



**TURUN
YLIOPISTO**
UNIVERSITY
OF TURKU

PERUSTERVEYDENHUOLLON LÄÄKÄRIPALVELUJEN SUURKÄYTTÖ

Näkökulmia suurkäytön vähentämiseen

Anne Santalahti



**TURUN
YLIOPISTO**
UNIVERSITY
OF TURKU

PERUSTERVEYDENHUOLLON LÄÄKÄRIPALVELUJEN SUURKÄYTTÖ

Näkökulmia suurkäytön vähentämiseen

Anne Santalahti

Turun yliopisto

Lääketieteellinen tiedekunta
Kliininen laitos
Kansanterveystiede
Turun kliininen tohtoriohjelma

Työn ohjaajat

Päivi Rautava
LKT, professori
Turun yliopisto, Kansanterveystiede
Tutkimusylilääkäri, VSSHP

Sinikka Luutonen
LT, dosentti
Turun yliopisto, Psykiatria
Tyks Psykiatria

Esitarkastajat

Tuomas-Heikki Koskela
LT, professori
Tampereen yliopisto, Yleislääketiede

Juha Auvinen
LT, professori
Oulun yliopisto, Yleislääketiede

Vastaväittäjä

Marjukka Mäkelä
LKT, professori
Kööpenhaminan yliopisto, Yleislääketiede
Tanska

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin Originality Check -järjestelmällä.

ISBN 978-951-29-8905-8 (Painettu)
ISBN 978-951-29-8906-5 (Sähköinen)
ISSN 0355-9483 (Painettu)
ISSN 2343-3213 (Sähköinen)
Painosalama, Turku, Suomi 2022

Vapaalle tieteelle!

TURUN YLIOPISTO

Lääketieteellinen tiedekunta

Kliininen laitos

Kansanterveystiede

ANNE SANTALAHTI:

Perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen suurkankäyttö – näkökulmia suurkankäytön vähentämiseen

Väitöskirja, 126 s.

Turun kliininen tohtoriohjelma

Toukokuu 2022

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksella selvitettiin terveyskeskuspotilaiden lääkäripalvelujen suurkankäyttöä vuosina 2001–2010 sekä etsittiin keinoja pitkäaikaisten suurkankäyttäjien (pTSK) tunnistamiseksi, jotta epätarvokkuuden mukaisesti suurkankäyttöä voitaisiin vähentää. Materiaalina olivat terveydenhuollon suurkankäyttäjien (TSK) lääkärikäyntien rekisteritiedot (n=166 000). Pitkäaikaisen suurkankäytön yleisyyttä ja pysyvyyttä selvitettiin vuosien 2001-2006 TSK-potilaiden ryhmästä (n= 4392). pTSK-potilaille tyypillisiä piirteitä, sairauksia ja oireita sekä potilaskertomuksessa käytettyjä tyypillisiä sanoja etsittiin viisi vuotta suurkankäyttäjänä olleesta ryhmästä (n=49).

Tutkimukseen sisältyy kaksi interventiota. Terveyskeskuslääkäreihin kohdistuneessa interventiossa lääkärit saivat omia suurkankäyttäjiään koskevan johtavan lääkärin antaman hallinnollisen informaation vuosina 2002, 2003 ja 2005. Tutkimuksessa selvitettiin retrospektiivisesti potilaskertomusrekisteristä, vähensikö tämä suurkankäyttöä. Toinen interventio kohdistui kaksi vuotta suurkankäyttäjänä olleisiin potilaisiin. Interventioyryhmä (n=32) sai tutkimuslääkäriltä 60–90 minuutin mittaisen kognitiivis-behavioraalisen kertatapaamisen. Intervention vaikutuksia lääkärikäyntimääriin tutkittiin interventiota seuraavan vuoden lääkärikäyntimääriä analysoimalla. pTSK-profiilia selvitettiin analysoimalla viiden vuoden TSK-potilaiden taustamuuttujia sekä etsittiin heille tyypillisiä pitkäaikaissairauksia ja oireita. pTSK-ryhmän anonymisoituja potilaskertomuksen tekstejä analysoitiin käännetyn dokumentin frekvenssipainoon (IDF) perustuvalla menetelmällä.

Yhden vuoden suurkankäyttäjien lukumäärä oli keskimäärin 1,8 % kaikista kävijöistä ja heidän lääkärikäyntiensä määrä oli 9,1 % vuosittaisista käynneistä. Vuosina 2001–2006 kolme vuotta TSK-potilaana olleita potilaita oli 288 (6,6 %) ja viisi vuotta olleita 49 (1,1 %). Terveyskeskuslääkäreille toistetusti annetun hallinnollisen informaation jälkeen TSK-potilaiden käyntimäärät vähenivät. Kognitiivis-behavioraalisen intervention saaneiden potilaiden sekä kontrolliryhmän potilaiden käyntimäärät vähenivät seurannassa merkitsevästi, mutta käyntien vähenemisessä ei todettu ryhmien välillä eroa. Tyypillisesti pTSK-potilas oli noin 55-vuotias työelämän ulkopuolella oleva nainen, jolla oli kroonisia sairauksia kuten depressio, astma, krooninen ahtauttava keuhkosairaus, sydämen vajaatoiminta, epilepsia tai pitkittynyt ja toistuva alaselkäkipu. Pitkäaikaisen TSK-potilaan potilaskertomusteksteistä ei löytynyt yksittäisiä sanoja tai sanapareja, jotka auttaisivat tunnistamaan pTSK-potilaan paremmin.

AVAINSANAT: pitkäaikainen terveystalvelujen suurkankäyttäjä, interventio, tekstianalyysi

UNIVERSITY OF TURKU
Faculty of Medicine
Department of Clinical Medicine
Public Health
ANNE SANTALAHTI:
Frequent attendance in primary health care – aspects on decreasing of frequent attendance
Doctoral Dissertation, 126 pp.
Doctoral Programme in Clinical Research
May 2022

ABSTRACT

This study concerns patients' frequent use of general practitioner (GP) appointments in Turku primary health care centers during 2001–2010. The goals were to discover a profile for persistent frequent attenders (pFAs) and to find ways to recognize pFAs and to decrease impractical frequent attendance. The data used were health registry information of frequent attenders' (FAs) GP visits during 2001–2010 (n=166 000). The rate and stability of persistent frequent attendance were observed in a group of FAs (n= 4392) from 2001 to 2006. Features, diseases and symptoms that are typical to pFAs as well as typical words used in medical patient records of pFAs were searched in a group of patients that have been FAs for 5 years (n=49).

Two interventions were conducted in this study. The first intervention was conducted to GPs in the primary health care centers. They were given administrative information about their own FAs' names and visit rates by the chief medical officer in 2002, 2003 and 2005. The goal was to discover retrospectively whether this administrative information would reduce frequent attendance. The second intervention was aimed at FAs with a 2-year history. The intervention group (n=32) had a single 60–90minute cognitive behavioral treatment (CBT) session with the research physician. The effects of the intervention on reducing GP visit rates were evaluated by analyzing the number of GP visits in the following year. The profile of a pFA was studied by analyzing background variables found in the electronic patient records of pFAs with a 5-year history of frequent attending. Anonymized patient records of 5-year pFAs were analyzed also by the word analysis based on calculated inverse document frequency (IDF). The goal was to find words or phrases that could help to identify pFAs.

In Turku primary health care centers, FAs comprised on average 1,8% of all patients. They made on average 9,1% of all GP appointments yearly. From 2001 to 2006, there were 288 (6,6%) patients who had been FAs for three years, and 49 patients (1,1%) for five years. After the repeated information to GPs about the FAs in their own patient list the number of FA visits decreased. After CBT intervention, the number of GP visits decreased significantly both in the CBT group and in the control group. There was no difference between the groups. A typical pFA was an unemployed, approximately 55-year-old woman suffering from chronic diseases such as depression, asthma, COPD, heart failure, epilepsy, and prolonged or recurring lumbago. There were no single words or phrases found in the electronic patient records that could help to better identify pFAs.

