P21	Lapsen käyttösore/-vaiva
	P22	Nuoren käyttösore/-vaiva
	P24	Eriytynyt oppimishäiriö
	P86	Laihuus-/ahmimishäiriö
	T04	Vauvan/lapsen ruokintaongelma
T10	Kasvun viivästyminen	
Atopioihin ja allergioihin liittyvät käynnit	A92	Allergia / allerginen reaktio NUD
	F71	Allerginen sidekalvontulehdus
	R97	Allerginen nuha
	S87	Allerginen ihottuma/ekseema
	S88	Allerginen ihottuma / kosketusihottuma
Korvakäpuihin liittyvät käynnit	F02	Punainen silmä
	F70	Tarttuva sidekalvontulehdus/konjunktiviteetti
	F72	Luomitulehdus
	F73	Muu silmätulehdus
	H01	Korvan kipu/särky
	H04	Erite korvasta
	H27	Korvataudin pelko
	H70	Korvakäytäväntulehdus
	H71	Akuutti välikorvatulehdus tai tärykalvotulehdus
	H72	Liimakorva / seroosi välikorvatulehdus
Banaaleihin hengityselininfektioihin liittyvät käynnit	R05	Yskä
	R09	Sivuontelon oire/vaiva
	R21	Kurkun/nielun oire/vaiva
	R72	Streptokokkitonsilliitti
	R74	Ylähengitysteiden akuutti tulehdus
	R75	Nenän sivuontelotulehdus akuutti/krooninen
	R76	Akuutti nielurisatulehdus
	R78	Akuutti keuhkoputken tulehdus / bronkiitti
Tavanomaisiin ruuansulatuselimistön ongelmiin liittyvät käynnit	D01	Yleiset vatsakivut
	D02	Ylävatsakipu
	D09	Pahoinvointi
	D10	Oksentelu
	D11	Ripuli
	D70	Ruuansulatuskanavan infektio
	D73	Maha-suolitulehdus, tarttuvaksi oletettu

Käyntisyryryhmä-/rypäs	Koodi	Selite	... jatkoa...
Verenpaineeseen liittyvät käynnit	K85	Kohonnut verenpaine	
	K86	Komplisoitunut verenpainetauti	
	K87	Verenpainetauti, komplisoitunut	
Diabetekseen ja ylipainoisuuteen liittyvät käynnit	T82	Lihavuus	
	T83	Ylipaino	
	T89	Nuoruustyyppin diabetes	
	T90	Aikuistyyppin diabetes	
	T93	Rasva-aineenvaihdunnan häiriö	
Vereen, imm.järjestelmään ja umpieritykseen liittyvät käynnit	B73	Leukemia	
	B80	Raudanpuuteanemia	
	B81	Perniöösianemia/folaatinpuuteanemia	
	B82	Muu/määrittämätön anemia	
	B90	HIV/AIDS	
	T07	Painonnousu	
	T08	Painon lasku	
	T85	Kilpirauhasen liikatoiminta / tyreotoksikoosi	
	T86	Kilpirauhasen vajaatoiminta / myxoedema	
	T92	Kihti	
Pitkäaikaisiin hengityselinsairauksiin liittyvät käynnit	R02	Hengenahdistus/dyspnea	
	R81	Keuhkokuume	
	R95	Keuhkohtaumatauti	
	R96	Astma	
Pitkäaikaisiin sydän-/vk-elimistön ongelmiin liittyvät käynnit	K01	Sydänperäinen kipu	
	K02	Painon/puristuksen tunne sydänelässä	
	K04	Sydämentykytys / lyöntien tuntuminen	
	K07	Nilkkaturvotus	
	K74	Iskeeminen sydänsairaus ja rintakipu	
	K75	Akuutti sydäninfarkti	
	K76	Iskeeminen sydänsairaus ilman rintakipua	
	K77	Sydämen vajaatoiminta	
	K78	Eteisvärinä/eteislepatus	
Pitkäaikaisiin neurologisiin sairauksiin liittyvät käynnit	N07	Kouristelu/kouristuskohtaus	
	N18	Halvaus/heikkous	
	K89	TIA / ohimenevä aivoiskemia	
	K90	Aivohalvaus / aivoverenkierron häiriön aiheuttama vaurio	
	K91	Aivoverisuonten sairaus	
	N86	Multippeliskleroosi	
	N87	Parkinsonin tauti	
	N88	Epilepsia	
Päänsärkyyn ja huimaukseen liittyvät käynnit	N01	Päänsärky	
	N17	Huimaus/pyöritys	
	N89	Migreeni	
	N95	Jännityspäänsärky	
	H82	Huimausoireyhtymä	

Käyntisyryryhmä-/rypäs	Koodi	Selite	... jatkoa...
Niska- ja selkäongelmiin liittyvät käynnit	L01	Niskan oire/vaiva	
	L02	Selän oire/vaiva	
	L03	Alaselän oire/vaiva	
	L83	Kaularankaoireyhtymä	
	L84	Selkäsairaus ilman säteilykipua	
	L85	Selkärangan hankittu epämuotoisuus	
	L86	Selkäsairaus ja säteilykipu	
Yläraajojen ongelmiin liittyvät käynnit	L08	Olkapään oire/vaiva	
	L09	Käsivarren oire/vaiva	
	L10	Kyynärpään oire/vaiva	
	L11	Ranteen oire/vaiva	
	L12	Kämmenen/sormen oire/vaiva	
	L91	Nivelrikko, muu	
	L92	Olkapään oireyhtymä	
	L93	Tenniskyynärpää	
Alaraajojen ongelmiin liittyvät käynnit	L13	Lonkan oire/vaiva	
	L14	Säären/reiden oire/vaiva	
	L15	Polven oire/vaiva	
	L16	Nilkan oire/vaiva	
	L17	Jalkaterän oire/vaiva	
	L89	Lonkan nivelrikko	
	L90	Polven nivelrikko	
Nivelreumaan ja osteoporoosiin liittyvät käynnit	L88	Reumaattinen / seropositiivinen niveltulehdus	
	L95	Luukato	
Ahdistuneisuuteen ja masentuneisuuteen liittyvät käynnit	P01	Ahdistuneisuuden/hermostuneisuuden/jännittyneisyyden tunne	
	P02	Akuutti stressireaktio	
	P03	Masennuksen tunne	
	P06	Unihäiriö	
	P74	Ahdistushäiriö/-tila	
	P76	Masennustila	
Psykoottisiin häiriöihin liittyvät käynnit	P72	Skitsofrenia	
	P73	Affektiivinen psykoosi	
	P75	Somatisaatiohäiriö	
Päihteiden käyttöön liittyvät käynnit	P15	Pitkäaikainen alkoholin väärinkäyttö	
	P16	Akuutti alkoholin väärinkäyttö	
	P18	Lääkkeen väärinkäyttö	
	P19	Huumeiden käyttö	
Ihon tulehduksiin, haavoihin ja palovammoihin liittyvät käynnit	S06	Paikallinen punoitus	
	S09	Tulehtunut sormi/varvas	
	S10	Paise	
	S11	Ihotulehdus vamman jälkeen	
	S14	Palovamma/vammat	
	S18	Repeämä/viilto	
	S76	Ihotulehdus, muu	
	S94	Sisäänkasvanut kynsi	
S97	Krooninen ihohaavauma		

Käyntisyryryhmä-/rypäs	Koodi	Selite	... jatkoa...
Murtumiin, nyrjähdysiin ja luksaatioihin liittyvät käynnit	L72	Radiuksen/ulnan murtuma	
	L73	Tibian/fibulan murtuma	
	L74	Käden/jalkaterän murtuma	
	L75	Reisiluun murtuma	
	L77	Nilkan nyrjähdys/venähdys	
	L78	Polven nyrjähdys/venähdys	
	L79	Määrittämätön nivelen nyrjähdys/venähdys	
	L80	Sijoiltaanmeno	
Laaja-alaisiin vammoihin ja hoidon komplikaatioihin liittyvät käynnit	A80	Vamma, määrittämätön	
	A81	Monivamma	
	A82	Vamman myöhäisseuraus	
	A85	Lääkkeen haittavaikutus	
	A87	Kirurgisen tai muun hoidon komplikaatio	
	N79	Aivotärähdys	
Pahanlaatuisiin kasvaimiin liittyvät käynnit	D74	Vatsalaukun pahanlaatuinen kasvain	
	D75	Paksusuolen/peräsuolen pahanlaatuinen kasvain	
	R84	Keuhkojen pahanlaatuinen kasvain	
	S77	Ihon pahanlaatuinen kasvain	
	X75	Kohdunkaulan pahanlaatuinen kasvain	
	X76	Naisen rinnan pahanlaatuinen kasvain	
	Y77	Eturauhasen pahanlaatuinen kasvain	
Perhesuunnitteluun ja raskauteen liittyvät käynnit	W11	Perhesuunnittelu/ehkäisytabletti	
	W12	Perhesuunnittelu/kierukka	
	W13	Perhesuunnittelu/sterilisaatio	
	W78	Raskaus	
	W82	Keskenmeno	
	W83	Raskauden keskeytys	
	W84	Riskiraskaus	
	W85	Raskausdiabetes	
Sukupuolitauteihin liittyvät käynnit	X70	Naisen kuppa	
	X71	Naisen tippuri	
	X90	Genitaaliherpes	
	X92	Naisen sukuelinklamydia	
	X99	Muu naisen sukuelinsairaus	
	Y70	Miehen kuppa	
	Y71	Miehen tippuri	
	Y72	Herpes genitalis	
Virtsaelinten ongelmiin liittyvät käynnit	U01	Kipu virtsatessa	
	U02	Tihentynyt virtsaamistarve/pollakisuria	
	U04	Virtsanpidätyskyvyttömyys / virtsan karkailu	
	U70	Pyelonefriitti / munuaisaltaan tulehdus	
	U71	Virtsarakon tulehdus / muu virtsatietulehdus	

Käyntisyryryhmä-/rypäs	Koodi	Selite	... jatkoa...
Gynekologisiin ongelmiin liittyvät käynnit	X02	Kuukautiskipu	
	X05	Puuttuvat tai niukat kuukautiset	
	X06	Runsaat kuukautiset	
	X07	Epäsäännölliset/tiheät kuukautiset	
	X08	Välivuoto	
	X11	Vaihdevuosioireet/-vaiva	
	X14	Vuoto emättimestä	
	X86	Poikkeava irtosolunäyte	
Andrologisiin ongelmiin liittyvät käynnit	Y02	Kivesten/kivespussin kipu	
	Y06	Eturauhasen oireet/vaivat	
	Y73	Prostatiitti/eturauhastulehdus/siemenrakkulatulehdus	
	Y75	Balaniitti	
	Y85	Hyvänlaatuinen eturauhasen suurentuminen	
Muistin ongelmiin liittyvät käynnit	P20	Muistihäiriö	
	P70	Dementia	
Näön ja kuulon ongelmiin liittyvät käynnit	F91	Taittovirheet	
	F92	Harmaakaihi	
	F93	Viherkaihi	
	H02	Kuulo-oireet	
	H13	Korvan tukkoisuus	
	H81	Vahatulppa	
	H83	Otoskleroosi	
	H84	Ikähuonokuuloisuus	
Epäspesifit terveysongelmat	A03	Kuume	
	A04	Heikkous, väsymys, yleinen	
	A05	Sairauden tunne	
	A08	Turvotus	
	A28	Toiminnanvajaus, NUD	
Sosiaaliset syyt	Z01	Köyhyys / taloudelliset ongelmat	
	Z04	Sosiaaliseen yhteisöön / kulttuuriin liittyvät ongelmat	
	Z06	Työttömyyteen liittyvä ongelma	
	Z08	Toimeentuloon / sosiaaliturvaan liittyvä ongelma	
	Z09	Oikeudellinen ongelma	
	Z12	Ihmissuhteeseen liittyvä parisuhteen ongelma	
	Z25	Väkivaltaan / vahingolliseen tapahtumaan liittyvä ongelma	

Lähde: Savolainen (2008)

Liite 2 / Terveyskeskusvastaanotoilla käyntien syyt aiempien tutkimusten valossa

Tekijä(t), julkaisu vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen toteutus	Keskeiset tulokset
Torppa, Kokkonen, Raumavirta-Koivisto, Iivanainen & Pitkälä (2009)	Selvittää päivystyspotilaiden hoitoon ohjautumista ja hoidon tarkoituksenmukaisuutta terveysasemalla, kun päivystys järjestettiin yhteisvastuullisesti ja hoitajilla oli myös itsenäistä vastaanottoa.	Tutkimuksen kohteena olivat helsinkiläiselle terveysasemalle päiväsaikaan hakeutuneet akuuttipotilaat. Aineisto kerättiin kahdessa erillisessä lyhyehkössä ajanjaksossa vuosina 2007 ja 2008. Potilasvirtojen kulku selvitettiin työlistoista ja potilaan ilmoittama vapaamuotoisesti kirjattu tulosyyn ja lääkärin merkitsemä käyntidiagnoosi (ICD-10) selvitettiin potilaskertomusmerkinnöistä.	<ul style="list-style-type: none"> - Akuuttipotilaista 33 % hakeutui terveysasemalle suoraan, ilman ajanvarausta. Reilu puolet akuuttipotilaista hoidettiin omalääkärin vastaanotoilla ja hieman alle puolet lääkäreiden ja hoitajien yhteisvastuullisella päivystysvastaanotolla. - 51 % akuuttipotilaista kävi ainoastaan hoitajan vastaanotolla ja 27 % vain lääkärillä. Infektiot muodostivat hoitajien vastaanotolla asiointien syistä 40 %, kun dokumentointi tapahtui potilaan ilmoittaman tulosyyn perusteella. Seuraavaksi yleisimpiä syitä olivat pientoimenpiteet (29 %) ja seuraavaksi yleisimpiä "muut syyt" (20 %) kuten ihottumat, päänsärky ja sairauslomatoistutus. Hoitajilla käyneistä potilaista 28 % sai sairauslomia, enimmäkseen infektion vuoksi. - Lääkärivastaanotoilla todettuja yleisimpiä käyntidiagnooseja olivat hengityselinsairaudet (20 %), muualla luokittelemattomat sairauden oireet (17 %) sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet (13 %) ja silmä- ja korvasairaudet (12 %). Hoitajille ohjautuneista potilaista 41 % olisi kannattanut ohjata suoraan lääkärille. Potilaista 32 % kuului triage-luokkaan E ja vaivojen hoito (esimerkiksi lääkeaineiden aiheuttama paikallinen ihoreaktio, unen alkamisen ja ylläpitämisen häiriö ja kuivasilmäisyys) olisi voinut odottaa ainakin seuraavaan päivään. Potilaan ilmoittaman tulosyyn ja lääkärin diagnoosin vastaavuus oli hyvä 92 %:ssa käynneistä.
Vaula & Kantonen (2008)	Selvittää isojen päivystysyksikköjen hallinnointia ja resurssointia sekä päivystyksen kehittämistarpeita ja ongelmia.	Aineisto koostuu Suomen päivystyslääketieteen yhdistyksen ja Suomen Kuntaliiton marraskuussa 2007 tekemään kyselyyn osallistuneiden (26/28) päivystysyksiköiden vastauksista.	<ul style="list-style-type: none"> - Tärkeimpinä lähivuosisen kehittämistoimenpiteinä pidettiin päivystyksen lääkäriosaamisen vahvistamista, päivystystoiminnan vahvistamista, triage-toimintaa sekä selviämisasemien käyttöönottoa. Päihdepotilaiden osuudeksi arvioitiin pääsääntöisesti 10–20 %:ksi kaikista kävijöistä, mutta kuudessa yksikössä kuitenkin yli 20 %:ksi.

...jatkuu...

Tekijä(t), julkaisu vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen toteutus	Keskeiset tulokset
Eskola, Rissanen, Luoto, Mattelmäki, Mäklin, Ojala & Raitanen (2007)	Kuvata lääkäri- ja hoitajakäyntien jakaamaa potilastietojärjestelmään systemaattisesti kirjattujen käyntisyytietojen (ICPC) perusteella ja selvittää lääkäreiden kokemuksia ICPC-luokituksen käytöstä.	Aineisto perustuu vuosina 2004–2005 toteutuneiden lääkäri- ja hoitajavastaanotokäyntien pohjalta tehtyihin potilaskertomus- ja tilastointimerkintöihin sekä lääkäreille tehtyyn kyselyyn.	<ul style="list-style-type: none"> – Yleisimpiä lääkäri- ja hoitajakäyntien syitä olivat tuki- ja liikuntaelinsairaudet (22,2 %), hengityselinsairaudet (16,9 %), yleiset ja epäspesifit ongelmat (16,2 %), raskauteen ja perhesuunnitteluun (6,9 %) sekä korvatauteihin (6,7 %) liittyvät ongelmat. Hengityselinsairauksiin liittyvät käynnit vaihtelivat kesäkuukausien 300 käynnistä keväätalven huippukuukausien 600 käyntiin. Suurta vaihtelua esiintyi myös yleisten ja epäspesifien syiden luokassa. – Alle 5-vuotiaiden käynneistä 3/4 toteutui hengityselinsairauden, korvan sairauden tai yleisten ja epäspesifisten sairauksien vuoksi. 45–64 -vuotiaiden käynneistä 1/3 aiheutui TULE-sairauksista. Yli 64-vuotiailla yleisimpinä syinä olivat tuki- ja liikuntaelini-, verenkierto- ja hengityselimistön sekä ihon ongelmat. – Vuoden 2004 huhti-syyskuun yhteensä 15 867 lääkärikäynnistä 49 % oli päivystyskäyntejä ja 51 % ennalta sovittuja. Päivystyskäynneistä suurin osa johtui TULE- (27 %) tai hengityselinongelmista (22%). Ajanvarausvastaanotoilla yleisimpiä käyntisyitä olivat yleiset ja epäspesifit terveysongelmat (22 %), TULES (20 %) sekä raskauteen, synnytukseen ja perhesuunnitteluun (13 %) liittyvät syyt. Suurin osa raskauteen (94 %) sekä verenkiertoelimestön ongelmiin liittyvistä käynneistä (66 %) ja puolet (55 %) TULES-käynneistä olivat ennalta sovittuja. Suurin osa silmä- (75 %), korva- (66 %) ja virtsaelinongelmiin (63 %) liittyvistä käynneistä toteutui päivystyskäynteinä. – Loka-maaliskuussa toteutuneista käynneistä 28 % oli hoitajavastaanotolla käyntejä. Näistä suurin osa liittyi yleisiin ja epäspesifeihin ongelmiin (38 %), umpierityksen (23 %) tai verenkiertoelimestön (19 %) ongelmiin. Yleisiin ja epäspesifeihin syihin liittyneistä käynneistä 54 %, TULE-ongelmiin liittyneistä käynneistä 97 % ja silmäsairauksiin liittyneistä käynneistä 99 % hoidettiin lääkäri- ja hoitajavastaanotoilla. Korvakäynneistä 86 % ja hengityselinongelmista 83 % hoidettiin lääkäri- ja hoitajavastaanotoilla. Hengityselinongelmiin liittyneistä käynneistä noin 80 % aiheutui infektioista ja korvasairauksiin liittyneistä käynneistä 45–75 % korvan tulehduksista. – ICPC:n käyttökokemuksia koskeneeseen kyselyyn vastanneet lääkärit (11/15) arvioivat käynnin syyn kirjaamisen melko vaivattomaksi ja sen vaativan vastaanotolla vain vähän aikaa.
Vehviläinen, Takala, Keinänen-Kiukaanniemi, Posti, Viinikainen & Kumpusalo (2005)	Selvitellä terveyskeskuksen päivystysvastaanotokäyntejä ja niiltä tehtyjä erikoissairaanhoitoon läheteitä.	Aineisto koostuu KYS:n ja OYS:in erityisvastuualueen terveyskeskuslääkäreille marras-joulukuussa 2002 tehdyn kyselyn vastauksista.	<ul style="list-style-type: none"> – Päivystysajan potilaista 8,6 % lähetettiin erikoissairaanhoitoon. Heistä 3/4 lähetettiin välitöntä hoitoa vaativina päivystyspotilaina. Viikoittaisten läheteiden määrä oli omalääkäreillä pienempi (keskimäärin 1,2 lähetettä) kuin muilla (keskimäärin 1,8 lähetettä). – Päivystysvastaanotoilta lähetettiin potilaita erikoissairaanhoitoon merkittävästi enemmän kuin ajanvarausvastaanotoilta. 60 % potilaista lähetettiin kirurgian ja sisätautien erikoisaloille. – Yleisimmät lähetykset (ICPC) olivat tuki- ja liikuntaelinten (18 %), verenkiertoelinten (17 %) sekä ruuansulatuselinten (15 %) sairaudet. Päivystysvastaanotoilta lähetetyillä yleisimmät läheteiden syyt olivat rintakipu, vatsakipu ja laskimoveritulppaepäily. 16 yleisintä syytä muodostivat 30 % kaikista erikoissairaanhoitoon lähettämisen syistä. Sydän- ja verisuonisairauksien osuus korostui erityisesti 60 vuotta täyttäneillä (31 % läheteiden syistä). 15 yleisintä läheteiden syytä käsitti 60 vuotta täyttäneillä 40 % ikäluokan kaikista läheteiden aiheista.