KEYWORDS: persistent frequent attender, intervention, word analysis

Sisällys

Lyhenteet	9
Osajulkaisuluettelo.....	11
1 Johdanto.....	12
2 Kirjallisuuskatsaus	14
2.1 Terveyspalvelujen käyttöön vaikuttavia tekijöitä	14
2.2 Terveyspalvelujen käyttö valtiontalouden sekä Turun kaupungin terveyskeskuksen näkökulmasta 2000-luvulla.....	15
2.3 Terveyspalvelujen suurkankäyttö	17
2.3.1 Suurkankäyttäjän määrittely	17
2.3.2 Suurkankäytön yleisyys	20
2.3.3 Suurkankäyttäjän ominaisuuksia sekä suurkankäyttöä ennustavia tekijöitä.....	21
2.4 Pitkäaikainen terveyspalvelujen suurkankäyttö	25
2.4.1 Pitkäaikaisen suurkankäyttäjän määrittely.....	25
2.4.2 Pitkäaikaisen suurkankäytön yleisyys	25
2.4.3 Pitkäaikaisen suurkankäyttäjän ominaisuudet ja pitkäaikaista suurkankäyttöä ennustavat tekijät.....	26
2.5 Suurkankäytön aiheuttamia vaikutuksia yleislääkärin työkuormaan ja terveydenhuollon kustannuksiin	28
2.6 Lääkäristä johtuvat suurkankäytön syyt	30
2.7 Suurkankäyttäjien terveydentilan parantamiseksi ja käyntimäärien vähentämiseksi käytettyjä interventioita	31
2.7.1 Potilaisiin kohdennetut interventiot	31
2.7.2 Lääkäreihin kohdennetut interventiot.....	36
2.8 Suurkankäyttäjän tunnistaminen sähköisestä potilastietojärjestelmästä	38
2.9 Yhteenveto edellä esitetystä kirjallisuudesta	39
3 Tutkimuksen tavoitteet.....	41
4 Aineisto.....	42
4.1 Yleisyystutkimuksen ja hallinnollisen intervention aineisto.....	42
4.2 Kognitiivis-behavioraalisen interventiotutkimuksen aineisto....	43
4.3 Pitkäaikaisen suurkankäyttäjän profiilitutkimuksen aineisto.....	45
4.4 Tekstianalyysitutkimuksen aineisto	46
4.5 Tutkimuksen toimintaympäristö	47
4.6 Tutkimuksen eettinen arviointi	47

5	Menetelmät.....	49
5.1	Tutkimuksen kulku.....	49
5.1.1	Yleisyystutkimus ja hallinnollinen interventio	49
5.1.2	Kognitiivis-behavioraalisen intervention kulku.....	50
5.1.3	Pitkäaikaisen suurkäyttäjän profiilin selvittäminen	52
5.1.4	Tekstianalyysin kulku.....	53
5.2	Tutkimuksen tilastolliset menetelmät	53
6	Tulokset	55
6.1	Suurkäytön yleisyys ja hallinnollisen intervention yhteys siihen.....	55
6.2	Kognitiivis-behavioraalisen intervention vaikutus suurkäyttöön.....	58
6.3	Pitkäaikaisen TSK-potilaan profiili ja pitkäaikaista suurkäyttöä ennakoivat tekijät	59
6.4	Tekstianalyysin tulokset.....	62
7	Pohdinta.....	63
7.1	Päätulokset	63
7.2	Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet.....	64
7.3	Tutkimuksen tulosten vertailu aikaisempaan tietoon.....	66
7.3.1	Suurkäytön yleisyys ja lääkäreihin kohdistuneet interventiot.....	66
7.3.2	Kognitiivis-behavioraaliset interventiotutkimukset	68
7.3.3	Pitkäaikaisen TSK-potilaan profiili ja syitä suurkäyttöön.....	70
7.3.4	Potilaskertomus sekä sana-analyysi.....	73
8	Johtopäätökset.....	74
9	Käytännön sovellus- ja jatkotutkimusehdotukset	76
	Kiitokset.....	78
	Lähdeluettelo	80
	Liitteet.....	86
Liite 1.	Potilaan suostumus osallistua Terveyspalveluiden kehittämistutkimukseen.	86
Liite 2.	Terveyspalveluiden kehittämistutkimuksen potilastiedote.	88
Liite 3.	Omalääkärin potilaalle lähettämä suosituskirje osallistua tutkimukseen.	89
Liite 4.	Tutkijoiden omalääkereille lähettämä tutkimuksen infokirje.....	90
Liite 5.	KB-interventiotutkimukseen osallistuneista potilaista kerätyt taustatiedot.....	91
Liite 6.	Depression arvioimiseen käytetty lomake, BDI- kyselylomake.	94

Liite 7.	"Miltä minusta tuntuu" Koherenssin tunteen selvittämiseksi käytetty SOC -13 mittarin lomake.....	97
Liite 8.	"Tavallisia oireita"	98
Liite 9.	"Miten suhtaudutte terveyteenne?"	99
Osajulkaisut		101

Lyhenteet

BMI	Body Mass Index
BDI	Beck Depression Inventory
CI	Confidence Interval
COPD	Keuhkohtaumatauti
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition
FA	Suurkäyttäjä
GP	Yleislääkäri
GSOEP	Socio-Economic Panel of Germany
IBM SPSS	International Business Machines Corporation Statistical Package for Social Sciences
ICD-10	WHO International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, versio 10.
IDF	Inverse Document Frequency
IQR	Inter Quartile Range
KA	Keskiarvo
KBI	Kognitiivis-behavioraalinen interventio
KH	Keskihajonta
KV	Kvartiiliväli
LV	Luottamusväli
MBCT	Mindfulness Based Cognitive Therapy
MINI	The Mini International Neuropsychiatric Interview
MUPS	Medically Unexplained Physical Symptoms
MUS	Medically Unexplained Symptoms
OR	Odds Ratio
pTSK	pitkäaikainen terveystalvelujen suurkäyttäjä
RR	Risk Ratio
RS	Riskisuhde
SAS	Science Analysis Systems
SCID	Structured Clinical Interview for DMS
SCL-90	Symptom Check List
SCL-COM	SLC-mittarin somatisaatio-osio

SOC-13	Sence of coherence, 13-kohtainen versio
SR	suhteellinen riski
TSK	terveyspalvelujen suurkäyttäjä
WI	Whiteley Index

Osajulkaisuluettelo

Väitöskirjan yhteenveto-osa perustuu seuraaviin alkuperäisjulkaisuihin, joihin viitataan tekstissä roomalaisilla numeroilla I–III.

- I Santalahti A, Vahlberg T, Luutonen S, Rautava P. Effect of administrative information on visit rate of frequent attenders in primary health care: ten-year follow-up study. *BMC Family Practice*, 2018; 19:142.
- II Luutonen S, Santalahti A, Mäkinen M, Vahlberg T, Rautava P. One-session cognitive behavior treatment for long-term frequent attenders in primary care: randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2019; 37:1, 98–104
- III Santalahti A, Luutonen S, Vahlberg T, Moen H, Salanterä S, Rautava P. How GPs can recognize persistent frequent attenders at Finnish primary health care using electronic patient records. *Primary Care & Community Health*, 2021; Volume 12:1–6 DOI: 10.1177/21501327211024417

Artikkelien käyttöön väitöskirjan osajulkaisuna on saatu kustantajien lupa.

1 Johdanto

Turun terveystieteiden tutkimuskeskuksen johtavana lääkärimäntä toimiessani pyysin raportin terveystieteiden tutkimuskeskuksessa vuoden 2000 aikana käyneiden potilaiden käyntimääristä potilasta kohden eriteltyinä. Siinä oli paljon vain kerran vuodessa kävijöitä, suuri osa potilaista kävi kaksi kertaa vuodessa, mutta sitten oli merkittävä joukko potilaita, jotka kävivät terveystieteiden tutkimuskeskuksen vastaanotolla ainakin 10 kertaa vuodessa. Kiinnostuin tästä potilasryhmästä.

Tarkastelin suurkäyttöä palvelujärjestelmän näkökulmasta ja pohdin ilmiötä myös käytettävissä olevien resurssien näkökulmasta. Syntyi ajatus mahdollisuudesta kehittää uuden tyyppinen toimintakonsepti terveystieteiden tutkimuskeskuksen palvelujen suurkäyttäjille. Halusin selvittää, miten suurkulutusta voisi vähentää, mutta samalla parantaa paljon palveluja käyttävien potilaiden saamaa terveystieteiden tutkimuskeskuksen palvelua. Näiden potilaiden mahdollisimman varhainen tunnistaminen vaikutti tärkeältä, jotta voitaisiin ehkäistä ongelman kroonistuminen.

Turun terveystieteiden tutkimuskeskuksessa oli omalääkärijärjestelmä, jonka oletettiin vähentävän potilaiden lääkärikäyntien määrää ja parantavan hoidon jatkuvuutta. Pohdin, miksi eivät lääkärit tai paremminkin aikoja antavat hoitajat näyttäneet tunnistavan terveystieteiden tutkimuskeskuksen palvelujen suurkäyttäjää. Mietin myös, voisiko runsas lääkärimäntä käynti johtua terveystieteiden tutkimuskeskuksen järjestelmästä itsestään eli ohjataanko potilaita uudelleen ja uudelleen vastaanotolle vai johtuiko ongelma siitä, ettei lääkärimäntä ole yhdellä kerralla riittävästi aikaa hoitaa potilasta kunnolla, tai ehkä siitä, että omalääkäri vaihtuu useasti.

Keskustelut terveystieteiden tutkimuskeskuksen lääkärimäntä kanssa toivat esiin näkökulman, joka paljasti sähköiseen potilastietojärjestelmään liittyvän erikoisen ongelman. Kun oli siirrytty paperisesta sairauskertomuksesta sähköiseen potilaskertomukseen, mikään ei enää paljastanut aikoja antaville terveystieteiden tutkimuskeskuksen hoitajille, että potilas käytti paljon palveluja – paperikansioiden aikana kansion paksuus oli usein paljastanut suurkäyttäjän. Lääkärimäntä myös kertoivat kokevansa vaikeaksi tunnistaa sähköiseen potilastietojärjestelmään siirtymisen jälkeen suurkäyttäjäpotilaat.

Tutkimus toteutettiin pääosin rekisteritutkimuksena Turun Terveystoimen ja myöhemmin Hyvinvointitoimialan antaman tutkimusluvan puitteissa. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen lääkärimäntä kohdistettu interventio toteutettiin osana johtavan lääkärimäntä normaalia

hallinnollista toimintaa ennen tutkimuksen aloitusta. Kaksi vuotta suurkäyttäjinä olleisiin potilaisiin kohdistetulle interventiotutkimukselle haettiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan lausunto.

2 Kirjallisuuskatsaus

2.1 Terveyspalvelujen käyttöön vaikuttavia tekijöitä

Terveyspalvelujen käyttöön vaikuttavat niin yksilöstä itsestään kuin lääkäristä johduttavat syyt. Yhteiskunnasta ja sen ylläpitämästä terveydenhuoltojärjestelmästä johtuvat syyt vaikuttavat myös terveyspalvelujen käyttöön. Balintin (1955) mukaan ihmisen varhaiset kokemukset vaikuttavat hänen tapaansa toimia, kun hän kokee itsensä sairaaksi. Osa käyttäytymismalleista voi olla opittuja omalta ydinperheeltä (Colling 1967).

Terveyspalvelujen käyttömallit voivat siirtyä sukupolvelta toiselle. On todettu, että äidin puolen isoäidin vaikutus käyttämismallin siirtäjänä lapsenlapsille on merkittävä. (Huygen 1988)

Sosioekonomisella asemalla on selvä merkitys terveyspalvelujen käyttöön. Lisäksi huono terveydentila, sosiaalinen huono-osaisuus, vähäinen sosiaalinen tuki ja ihmisen omat riittämättömät selviytymiskeinot ovat yhdistettävissä runsaaseen lääkäripalvelujen käyttöön. (Campbell ym. 1996)

Mäntyranta ym. (2004) ovat esittäneet, että hyvin merkittävä terveyspalvelujen käyttöön vaikuttava asia olisi ihmisen oma käsitys tai kokemus omasta terveydentilastaan ennemminkin kuin hänellä todetut sairaudet.

Terveyspalvelujen läheisyys näyttäisi lisäävän niiden käyttöä erityisesti naisilla, iäkkäillä ja alempiin sosiaaliryhmiin kuuluvilla potilailla. Etäisyys lääkärin vastaanotosta vähensi käyntimääriä 15–64-vuotiailla miehillä. (Parkin 1979)

Lääkärin toimintatapa vaikuttaa potilaan lääkärikäyntien määrään. Perhelääkärin työskentelymalli pohjautuu biopsykososiaaliseen toimintamalliin (Engel 1978). Perhelääkärien tärkeimpiin työvälineisiin kuuluvat potilaskeskeinen haastattelu, työryhmätyöskentely ja perheiden tapaaminen. Lisäksi voidaan käyttää positiivisen palautteen antamista potilaalle onnistuneista ratkaisuista ja ratkaisukeskeistä terapiaa. Toistuvat käynnit ovat osa perhelääkärin toimintamallia. (Kiuttu ym. 2000)

On todettu, että kolmasosa käynneistä sekä miehillä että naisilla tapahtuu, koska lääkäri on pyytänyt potilasta tulemaan vastaanotolle tai koska potilaan vaivat ovat tulleet pahemmiksi (Martin ym. 1991).

Sosiaali- ja terveysministeriö selvitti vuonna 2007 terveyden eriarvoisuutta Suomessa. Raportissa selvitetään sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–

2005. Suomalaisten terveydentila on kohentunut, mutta sosioekonomiset terveyserot ovat pääosin säilyneet ennallaan tai jopa kasvaneet. Pitkäaikaissairaudet ovat alimmissa koulutus- ja sosiaaliryhmissä noin 50 % yleisempiä kuin ylemmissä sosiaaliryhmissä. Koettu terveys on heikompi alemmissa sosiaaliryhmissä, samoin vakavat mielenterveysongelmat ovat yleisempiä näissä ryhmissä. Terveyspalvelujen käytössä on myös todettu sosioekonomisia eroja. Suurituloiset käyttävät työterveyspalveluja ja yksityislääkärien palveluja pienituloisia enemmän ja pienituloiset puolestaan enemmän terveyskeskuspalveluja. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007)

2.2 Terveyspalvelujen käyttö valtiontalouden sekä Turun kaupungin terveyskeskuksen näkökulmasta 2000-luvulla

Terveyspalvelujen käyttöä tutkitaan lisääntyvästi, koska terveyspalvelut aiheuttavat yhteiskunnalle korkeita kustannuksia. Sipilän hallituksen maakuntauudistus ja siihen esitetty sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistus (sote-uudistus) tähtäsi sote-kustannusten kasvun hillintään ja kasvun taittamiseen vuoteen 2030 mennessä (Ratkaisujen Suomi, pääministeri Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 2015). Sipilän hallituksen sote-uudistuksen valmistelussa nousi esiin kysymys terveyspalveluiden suurkäyttäjistä. Todettiin, että tämän potilasryhmän palvelujen käyttö tulisi saada hallintaan, koska paljon palveluja käyttävät henkilöt, noin 10 % suomalaisista, aiheuttivat noin 70–80 % kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksista (Valtiontalouden tarkistusviraston tarkistuskertomukset 11/2017). Sipilän hallitus kaatui maaliskuussa 2019 paljolti sen johdosta, että valmistellussa sote-uudistusmallissa todettiin perustuslaillisia ongelmia eikä niitä pystytty korjaamaan.