...jatkuu...

Tekijä(t), julkaisu vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen toteutus	Keskeiset tulokset
Timonen 2004	Selvittää videoneuvottelulaitteiston avulla hoidetun perusterveydenhuollon lääkärin etävastaanoton toimivuutta, kulkua ja teknisiä ratkaisuja	Aineisto kerättiin Puolangan terveyskeskuksessa lääkäri vastaanotolle hakeutuneiden potilaiden hoitotilanteista vuonna 2002. Tutkimuksen aikana nauhoitettiin 24 tavallista vastaanottoa ja 29 etävastaanottoa. Käynnin syy ja diagnoosi kirjattiin lääkärin/ hoitajan arviokaavakkeelle käyttäen ICPC-luokitusta (ICPC-1). Kustakin käynnistä kirjattiin vain pääasiallinen käyntisy.	<ul style="list-style-type: none"> - Koko aineistossa yleisimpiä vastaanotolle tulon syitä olivat tuki- ja liikuntaelimestön ongelmat (21 %) sekä hengityselinongelmat (18 %) - Etävastaanotolla ja tavanomaisella vastaanotolla hoidettujen potilaiden käyntien syyt erosivat, kun vastaanotolle tulon syynä olivat tuki- ja liikuntaelinten, hengityselinten tai ihon oireet.
Jaatinen & Kuurila (2003); Jaatinen, Karra, Lemmetty & Kuurila (2003)	Selvittää terveyskeskusten yhteispäivystyksessä asiointia.	Aineisto kerättiin Porin seudun yhteispäivystyspisteessä syksyllä 2001 asioineiden käynti-, laskutus- ja potilastiedoista.	<ul style="list-style-type: none"> - Yhteispäivystyksessä käyntien osuus kaikista terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käynneistä oli 4 %. Päivystyskäynneistä keskimäärin 20 % tehtiin yöaikaan ja 57 % käynneistä ajoittui viikonloppuihin. - Porilaiset käyttivät yhteispäivystystä iltaisin klo 20–24 yli 2,6 kertaa ja yöaikaan klo 24–8 liki kaksi kertaa niin usein kuin ympäristökuntalaiset Luoteis-Satakunnan asukkaat. Miehet asioivat yhteispäivystyksessä enemmän kuin naiset. Päivystyksessä asioineiden keskimääräinen ikä (Md) oli 37 vuotta. Suhteessa eniten päivystyspalveluita käyttivät kuitenkin alle 5-vuotiaat ja yli 85-vuotiaat. - Tapaturma oli yleisin käyntisy (24 % kaikista käynneistä), myös naisilla suhteellisesti yhtä usein kuin miehillä. Tapaturmat olivat käynnin syynä myös puolessa 75 vuotta täyttäneiden päivystyskäynneistä. Miesten tyypillisimpiä käyntisyitä olivat tuki- ja liikuntaelimestön ongelmat sekä hengitystieinfektiot. Pikkulasten käynneistä 54 % johtui korvakivuista. - Potilasasiakirjoissa oli maininta alkoholin vaikutuksen alaisena olosta 18 %:lla. Sairaalaohitoon alkoholin vaikutuksen alaisena olleista jouduttiin ohjaamaan 73 %, kun kaikista kävijöistä sairaalaohitoon ohjattiin 31 %, nuorimmista 7 % ja iäkkäämmistä 64 %.
Miettola, Halinen, Lipponen, Hietakorpi, Kaukonen & Kumpusalo (2003b)	Kartoittaa ympärivuorokautisen yleislääkäripäivystyksen toimintaa ja päivystyskäyntien tarvetta.	Aineisto perustuu Kuopion terveyskeskuksen ja KYS:n yhteispäivystyksessä keväällä 2002 asioineilta sekä päivystysvastaanottoa pitäneiltä lääkäreiltä kyselylomakkeen avulla kerättyihin tietoihin.	<ul style="list-style-type: none"> - Valtaosa käynneistä (39 %) tapahtui äkillisen sairauden, pitkäaikaisen sairauden pahenemisen (23 %) tai tapaturman (18 %) vuoksi. Lääkärit arvioivat 41,7 % käynneistä välttämättömiksi ja 44 % tarpeellisiksi. Tarpeettomaksi päivystysvastaanotolle tulo katsottiin 14 %:ssa (116/821). - Suurin osa (29 %) lääkärin tarpeettomaksi arvioimista käynneistä liittyi pitkäaikaissairauteen ilman pahenemisvaihetta. Lääkärin arvion mukaan päivystävän lääkärin apua ei näiden lisäksi olisi tarvittu 20 % pitkäaikaissairauden pahenemistilanteissa, 13 %:ssa äkillisissä sairastumisissa eikä 10 %:ssa tapaturmista. Asiakkaista 23 % olisi voinut odottaa vähintäänkin seuraavaan päivään.

...jatkuu...

Tekijä(t), julkaisuvuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen toteutus	Keskeiset tulokset
Mäntyselkä, Miettola, Halinen, Lipponen, Hietakorpi & Kumpusalo (2003)	Analysoida yhteispäivystyksen yleislääkäripäivystyksessä toteutuneiden käyntien syitä, konsultaatioita ja jatkohoitoon ohjaamista.	Aineisto on kerätty Kuopion terveyskeskuksen ja KYS:n yhteispäivyksessä, keväällä 2002 toteutuneilta käynneiltä.	<ul style="list-style-type: none"> - Potilaan ilmoittamista yksittäisistä tulostyistä yleisimpiä olivat kuume, ihon repeämä/viilto sekä korvakipu. Ryhmätasolla (ICPC) tarkasteltuna tuki- ja liikuntaelin-(19,8 %) ja hengityselinongelmat (19,8 %) olivat yleisimmät päivystykseen tulon syyt. Muita yleisiä syitä olivat yleiset ja epäspesifit syyt (14,4 %) sekä ihoon (11,5 %), ruuansulatuselimiin (7,6 %) ja korviin (6,5 %) liittyvät ongelmat. - Yleisimpiä lääkärin tekemiä diagnooseja päivystysvastaanotoilla olivat hengityselinten sairaudet (22,5 %) sekä vammat, myrkytykset ja muut ulkoisten syiden seuraukset (20,7 %). Vammoista lähes kolmannes oli erilaisia haavoja, kun murtumia oli selvästi vähemmän. Kolmanneksi yleisimpään diagnoosiryhmään, muualla luokittelemattomiin oireisiin (10,3 %), lukeutuivat kuumeen, päänsäryn ja vatsakivun kaltaiset ongelmat. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien osuus diagnooseista oli 8,4 % ja niistä selkäsairauksien osuus liki puolet (44 %). Myös korvan sairaudet olivat diagnooseina yleisiä (7,4 %).
Puhakka, Ryynänen, Palomäki, Anttonen, Jukola & Takala (2003a, 2003b)	Selvittää terveyskeskuksesta erikoissairaanhoidon lähettämisen aiheet ja perusteet.	Tutkimusaineisto koottiin alkuvuodesta 1997 keskussairaalaan tehdyistä terveyskeskuksen läheteistä.	<ul style="list-style-type: none"> - Potilaista 39 %:lla oli selvä lähete-diagnoosi, mutta 61 %:lla ei ollut tietoa kliinisestä diagnoosista. Diagnostiset ongelmat painottuivat erityisesti kasvu- ja työikäisiin. Eikiireellisissä läheteissä 39 %:lla ja päivystyspotilaista 37%:lla oli läheteessään spesifinen diagnoosi. Valtaosa kirurgian, neurologian ja silmätautien potilaista lähetettiin sairaalaan päivystyksenä. Päivystysläheteistä kirurgian osuus oli lähes puolet. Diagnoosiepäilyinä lähetettiin kaikki neurologian ja lastentautien päivystyspotilaat sekä suuri osa keuhko- ja sisätautipotilaista. - 25 ICD-koodeista muodostettua sairausryhmää käsitti kolmanneksen kaikista läheteistä. Yksittäisinä syinä läheteissä esiintyi noin 170 spesifistä ja 25 oirediagnoosia. Tapaturmapotilaiden osuus oli 10 % kaikista lähetetyistä ja heistä 78 %:lla diagnoosi oli tiedossa jo lähetettäessä. Neurologian erikoisan läheteistä vain 22 %:ssa oli spesifinen diagnoosi. Hengityselin-, ruuansulatuselin-, verenkierroelin-, hermosto- ja tuki- ja liikuntaelinsairaudet käsittivät 62 % kaikista läheteistä ja keskimäärin joka toisessa oli spesifi diagnoosi.
Ovaskainen, Rautava, Ojanlatva & Pääkkilä (2003)	Kuvailla terveyskeskuspalveluiden käyttöä ja olemassaolevien tietokantojen hyödyntämisen mahdollisuuksia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluiden suunnittelussa	Aineiston muodostavat pienehkön terveyskeskuskuntayhtymän vastaanottokäynneillä vuoden aikana (1.4.2000–31.3.2001) sähköisiin tietokantoihin tallennetut käyntisyötiedot. Palveluiden käyttöä kuvaavia ja selittäviä tietoja poimittiin THL:n tilastotietokannoista (HILMO, Sotkanet). Lääkärit dokumentoivat tiedot vastaanotolla käyntien syistä sähköisiin tietokantoihin modifioitua ICD-10-luokitusta käyttäen. THL:n ylläpitämistä rekisteritietokannoista poimittiin vapaasti saatavilla olevia palveluiden tarvetta ja käyttöä kuvaavia taustatietoja.	<ul style="list-style-type: none"> - Työikäiset käyttivät muita ikäryhmiä vähemmän terveyskeskuksen palveluita. Ikääntyneillä käyntikertoja oli 15–25 vuoden aikana. 22 % alueen asukkaista käytti vuoden aikana yksityisiä lääkäripalveluita. - Terveyskeskuksen lääkärivastaanotoilla eniten käyntejä aiheuttivat tuki- ja liikuntaelinten ongelmat (15,4 % kaikista käyntisyistä), hengityselinsairaudet (8,9 %) sekä hengitysteiden virusinfektiot (8,3 %).

...jatkuu...

Tekijä(t), julkaisuvuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen toteutus	Keskeiset tulokset
Pärnänen, Mäntyselkä, Kumpusalo & Takala (2001)	Kuvailla eri-ikäisten miesten ja naisten terveyskeskuslääkäriissä käyntien pääsyyt diagnoosiluokittain.	Terveyskeskuksista ositetulla otannalla (30/250) poimitujen terveyskeskusten lääkärit kirjasiivat kahden viikon aikana toukokuussa 1995 käyneiden potilaiden tausta- ja käyntisyytiedot (käynnin pääsyy). Lopullisessa tutkimusaineistossa oli mukana 23 terveyskeskusta, 57 kuntaa, 264 terveyskeskuslääkäriä sekä 20 648 käyntiä. Lääkärit kirjasiivat käynnin syynä sairausdiagnoosin, potilaan kuvaileman oireen tai muun käyntiin johtaneen syyn kuten ajokorttitodistuksen tarpeen. Kirjaaminen ei koskenut päivystys- eikä neuvolakäyntejä. Yksi tutkimustyöhön osallistuneista henkilöistä koodasi käyntien syyt ICD-9 mukaisilla koodilla. Tulokset esitettiin sukupuolittain ja ikäryhmittäin pääluokkatasolla.	- Naisten osuus käynneistä oli 60,2 %. Ikäryhmittäin tarkasteltuna naisten osuus oli miehiä suurempi ikäluokissa 25–44 vuotta, 45–64 vuotta ja yli 65 vuotta. Eniten käyntejä tehtiin tuki- ja liikuntaelinten tautien (luokka XIII), hengityselintautien (luokka VIII) sekä hermoston ja aistimien sairauksien (luokka VI) vuoksi. Muita yleisiä käynninsyitä olivat oireet ja poikkeavat löydökset (luokka XVI) ja verenkiertoelinten sairaudet (luokka VII). Viiteen yleisimpään pääluokkatasoon liittyvät käynnit muodostivat sekä miehillä että naisilla noin 60 % kaikista käyntisyyistä. Alle 5-vuotiailla yleisin käyntisyys oli korvatulehdus, 65 vuotta täyttäneillä verenkiertoelimistön sairaudet. Tautipääluokittain tarkasteltuna virtsa- ja sukupuolielinten tautien osuus suurimmillaan työikäisillä naisilla ja tuki- ja liikuntaelintautien osuus suurimmillaan työikäisillä miehillä. Muun syyn kuin sairauden vuoksi toteutui noin joka 7. käynti.
Hyrynkangas-Järvenpää (2000)	Selvittää yleislääkärin puhelinneuvonnan merkitystä sekä kuvata lääkärielle soittavia ja analysoida soittojen syitä. Lisäksi arvioitiin palautemenetelmien toteutettavuutta sekä puhelinneuvonnan laatua asiakaspalautteen avulla.	Aineisto muodostuu Neuvova Puhelinlääkäri palvelunumeron ja tutkijan henkilökohtaiseen puhelinlääkäri-numeroon 8/1995 – 8/1997 soitetuista puhelusta (n = 8730 puhelua). Yhteydenoton syy dokumentoitiin potilaan ilmoituksen perusteella ICPC-1:llä. Lääkärin arvio potilaan ongelmasta kirjattiin ICHPPC-2 -luokituksista otettujen diagnoosiluokkien mukaisesti.	- Yleisimpiä potilaan ilmoittamia soiton syitä olivat lääkitykseen liittyvät asiat (13 %), hengityselimistöön (9 %) tai ruuansulatukseen (8 %) liittyvät ongelmat, laboratoriotuloksiin liittyvät syyt (8 %) sekä ihon ongelmat (7 %). Lääkärin arvion mukaan soittoista 13 % liittyi lääkitystä koskevan neuvonnan tarpeeseen, 12 % virtsa- ja sukupuolielinten tauteihin, 10 % hengityselimistön ja 7 % ruuansulatuselimistön ongelmiin. Muita yleisiä soiton aiheita olivat lääkäriin arvioimina tuki- ja liikuntaelinsairaudet (7 %) sekä tutkimusten selvittelyyn liittyvät kysymykset (7 %). Päivystysvastaanoitoille ohjattiin neljännes kiireelliseksi luokitelluista potilaista, yleisimpinä syinä sukuelintaudit, tuki- ja liikuntaelinsairaudet tai mielenterveysasiat.

...jatkuu...

Tekijä(t), julkaisuvuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen toteutus	Keskeiset tulokset
Elonheimo (1999)	Kehittää perusterveydenhuollon palveluiden käyttöä kuvaava malli potilaskohtaisten tarvetekijöiden ennustamiseen. Tämän ohessa perehdyttiin pienen kunnan terveyskeskuksen toiminnan sisältöihin	Aineisto muodostuu pienellä terveysasemalla 12 kuukauden aikana vuosina 1995 ja 1996 rekisteröidyistä potilaskontakteista ja käyntitiedoista.	<ul style="list-style-type: none"> – Yleisin aiemmin todettu sairaus lääkärivastaanotoilla asioineilla oli verenpainetauti (20,5 % vastaanotolla käyneistä potilaista). Kävijöistä yli 9 %:lla oli angina pectoris tai nivelrikko. Seuraavaksi yleisin aiemmin todettu sairaus oli diabetes (8.1 %:lla potilaista). Suurimman aiempien sairauksien ryhmän lääkärivastaanottojen potilailla muodostivat verenkierroelimistön sairaudet (49,6 %) ja toiseksi suurimman ryhmän sairaudet, jotka eivät olleet luokiteltavissa minkään muun sairausryhmän alle (21,1 %). Kolmanneksi yleisimmän ryhmän muodostivat tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet (19,9 %). – Potilaan tulosylyluokista suurin, tuki- ja liikuntaelinsairauksiin liittyvät ensikäynnit, käsitti 9,5 % kaikista tulosyistä. Sydän- ja verisuonitautien kontrollikäynnit muodostivat 8,1 % ja helppohoitaisen infektiot 7,6 % kaikista tulosyistä. Helppohoitoinen infektio oli kuitenkin tulosyynä liki 30 %:lla vastaanotolla kävijöistä.
Jyväsjärvi, Keinänen-Kiukaanniemi, Väisänen, Larivaara & Kivelä (1998)	Kuvaili perusterveydenhuollon palveluita runsaasti käyttävien osuutta, sosiodemografisia piirteitä, sairastavuutta sekä vastaanotolle hakeutumisen syitä	Aineisto koostuu vuoden 1994 aikana, pienessä pohjois-Suomessa sijaitsevassa maaseutukunnassa toteutuneisiin vastaanottokäynteihin, potilastietojärjestelmämerkintöihin ja postikyselyyn.	<ul style="list-style-type: none"> – Lääkäripalveluita runsaasti käytti 4,7 % kaikista 15-vuotta täyttäneistä kuntalaisista. Heidän osuutensa paikkakuntalaisten kaikista käynneistä (n = 14206) oli 23,5%. Naisten osuus runsaasti palveluita käyttäneistä oli suurempi (67,8 %) kuin miesten (32,2 %). Runsaasti palveluita käyttävien käynneistä suurempi osa tapahtui ilman ajanvarausta kuin kontrolliryhmään kuuluvilla. Lisäksi heidän käyntinsä liittyivät usein joko akuuttiin tai pitkäaikaiseen hoitopisodiin, kun kontrolliryhmäläisten kohdalla kyse oli useammin kertaluontoisesta käynnistä. – Hoitoon hakeutumisen syyt liittyivät yleisimmin psyykkisiin, tuki- ja liikuntaelimestön sekä ruuansulatuselimestön ongelmiin kuin kontrolliryhmällä. Pitkäaikaissairauksista yleisimpiä olivat sydän- ja verenkierroelimistön, tuki- ja liikuntaelimestön sekä ruuansulatuselimestön sairaudet.
Vehviläinen, Kumpusalo & Takala (1998, 1996)	Selvittää perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon lähettämisen syyt	Aineisto poimittiin kyselyyn vastanneiden pohjoisen ja keskisen Suomen terveyskeskuslääkäreiden vuodenvaihteessa 2002 kirjoittamista lähetteistä.	<ul style="list-style-type: none"> – 86 % lähetteistä kirjoitettiin ajanvaraus- tai päivystysvastaanotolla ja neuvola-vastaanotolla tai vuodeosastolta vain vähäisessä määrin. Ajanvarausvastaanotoilla asioineet pyysivät lähetettä itse päivystyksessä tai muilla vastaanotoilla asioineita enemmän. Päivystykseen lähetyistä yli 15-vuotiaista enemmistö oli miehiä. Lähetteistä 46,4 % osoitettiin kirurgiaan. Konservatiivisille aloille lähetteistä osoitettiin 40,4 % ja loput 12,6 % naistentautien, synnytyksen, lastentautien, syöpätautien tai psykiatrian alueille. – Yleisimpiä lähetteen syitä olivat lapsilla korvatulehdukset ja aikuisilla vatsakivut. Nuorilla miehillä (20–39-vuotiailla) erilaiset vammat olivat lähetteen syyä kolme kertaa yleisempiä kuin vastaavan ikäisillä naisilla ja miesten lähetteistä suurempi osa (39 %) kirjoitettiin kirurgiaan kuin naisilla (33 %). – Terveyskeskusten päivystysvastaanotoilta kirjoitettiin ajanvarausvastaanottoja useammin lähete psykiatrian, lastentautien, kirurgian sekä sisätautien alalle. ICPC-ryhmittäin tarkasteltuna yleisimpiä syitä lähetteen kirjoittamiselle päivystysvastaanotoilta olivat tuki- ja liikuntaelin- (22,2 %), ruuansulatus- (18,1 %) ja verenkierroelimistön (15,6 %) ongelmat. Miehillä kirjoitettiin päivystysvastaanotolla lähete sydämen rytmihäiriön vuoksi 12 kertaa useammin ja nivelen sijoiltaanmenon vuoksi 8 kertaa useammin kuin naisille. Kymmenen yleisintä lähetteen syytä muodostivat liki puolet kaikista lähetteen syistä sekä miehillä että naisilla.

...jatkuu...

Tekijä(t), julkaisu vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen toteutus	Keskeiset tulokset
Vehviläinen & Takala (1996)	Selvittää terveyskeskuksen omalääkärijärjestelmään siirtymisen vaikutuksia päivystysvastaanotolle hakeutumisen syihin	Aineisto perustuu keskiuudessa keskiuomalaisessa terveyskeskuksessa päivystysvastaanottoa pitäneille lääkäreille tehtyyn vuosina 1990 ja 1993 toteutettuun kyselyyn.	- Päivystysvastaanotolla asioineiden määrä väheni omalääkärijärjestelmään siirtymisen myötä 35 %. Eniten vähenivät tuki- ja liikuntaelimestön vaivoihin liittyneet käynnit (57 %). Huomattavin vähennys (75 %) liittyi kuitenkin miesten selkäkivun vuoksi tapahtuneisiin päivystyskäynteihin. Myös naisten niskakipuihin liittyneet käynnit vähenivät merkittävästi (67 %).
Kokko (1988)	Kuvaili terveyskeskupalveluiden käyttöä ja muodostaa kokonaiskuva vastaanottokäyntien syistä; hahmotella palveluiden käytön typologia	Aineisto perustuu pienessä savolaiskunnassa asuneiden työikäisten vuosina 1977–1985 toteutuneisiin lääkärissä käynteihin, sairauskertomusmerkintöihin sekä haastatteluihin..	- Tutkimukseen osallistuneista 28 %:lla oli orgaanisia pitkäaikaisairauksia ja psyykkisiä häiriöitä 35 %:lla; 14 %:lla molempia. Yleisimpiä käyntien syitä olivat hengitysteiden sairaudet, TULES, tapaturmat, virtsa- ja sukupuolielinten taudit, mielenterveyden häiriöt. Naiset asioivat miehiä enemmän hengityselinsairauksien ja virtsa- ja sukupuolielinten sairauksien ja gynekologisten syiden vuoksi. Miehillä käynnit liittyivät naisia yleisemmin tapaturmiin, sydän- ja verenkiertoelimestön tautien sekä hermoston ja aistinelinten sairauksiin. - Yleisimpiä diagnooseja vastaanotoilla olivat poskiontelontulehdus, jännitysniiska, äkillinen hengitystieinfektio, lanneselän kiputilat sekä erilaiset ruhjeet.
Kerppilä & Aro (1988)	Selvittää lääkärissäkäynnin sisältöä osana omalääkärikokeilua ja laajempaa perusterveydenhuollon avosairaanhoidon saatavuutta, jatkuvuutta ja laatua tutkinutta hanketta.	Tiedot kerättiin neljässä kaupungissa rekisterilomakkeen avulla lyhyinä ajanjaksoina vuosien 1986 ja 1987 aikana.	- Tuki- ja liikuntaelimestön sekä verenkiertoelinten sairaudet olivat yleisimpiä vastaanottokäyntien syitä. Niiden osuus kaikista käyntisyistä vaihteli toteutusta omalääkärimallista riippuen tuki- ja liikuntaelimestön ongelmien osalta 16,2 % – 18,9 % ja verenkiertoelimestön ongelmien osalta 10 % – 21 %. Muita yleisiä käyntisyitä olivat epäspesifit syyt ja hengityselinsairaudet.
Aro, Hagman & Vohlonen (1985)	Selvittää ICPC:n soveltuvuutta perusterveydenhuollon lääkärissäkäyntien tutkimisessa, osana perusterveydenhuollon seurantamenetelmien ja tietojen vertailukelpoisuuden kehittämisen kokonaisuutta.	Aineisto kerättiin kyselylomakkein kahdessa terveyskeskuksessa joulukuussa 1985.	- Potilaiden ilmoittamat tulokset liittyivät tavallisimmin hengityselinoireisiin (29,5 %), tuki- ja liikuntaelinvaikeuksiin (13,8 %) sekä ihon ongelmiin (12,0 %). Potilaan kokemat oireet, väsymys ja kivut olivat hoitoon hakeutumisen taustalla liki 60 %:ssa kaikista käynneistä. Muita käyntiin johtaneita syitä olivat sairaiden diagnosointiin, seulontaan ja ennaltaehkäisyyn liittyvät tarpeet (25,4 %). - Ennaltaehkäisyyn vuoksi toteutuneet käynnit liittyivät voittopuoleisesti neuvolakäynteihin. Noin kolmasosassa käyntejä pääasiallinen syy oli muu kuin sairaus. 70 %:lle potilaista tehtiin osittainen terveystarkastus ja lopuille 30 %:lle perusteellisempi tarkastus. Miltei viidennes käynneistä sisälsi pääasiassa terveysneuvontaa. - Yleisimpiä lääkärin määrittämiä lääketieteellisiä syitä olivat hengityselintaudit (noin viidennes kaikista sairauteen liittyvistä käynneistä) sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja virtsatieaudit (kymmenisen prosenttia kaikista sairauskäynneistä kumpainkin). - Lääkäreistä enemmistö katsoi kerättyjen tietojen kuvaavan hyvin potilaskäyntiä. Potilaan ilmoittaman tulosten dokumentoinnin raportoitiin aiheuttaneen vähiten ongelmia, tautipääluokan ja sairaustyyppien dokumentoinnin eniten. Valtaosa lääkäreistä piti ICPC:tä potilaan tutkimisessa hyödyllisenä ja vajaa neljäsosa (2/8) koki sen helpottavan diagnoosin ja hoitosuunnitelman tekoa.

...jatkuu...

Tekijä(t), julkaisuvuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen toteutus	Keskeiset tulokset
Vuori, Miilunpalo, Urponen, Oja & Tamminen (1983)	Selvittää avoterveydenhuollon lääkärisäkäyntejä osana Kainuun Elintavat ja terveystutkimusta.	Tiedot kerättiin lomakkeiden avulla kolmesta kainuulaisesta kunnasta, terveyskeskuksen, puolustusvoimien ja rajalaitoksen sekä yksityisen lääkäriaseman ja erikoissairaanhoidon vastaanotoilta.	<ul style="list-style-type: none"> - Naisista viidesosa, miehistä kolmasosa ei käyttänyt lääkäripalveluita vuoden aikana ollenkaan. Kuusi kertaa tai useammin lääkärivastaanotolla asioi naisista 17,7 % ja miehistä 11,5 %. Naiset kävivät miehiä useammin sekä terveyskeskuksen että yksityisen lääkäriaseman vastaanotoilla. Etenkin nuorten miesten osuus työterveyspalveluiden käytössä oli suuri. Lääkärimatkan pituudella ei ollut yhteyttä käyntimääriin. - Miesten käynneistä 91 %, naisten käynneistä 83 % aiheutui sairauden, oireen tai vamman tutkimisen tai hoidon tarpeesta. Lääkärin lausunnon, todistuksen tai neuvonnan tarve yksittäisenä käynnin syynä oli harvinainen. Nuorten miesten yleisimpiä käyntisyitä olivat vammat, ja hengitystietulehdukset, vanhempien sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet. Miesten käynneistä tapaturma oli syy 15 %ssa, kun naisten käynneistä tapaturmat aiheuttivat vain 4 %. Nuorten naisten käyntien syistä suurimpia ryhmiä olivat ehkäisyyn, raskauteen ja synnytykseen liittyvät sekä hengityselintulehdusten takia toteutuneet käynnit. Päivystyskäyntien määrä oli suuri sekä nuorilla (alle 40-vuotilailla) naisilla (46-47 %) että nuorilla miehillä (68-72 %).
Hagman (1981)	Selvittää alueella esiintyvät sairaudet ja niiden vaihtelu eri väestöryhmissä ja vuodenaikoina sekä sairastavuuden erityispiirteet ja pitkän aikavälin muutokset.	Tiedot vastaanottokäyntien syistä kerättiin lomakkein yhdessä terveyskeskuksessa vuoden 1979 aikana toteutuneilta käynneiltä.	<ul style="list-style-type: none"> - Pääluokittain tarkasteltuna yleisimmät vastaanottokäyntien syyt olivat hengityselinten sairaudet (21,8 %), verenkiertoelinten sairaudet (10,3 %), tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (14,1 %) sekä hermoston ja aistimien taudit (10,3 %). Sydän- ja verisuonitaudit olivat kroonisista sairauksista yleisimpiä ja akuuttien infektioiden osuus käyntien syistä oli suuri. Kymmenen yleisimmät diagnoosin järjessä olivat mm. kohonnut verenpaine (essentielli hypertonia), akuutti hengitystieinfektio, sydämen vajaatoiminta (incompensatio cordis), korvatulehdus, akuutti keuhkoputkentulehdus sekä poskiontelontulehdus.
Winell (1981)	Selvittää päivystysvastaanotolle hakeutumisen syitä.	Aineisto kerättiin kyselylomakkeella Kirkkonummen terveysasemalle päivystykseen hakeutuneilta potilailta ja päivystysvastaanottoa pitäneiltä lääkäreiltä alkuvuodesta 1981.	<ul style="list-style-type: none"> - Päivystykseen hakeutuneista potilaista kaksi kolmasosaa kävi vastaanotolla tulehdusoireiden takia. Muita yleisiä käynnin syitä olivat vatsa- ja selkäoireet sekä erilaiset vammat. Ainoastaan sairauslomatatarpeen vuoksi vastaanotolle hakeutui lääkärin näkemyksen mukaan 11 % kävijöistä. - Niistä aikuisista, jotka ilmoittivat tulonsa syyksi vain sairauslomatodistuksen haun, lääkäri katsoi kuitenkin 13 %:n olevan lääketieteellisen hoidon tarpeessa. Tulehdustaudin vuoksi tulleista lapsista reilut 7 % olisi lääkärin käsityksen mukaan voinut hoitaa omatoimisesti kotona. Indisoituina käynteinä ei lääkärin näkemyksen mukaan voitu pitää tulehdus- ja vatsatautisista liiki kolmeakymmentä ja selkäoireisista yli kymmentä prosenttia.

./.

Liite 3. Käyntisyyerittelyt terveyskeskuksittain / Virtain terveyskeskus

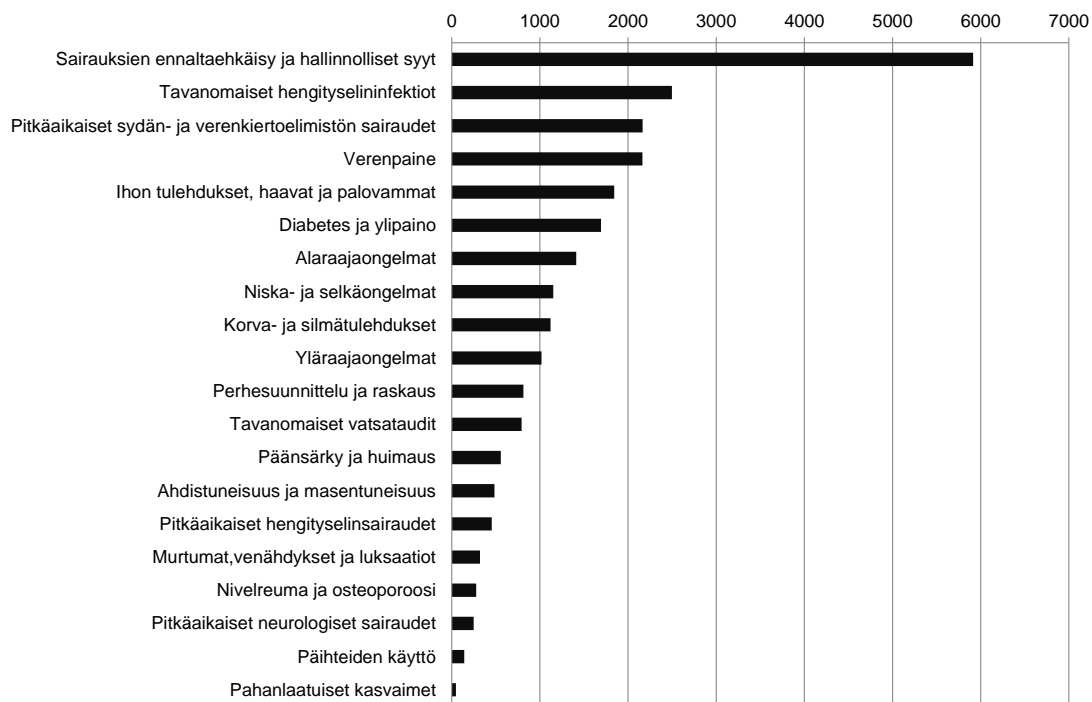
Kuvat

- Kuva 1: Keskeisimmät käyntisyyryhmät (73 % kaikista käyntisivistä) Virtain terveyskeskuksen vastaanotoilla (mukaan lukien lääkäri-, sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja- ja fysioterapiavastaanotot) vuonna 2008..... 1
- Kuva 2: Ammattiryhmien välinen työnjako eräiden pitkäaikaissairauksien hoidossa (% kuhunkin käyntisyyryhmään liittyvien merkintöjen määrästä) Virtain terveyskeskuksessa vuonna 2008 6
- Kuva 3: Ammattiryhmien välinen työnjako keskeisimpien tuki- ja liikuntaelimestön ongelmien sekä eräiden muiden terveysongelmien hoidossa (% kuhunkin käyntisyyryhmään liittyvien merkintöjen määrästä) Virtain terveyskeskuksessa vuonna 2008 6
- Kuva 4: Ammattiryhmien välinen työnjako tavanomaisimpien infektioiden sekä eräiden muiden palveluiden tarvetta aiheuttavien syiden/tilojen hoidossa (% kuhunkin käyntisyyryhmään liittyvien merkintöjen määrästä) Virtain terveyskeskuksessa vuonna 2008 7

Taulukot

- Taulukko 1: Yleisimmät yksittäiset lääkäriavustuksilla asiointin syyt (ns. pääkäyntisyyt) Virtain terveyskeskuksessa vuonna 2008 1
- Taulukko 2: Yleisimmät yksittäiset sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien vastaanotoilla asiointin syyt (ns. pääkäyntisyyt) Virtain terveyskeskuksessa vuonna 2008 2
- Taulukko 3: Yleisimmät yksittäiset fysioterapian vastaanotoilla asiointin syyt (ns. pääkäyntisyyt) Virtain terveyskeskuksessa vuonna 2008. 2
- Taulukko 4: Yleisimmät yksittäiset alle 7-vuotiaiden vastaanotolla käyntien syyt Virtain terveyskeskuksessa vuonna 2008..... 3
- Taulukko 5: Yleisimmät yksittäiset 7–14 -vuotiaiden vastaanotolla käyntien syyt Virtain terveyskeskuksessa vuonna 2008..... 3
- Taulukko 6: Yleisimmät yksittäiset 15–64 -vuotiaiden vastaanotolla käyntien syyt Virtain terveyskeskuksessa vuonna 2008..... 4

Taulukko 7: Yleisimmät yksittäiset 65–74 -vuotiaiden vastaanotolla käyntien syyt Virtain terveyskeskuksessa vuonna 2008.....	4
Taulukko 8: Yleisimmät yksittäiset 75–84 -vuotiaiden vastaanotolla käyntien syyt Virtain terveyskeskuksessa vuonna 2008.....	5
Taulukko 9: Yleisimmät yksittäiset 85-vuotiaiden ja sitä vanhempien vastaanotolla käyntien syyt Virtain terveyskeskuksessa vuonna 2008	5



KUVA 1: Keskeisimmät käyntisyryhmät (73 % kaikista käyntisyistä) Virtain terveyskeskuksen vastaanotoilla (mukaan lukien lääkäri-, sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja- ja fysioterapia-vastaanotot) vuonna 2008.

TAULUKKO 1: Yleisimmät yksittäiset lääkärivastaanotoilla asioinnin syyt (ns.pääkäyntisyistä) Virtain terveyskeskuksessa vuonna 2008.