Sote-uudistuksen valmistelu käynnistyi uudelleen Marinin hallituksen toimesta. Uusi sote-malli on aiempaan nähden rajatumpi ja perustuu hyvinvointialueisiin, joille siirtyvät kuntien vastuulla olleet perus- ja erikoissairaanhoidon tehtävät sekä kuntien sosiaalipalvelujen ja pelastuslaitosten tehtävät. Mallissa korostuu yhdenvertaisten sote-palvelujen järjestäminen kaikille kansalaisille ja hyvinvointialueiden riittävän suuri oma palvelutuotanto. (Marinin hallitusohjelma 2019)

Kustannusten ennakoitaan hyvinvointialueiden perustamisvaiheessa kasvavan työntekijöiden palkkojen harmonisoinnista ja tietojärjestelmien yhdenmukaistamisesta johtuen. Kustannusten kasvun hillinnän odotetaan toteutuvan vasta tulevilla vuosikymmenellä. Myös nykyistä parempien digitaalisten palvelujen ajatellaan tuovan kustannussäästöjä. Marinin hallituksen sote-uudistusmalli hyväksyttiin eduskunnassa kesäkuussa 2021. Sote-palveluiden järjestämisvastuu siirtyy kunnilta ja kuntayhtymiltä hyvinvointialueille vuoden 2023 alusta. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 2021)

Valtion tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus ”Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa” julkaistiin vuonna 2017. Tarkastusraportissa todetaan, että pieni osa väestöstä aiheuttaa suurimman osan terveystalouden kustannuksista Suomessa. Tarkastus kohdistui perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanotto toimintaan. Raportissa todetaan, että vuonna 2014 kunnat ja valtio käyttivät yli 2,8 miljardia euroa perusterveydenhuollon palvelujen järjestämiseen. Raportin mukaan ongelma oli se, että terveystalouden suurkäyttäjille ei ole yhteistä määritelmää eikä heidän tunnistamisensa toteudu Suomessa optimaalisesti. Valtiontalouden näkökulmasta paljon palveluja käyttävien ja tarvitsevien asiakkaiden tunnistaminen ja palvelujen käytön hallinta olisi tärkeää. Keinoina palvelujen hallintaan raportissa mainitaan omahoitajan tai asiakasvastaavan nimeäminen suurkäyttäjille. Eri toimenpiteillä tulisi pyrkiä terveyskeskuslääkärin vastaanottokäyntien vähentämiseen kuitenkin niin, että hoidon laatu ja asiakastyytyvyys säilyvät hyvinä. Terveys- ja hoitosuunnitelmien vähäinen käyttö mainitaan erityiseksi puutteeksi tämän potilasryhmän kohdalla. (Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 11/2017)

Suomessa tehtiin vuonna 2001 asukasta kohti laskettuna 1,92 käyntiä perusterveydenhuollon lääkärille. Vuonna 2010 vastaava käyntimäärä oli 1,56 käyntiä. (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi)

Turussa käyntimäärät perusterveydenhuollon lääkärillä asukasta kohti laskettuna olivat vuonna 2001 1,38 käyntiä ja vuonna 2010 1,39 käyntiä (Turun terveystoimen vuosikertomukset 2001 ja 2010). Matalaa perusterveydenhuollon lääkärikäyntimäärää Turussa selittää se, että työikäisellä väestöllä on usein käytössään myös sairausvastaanottoa antava työterveyshuolto. Tämän lisäksi asukkailla on mahdollisuus käyttää osin Kelan korvaamia yksityislääkäripalveluja. Varsinais-Suomessa Kelan maksamat korvaukset yksityislääkärien käynneistä asukasta kohti laskettuna olivat v.2001 koko maan korkeimmat (Kelan tilastollinen vuosikirja 2001).

Kotitalouksien ottamien sairauskuluvakuutusten määrä kasvoi tasaisesti 2000-luvulla. Noin kaksi kolmasosaa vakuutuksista otettiin lapsille. Ne osaltaan suuntasivat lapsipotilaiden käyntejä yksityislääkäreille. (www.finanssiala.fi/sairauskuluvaikutustilastot)

Turussa oli 31.12.2001 asukkaita 173 912 ja terveystalouden lääkärikäyntien peittävyys oli 41 % (Turun terveystoimen vuosikertomus 2001). Suomessa terveystalouksissa oli laajasti otettu käyttöön omalääkäritoimintamalli vuonna 1985 alkanneiden kokeilujen kautta (Kangas ja Santalahti 1995). Turussa omalääkärijärjestelmän toimivuuteen vaikutti omalääkärien vaihtuvuus ja vaikeudet saada heille sijaisia sekä liian suuriksi kasvaneet vastuuväestöt. Nämä tekijät kuormittivat omalääkäreitä ja siten haittasivat järjestelmän optimaalista toimintaa, ja myös hoidon jatkuvuus huononi. Turussa lääkärikäyntien peittävyys pysyi 40 prosentin tuntumassa koko 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmen ajan. (Turku terveystoimen toimintakertomus 2010, johtavan lääkärin hallintotiedot)

2.3 Terveyspalvelujen suurkankäyttö

2.3.1 Suurkankäyttäjän määrittely

Terveyspalvelujen suurkankäytön tutkimuksen yksi uranuurtaja Backett ja hänen kumppaninsa julkaisivat 1950-luvulla tutkimuksen, jossa selvitettiin yleislääkärin vastaanotolla käyvien potilaiden käyntitiheyttä. He totesivat, että 16 % asiakkaista kävi ainakin 10 kertaa vuodessa yleislääkärin vastaanotolla. (Backett ym. 1954)

Perusterveydenhuollon terveystieteiden suurkankäyttäjälle (TSK) ei ole olemassa yhtä yleisesti hyväksyttyä määritelmää, vaikka suurkankäyttöä on tutkittu paljon ja ilmiönä se on hyvin tunnettu. Suurkankäyttö on määritelty aiemmissa tutkimuksissa sekä käyntimäärien että käyntien suhteellisen osuuden mukaan.

Käyntimäärän perusteella suurkankäyttäjäksi määriteltyjen potilaiden vuosittaisten lääkärikäyntimäärien vaihteluväli on suuri, 5–15 käyntiä vuodessa. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Aiemmat tutkimukset, joissa suurkankäyttäjä on määritelty käyntimäärän mukaan.