Koodi-tunnus	Selite	Merkinnät	% merkinnöistä	Asiakkaat	Merkinnät/asiakkaat
R74	YLÄHENGYTYSTEIDEN TULEHDUS	1048	6,9	813	1,3
A97	EI SAIRAUTTA	916	6,0	834	1,1
L02	SELKÄOIREET/VAIVAT	475	3,1	332	1,4
R05	YSKÄ	443	2,9	373	1,2
T90	DIABETES	432	2,9	304	1,4
L15	POLVEN OIREET/VAIVAT	375	2,5	232	1,6
L08	OLKAPÄÄN OIREET/VAIVAT	309	2,0	199	1,6
H01	KORVAN KIPU/SÄRKY	295	1,9	231	1,3
K85	KOHONNUT VERENPAINO (PL K86-87)	265	1,7	172	1,5
L01	NISKAOIREET/VAIVAT PL. PÄÄNSÄRKY	245	1,6	179	1,4
S18	REPEÄMÄ/VIIILTO	244	1,6	211	1,2
H71	MYRINGIITTI / ÄKILLINEN VÄLIKORVATULEHDUS	243	1,6	186	1,3
	MUUT SYYT	9864	65,1	-	-
	Yhteensä	15154	100,0	(1)	(2)

1) = käyntisykkoodi on vuoden aikana merkitty yhteensä 5 573 asiakkaalle / eri henkilölle (yksi asiakas = yksi henkilötunnus)

2) = yhtä asiakasta kohti merkintöjä on laskennallisesti tehty vuositason keskimäärin 2,7

TAULUKKO 2: Yleisimmät yksittäiset sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien vastaanotoilla asiointin syyt (ns. pääkäyntisytyt) Virtain terveyskeskuksessa vuonna 2008.

Koodi-tunnus	Selite	Merkinnät	% merkinnöistä	Asiakkaat	Merkinnät/ asiakkaat
A97	EI SAIRAUTTA	4866	25,9	2964	1,6
K78	ETEISVÄRINÄ/ETEISLEPATUS	1625	8,6	151	10,8
K86	KOMPLISOITUMATON VERENPAINETAUTI	1132	6,0	450	2,5
S18	REPEÄMÄ/VIILTO	1023	5,4	544	1,9
T90	DIABETES	999	5,3	412	2,4
U14	MUNUAISEEN LIITTYVÄ OIRE/VAIVA	682	3,6	13	52,5
K85	KOHONNUT VERENPAIN (PL K86-87)	553	2,9	327	1,7
W78	VARMENNETTU RASKAUS	503	2,7	94	5,4
A03	KUUME	379	2,0	236	1,6
K83	SYDÄNLÄPPIEN EI-REUMAATTINEN TAUTI NUD	297	1,6	24	12,4
L88	REUMAATTINEN NIVELTULEHDUS/VASTAAVAT TILAT	236	1,3	26	9,1
B81	PERNISIOÖSI ANEMIA/ FOLAATINPUUTEANEMIA MUUT SYYT	208	1,1	48	4,3
		6289	33,5	-	-
	Yhteensä	18792	33,5	(1)	(2)

1) = 4821 asiakasta vuonna 2008, kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus vuositasona

2) = 3,9 merkintää/asiakkaat vuonna 2008, kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus vuositasona.

TAULUKKO 3: Yleisimmät yksittäiset fysioterapian vastaanotoilla käyntien syyt (ns. pääkäyntisytyt) Virtain terveyskeskuksessa vuonna 2008.

Koodi-tunnus	Selite	Merkinnät	% merkinnöistä	Asiakkaat	Merkinnät/ asiakkaat
A97	EI SAIRAUTTA	132	26,3	132	1,0
L90	POLVEN KULUMA	59	11,8	43	1,4
L89	LONKAN KULUMA	46	9,2	36	1,3
L03	RISTISELÄN VAIVAT PL. JUURIOIREET	20	4,0	20	1,0
L08	OLKAPÄÄN OIREET/VAIVAT	20	4,0	15	1,3
N86	MULTIPPELISKLEROOSI	*)	*)	*)	8,5
L02	SELKÄOIREET/VAIVAT	16	3,2	13	1,2
N99	MUUT HERMOSTON SAIRAUDET	*)	*)	*)	7,5
L15	POLVEN OIREET/VAIVAT	13	2,6	12	1,1
L01	NISKAOIREET/VAIVAT PL. PÄÄNSÄRKY	11	2,2	10	1,1
L76	MUU MURTUMA	10	2,0	7	1,4
K95	ALARAAJOJEN SUONIKOHJUT (PL S97)	8	1,6	7	1,1
	MUUT SYYT	134	26,7	-	-
	Yhteensä	501	100,0	(1)	(2)

*) Tietoa ei ole raportoitu niiltä osin kuin asiakkaiden lukumäärä on ollut ≤ 5.

1) = 377 asiakasta vuonna 2008, kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus vuositasona

2) = 1,3 merkintää/asiakkaat vuonna 2008, kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus vuositasona

TAULUKKO 4: Yleisimmät yksittäiset alle 7-vuotiaiden vastaanotolla käyntien syyt Virtain terveyskeskuksessa vuonna 2008.

Koodi-tunnus	Selite	Merkinnät	% merkinnöistä	Asiakkaat	Merkinnät/ asiakkaat	% v.2008 asiakkaista ⁽¹⁾
A97	EI SAIRAUTTA	1270	48,0	434	2,9	81,7
R74	YLÄHENGITYSTEIDEN TULEHDUS	206	7,8	143	1,4	26,9
H71	MYRINGIITTI / ÄKILLINEN VÄLIKORVA-TULEHDUS	152	5,7	108	1,4	20,3
A03	KUUME	118	4,5	80	1,5	15,1
H01	KORVAN KIPU/SÄRKY	113	4,3	87	1,3	16,4
R05	YSKÄ	79	3,0	64	1,2	12,1
H27	KORVATAUDIN PELKO	58	2,2	50	1,2	9,4
H72	LIIMAKORVA/ SEROOSI VÄLIKORVAN-TULEHDUS	58	2,2	47	1,2	8,9
S18	REPEÄMÄ/VIILTO	23	0,9	22	1,0	4,1
F70	TARTTUVA SIDEKALVONTULEHDUS / KONJUNKTIVIITTI	36	1,4	27	1,3	5,1
R21	KURKUN/NIELUN OIRE / VAIVA	29	1,1	28	1,0	5,3
T10	KASVUHÄIRIÖ	21	0,8	15	1,4	2,8
	MUUT SYYT	481	18,2	-	-	-
	Yhteensä	2644	100,0	⁽¹⁾	⁽²⁾	-

1) = 531 asiakasta vuositasolla (2008), kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus

2) = 4,9 merkintää/asiakas vuositasolla (2008), kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus

TAULUKKO 5: Yleisimmät yksittäiset 7–14 -vuotiaiden vastaanotolla käyntien syyt Virtain terveyskeskuksessa vuonna 2008.

Koodi-tunnus	Selite	Merkinnät	% merkinnöistä	Asiakkaat	Merkinnät/ asiakkaat	% v.2008 asiakkaista ⁽¹⁾
A97	EI SAIRAUTTA	1278	40,0	587	2,2	89,2
Z04	SOSIAALISEEN YHTEISÖÖN/ KULTTUURIIN LIITTYVÄT ONGELMAT	165	5,2	45	3,7	6,8
R74	YLÄHENGITYSTEIDEN TULEHDUS	99	3,1	81	1,2	12,3
H01	KORVAN KIPU/SÄRKY	66	2,1	55	1,2	8,4
S18	REPEÄMÄ/VIILTO	60	1,9	41	1,5	6,2
N01	PÄÄNSÄRKY (PL.N02,R09,N89)	58	1,8	38	1,5	5,8
Z29	MUU TARKEMMIN MÄÄRITTELEMÄTÖN SOSIAALINEN ONGELMA	55	1,7	15	3,7	2,3
L12	KÄMMENEN & SORMEN OIREET/VAIVAT	54	1,7	40	1,4	6,1
A03	KUUME	51	1,6	45	1,1	6,8
L17	JALKATERÄN / VARPAIDEN OIREET/VAIVAT	46	1,4	40	1,2	6,1
L16	NILKAN OIREET/VAIVAT	44	1,4	32	1,4	4,9
H71	MYRINGIITTI / ÄKILLINEN VÄLIKORVA-TULEHDUS	42	1,3	37	1,1	5,6
	MUUT SYYT	1175	36,8	-	-	-
	Yhteensä	3193	100,0	⁽¹⁾	⁽²⁾	-

1) = 658 asiakasta vuositasolla (2008), kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus

2) = 4,8 merkintää/asiakas vuositasolla (2008), kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus

TAULUKKO 6: Yleisimmät yksittäiset 15–64 -vuotiaiden vastaanotolla käyntien syyt Virtain terveyskeskuksessa vuonna 2008.

Koodi-tunnus	Selite	Merkinnät	% merkinnöistä	Asiakkaat	Merkinnät/asiakkaat	% v. 2008 asiakkaista ⁽¹⁾
A97	EI SAIRAUTTA	2212	12,6	1408	1,6	34,7
S18	REPEÄMÄ/VIILTO	835	4,8	415	2,0	10,2
R74	YLÄHENGITYSTEIDEN TULEHDUS	733	4,2	549	1,3	13,5
W78	VARMENNETTU RASKAUS	620	3,5	97	6,4	2,4
T90	DIABETES	617	3,5	208	3,0	5,1
L02	SELKÄOIREET/VAIVAT	473	2,7	282	1,7	6,9
A03	KUUME	408	2,3	263	1,6	6,5
K86	KOMPLISOITUMATON VERENPAINETAUTI	391	2,2	155	2,5	3,8
U14	MUNUAISEEN LIITTYVÄ OIRE/VAIVA	367	2,1	6	61,2	0,1
K78	ETEISVÄRINÄ/ETEISLEPATUS	344	2,0	35	9,8	0,9
K85	KOHONNUT VERENPAIN (PL K86-87)	340	1,9	173	2,0	4,3
L15	POLVEN OIREET/VAIVAT	265	1,5	155	1,7	3,8
	MUUT SYYT	9916	56,6	-	-	-
	Yhteensä	17521	100,0	(1)	(2)	-

1) = 4031 asiakasta vuonna 2008, kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus vuositasona

2) = 4,3 merkintää/asiakkaat vuonna 2008, kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus vuositasona

TAULUKKO 7: Yleisimmät yksittäiset 65–74 -vuotiaiden vastaanotolla käyntien syyt Virtain terveyskeskuksessa vuonna 2008.

Koodi-tunnus	Selite	Merkinnät	% merkinnöistä	Asiakkaat	Merkinnät/asiakkaat	% v.2008 asiakkaista ⁽¹⁾
A97	EI SAIRAUTTA	633	11,8	464	1,4	51,8
K78	ETEISVÄRINÄ/ETEISLEPATUS	574	10,7	55	10,4	6,1
T90	DIABETES	472	8,8	158	3,0	17,6
K86	KOMPLISOITUMATON VERENPAINETAUTI	447	8,3	187	2,4	20,9
K85	KOHONNUT VERENPAIN (PL K86-87)	283	5,3	163	1,7	18,2
U14	MUNUAISEEN LIITTYVÄ OIRE/VAIVA	184	3,4	6	30,7	0,7
S18	REPEÄMÄ/VIILTO	176	3,3	89	2,0	9,9
K83	SYDÄNLÄPPIEN EI-REUMAATTINEN TAUTI NUD	142	2,6	9	15,8	1,0
L08	OLKAPÄÄN OIREET/VAIVAT	84	1,6	49	1,7	5,5
B81	PERNISIÖÖSI ANEMIA/ FOLAATINPUUTE-ANEMIA	81	1,5	16	5,1	1,8
L13	LONKAN OIREET/VAIVAT	67	1,2	39	1,7	4,4
L15	POLVEN OIREET/VAIVAT	66	1,2	44	1,5	4,9
	MUUT SYYT	2155	40,2	-	-	-
	Yhteensä	5364	100,0	(1)	(2)	-

1) = 894 asiakasta vuonna 2008, kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus vuositasona

2) = 6,0 merkintää/asiakkaat vuonna 2008, kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus vuositasona

TAULUKKO 8: Yleisimmät yksittäiset 75–84 -vuotiaiden vastaanotolla käyntien syyt Virtain terveyskeskuksessa vuonna 2008.

Koodi-tunnus	Selite	Merkinnät	% merkinnöistä	Asiakkaat	Merkinnät/asiakas	% v. 2008 asiakkaista ⁽¹⁾
K78	ETEISVÄRINÄ/ETEISLEPATUS	719	16,0	70	10,3	10,0
A97	EI SAIRAUTTA	490	10,9	353	1,4	50,4
K86	KOMPLISOITUMATON VERENPAINETAUTI	430	9,6	163	2,6	23,3
T90	DIABETES	305	6,8	108	2,8	15,4
K85	KOHONNUT VERENPAIN (PL K86-87)	174	3,9	103	1,7	14,7
S18	REPEÄMÄ/VIIILTO	115	2,6	59	1,9	8,4
K93	KEUHKOEMBOLIA	70	1,6	8	8,8	1,1
K94	TROMBOFLEBIITTI	70	1,6	8	8,8	1,1
Y77	ETURAUHASEN PAHANLAATUINEN KASVAIN	69	1,5	23	3,0	3,3
K90	AIVOHALVAUS / AIVOVERENKIERRON HÄIRIÖ	63	1,4	8	7,9	1,1
R02	HENGENAHDISTUS / DYSYPNEA	63	1,4	40	1,6	5,7
A04	YLEINEN HEIKKOUS/VÄSYMYS/ HUONO-VOINTISUUS	59	1,3	51	1,2	7,3
	MUUT SYYT	1875	41,6	–	–	–
	Yhteensä	4502	100,0	⁽¹⁾	⁽²⁾	–

¹⁾ = 694 asiakasta vuonna 2008, kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus vuositasona

²⁾ = 6,5 merkintää/asiakkaat vuonna 2008, kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus vuositasona

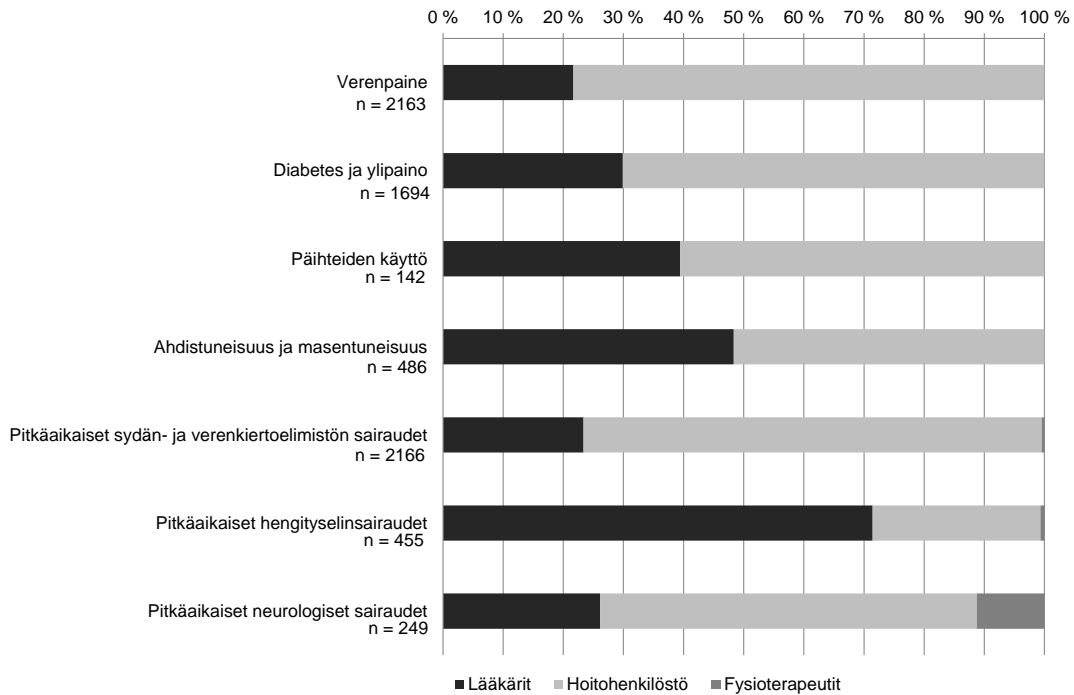
TAULUKKO 9: Yleisimmät yksittäiset 85-vuotiaiden ja sitä vanhempien vastaanotolla käyntien syyt Virtain terveyskeskuksessa vuonna 2008.

Koodi-tunnus	Selite	Merkinnät	% merkinnöistä	Asiakkaat	Merkinnät/asiakkaat	% v. 2008 asiakkaista ⁽¹⁾
K78	ETEISVÄRINÄ/ETEISLEPATUS	80	8,7	10	8,0	4,7
A97	EI SAIRAUTTA	59	6,4	47	1,3	22,3
S18	REPEÄMÄ/VIIILTO	36	3,9	12	3,0	5,7
A04	YLEINEN HEIKKOUS/VÄSYMYS/HUONO-VOINTISUUS	35	3,8	29	1,2	13,7
K86	KOMPLISOITUMATON VERENPAINETAUTI	33	3,6	16	2,1	7,6
Y77	ETURAUHASEN PAHANLAATUINEN KASVAIN	30	3,3	6	5,0	2,8
K90	AIVOHALVAUS / AIVOVERENKIERRON HÄIRIÖ	*)	*)	*)	9,0	*)
L13	LONKAN OIREET/VAIVAT	23	2,5	16	1,4	7,6
T90	DIABETES	23	2,5	11	2,1	5,2
N17	HUIMAUS (PL.H82)	22	2,4	16	1,4	7,6
K85	KOHONNUT VERENPAIN (PL K86-87)	19	2,1	12	1,6	5,7
L15	POLVEN OIREET/VAIVAT	18	2,0	9	2,0	4,3
	MUUT SYYT	517	56,1	–	–	–
	Yhteensä	922	100,0	⁽¹⁾	⁽²⁾	–

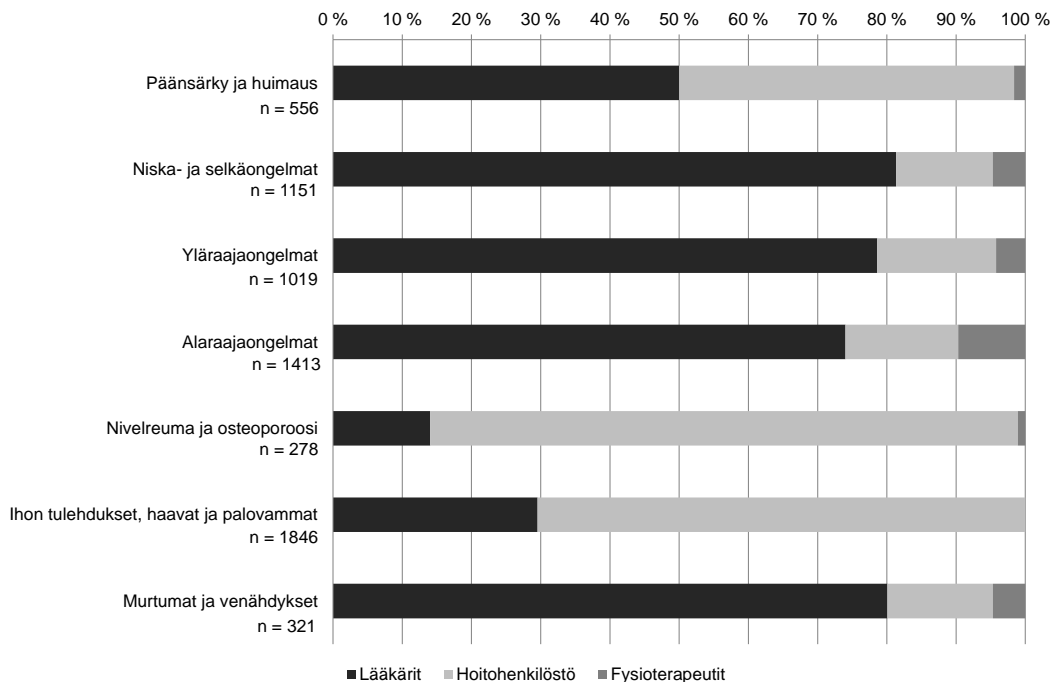
*) Tietoja ei ole raportoitu niiltä osin kuin asiakkaiden lukumäärä on ollut ≤ 5.

1) = 208 asiakasta vuonna 2008, kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus vuositasona

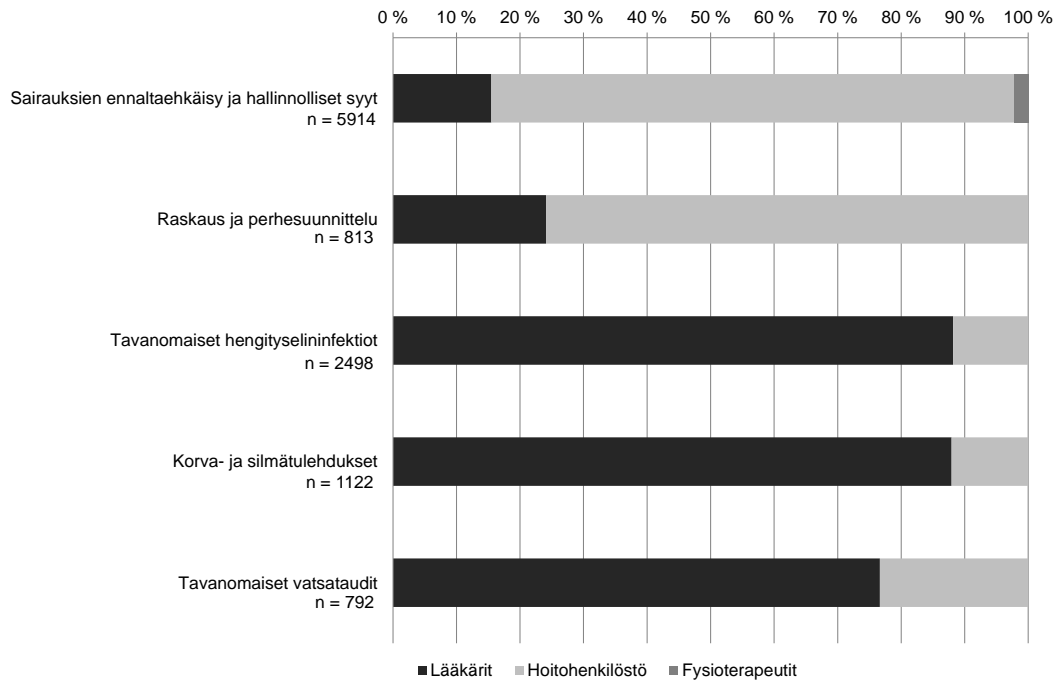
2) = 4,8 merkintää/asiakkaat vuonna 2008, kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus vuositasona



KUVA 2: Ammattiryhmien välinen työnjako eräiden pitkäaikaissairauksien hoidossa (% kuhunkin käyntisyryhmään liittyvien merkintöjen määrästä) Virtain terveyskeskuksessa vuonna 2008.



KUVA 3: Ammattiryhmien välinen työnjako keskeisimpien tuki- ja liikuntaelimestön ongelmien sekä eräiden muiden terveysongelmien hoidossa (% kuhunkin käyntisyryhmään liittyvien merkintöjen määrästä) Virtain terveyskeskuksessa vuonna 2008.



KUVA 4: Ammattiryhmien välinen työnjako tavanomaisimpien infektioiden sekä eräiden muiden palveluiden tarvetta aiheuttavien syiden/tilojen hoidossa (% kuhunkin käyntisyryhmään liittyvien merkintöjen määrästä) Virtain terveyskeskuksessa vuonna 2008.

Liite 4. Käyntisyyerittelyt terveyskeskuksittain / Nokian terveyskeskus

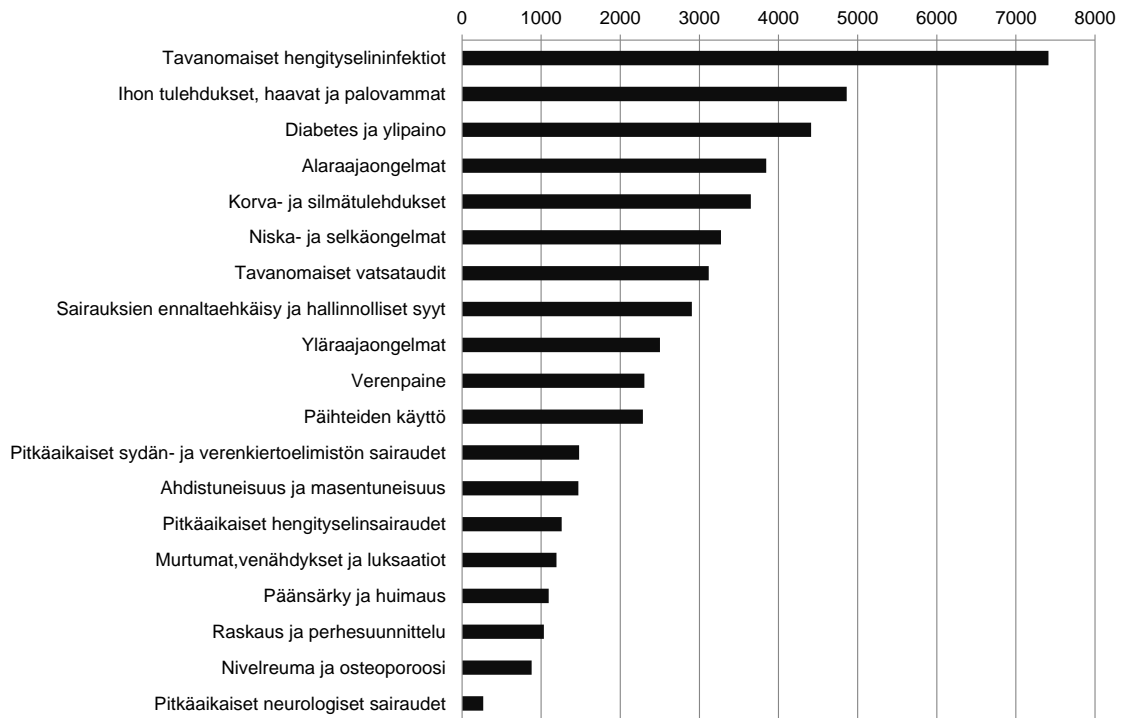
Kuvat

- Kuva 1: Keskeisimmät käyntisyyryhmät (% kaikista käyntisivistä) Nokian terveyskeskuksen vastaanotoilla (mukaan lukien lääkäri-, sairaanhoitaja- ja fysioterapiavastaanotot) vuonna 2008..... 1
- Kuva 2: Ammattiryhmien välinen työnjako eräiden pitkäaikaissairauksien hoidossa (% kuhunkin käyntisyyryhmään liittyvien merkintöjen määrästä) Nokian terveyskeskuksessa vuonna 2008 6
- Kuva 3: Ammattiryhmien välinen työnjako keskeisimpien tuki- ja liikuntaelimestön ongelmien sekä eräiden muiden terveysongelmien hoidossa (% kuhunkin käyntisyyryhmään liittyvien merkintöjen määrästä) Nokian terveyskeskuksessa vuonna 2008 6
- Kuva 4: Ammattiryhmien välinen työnjako tavanomaisimpien infektioiden sekä eräiden muiden palveluiden tarvetta aiheuttavien syiden/tilojen hoidossa (% kuhunkin käyntisyyryhmään liittyvien merkintöjen määrästä) Nokian terveyskeskuksessa vuonna 2008 7

Taulukot

- Taulukko 1: Yleisimmät yksittäiset lääkärivastaanotoilla asiointin syyt (ns. pääkäyntisyyt) Nokian terveyskeskuksessa vuonna 2008 1
- Taulukko 2: Yleisimmät yksittäiset sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien vastaanotoilla asiointin syyt (ns. pääkäyntisyyt) Nokian terveyskeskuksessa vuonna 2008 2
- Taulukko 3: Yleisimmät yksittäiset fysioterapian vastaanotoilla asiointin syyt (ns. pääkäyntisyyt) Nokian terveyskeskuksessa vuonna 2008. 2
- Taulukko 4: Yleisimmät yksittäiset alle 7-vuotiaiden vastaanotolla käyntien syyt Nokian terveyskeskuksessa vuonna 2008..... 3
- Taulukko 5: Yleisimmät yksittäiset 7–14 -vuotiaiden vastaanotolla käyntien syyt Nokian terveyskeskuksessa vuonna 2008..... 3
- Taulukko 6: Yleisimmät yksittäiset 15–64 -vuotiaiden vastaanotolla käyntien syyt Nokian terveyskeskuksessa vuonna 2008..... 4

Taulukko 7: Yleisimmät yksittäiset 65–74 -vuotiaiden vastaanotolla käyntien syyt Nokian terveyskeskuksessa vuonna 2008.....	4
Taulukko 8: Yleisimmät yksittäiset 75–84 -vuotiaiden vastaanotolla käyntien syyt Nokian terveyskeskuksessa vuonna 2008.....	5
Taulukko 9: Yleisimmät yksittäiset 85-vuotiaiden ja sitä vanhempien vastaanotolla käyntien syyt Nokian terveyskeskuksessa vuonna 2008	5



KUVA 1: Keskeisimmät käyntisyiryhmät (72 % kaikista käyntisyistä) Nokian terveyskeskuksen vastaanotoilla (mukaan lukien lääkäri-, sairaanhoitaja- ja fysioterapiavastaanotot) vuonna 2008

TAULUKKO 1: Yleisimmät yksittäiset lääkärivastaanotoilla käyntien syyt (=pääkäyntisyöt) Nokian terveyskeskuksessa vuonna 2008.

Koodi-tunnus	Selite	Merkinnät	% merkinnöistä	Asiakkaat	Merkinnät/asiakkaat
R74	YLÄHENGYSTEIDEN TULEHDUS	3162	6,5	2510	1,3
A97	EI SAIRAUTTA	2587	5,3	2149	1,2
H71	MYRINGIITTI / ÄKILLINEN VÄLIKORVATULEHDUS	1636	3,4	1053	1,6
L02	SELKÄOIREET/VAIVAT	1437	3,0	986	1,5
T90	DIABETES	1330	2,7	730	1,8
R05	YSKÄ	1014	2,1	865	1,2
L15	POLVEN OIREET/VAIVAT	963	2,0	669	1,4
D01	YLEISET VATSAKIVUT	718	1,5	591	1,2
K86	KOMPLISOITUMATON VERENPAINETAUTI	691	1,4	534	1,3
H01	KORVAN KIPU/SÄRKY	689	1,4	545	1,3
A03	KUUME	681	1,4	569	1,2
D11	RIPULI	647	1,3	552	1,2
	Muut syyt	33027	68,0	-	-
	Yhteensä	48582	100,0	⁽¹⁾	⁽²⁾

1) = 17 326 asiakasta vuonna 2008, kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus vuositasona

2) = 2,8 merkintää/asiakas vuonna 2008, kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus vuositasona.

TAULUKKO 2: Yleisimmät yksittäiset sairaanhoitajavastaanotoilla käyntien syyt (=pääkäyntisyyt) Nokian terveyskeskuksessa vuonna 2008.

Koodi-tunnus	Selite	Merkinnät	% merkinnöistä	Asiakkaat	Merkinnät/ asiakkaat
T90	DIABETES	2720	15,3	1121	2,4
S18	REPEÄMÄ/VIIILTO	2078	11,7	1418	1,5
R74	YLÄHENGITYSTEIDEN TULEHDUS	883	5,0	683	1,3
P19	HUUMEIDEN KÄYTTÖ	734	4,1	14	52,4
K85	KOHONNUT VERENPAIN (PL K86-87)	716	4,0	402	1,8
L88	REUMAATTINEN NIVELTULEHDUS/VASTAAVAT TILAT	654	3,7	114	5,7
S97	KROONINEN IHOHAAVA/SÄÄRIHAAVA	588	3,3	66	8,9
H81	VAHATULPPA	448	2,5	348	1,3
A03	KUUME	400	2,3	323	1,2
B81	PERNISIOÖSI ANEMIA/ FOLAATINPUUTEANEMIA	389	2,2	100	3,9
K86	KOMPLISOITUMATON VERENPAINETAUTI	362	2,0	160	2,3
P15	JATKUVA/KROONINEN ALKOHOLIN VÄÄRINKÄYTTÖ	360	2,0	61	5,9
	Muut syyt	7399	41,7	-	-
	Yhteensä	17731	100,0	(1)	(2)

1) = 6512 asiakasta vuonna 2008, kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus vuositasona

2) = 2,7 merkintää/asiakas vuonna 2008, kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus vuositasona

TAULUKKO 3: Yleisimmät yksittäiset fysioterapian vastaanotoilla käyntien syyt (=pääkäyntisyyt) Nokian terveyskeskuksessa vuonna 2008.

Koodi-tunnus	Selite	Merkinnät	% merkinnöistä	Asiakkaat	Merkinnät/ asiakkaat
L92	OLKAPÄÄN KIPUTILAT	463	21,9	108	4,3
L90	POLVEN KULUMA	389	18,4	156	2,5
L89	LONKAN KULUMA	125	5,9	81	1,5
L86	LANNERANGAN VÄLILEVYN VAURIO/ SÄTEILYOIREET	99	4,7	57	1,7
L02	SELKÄOIREET/VAIVAT	95	4,5	68	1,4
L80	SIJOILTAANMENO	78	3,7	21	3,7
L83	KAULARANGAN OIREET	65	3,1	37	1,8
L96	AKUUTTI POLVEN NIVELKIERUKAN VAMMA	52	2,5	16	3,3
L15	POLVEN OIREET/VAIVAT	50	2,4	35	1,4
L17	JALKATERÄN & VARPAIDEN OIREET/VAIVAT	47	2,2	37	1,3
N29	MUU HERMOSTOON LIITTYVÄ OIRE/VAIVA	46	2,2	25	1,8
L08	OLKAPÄÄN OIREET/VAIVAT	38	1,8	31	1,2
	Muut syyt	563	26,7	-	-
	Yhteensä	2110	100,0	(1)	(2)

1) = 914 asiakasta vuonna 2008, kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus vuositasona

2) = 2,3 merkintää/asiakas vuonna 2008, kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus vuositasona.

TAULUKKO 4: Yleisimmät yksittäiset alle 7-vuotiaiden käyntisytyt Nokian terveyskeskuksessa vuonna 2008.

Koodi-tunnus	Selite	Merkinnät	% merkinnöistä	Asiakkaat	Merkinnät/ asiakkaat	% v. 2008 asiakkaista
H71	MYRINGIITTI / ÄKILLINEN VÄLIKORVA-TULEHDUS	1221	17,8	697	1,8	30,0
A97	EI SAIRAUTTA	1167	17,0	859	1,4	36,9
R74	YLÄHENGITYSTEIDEN TULEHDUS	951	13,9	670	1,4	28,8
H01	KORVAN KIPU/SÄRKY	369	5,4	267	1,4	11,5
A03	KUUME	301	4,4	249	1,2	10,7
F70	TARTTUVA SIDEKALVONTULEHDUS /KONJUNKTIIVIITTI	272	4,0	240	1,1	10,3
R05	YSKÄ	261	3,8	215	1,2	9,2
D11	RIPULI	121	1,8	107	1,1	4,6
S18	REPEÄMÄ/VIILTO	93	1,4	71	1,3	3,1
R78	AKUUTTI KEUHKOPUTKEN TULEHDUS BRONKIITTI/BRONKIOLIITTI	76	1,1	65	1,2	2,8
R02	HENGENAHDISTUS / DYSYPNEA	63	0,9	53	1,2	2,3
D10	OKSENTELU (PL D14 & W06)	58	0,8	53	1,1	2,3
	Muut syyt	1892	27,6	-	-	-
	Yhteensä	6845	100,0	⁽¹⁾	⁽²⁾	-

1) = 2327 asiakasta vuonna 2008, kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus vuositasona

2) = 2,9 merkintää/asiakkaat vuonna 2008, kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus vuositasona

TAULUKKO 5: Yleisimmät yksittäiset 7–14-vuotiaiden käyntisytyt Nokian terveyskeskuksessa vuonna 2008.

Koodi-tunnus	Selite	Merkinnät	% merkinnöistä	Asiakkaat	Merkinnät/ asiakkaat	% v. 2008 asiakkaista
R74	YLÄHENGITYSTEIDEN TULEHDUS	330	9,7	282	1,2	17,2
H71	MYRINGIITTI / ÄKILLINEN VÄLIKORVATULEHDUS	237	7,0	196	1,2	11,9
A97	EI SAIRAUTTA	147	4,3	145	1,0	8,8
S18	REPEÄMÄ/VIILTO	135	4,0	99	1,4	6,0
H01	KORVAN KIPU/SÄRKY	116	3,4	96	1,2	5,8
R05	YSKÄ	106	3,1	95	1,1	5,8
L17	JALKATERÄN & VARPAIDEN OIREET/VAIVAT	105	3,1	95	1,1	5,8
L81	MUU TUKI- JA LIIKUNTAELINTEN VAMMA	95	2,8	91	1,0	5,5
A03	KUUME	77	2,3	70	1,1	4,3
R21	KURKUN/NIELUN OIRE / VAIVA	72	2,1	70	1,0	4,3
F70	TARTTUVA SIDEKALVONTULEHDUS / KONJUNKTIIVIITTI	70	2,1	68	1,0	4,1
R76	AKUUTTI TONSILLIITTI/NIELURISOJEN TULEHDUS	60	1,8	58	1,0	3,5
	Muut syyt	1853	54,5	-	-	-
	Yhteensä	3403	100,0	⁽¹⁾	⁽²⁾	-

1) = 1642 asiakasta vuonna 2008, kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus vuositasona

2) = 2,1 merkintää/asiakkaat vuonna 2008, kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus vuositasona

TAULUKKO 6: Yleisimmät, yksittäiset 15–64-vuotiaiden käyntisyöt Nokian terveyskeskuksessa vuonna 2008.

Koodi-tunnus	Selite	Merkinnät	% merkinnöistä	Asiakkaat	Merkinnät/asiakkaat	% v. 2008 asiakkaista
R74	YLÄHENGITYSTEIDEN TULEHDUS	2563	6,7	1870	1,4	16,9
S18	REPEÄMÄ/VIILTO	1667	4,4	1156	1,4	10,5
A97	EI SAIRAUTTA	1236	3,2	1090	1,1	9,9
L02	SELKÄOIREET/VAIVAT	1224	3,2	798	1,5	7,2
P19	HUUMEIDEN KÄYTTÖ	706	1,9	25	28,2	0,2
T90	DIABETES	680	1,8	354	1,9	3,2
L15	POLVEN OIREET/VAIVAT	670	1,8	450	1,5	4,1
D11	RIPULI	663	1,7	562	1,2	5,1
A03	KUUME	601	1,6	482	1,2	4,4
P15	JATKUVA/KROONINEN ALKOHOLIN VÄÄRINKÄYTTÖ	594	1,6	172	3,5	1,6
L92	OLKAPÄÄN KIPUTILAT	590	1,6	215	2,7	1,9
W78	VARMENNETTU RASKAUS	586	1,5	346	1,7	3,1
	Muut syyt	26273	69,0	–	–	–
	Yhteensä	38053	100,0	(1)	(2)	–

1) = 11 052 asiakasta vuonna 2008, kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus vuositasona

2) = 3,4 merkintää/asiakkaat vuonna 2008, kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus vuositasona

TAULUKKO 7: Yleisimmät, yksittäiset 65–74-vuotiaiden käyntisyöt Nokian terveyskeskuksessa vuonna 2008.