KIRJOITTAJA(T), JULKAISUVUOSI	TUTKIMUKSEN MAA/ TERVEYDENHUOLTO JÄRJESTELMÄ TAI AINEISTON ALKUPERÄ	KÄYNTIMÄÄRÄ VASTAANOTOLLA VUODESSA TAI 12 KK AIKANA	HUOMIOITA TUTKIMUKSESTA
Backett ym. 1954	Englanti, Lontoo/yleislääkäri- vastaanotto	10 kertaa tai enemmän	Yhden yleislääkäri-vastaanoton väestön (3 084) vuoden seurantatutkimus, jolla selvitettiin yleislääkärin työn sisältöä
Browne ym. 1982	Kanada, etukäteen maksettu perhelääkäri-järjestelmä	9 kertaa tai enemmän	9 313 potilaan joukosta valitun 200 suurkankäyttäjän ja kahden 200 potilaan kontrolliryhmän vertailututkimus, jolla selvitettiin suurkankäyttäjien ominaisuuksia
Savonius 1988	Suomi/Espoon terveyskeskus	10 kertaa tai enemmän	Espoon Leppävaaran terveysaseman suurkankäyttäjien hoidon jatkuvuutta ja ongelmallista suurkankäyttöä koskeva tutkimus
Andersson ym. 1995	Ruotsi/Umeån terveyskeskus	5 kertaa tai enemmän	Suurkankäyttäjien (n=179) ja kontrollipotilaiden (n=179) vertailututkimus suurkankäyttäjien käynneistä ja sosiodemografisista ominaisuuksista
Karlsson 1996	Suomi/Turun terveyskeskus	11 kertaa tai enemmän	Väitöstutkimus: satunnaisesti valitun 1000 terveyskeskuspotilaan joukosta valittiin 18–64-vuotiaat, joista kriteerin mukaiset potilaat (n=96) muodostivat tutkimusryhmän. Tavoitteena oli kehittää suurkankäyttäjätutkimusten tarkoituksenmukainen tyypittely, jolla olisi kliinistä käyttöä
Heywood ym. 1998	Yhdistynyt kuningaskunta/ yleislääkärin listamalli	12 kertaa tai enemmän	Yleislääkäri-vastaanottojen 20–64-vuotiaiden potilaiden (n=6 954) sairauskertomustietojen perusteella tehty suurkankäyttäjiryhmän (n=214) retrospektiivinen tutkimus, joka sisälsi myös haastattelututkimuksen, jossa oli 132 suurkankäyttäjää sekä iän ja sukupuolen mukaan valittu kontrolliryhmä (n= 102). Tutkimus selvitti

KIRJOITTAJA(T), JULKAISUVUOSI	TUTKIMUKSEN MAA/ TERVEYDENHUOLTO JÄRJESTELMÄ TAI AINEISTON ALKUPERÄ	KÄYNTIMÄÄRÄ VASTAANOTOLLA VUODESSA TAI 12 KK AIKANA	HUOMIOITA TUTKIMUKSESTA
			suurkäyttäjien ominaisuuksia ja palvelujen käyttöä sekä suurkäytön yleislääkärille aiheuttamaa työkuormaa
Jyväsjärvi ym. 1998	Suomi/Oulaisten terveyskeskus	8 kertaa tai enemmän	304 suurkäyttäjän ja 304 iän ja sukupuolen mukaan valitun verrokkipotilaan aineistoon perustuva tutkimus, jossa selvitettiin palvelujen käyttöä ja sairastavuutta
Koskela 2008	Suomi/Tampereen terveyskeskus	8 kertaa tai enemmän	Väitöstutkimus: lääkärien vastaanotolla käyneen 18–64-vuotiaan satunnaisotannalla valitun 200 potilaan joukosta tutkimukseen lupautuneen 85 suurkäyttäjän kohortti, josta selvitettiin pitkäaikaiseen suurkäyttöön liittyviä asioita ja niiden mallintamista
Kaattari ym. 2015	Suomi/Pohjois-Suomen v.1966 syntymäkohortti-aineisto	8 kertaa tai enemmän	Kohorttiaineistossa lääkäripalvelujen käyttöä koskevaan kysymykseen vastanneiden henkilöiden (n=8461) tiedoista poimittu kriteerin mukaisten suurkäyttäjien (n=289) vastaukset analysoitavaksi ja niistä selvitettiin suurkäyttöä ennustavia tekijöitä
Nyman ja Jäppinen 2015	Suomi/ Helsingin terveyskeskus	yli 7 käyntiä (lääkärillä tai hoitajalla) tai hoitopuhelua	Rekisteritutkimus, jossa selvitettiin vuoden 2011 eri vastaanottotapahtumiin (avohoidon lääkärikäynnit, hoitajakäynnit ja hoitopuhelut) liittyvää suurkäyttöä
Sandvik ym. 2018	Norja/kaikki perusterveydenhuollon päivystyskäynnit	5 kertaa tai enemmän	Päivystyspalveluja vuona 2008 käyttäneen suurkäyttäjäkohortin (n=15 172) 10 vuoden rekisteripohjainen seurantatutkimus, jossa vuoden 2017 suurkäyttäjien tarkempi analyysi
Carmassi ym. 2019	Italia, Toscana/ perusterveydenhuolto	15 kertaa tai enemmän	Kolmella yleislääkärivastaanotolla vuona 2015 käyneen suurkäyttäjän otos (n=75), josta tutkittiin suurkäyttäjien sosiodemografiaa, tyypillisiä piirteitä ja toimintakykyä

Gillin ja Sharpen (1999) tekemän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan suurkäyttäjäksi määriteltyjen potilaiden käyntimäärä yleislääkärin vastaanotolla vaihteli yhdeksästä 14 kertaan vuodessa. Morris ym. käyttivät kahden vuoden tarkastelujaksoa ja määrittelivät suurkäyttäjäksi potilaan, joka käy lääkärin vastaanotolla yli 30 kertaa kahdessa vuodessa (Morris ym. 2012).

Yhteistä näille kaikille määritelmille on kuitenkin se, että suurkäyttäjäksi määritellään potilas, jonka vuosittaiset käyntimäärät lääkärillä ovat selvästi ja merkittävästi suurempia kuin keskivertopotilaiden käyntimäärät.

Toinen yleisesti käytetty TSK-potilaan määrittelytapa on valita suurkäyttäjiksi potilaat, joiden käyntimäärät kuuluvat kaikkien potilaiden käyntimäärien ylimpään 10 prosenttiin ja käyntimäärien tarkastelujaksona on yksi vuosi. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Aiemmat tutkimukset, joissa suurkäyttäjää on määritelty vastaanottokäyntien käyntiosuuden mukaan.

KIRJOITTAJA(T), JULKAISUVUOSI	MAA/TERVEYDENHUOLTO JÄRJESTELMÄ	KÄYNTIOSUUS VASTAANOTON KÄYNNISTÄ VUODESSA TAI 12 KK AIKANA	HUOMIOITA TUTKIMUKSESTA
Westhead 1985	Yhdistynyt kuningaskunta, Cumbria/ yleislääkäriin listautumismalli	käyntimäärän perusteella ylipään 10 %:iin kuuluvat	Yleislääkärivastaanoton joka toisen vähintään 20-vuotiaan potilaan (n=1491) sairaskertomustietoihin perustuva tutkimus, jossa selvitettiin suurkäyttäjien (n= 109) ominaisuuksia ja käytettiin iän ja sukupuolen mukaan valittua kontrolliryhmää (n=86)
Baèz ym. 1998	Espanja, Bizkaia/julkinen perusterveydenhuolto (n.18 000 asukkaan väestöpohja)	käyntimäärän perusteella ylipään 10 %:iin kuuluvat	Rekisteritutkimus, jossa yhdeksällä yleislääkärivastaanotolla oma-aloitteisen käynnin tehneen 18–80-vuotiaan suurkäyttäjän (n=1089) joukosta tutkimukseen valikoitui 102 suurkäyttäjää. Iän ja sukupuolen mukaan valittu kontrolliryhmä (n=100) muodostui vain kerran tutkimusaikana vastaanotolla käyneistä potilaista (n=3333). Vertailututkimuksessa selvitettiin oma-aloitteisen vastaanotolle hakeutumisen syitä ja suurkäyttäjien ominaisuuksia
Neal ym. 1998	Englanti, Leeds/yleislääkäriin listamalli	käyntimäärän perusteella ylipään 3 %:iin kuuluvat (=erittäin paljon palveluja käyttävät)	41 kk:n tutkimusjakson aikana neljällä yleislääkärivastaanotolla käyneen 44 146 potilaan rekisteritietoihin perustuva tutkimus, jolla selvitettiin vastaanottokäyntien jakautumista eri käyntimääräsuuksiin ja suurkäyttäjien lääkärille aiheuttamaa työkuormaa
Vedsted ym. 2001	Tanska, Århus/perusterveydenhuollon yleislääkäriin listamalli	käyntimäärän perusteella ylipään 10 %:iin kuuluvat	28:lla eri yleislääkärivastaanotolla käyneiden potilaiden joukosta valittujen 18–65-vuotiaiden suurkäyttäjien kohorttitutkimus (n=195), jolla selvitettiin, ennustiko psyykinen ahdistus suurkäyttöä, seuranta-aika 6 vuotta
Luciano ym. 2010	Espanja, Katalonia/julkinen perusterveydenhuolto	käyntimäärän perusteella ylipään 10 %:iin kuuluvat	77 terveyskeskuksen 3815 potilaan materiaali, jossa testattiin kolmea eri käyntiosuutta suurkäyttäjän identifioimiseksi
Pymont ja Butterworth 2015	Australia, Canberran alue/ yleislääkärivastaanotto sekä hallinnolliset terveystiedot	käyntimäärän perusteella ylipään 10 %:iin kuuluvat	8 vuoden kohorttitutkimus, jossa 1734 henkilön yleislääkäriin vastaanottotietoja yhdistettiin heidän hallinnollisiin terveystietoihinsa ja tästä materiaalista selvitettiin kolmena eri tarkasteluajankohtana palvelujen käyttöä. Tarkoituksena oli kuvata pitkäaikaisen suurkäyttäjän profiilia
Jørgensen ym. 2016	Tanska/ Kansallisen terveydenhuollon rekisteriaineisto, yleislääkäriillä käyneet potilaat	käyntimäärän perusteella ylipään 10 %:iin kuuluvat	Vuosina 1993-97 vastaanotolla käyneiden 50–65-vuotiaiden kohortin (n=54 849) käyntitietoihin perustuva tutkimus, jossa selvitettiin suurkäyttäjien (n=6 226) ominaisuuksia. Kontrolliryhmän muodostivat kohortin ei-suurkäyttäjät (n=48 623)
Reho ym. 2018	Suomi/ yksityinen työterveyshuolto	käyntimäärän perusteella ylipään 10 %:iin kuuluvat	Pihlajalinnan työterveyshuollon toimintaympäristössä rekisteritietojen perusteella tehty 3 vuoden seuranta tutkimus, jolla selvitettiin tilapäistä ja pysyvää suurkäyttöä
Luppa ym. 2020	Saksa/Saksan kansallisen haastatteluja terveystutkimuksen aineisto	käyntimäärän perusteella ylipään 10 %:iin kuuluvat	Perusterveydenhuollon suurkäyttäjien ominaisuuksia selvittänyt tutkimus, joka perustui 18–79-vuotiaiden rekisteriaineiston (n=7 956) analyysiin

Erittäin paljon palveluja käyttäviksi TSK-potilaiksi Neal ym. (1998) määrittelivät suurkäyttäjät, jotka käyntimääränsä perusteella kuuluvat ylimpään 3 %:iin potilaista.

Luciano työtovereineen (2010) esitti oman tutkimuksensa perusteella, että suurkäyttäjän yhteisenä määritelmänä tulisi käyttää ylintä 10 % kävijöistä, koska se olisi heidän mielestään ehkä vähemmän terveydenhuoltojärjestelmästä riippuvainen kriteeri kuin vuosittaiseen käyntimäärään perustuva määrittelykriteeri.

Kivelä ym. (2018) toteavat käsiteanalyysimenetelmällä tutkittujen 59 artikkelin pohjalta, ettei edelleenkään ole olemassa yleisesti hyväksyttyä määritelmää terveyspalvelujen suurkäyttäjälle. He esittävät, että suurkäyttäjä olisi mahdollista määritellä neljällä käsitteellä eli oirentuntemukset, edeltävä huono terveydentila, huono-osaisuus ja useat käynnit terveyspalvelun tuottajan luona.

Yleisin suurkäytön tarkasteluajanjakso on yksi kalenterivuosi tai 12 kuukautta. Hauswaldt työtovereineen (2013) analysoi 123 saksalaisen yleislääkäriavustajan elektronista potilaskertomusdataa 10 vuoden ajalta. He vertasivat työryhmän esittämää uutta suurkäyttäjän määrittelytapaa, joka perustui potilaan lääkärikäyntien välisen ajan määrittämiseen, perinteiseen tapaan identifioida suurkäyttäjää vuosittaisen käyntimäärän perusteella. Tutkimusryhmä totesi, että suurkäyttäjät perusterveydenhuollossa voisi määritellä käyttäen lääkärikäyntien välin käsitettä. Jos lääkärikäyntien väli olisi vähemmän kuin seitsemän päivää ja tällaisia lyhyitä käyntivälejä olisi 60 % kaikista käyntiväleistä, voitaisiin potilas määritellä suurkäyttäjäksi. Työryhmä analysoi tutkimusdataa myös käyttäen suurkäyttäjän määritelmänä 24 käyntiä lääkärin vastaanotolla vuodessa. Uuden määritelmän mukaisia suurkäyttäjää tutkimusaineistossa oli 11,2 % ja perinteisen määritelmän mukaisia suurkäyttäjää 12,9 %.

2.3.2 Suurkäytön yleisyys

TSK-potilaiden prosentuaalinen osuus kaikista perusterveydenhuollon potilaista vaihtelee eri tutkimuksissa runsaasti. Määrän vaihtelu selittyy osin kunkin maan perusterveydenhuollon järjestelmästä johtuvista syistä ja käytetystä TSK-potilaan määritelmästä.

Aiemmissa tutkimuksissa TSK-potilaiden osuus kaikista potilaista on vaihdellut 4 %:sta vajaaseen 10 %:iin (Browne ym. 1996, Jyväskylä ym. 1998, Baèz ym. 1998, Kaattari ym. 2018). Tanskan Århusin alueen 262 yleislääkäriavustajan hieman yli 419 000 potilaan rekisteritietoihin perustuvassa tutkimuksessa voitiin todeta, että TSK-potilaiden prosenttiosuus kaikista potilaista vaihteli myös samalla alueella eri yleislääkärien välillä 1,9 %:sta 26,2 %:iin (Vedsted ym. 2004). Amsterdamissa yleislääkäriavustajilla TSK-potilaiden prosenttiosuus kaikista potilaista oli 10,6 % (Smits ym. 2009) ja Helsingissä se oli 2,1 % (Nyman ja Jäppinen 2015).

Myös TSK-potilaiden käyntiosuus kaikista yleislääkärikäynneistä vaihtelee tutkimuksissa paljon. Sen on todettu olevan 9,4–40 % välillä (Browne ym. 1982, Neal

ym. 1998, Jyväskylä ym. 1998, Baèz ym. 1998, Smits ym. 2009, Nyman ja Jäppinen 2015, Jörgensen ym. 2016).

Ruotsalaisessa tutkimuksessa TSK-potilaiden (ainakin 5 kertaa vuodessa vastaanotolla käyneet) määrä ilmoitettiin väestöosuutena, ja se oli 1,7 % väestöstä. Heidän vuotuinen käyntimääränsä oli 15 % kaikista perustason lääkärikäynneistä. (Andersson ym. 1995)

2.3.3 Suurkäyttäjän ominaisuuksia sekä suurkäyttöä ennustavia tekijöitä

Suurkäyttäjien ominaisuuksia ja syitä suurkäyttöön on tutkittu myös runsaasti.

Sukupuoli

Naisten on todettu olevan tyypillisesti suurkäyttäjiä (Heywood ym. 1998, Jyväskylä ym. 1998, Carney ym. 2001, Kaattari ym. 2015, Nyman ja Jäppinen 2015, Jörgensen ym. 2016, Sandvik ym. 2018, Carmassi ym. 2019).