Koodi-tunnus	Selite	Merkinnät	% merkinnöistä	Asiakkaat	Merkinnät/asiakkaat	% v. 2008 asiakkaista
T90	DIABETES	460	5,5	242	1,9	13,1
K86	KOMPLISOITUMATON VERENPAINETAUTI	342	4,1	206	1,7	11,1
K85	KOHONNUT VERENPAINI (PL K86-87)	324	3,9	189	1,7	10,2
S18	REPEÄMÄ/VIILTO	300	3,6	207	1,4	11,2
L88	REUMAATTINEN NIVELTULEHDUS/VASTAAVAT TILAT	212	2,5	45	4,7	2,4
A08	TURVOTUS (EI SIS. K07)	207	2,5	6	34,5	0,3
L15	POLVEN OIREET/VAIVAT	203	2,4	117	1,7	6,3
A97	EI SAIRAUTTA	175	2,1	161	1,1	8,7
L02	SELKÄOIREET/VAIVAT	173	2,1	112	1,5	6,0
L17	JALKATERÄN & VARPAIDEN OIREET/VAIVAT	169	2,0	93	1,8	5,0
S97	KROONINEN IHOHAAVA/SÄÄRIHAAVA	165	2,0	17	9,7	0,9
L90	POLVEN KULUMA	158	1,9	81	2,0	4,4
	Muut syyt	5512	65,6	–	–	–
	Yhteensä	8400	100,0	(1)	(2)	–

1) = 1854 asiakasta vuonna 2008, kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus vuositasona

2) = 4,5 merkintää/asiakkaat vuonna 2008, kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus vuositasona

TAULUKKO 8: Yleisimmät, yksittäiset 75–84-vuotiaiden käyntisyöt Nokian terveyskeskuksessa vuonna 2008.

Koodi-tunnus	Selite	Merkinnät	% merkinnöistä	Asiakkaat	Merkinnät/asiakkaat	% v. 2008 asiakkaista
T90	DIABETES	294	4,3	142	2,1	10,7
K85	KOHONNUT VERENPAIN (PL K86-87)	290	4,2	158	1,8	11,9
K86	KOMPLISOITUMATON VERENPAINETAUTI	280	4,1	159	1,8	12,0
S18	REPEÄMÄ/VIILTO	253	3,7	148	1,7	11,2
L88	REUMAATTINEN NIVELTULEHDUS/VASTAAVAT TILAT	173	2,5	24	7,2	1,8
A04	YLEINEN HEIKKOUS/VÄSYMYS/HUONO-VOINTISUUS	156	2,3	118	1,3	8,9
S97	KROONINEN IHOHAAVA/SÄÄRIHAAVA	155	2,2	14	11,1	1,1
R02	HENGENAHDISTUS / DYSPLNEA	129	1,9	91	1,4	6,9
L15	POLVEN OIREET/VAIVAT	128	1,9	86	1,5	6,5
L90	POLVEN KULUMA	128	1,9	82	1,6	6,2
B81	PERNISIÖÖSI ANEMIA / FOLAATINPUUTE-ANEMIA	127	1,8	34	3,7	2,6
K76	MUU/KROONINEN ISKEEMINEN SYDÄNSAIRAUS	123	1,8	90	1,4	6,8
	Muut syyt					
		4656	67,6	–	–	–
	Yhteensä	6892	100,0	(1)	(2)	–

1) = 1 325 asiakasta vuonna 2008, kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus vuositasona

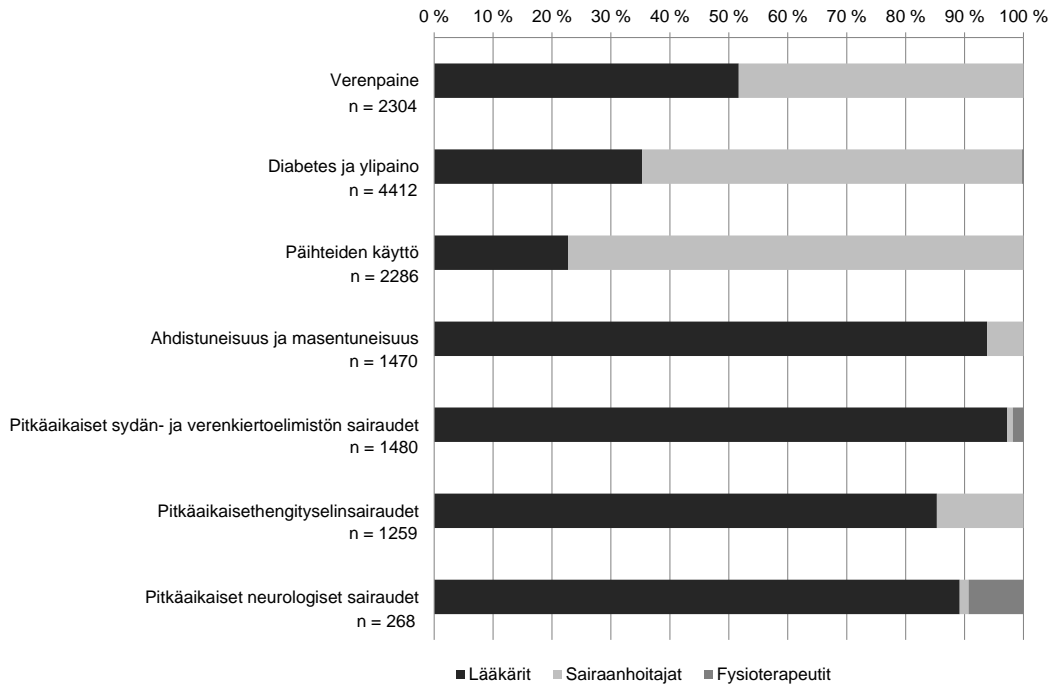
2) = 5,2 merkintää/asiakkaat vuonna 2008, kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus vuositasona

TAULUKKO 9: Yleisimmät, yksittäiset 85-vuotiaiden ja sitä vanhempien käyntisyöt Nokian terveyskeskuksessa vuonna 2008.

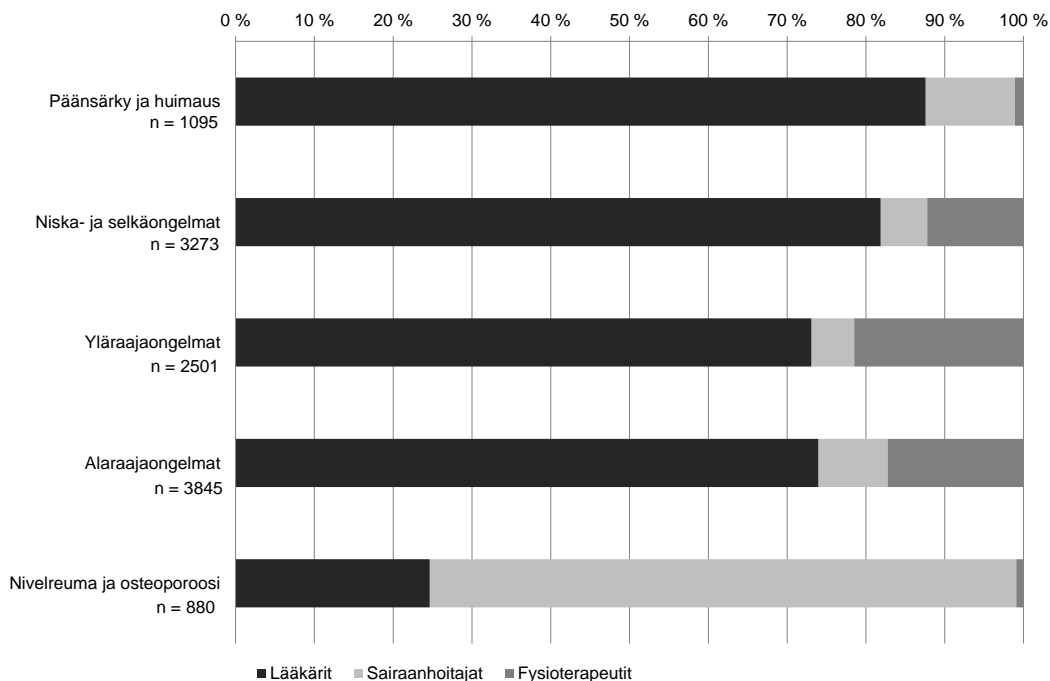
Koodi-tunnus	Selite	Merkinnät	% merkinnöistä	Asiakkaat	Merkinnät/asiakkaat	% v. 2008 asiakkaista
A04	YLEINEN HEIKKOUS/VÄSYMYS/HUONO-VOINTISUUS	69	4,5	57	1,2	14,7
L02	SELKÄOIREET/VAIVAT	54	3,5	33	1,6	8,5
S18	REPEÄMÄ/VIILTO	53	3,4	27	2,0	6,9
K86	KOMPLISOITUMATON VERENPAINETAUTI	52	3,4	30	1,7	7,7
T90	DIABETES	45	2,9	29	1,6	7,5
L13	LONKAN OIREET/VAIVAT	42	2,7	27	1,6	6,9
K76	MUU/KROONINEN ISKEEMINEN SYDÄNSAIRAUS	39	2,5	24	1,6	6,2
B81	PERNISIÖÖSI ANEMIA/ FOLAATINPUUTEANEMIA	36	2,3	9	4,0	2,3
R02	HENGENAHDISTUS / DYSPLNEA	36	2,3	28	1,3	7,2
N17	HUIMOUS (PL.H82)	32	2,1	22	1,5	5,7
K85	KOHONNUT VERENPAIN (PL K86-87)	31	2,0	18	1,7	4,6
K77	SYDÄMEN VAJAATOIMINTA	29	1,9	23	1,3	5,9
	Muut syyt	1031	66,6	–	–	–
	Yhteensä	1549	100,0	(1)	(2)	–

1) = 389 asiakasta vuonna 2008, kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus vuositasona

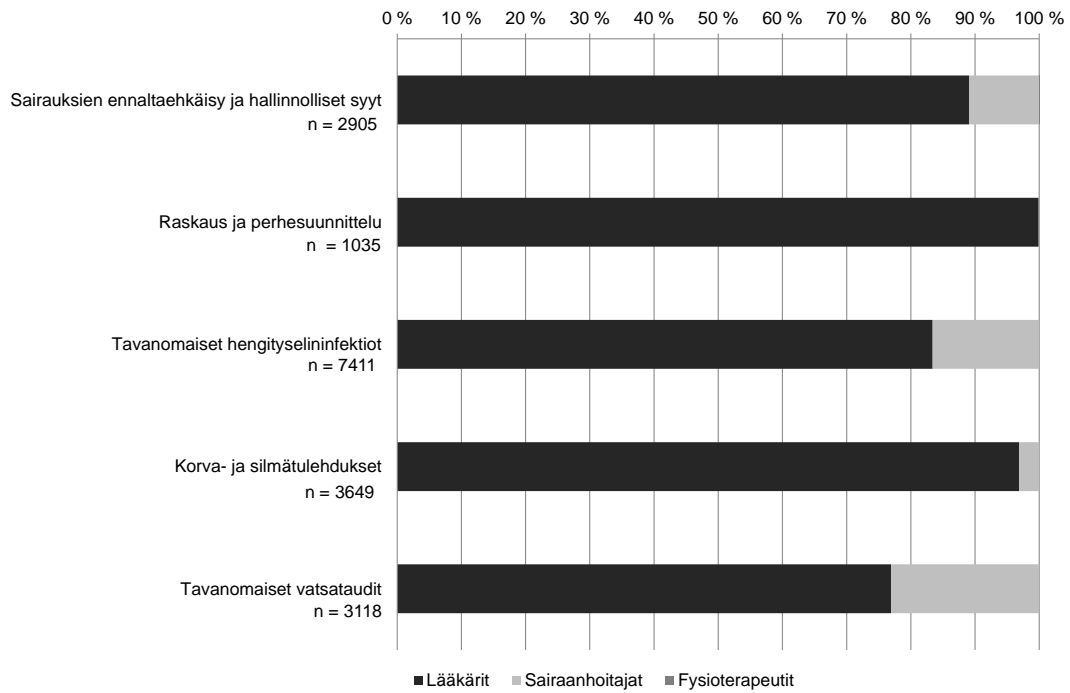
2) = 3,9 merkintää/asiakkaat vuonna 2008, kun yksi asiakas = yksi henkilötunnus vuositasona



KUVA 3: Ammattiryhmien välinen työnjako eräiden pitkäaikaissairauksien hoidossa (% kuhunkin käyntisyryryhmään liittyvien merkintöjen määrästä) Nokian terveystakeskuksesta vuonna 2008.



KUVA 3: Ammattiryhmien välinen työnjako keskeisimpien tuki- ja liikuntaelimestön ongelmien sekä eräiden muiden terveystakeskuksesta vuonna 2008.



KUVA 4: Ammattiryhmien välinen työnjako tavanomaisimpien infektioiden sekä eräiden muiden palveluiden tarvetta aiheuttavien syiden/tilojen hoidossa (% kuhunkin käyntisyryhmään liittyvien merkintöjen määrästä) Nokian terveyskeskuksessa vuonna 2008.

Liite 5. Käyntisyyerittelyt terveyskeskuksittain / Oriveden terveyskeskus

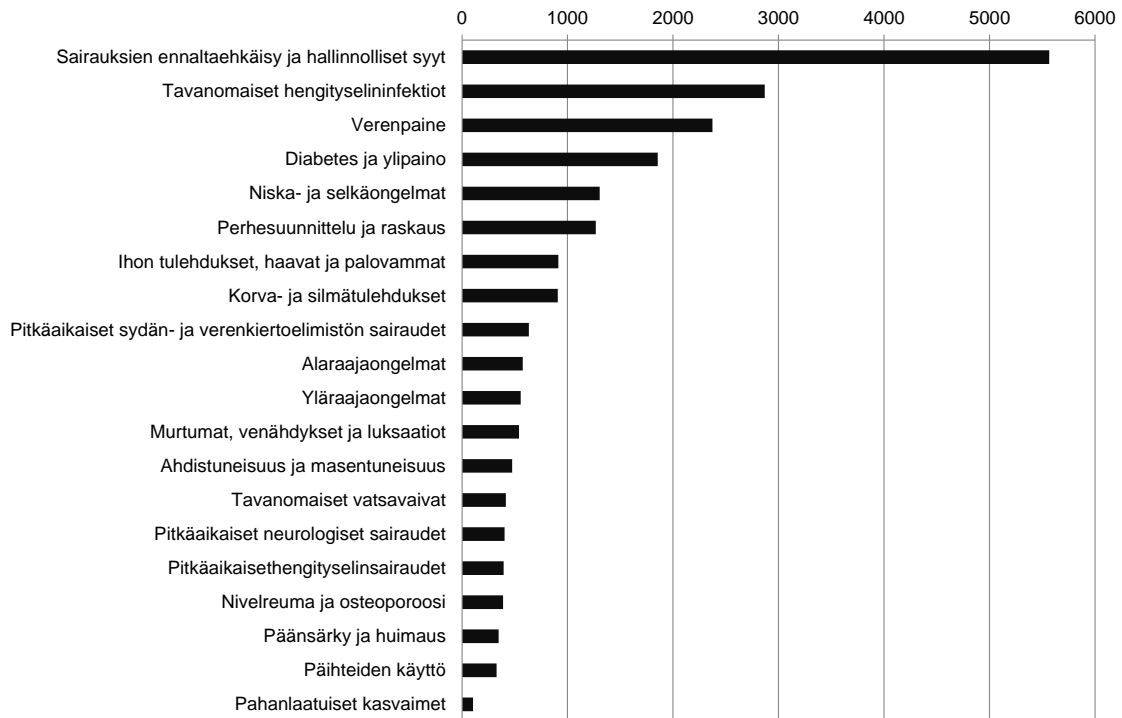
Kuvat

- Kuva 1: Keskeisimmät käyntisyyryhmät (75 % kaikista käyntisivistä) Oriveden terveyskeskuksen vastaanotoilla (mukaan lukien lääkäri-, sairaanhoitaja- ja terveydenhoitaja sekä fysioterapiavastaanotot) vuonna 2008..... 1
- Kuva 2: Ammattiryhmien välinen työnjako eräiden pitkäaikaissairauksien hoidossa (% kuhunkin käyntisyyryhmään liittyvien merkintöjen määrästä) Oriveden terveyskeskuksessa vuonna 2008 6
- Kuva 3: Ammattiryhmien välinen työnjako keskeisimpien tuki- ja liikuntaelimistön ongelmien sekä eräiden muiden terveysongelmien hoidossa (% kuhunkin käyntisyyryhmään liittyvien merkintöjen määrästä) Oriveden terveyskeskuksessa vuonna 2008 6
- Kuva 4: Ammattiryhmien välinen työnjako tavanomaisimpien infektioiden sekä eräiden muiden palveluiden tarvetta aiheuttavien syiden/tilojen hoidossa (% kuhunkin käyntisyyryhmään liittyvien merkintöjen määrästä) Oriveden terveyskeskuksessa vuonna 2008 7

Taulukot

- Taulukko 1: Yleisimmät yksittäiset lääkärivastaanotoilla asiointin syyt (ns. pääkäyntisyyt) Oriveden terveyskeskuksessa vuonna 2008..... 1
- Taulukko 2: Yleisimmät yksittäiset sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien vastaanotoilla asiointin syyt (ns. pääkäyntisyyt) Oriveden terveyskeskuksessa vuonna 2008 2
- Taulukko 3: Yleisimmät yksittäiset fysioterapian vastaanotoilla asiointin syyt (ns. pääkäyntisyyt) Oriveden terveyskeskuksessa vuonna 2008..... 2
- Taulukko 4: Yleisimmät yksittäiset alle 7-vuotiaiden vastaanotolla käyntien syyt Oriveden terveyskeskuksessa vuonna 2008 3
- Taulukko 5: Yleisimmät yksittäiset 7–14 -vuotiaiden vastaanotolla käyntien syyt Oriveden terveyskeskuksessa vuonna 2008 3
- Taulukko 6: Yleisimmät yksittäiset 15–64 -vuotiaiden vastaanotolla käyntien syyt Oriveden terveyskeskuksessa vuonna 2008 4

Taulukko 7: Yleisimmät yksittäiset 65–74 -vuotiaiden vastaanotolla käyntien syyt Oriveden terveyskeskuksessa vuonna 2008	4
Taulukko 8: Yleisimmät yksittäiset 75–84 -vuotiaiden vastaanotolla käyntien syyt Oriveden terveyskeskuksessa vuonna 2008	5
Taulukko 9: Yleisimmät yksittäiset 85-vuotiaiden ja sitä vanhempien vastaanotolla käyntien syyt Oriveden terveyskeskuksessa vuonna 2008.....	5



KUVA 1: Keskeisimmät käyntisyryhmät (75 % kaikista käyntisistä) Oriveden terveyskeskuksen vastaanotoilla (mukaan lukien lääkäri-, sairaanhoitaja- ja terveydenhoitaja sekä fysioterapia-vastaanotot) vuonna 2008

TAULUKKO 1: Yleisimmät yksittäiset lääkärivastaanotoilla käyntien syyt (=pääkäyntisyöt) Oriveden terveyskeskuksessa vuonna 2008.