Ikä

Tutkimuksissa suurkäyttäjien keski-ikä vaihtelee käytetystä aineistosta johtuen. Jyväskylä ym. (1998) totesivat suurkäyttäjien keski-ikänsä olevan hieman alle 50 vuotta kuitenkin niin, että naiset olivat yli 50-vuotiaita (keski-ikä 51,1 v.) ja miehet merkittävästi alle 50-vuotiaita (keski-ikä 47 v.). Heywoodin ym. (1998) tutkimuksessa suurkäyttäjien keski-ikä oli vain 44,5 vuotta, Youngin ym. (2015) tutkimuksessa hieman yli 53 vuotta ja Carmassin ym. (2019) tutkimuksessa keski-ikä oli 55,3 vuotta. Ruotsalaisessa tutkimuksessa todettiin, että suurkäyttäjissä nuoret pojat (0–6 v.), naiset ikäryhmässä 25–64 vuotta sekä vanhat naiset (yli 75 v.) olivat yliedustettuna väestöosuutensa nähden (Andersson ym. 1995).

Saksan Sosio-Economic Panel -aineistoon perustuvassa tutkimuksessa todettiin, että ikä korreloi negatiivisesti riskiin olla suurkäyttäjä. Tutkijat toteavat tämän olevan ristiriidassa muiden tutkimusten löydösten kanssa ja arvelevat sen johtuvan siitä, että iän myötä kansalaiset turhautuvat Saksan terveydenhuoltojärjestelmään tai pääsy perusterveydenhuollon lääkärivastaanoitoille vähenee iän myötä (Hadwiger ym. 2019)

Myös lapsien on todettu olevan terveystalouden suurkäyttäjiä. Vuonna 2020 julkaistiin systemaattinen kirjallisuuskatsaus suurkäyttäjälapsista (0-19vuotiaista) perusterveydenhuollossa. Katsauksessa löydettiin analysoivaksi kuusi tutkimusta. Niiden perusteella lapsipotilaiden perusterveydenhuollon suurkäyttö oli yhteydessä lapsen nuoreen ikään (0–3 vuotta). (Al-Saffar ym. 2020)

Norjalaisessa perusterveydenhuollon päivystysvastaanoitoilla tapahtuvaa suurkäyttöä selvittäneessä 10 vuoden seuranta-tutkimuksessa TSK-potilaiden todettiin

olevan joko nuorimpia lapsia (0–1 v.) tai ikääntyneitä (yli 70 v.). Mitä iäkkäämpi potilas oli, sitä todennäköisemmin hän oli TSK-potilas. (Sandvik ym. 2018)

Sosiodemografiset piirteet

TSK-potilaiden muita sosiodemografisia piirteitä selvitettyä on todettu, että he ovat yksin asujia, työelämän ulkopuolella olevia sekä vähemmän koulutettuja ja kuuluvat alempiin sosiaaliluokkiin. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Suurkäyttäjien sosiodemografisia ominaisuuksia.

KIRJOITTAJA(T), JULKAISUVUOSI	SIVILISÄÄTY	KOULUTUSTASO TAI SOSIAALILUOKKA	TYÖSSÄ/ ELÄKKEELLÄ	HUOMIOITA TUTKIMUKSESTA
Browne ym. 1982	yksin eläviä merkittävästi enemmän	kuuluvat matalampiin sosiaaliluokkiin	työtön tai eläkkeellä	perhelääkärivastaanoitoilla tapaus-verrokkiasetelmassa tehty tutkimus
Westhead ym. 1985	eronneita merkittävästi enemmän	tietoa ei mainita	tietoa ei mainita	ikä- ja sukupuolivakioitu tutkimusasetelma, jossa TSK-ryhmässä 732 miestä, 759 naista ja vastaavan suuruiset kontrolliryhmät
Jyväskylä ym. 1998	hieman enemmän naimattomia tai eronneita	merkittävästi matalampi koulutustaso ja vähemmän ammatillista koulutusta	merkittävästi enemmän työkyvyttömyyseläkkeellä olevia	Rekisteritietoihin perustuva terveyskeskuksen yli 15-vuotiaiden TSK-potilaiden ja heille iän ja sukupuolen mukaan valittujen kontrollipotilaiden tutkimus
Bergh ym. 2005	eronneita tai leskiä enemmän	ei eroa kontrolliryhmään	eläkkeellä olevia merkittävästi enemmän	kyselytutkimus, jossa oli TSK-potilaita 263 ja iän sekä sukupuolen mukaan vakioituja kontrolleja 703
Kaattari ym. 2015	eronneita enemmän	suurikäyttäjillä huonompi koulutus	osa-aikatyössä tai työelämän ulkopuolella	Vuoden 1966 syntymäkohortti Pohjois-Suomesta, osakohorttina 289 TSK-potilasta ja muut 8 178 käyttäjää verrokkeina
Jørgensen ym. 2016	naimissa olo vähensi TSK-riskiä	yli 4 vuoden ammatikoulutus vähensi TSK-riskiä	työssäolo vähensi TSK-riskiä	perusterveydenhuollon lääkärin 50–65-vuotiaidenpotilaiden väestörekisteridatista viiden vuoden kohorttiaineisto, jossa TSK-verrokkiasetelma
Carmassi ym. 2019	naimisissa tai avoliitossa olevia enemmän	matalasti koulutettuja enemmän	työttömiä hieman yli puolet	75 TSK-potilaan otos, josta selvitettiin sosiodemografiset ja kliiniset muuttujat, näkökulma tutkimuksessa oli TSK-potilaan toimintakyky

Hadwigerin ja kumppanien tutkimuksessa (2019) naimisiin meno näytti lisäävän terveyspalvelujen suurkäyttöä. Tämän arveltiin johtuvan siitä, että puoliso lisäsi toisen puolison tietoisuutta tämän terveydentilasta. Saksalaissa yleislääkärivastaanottojen potilasrekisterimateriaaliin perusturvassa tutkimuksessa potilaan huono sosioekonominen tilanne ja stressaavat elämäntilanteet liittyivät perusterveydenhuollon palvelujen suurkäyttöön (Luppa ym. 2020). Reho ym. (2020a) totesivat työterveyshuollon suurkäyttäjää tutkiessaan, että terveyspalvelujen sekä lyhytaikainen että pitkittynyt suurkäyttö liittyi potilaan kohonneeseen riskiin joutua ennaikaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle. Sandvik ja kumppanit (2018) totesivat, että myös päivystysvastaanotoilla käyneillä TSK-potilailla oli merkittävästi psykososiaalisia ongelmia. Samoin lapsipotilaiden perusterveydenhuollon suurkäytön on todettu olevan yhteydessä psykososiaalisiin ongelmiin sekä myös koulupoissaoloihin (Al-Saffar ym. 2020).

Somaattiset sairaudet

Huono fyysinen terveys ja krooniset sairaudet ovat yleisempiä suurkäyttäjillä kuin verrokeilla (Westhead ym. 1985, Sandvik ym. 2018, Luppa ym. 2020). Vedsted ja Christensen (2005) totesivat kirjallisuuskatsausartikkelissaan, että analysoitujen artikkelien TSK-potilaista yli 50 %:lla oli jokin fyysinen sairaus. Welzel ym. (2017) julkaisivat systemaattisen katsausartikkelin eurooppalaisista tutkimuksista, jotka koskivat iäkkäitä (65-vuotiaita ja sitä vanhempia) TSK-potilaita. He totesivat, että analyysin perusteella iäkkäillä terveyspalvelujen suurkäyttö liittyi selvästi heidän moniin vaikeisiin somaattisiin sairauksiinsa ja oikeutettuun tarpeeseen hakea niihin hoitoa.

Kroonisista somaattisista sairauksista astmaa, kilpirauhassairauksia, diabetesta ja verenpainetautiä todetaan TSK-potilailla merkitsevästi enemmän kuin tavanomaisesti vastaanotolla käyvillä potilailla (Kaattari ym. 2015, Young ym. 2018).