Koodi-tunnus	Selite	Merkinnät	% merkinnöistä	Asiakkaat	Merkinnät/asiakkaat
R74	Ylähengitysteiden akuutti tulehdus	1575	8,4	1171	1,3
A97	Ei sairautta	983	5,3	909	1,1
R75	Nenän sivuontelotulehdus akuutti/krooninen	843	4,5	611	1,4
K86	Komplisoitumaton verenpainetauti	628	3,4	437	1,4
A98	Terveyden ylläpito / Sairauden ennaltaehkäisy	506	2,7	478	1,1
L03	Alaselän oire / vaiva	483	2,6	361	1,3
T90	Aikuistyyppin diabetes	453	2,4	360	1,3
H71	Akuutti välikorvatulehdus tai tärykalvotulehdus	444	2,4	275	1,6
S16	Ruhje	415	2,2	294	1,4
L87	Bursiitti, tendiniitti tai synoviitti, muu	409	2,2	334	1,2
L92	Olkapään oireyhtymä	318	1,7	193	1,6
D70	Ruoansulatuskanavan infektio	282	1,5	139	2,0
	Muut	11326	60,7	-	-
	Yhteensä	18665	100	⁽¹⁾	⁽²⁾

1) Tietoa ei saatavilla.

2) Tietoa ei saatavilla.

TAULUKKO 2: Yleisimmät yksittäiset sairaan- ja terveydenhoitajien vastaanotoilla käyntien syyt (=pääkäyntisyöt) Oriveden terveyskeskuksessa vuonna 2008.

Koodi-tunnus	Selite	Merkinnät	% merkinnöistä	Asiakkaat	Merkinnät/asiakkaat
A98	Terveysten ylläpito / Sairausten ennaltaehkäisy	3997	35,8	(1)	-
K86	Komplisoitumaton verenpainetauti	1182	10,6	(1)	-
T90	Aikuistyyppin diabetes	1072	9,6	(1)	-
W78	Raskaus	959	8,6	(1)	-
K85	Kohonnut verenpaine	524	4,7	(1)	-
S18	Repeämä/viiltohaava	260	2,3	(1)	-
L88	Reumaattinen / seropositiivinen niveltulehdus	186	1,7	(1)	-
T89	Nuoruustyyppin diabetes	140	1,3	(1)	-
S97	Krooninen ihohaavauma	136	1,2	(1)	-
K80	Rytmihäiriö, määrittämätön	135	1,2	(1)	-
B81	Anemia, B12-vitamiinin / folaatin puute	127	1,1	(1)	-
K07	Nilkkaturvotus	107	1,0	(1)	-
	Muut	2333	20,9	(1)	-
	Yhteensä	11158	100,0	(1)	(2)

1) Tietoa ei saatavilla.

2) Tietoa ei saatavilla.

TAULUKKO 3: Yleisimmät yksittäiset fysioterapian vastaanotoilla käyntien syyt (=pääkäyntisyöt) Oriveden terveyskeskuksessa vuonna 2008.

Koodi-tunnus	Selite	Merkinnät	% merkinnöistä	Asiakkaat	Merkinnät/asiakas
L92	OLKAPÄÄN OIREYHTYMÄ	231	11,8	47	4,9
N99	MUU HERMOSTON SAIRAUUS	156	8,0	10	15,6
K90	AIVOHALVAUS / AIVOVERENKIERRON HÄIRIÖN AIHEUTTAMA VAURIO	149	7,6	15	9,9
L03	ALASELÄN OIRE / VAIVA	143	7,3	60	2,4
L90	POLVEN NIVELRIKKO	127	6,9	48	2,8
L86	SELKÄSAIRAUUS JA SÄTEILYKIPU	98	5,0	14	7,0
L88	REUMAATTINEN / SEROPOSITIIVINEN NIVELTULEHDUS	96	4,9	16	6,0
L89	LONKAN NIVELRIKKO	81	4,2	34	2,4
L83	KAULARANKAOIREYHTYMÄ	78	4,0	26	3,0
N86	MULTIPPELISKLEROOSI	71	3,6	4	17,8
L01	NISKAN OIRE / VAIVA	56	2,9	16	3,5
N87	PARKINSONISMI	41	2,1	6	6,8
	Muut	678	31,8	-	-
	Yhteensä	1962	100,0	1)	2)

1) Tietoa ei saatavilla.

2) Tietoa ei saatavilla.

TAULUKKO 4: Yleisimmät yksittäiset alle 7-vuotiaiden vastaanotolla käyntien syyt Oriveden terveyskeskuksessa vuonna 2008Oriveden terveyskeskuksessa vuonna 2008.

Koodi-tunnus	Selite	Merkinnät	% merkinnöistä	Asiakkaat	Merkinnät/asiakkaat	% v. 2008 asiakkaista
A98	Terveiden ylläpito / Sairausten ennaltaehkäisy	1368	54,4	430	3,2	-
A97	Ei sairautta	286	11,4	232	1,2	-
R74	Ylähengitysteiden akuutti tulehdus	252	10,0	162	1,6	-
H71	Akuutti välikorvatulehdus tai tärykalvotulehdus	192	7,6	106	1,8	-
F70	Tarttuva sidekalvontulehdus	30	1,2	27	1,1	-
H72	Liimakorva / seroosi välikorvantulehdus	29	1,2	28	1,0	-
R78	Akuutti keuhkoputkentulehdus/bronkioliitti	29	1,2	21	1,4	-
D70	Ruoansulatuskanavan infektio	28	1,1	26	1,1	-
R96	Astma	21	0,8	9	2,3	-
A02	Vilunväristykset	19	0,8	15	1,3	-
R77	Akuutti kurkunpään tai henkitorven tulehdus	18	0,7	13	1,4	-
S87	Atooppinen ihottuma/ekseema	16	0,6	12	1,3	-
	MUUT SYYT	227	9,0	-	-	-
	Yhteensä	2515	100,0	(1)	(2)	-

1) Tietoa ei saatavilla.

2) Tietoa ei saatavilla.

TAULUKKO 5: Yleisimmät yksittäiset 7–14 -vuotiaiden vastaanotolla käyntien syyt Oriveden terveyskeskuksessa vuonna 2008.

Koodi-tunnus	Selite	Merkinnät	% merkinnöistä	Asiakkaat	Merkinnät/asiakkaat	% v. 2008 asiakkaista
A98	Terveiden ylläpito / Sairausten ennaltaehkäisy	765	34,9	543	1,4	-
R74	Ylähengitysteiden akuutti tulehdus	252	11,5	180	1,4	-
H71	Akuutti välikorvatulehdus tai tärykalvotulehdus	140	6,4	95	1,5	-
A97	Ei sairautta	131	6,0	128	1,0	-
S16	Ruhje	54	2,5	48	1,1	-
F70	Tarttuva sidekalvontulehdus	32	1,5	28	1,1	-
D70	Ruoansulatuskanavan infektio	28	1,3	27	1,0	-
T07	Painonnousu	28	1,3	23	1,2	-
L77	Nilkan nyrjähdys / venähdys	22	1,0	19	1,2	-
S18	Repeämä/viihtoava	21	1,0	18	1,2	-
S87	Atooppinen ihottuma/ekseema	21	1,0	6	3,5	-
H72	Liimakorva / seroosi välikorvantulehdus	19	0,9	15	1,3	-
	MUUT SYYT	682	31,1	-	-	-
	Yhteensä	2195	100,0	(1)	(2)	-

1) Tietoa ei saatavilla.

2) Tietoa ei saatavilla.

TAULUKKO 6: Yleisimmät yksittäiset 15–64 -vuotiaiden vastaanotolla käyntien syyt Oriveden terveyskeskuksessa vuonna 2008.

Koodi-tunnus	Selite	Merkinnät	% merkinnöistä	Asiakkaat	Merkinnät/ asiakkaat	% v. 2008 asiakkaista
A98	Terveysten ylläpito / Sairausten ennaltaehkäisy	1455	12,7	1061	1,4	-
W78	Raskaus	1144	10,0	151	7,6	-
R74	Ylähengitysteiden akuutti tulehdus	1036	9,1	777	1,3	-
R75	Nenän sivuontelotulehdus akuutti/krooninen	683	6,0	488	1,4	-
T90	Aikuistyyppin diabetes	522	4,6	155	3,4	-
K86	Komplisoitumaton verenpainetauti	489	4,3	226	2,2	-
A97	Ei sairautta	459	4,0	403	1,1	-
L03	Alaselän oire / vaiva	360	3,1	267	1,3	-
S16	Ruhje	291	2,5	222	1,3	-
L87	Bursiitti, tendiniitti tai synoviitti, muu	242	2,1	168	1,4	-
S18	Repeämä/viiltohaava	229	2,0	171	1,3	-
K85	Kohonnut verenpaine	220	1,9	100	2,2	-
	MUUT SYYT	4316	37,7	-	-	-
	Yhteensä	11446	100,0	⁽¹⁾	⁽²⁾	-

1) Tietoa ei saatavilla.

2) Tietoa ei saatavilla.

TAULUKKO 7: Yleisimmät yksittäiset 65–74 -vuotiaiden vastaanotolla käyntien syyt Oriveden terveyskeskuksessa vuonna 2008.

Koodi-tunnus	Selite	Merkinnät	% merkinnöistä	Asiakkaat	Merkinnät/ asiakkaat	% v. 2008 asiakkaista
K86	Komplisoitumaton verenpainetauti	556	12,0	232	2,4	-
T90	Aikuistyyppin diabetes	555	12,0	164	3,4	-
A98	Terveysten ylläpito / Sairausten ennaltaehkäisy	459	9,9	399	1,2	-
K85	Kohonnut verenpaine	169	3,7	84	2,0	-
K07	Nilkkaturvotus	116	2,5	9	12,9	-
L90	Polven nivelrikko	113	2,4	53	2,1	-
R75	Nenän sivuontelotulehdus akuutti/krooninen	95	2,1	73	1,3	-
A97	Ei sairautta	91	2,0	89	1,0	-
L92	Olkapään oireyhtymä	89	1,9	46	1,9	-
S97	Krooninen ihohaavauma	78	1,7	9	8,7	-
L87	Bursiitti, tendiniitti tai synoviitti, muu	72	1,6	48	1,5	-
S18	Repeämä/viiltohaava	70	1,5	44	1,6	-
	MUUT SYYT	2166	46,8	-	-	-
	Yhteensä	4629	100,0	⁽¹⁾	⁽²⁾	-

1) Tietoa ei saatavilla.

2) Tietoa ei saatavilla.

TAULUKKO 8: Yleisimmät yksittäiset 75–84 -vuotiaiden vastaanotolla käyntien syyt Oriveden terveyskeskuksessa vuonna 2008.

Koodi-tunnus	Selite	Merkinnät	% merkinnöistä	Asiakkaat	Merkinnät/asiakkaat	% v. 2008 asiakkaista
K86	Komplisoitumaton verenpainetauti	603	15,4	237	2,5	-
A98	Terveysten ylläpito / Sairausten ennaltaehkäisy	391	10,0	355	1,1	-
T90	Aikuistyyppin diabetes	357	9,1	134	2,7	-
K85	Kohonnut verenpaine	145	3,7	68	2,1	-
S18	Repeämä/viiltohaava	96	2,5	29	3,3	-
K76	Iskeeminen sydänsairaus ilman rintakipua	93	2,4	62	1,5	-
L87	Bursiitti, tendiniitti tai synoviitti, muu	83	2,1	45	1,8	-
L90	Polven nivelrikko	72	1,8	40	1,8	-
A97	Ei sairautta	71	1,8	67	1,1	-
B81	Anemia, B12-vitamiinin / folaatin puute	61	1,6	23	2,7	-
K80	Rytmihäiriö, määrittämätön	61	1,6	8	7,6	-
L03	Alaselän oire / vaiva	60	1,5	49	1,2	-
	MUUT SYYT	1820	46,5	-	-	-
	Yhteensä	3913	100,0	(1)	(2)	-

1) Tietoa ei saatavilla.

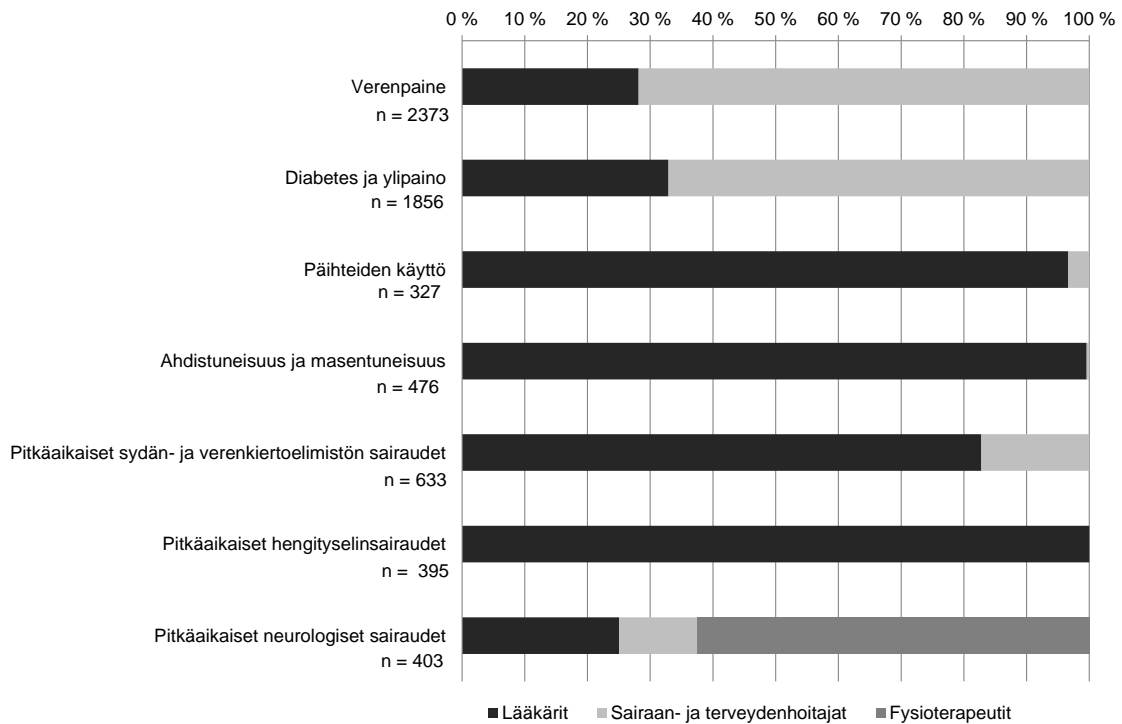
2) Tietoa ei saatavilla.

TAULUKKO 9: Yleisimmät yksittäiset 85-vuotiaiden ja sitä vanhempien vastaanotolla käyntien syyt Oriveden terveyskeskuksessa vuonna 2008.

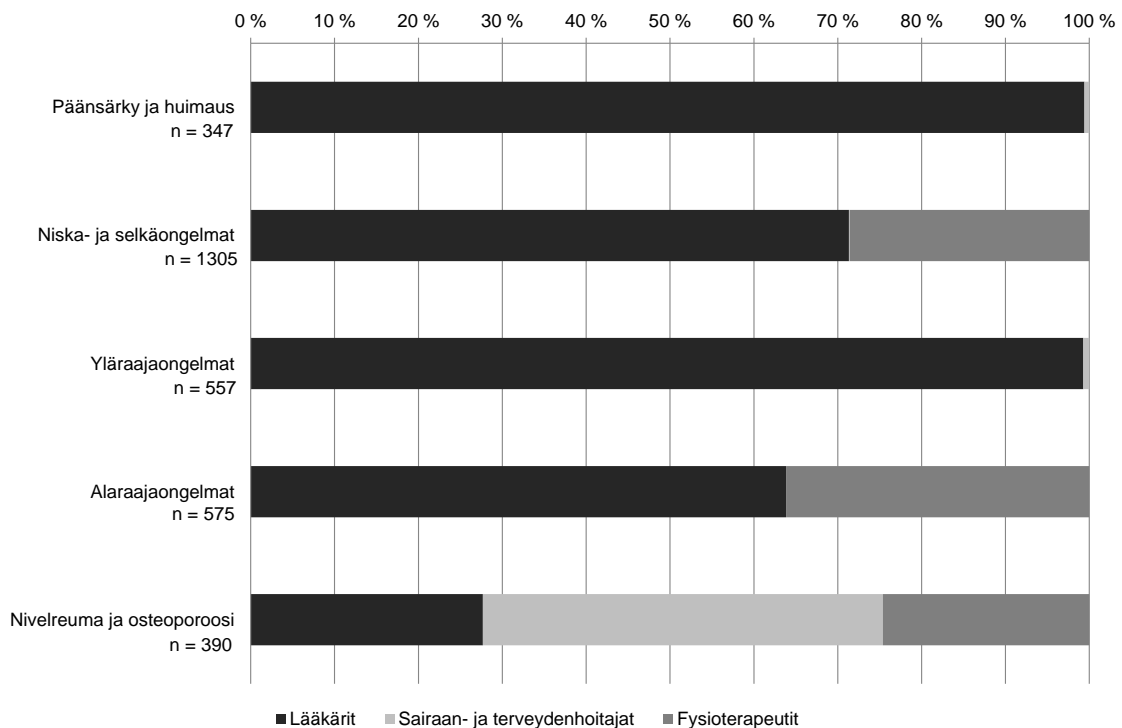
Koodi-tunnus	Selite	Merkinnät	% merkinnöistä	Asiakkaat	Merkinnät/asiakkaat	% v. 2008 asiakkaista
K86	Komplisoitumaton verenpainetauti	180	12,0	82	2,2	-
T90	Aikuistyyppin diabetes	91	6,1	37	2,5	-
A98	Terveysten ylläpito / Sairausten ennaltaehkäisy	67	4,5	60	1,1	-
K77	Sydämen vajaatoiminta	65	4,3	29	2,2	-
K76	Iskeeminen sydänsairaus ilman rintakipua	41	2,7	27	1,5	-
Y77	Eturauhasen pahanlaatuinen kasvain	39	2,6	7	5,6	-
K78	Eteisvärinä / eteislepatus	32	2,1	26	1,2	-
L90	Polven nivelrikko	30	2,0	13	2,3	-
K80	Rytmihäiriö, määrittämätön	29	1,9	6	4,8	-
P70	Dementia	28	1,9	18	1,6	-
U71	Virtsarakontulehdus/muu virtsatie-tulehdus	28	1,9	23	1,2	-
S18	Repeämä/viiltohaava	27	1,8	17	1,6	-
	MUUT SYYT	844	56,2	-	-	-
	Yhteensä	1501	100,0	(1)	(2)	-

1) Tietoa ei saatavilla.

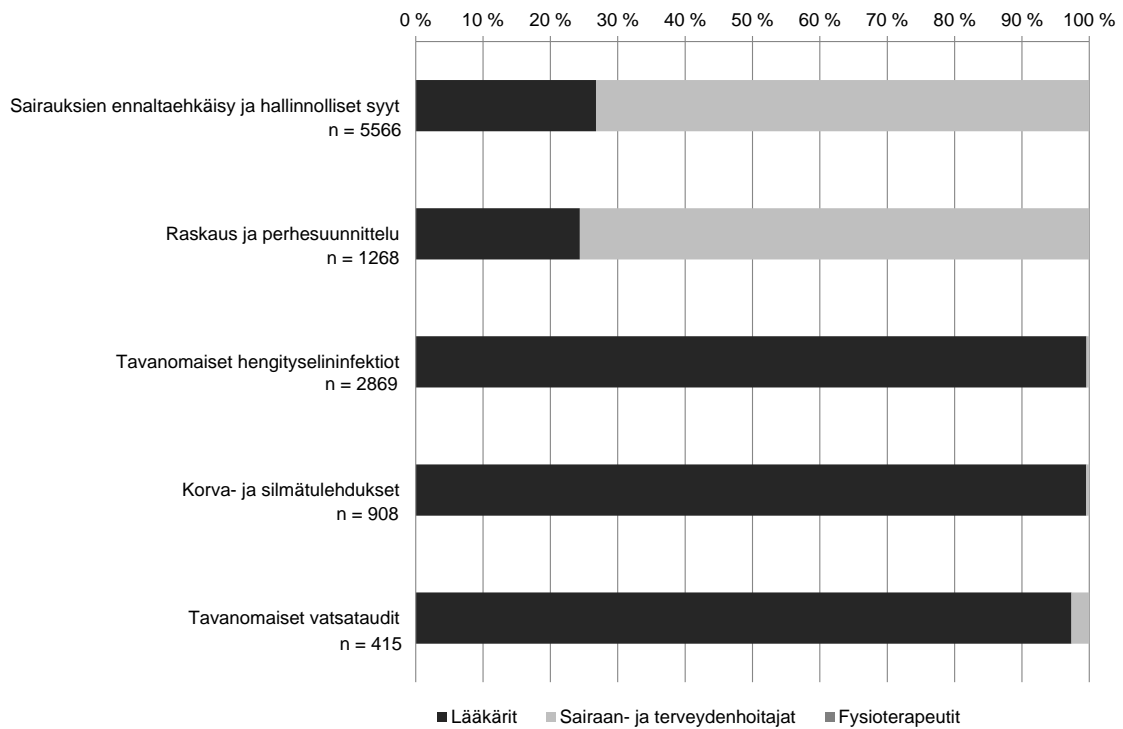
2) Tietoa ei saatavilla.



KUVA 2: Ammattiryhmien välinen työnjako eräiden pitkäaikaissairauksien hoidossa (% kuhunkin käyntisyryhmään liittyvien merkintöjen määrästä) Oriveden terveyskeskuksessa vuonna 2008.



KUVA 3: Ammattiryhmien välinen työnjako keskeisimpien tuki- ja liikuntaelimestön ongelmien sekä eräiden muiden terveysongelmien hoidossa (% kuhunkin käyntisyryhmään liittyvien merkintöjen määrästä) Oriveden terveyskeskuksessa vuonna 2008.



KUVA 4: Ammattiryhmien välinen työnjako tavanomaisimpien infektioiden sekä eräiden muiden palveluiden tarvetta aiheuttavien syiden/tilojen hoidossa (% kuhunkin käyntisyryhmään liittyvien merkintöjen määrästä) Oriveden terveystalossa vuonna 2008.

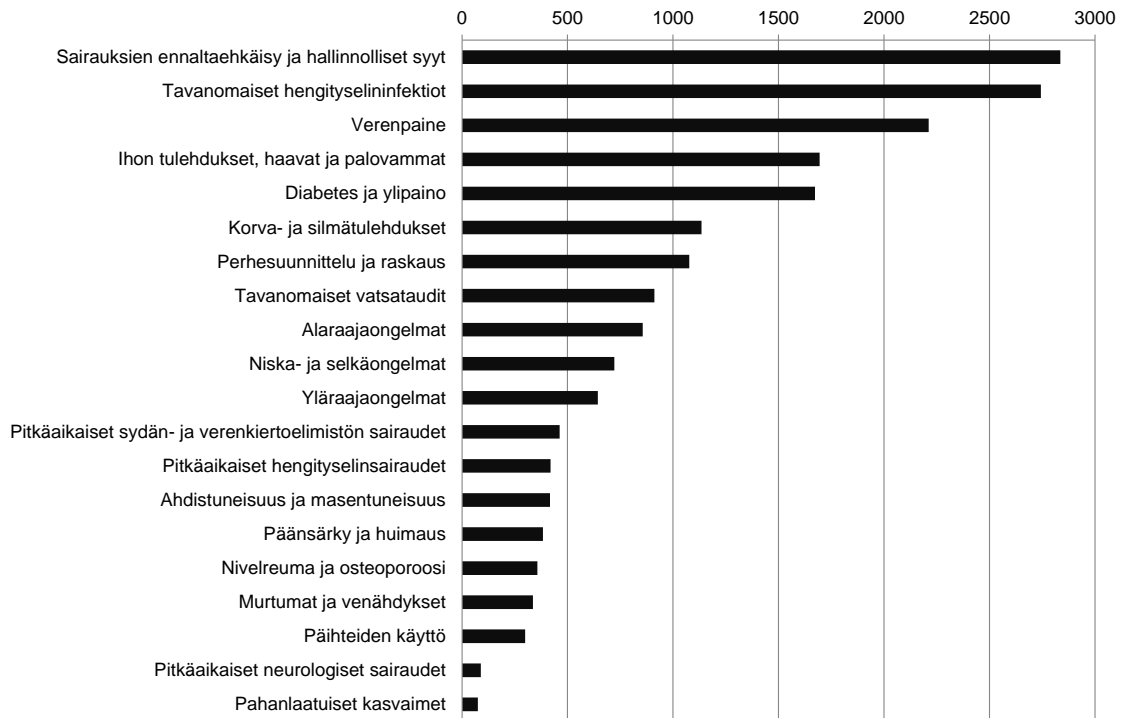
Liite 6. Käyntisyyrittelyt terveyskeskuksittain / Pirkkalan terveyskeskus

Kuvat

- Kuva 1: Keskeisimmät käyntisyyryhmät (% kaikista käyntisivistä) Pirkkalan terveyskeskuksen vastaanotoilla (mukaan lukien lääkäri-, sairaanhoitaja- (ja terveydenhoitaja) vastaanotot) vuonna 2008..... 1
- Kuva 2: Ammattiryhmien välinen työnjako eräiden pitkäaikaissairauksien hoidossa (% kuhunkin käyntisyyryhmään liittyvien merkintöjen määrästä) Pirkkalan terveyskeskuksessa vuonna 2008 2
- Kuva 3: Ammattiryhmien välinen työnjako keskeisimpien tuki- ja liikuntaelimestön ongelmien sekä eräiden muiden terveysongelmien hoidossa (% kuhunkin käyntisyyryhmään liittyvien merkintöjen määrästä) Pirkkalan terveyskeskuksessa vuonna 2008 3
- Kuva 4: Ammattiryhmien välinen työnjako tavanomaisimpien infektioiden sekä eräiden muiden palveluiden tarvetta aiheuttavien syiden/tilojen hoidossa (% kuhunkin käyntisyyryhmään liittyvien merkintöjen määrästä) Pirkkalan terveyskeskuksessa vuonna 2008 3

Taulukot

- Taulukko 1: Yleisimmät yksittäiset lääkärivastaanotoilla asioinnin syyt (ns. pääkäyntisyyt) Pirkkalan terveyskeskuksessa vuonna 2008..... 1
- Taulukko 2: Yleisimmät yksittäiset sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien vastaanotoilla asioinnin syyt (ns. pääkäyntisyyt) Pirkkalan terveyskeskuksessa vuonna 2008 2



KUVA 1: Keskeisimmät käyntisyryhmät (71 % kaikista käyntisyistä) Pirkkalan terveyskeskuksen vastaanotoilla (mukaan lukien lääkäri- ja sairaanhoitaja-/terveydenhoitajavastaanotot) vuonna 2008.

TAULUKKO 1: Yleisimmät yksittäiset lääkärivastaanotoilla käyntien syyt (=pääkäyntisyöt) Pirkkalan terveyskeskuksessa vuonna 2008.

Koodi-tunnus	Selite	Merkinnät	% merkinnöistä	Asiakkaat	Merkinnät/asiakkaat
R74	Ylihengitysteiden akuutti tulehdus	948	6,5	822	1,2
W78	Raskaus	663	4,6	303	2,2
H71	Akuutti välikorvatulehdus tai tärykalvotulehdus	474	3,3	373	1,3
A97	Ei sairautta	414	2,8	411	1,0
R75	Nenän sivuontelotulehdus akuutti/krooninen	344	2,4	292	1,2
K86	Komplisoitumaton verenpainetauti	306	2,1	234	1,3
A98	Terveyden ylläpito / Sairauden ennaltaehkäisy	294	2,0	292	1,0
R05	Yskä	284	2,0	242	1,2
L03	Alaselän oire / vaiva	247	1,7	184	1,3
F70	Tarttuva sidekalvontulehdus	231	1,6	213	1,1
W12	Raskaudenehkäisy, kohdunsisäinen	219	1,5	192	1,1
T90	Aikuistyyppin diabetes	212	1,5	158	1,3
	Muut syyt	9915	88,2	-	-
	Yhteensä	14551	100,0	⁽¹⁾	⁽²⁾

1) Tietoa ei saatavilla.

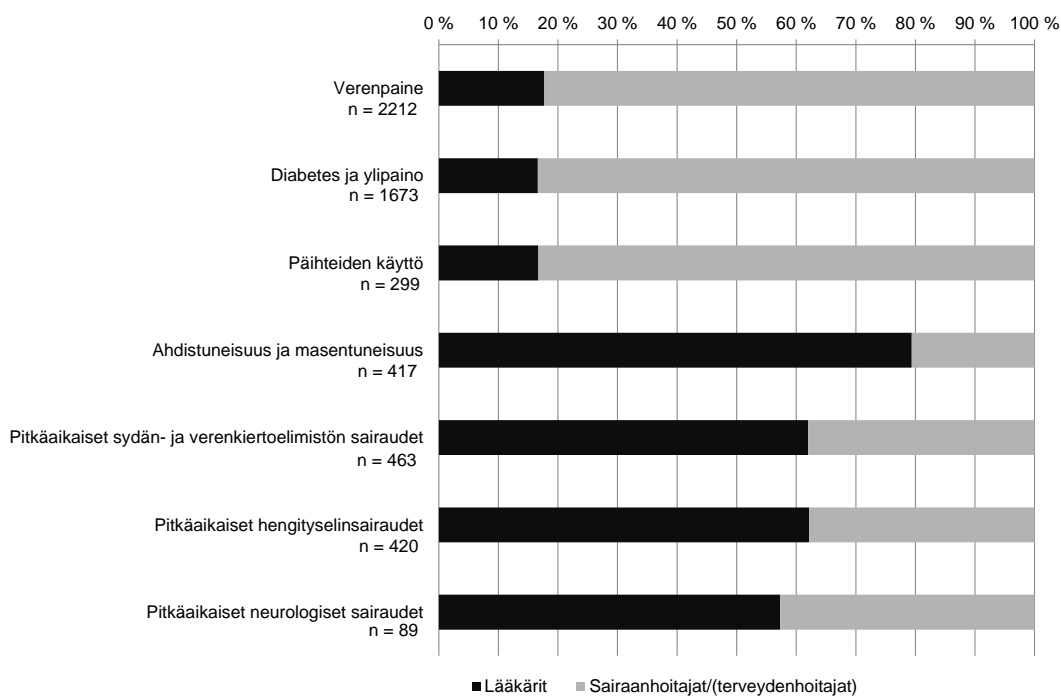
2) Tietoa ei saatavilla.

TAULUKKO 2: Yleisimmät yksittäiset sairaan- ja terveydenhoitajien vastaanotoilla käyntien syyt (=pääkäyntisyys) Pirkkalan terveyskeskuksessa vuonna 2008.

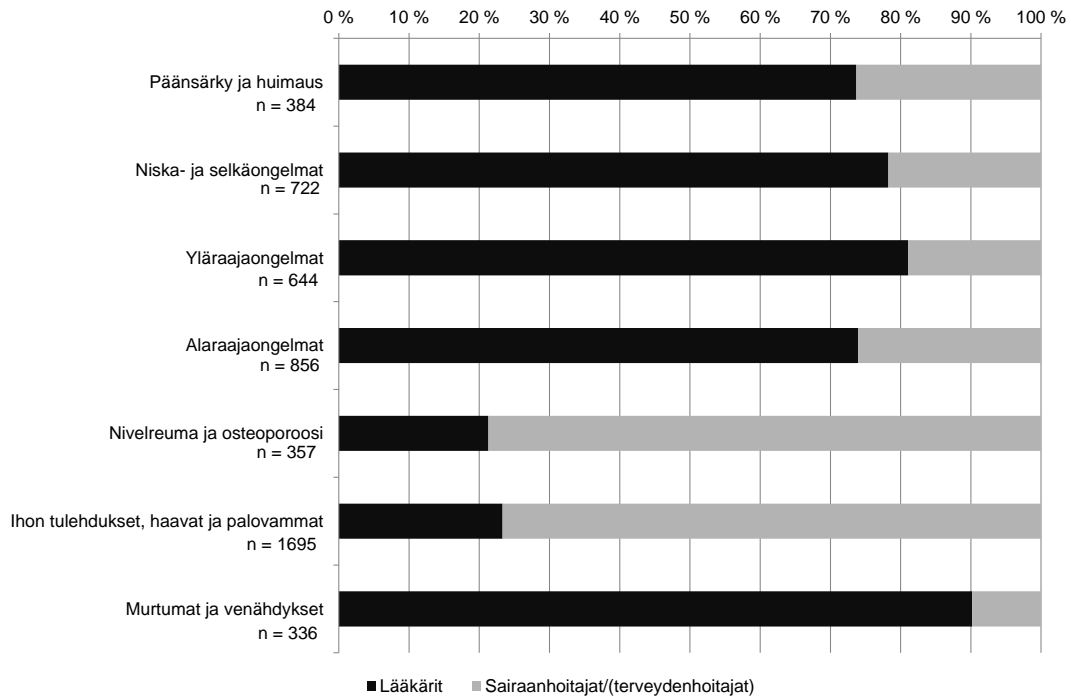
Koodi-tunnus	Selite	Merkinnät	% merkinnöistä	Asiakkaat	Merkinnät/asiakkaat
A98	Terveyden ylläpito / Sairauden ennaltaehkäisy	2103	16,4	1791	1,2
K86	Komplisoitumaton verenpainetauti	1109	8,6	337	3,3
S18	Repeämä/viihtoahaava	1083	8,4	688	1,6
T90	Aikuistyyppin diabetes	1052	8,2	365	2,9
K85	Kohonnut verenpaine	628	4,9	277	2,3
S17	Raapima / naarmu / rakkula	541	4,2	64	8,4
R74	Ylähengitysteiden akuutti tulehdus	401	3,1	352	1,1
A03	Kuume	356	2,8	296	1,2
L88	Reumaattinen / seropositiivinen niveltulehdus	273	2,1	38	7,2
B81	Anemia, B12-vitamiinin / folaatin puute	239	1,9	63	3,8
H81	Korvavahatulppa	218	1,7	179	1,2
S03	Syyvät	206	1,6	62	3,3
	Muut syyt	4635	36,1	-	-
	Yhteensä	12842	100,0	(1)	(2)

1) Tietoa ei saatavilla.

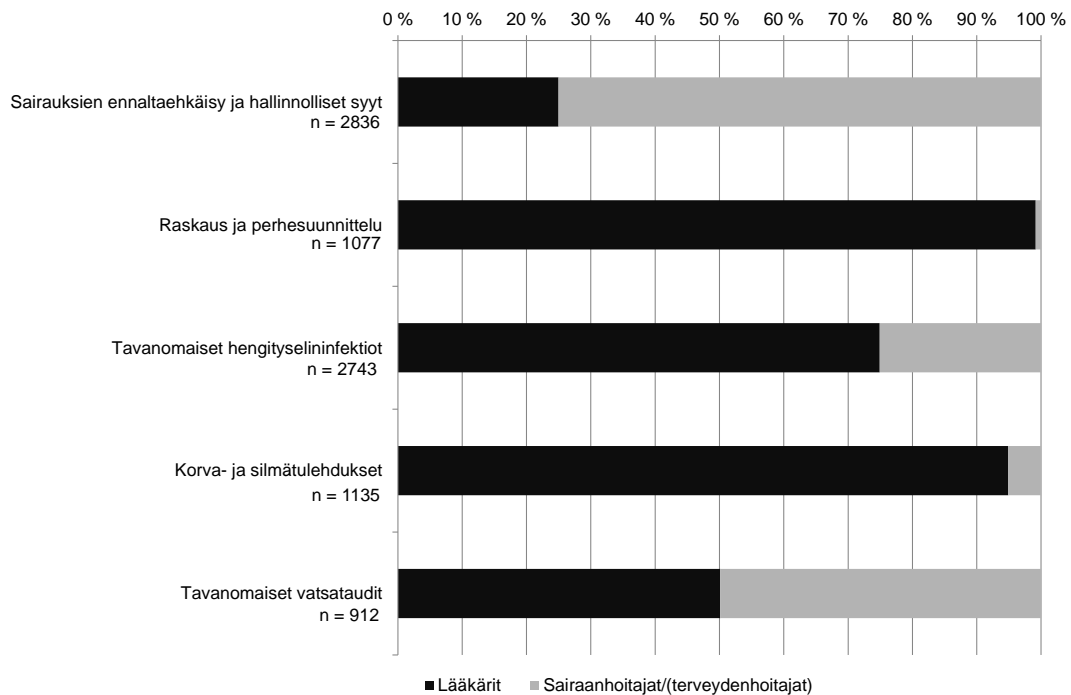
2) Tietoa ei saatavilla.



KUVA 2: Ammattiryhmien välinen työnjako eräiden pitkäaikaissairauksien hoidossa (% kuhunkin käyntisyryhmään liittyvien merkintöjen määrästä) Pirkkalan terveyskeskuksessa vuonna 2008.



KUVA 3: Ammattiryhmien välinen työnjako keskeisimpien tuki- ja liikuntaelämistön ongelmien sekä eräiden muiden terveysongelmien hoidossa (% kuhunkin käyntisyryhmään liittyvien merkintöjen määrästä) Pirkkalan terveyskeskuksessa vuonna 2008.



KUVA 4: Ammattiryhmien välinen työnjako tavanomaisimpien infektioiden sekä eräiden muiden palveluiden tarvetta aiheuttavien syiden/tilojen hoidossa (% kuhunkin käyntisyryhmään liittyvien merkintöjen määrästä) Pirkkalan terveyskeskuksessa vuonna 2008.