TSK-potilailla yleisimmin todettuja akuutteja sairauksia ovat erilaiset infektiot kuten ylähengitystieinfektio, välikorvantulehdus, keuhkoputkentulehdus, poskiontelotulehdus ja ihoinfektiot (Nyman ja Jäppinen, Al-Saffar ym. 2020). Erilaisia kipuja ja särkyjä, erityisesti selkäsärkyä ja -kipua sekä migreeniä TSK-potilailla todetaan merkitsevästi enemmän kuin tavanomaisesti vastaanotolla käyvillä potilailla (Nyman ja Jäppinen 2015, Young ym. 2018).

Kaattarin ja kumppanien tutkimuksessa (2015) suurkäyttäjien keski-ikä oli vain 31 vuotta, mutta silti he kärsivät muita potilaita enemmän kroonisista sairauksista, ja niiden esiintymisen todettiin myös ennustavan terveyspalvelujen suurkäyttöä. Potilaan edeltävä terveydentila oli erityisen merkitsevä suurkäytön riskitekijä, jos potilaalla oli verenpainetauti, diabetes tai psyykinen sairaus (Jørgensen ym. 2016). Luppa ym. tutkimuksessa (2020) vahvin yhteys terveyspalvelujen suurkäyttöön todettiin ei-tarttuvien sairauksien lukumäärän ja potilaan subjektiivisen koetun terveydentilan välillä.

Psyykkiset sairaudet ja oireet

TSK-potilaille tyypillisiä somaattisten sairauksien ohella ovat erilaiset psyykkiset oireet ja sairaudet. Karlsson on omassa väitöskirjassaan (1996) kategorisoinut suurkäyttäjät viiteen eri luokkaan. Ne ovat 1) ruumiillista sairautta potevat potilaat 2) psyykkistä häiriötä potevat potilaat 3) somatisaatiosta kärsivät potilaat 4) moniongelmaiset potilaat 5) kriisipotilaat. Hänen tutkimusryhmänsä totesi, että suurin osa TSK-potilaista kävi toistuvasti perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotolla joko fyysisen sairauden tai erilaisten somatisaatioon sopivien oireiden vuoksi (Karlsson ym. 1997).

Vedsted ja Christensen (2005) totesivat kirjallisuuskatsausartikkelissaan, että analysoitujen artikkelien perusteella yli 50 % TSK-potilaista kärsii psyykkisestä ahdistuneisuudesta. Carmassi ym. (2019) totesivat, että hieman yli 70 %:lla heidän tutkimuskohorttinsa TSK-potilaista oli jokin psyykinen oire, tyypillisimmin depressio- tai somatisaatio-oire tai paniikkihäiriö. Youngin ym. (2018) tutkimuksessa depressio oli lähes 19 %:lla suurkäyttäjistä, ja jonkin muu psyykinen diagnoosi tai oire todettiin heillä merkitsevästi useammin kuin kontrolliryhmän potilailla.

Lapsipotilailla suurkäytön on todettu liittyvän psyykkisiin oireisiin kuten depressiivisiin oireisiin ja oireisiin, joita stressi pahensi. Lisäksi lapsilla esiintyi palvelujen suurkäyttöä, jos heidän vanhemmillaan todettiin voimakasta ahdistuneisuutta. (Al-Saffar ym. 2020)

TSK-potilaiden koherenssin tunteen ja stressaavien elämäntilanteiden sekä sosiaalisen tuen tarpeen esiintymistä selvittävässä tutkimuksessa todettiin, että TSK-potilailla oli merkitsevästi heikompi koherenssin tunne kuin verrokkiryhmän potilailla. Tutkijat päättelivät, että erityisesti heikolla koherenssin tunteella oli merkittävä vaikutus terveystalvelujen suurkäyttöön. (Bergh ym.2005)

Jyväsjärvi ym. (2001) totesivat, että noin yksi kolmasosa TSK-potilaista oli somatisoijia (8 todettua oiretta 12:sta SCL-36-kyselyn somatisaatio-osiossa) Tutkimuksessa ilmeni, että hypokondriset luulot selittivät suurkäyttöä ja että hypokondrisilla luuloilla ja somatisaatiolla oli merkitsevä yhteys toisiinsa.

Elintapa-asiat (tupakointi, alkoholin käyttö, liikunta, ylipaino)

Korkean BMI:n (Body Mass Index) on todettu olevan yhteydessä terveystalvelujen suurkäyttöön molemmilla sukupuolilla, ja liikkumattomuus oli yhteydessä suurkäyttöön vain naisilla (van Steenkiste ym. 2010).

Tanskalaiseen 50–65-vuotiaiden potilaiden kohorttiaineistoon perustuvassa tutkimuksessa todettiin, että elintapa-asiat olivat merkitsevästi suurkäyttöön liittyviä tekijöitä. Lihavilla (BMI 30 tai suurempi) oli 87 % suurempi todennäköisyys kuulua

suurkäyttäjryhmään. Tupakointi lisäsi suurkäytön riskiä ja liikunta puolestaan vähensi riskiä. Miehillä tupakoinnin aiheuttama suurkäytön riski oli tilastollisesti merkitsevästi naisia suurempi. Tutkimuskohortin niillä potilailla, joilla alkoholin käyttö oli viikkosuosituksen yläpuolella, todettiin tilastollisesti merkitsevästi (17 %) vähäisempi riski kuulua suurkäyttäjryhmään. (Jörgensen ym.2016)

Kaattarin ym. (2015) väestökohorttiin perustuvassa suurkäyttäjien tutkimuksessa TSK-potilaista peräti 72 % oli tupakoitsijoita. Tupakointi ja myös raittius todettiin suurkäyttöä ennustaviksi tekijöiksi, mutta potilaan oma huonon terveydentilan kokemus nousi voimakkaimmaksi ennustekijäksi suurkäytölle.

Tupakoinnin lopettaminen näytti Hadwiger ym. (2019) tutkimuksessa yhdistyvän terveyspalvelujen suurkäyttöön. Tutkijat arvelivat löydöksen johtuvan siitä, että tupakointi ehkä olisi lopetettu terveysongelmien vuoksi, mutta syy-seuraussuhde tupakoinnin lopettamisen ja suurkäytön välillä jäi lopulta epäselväksi.

Yhteenvetona aiemman kirjallisuuden perusteella suurkäyttäjät ovat enimmäkseen noin 50-vuotiaita tai sitä vanhempia naisia, joiden koulutustaso on matala ja jotka ovat työelämän ulkopuolella ja usein yksineläviä. Heillä on useita kroonisia sairauksia. Psykkisistä häiriöistä ja oireista erityisesti masennus, ahdistuneisuus ja somatisaatio ovat tyypillisiä. Kroonisista somaattisista sairauksista astma, verenpainetauti ja diabetes ovat tyypillisiä suurkäyttäjille. Erilaiset kiputilat, kuten selkäkiput ovat myös tyypillisiä sairauksia. Tupakointi ja lihavuus (BMI 30 tai yli) ovat suurkäytölle altistavia riskitekijöitä, ja vahvana altistavana riskitekijänä suurkäytölle on potilaan kokemus omasta huonosta terveydentilastaan ja matala koherenssin tunne.

2.4 Pitkäaikainen terveyspalvelujen suurkäyttö

2.4.1 Pitkäaikaisen suurkäyttäjän määrittely

Pitkäaikaisesta terveyspalvelujen suurkäyttäjistä (pTSK) ei myöskään ole olemassa yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Julkaisuissa pitkäaikaisiksi suurkäyttäjiksi on määritelty ne TSK-potilaat, joiden terveyspalvelujen käyttö jatkuu runsaana yli kaksi vuotta (Morris ym. 2012, Patel ym. 2015) tai vähintään kolme vuotta (Smits ym. 2009, 2014, Koskela 2008)

2.4.2 Pitkäaikaisen suurkäytön yleisyys

Suurkäytön todetaan useammassa tutkimuksessa olevan lyhytkestoinen ilmiö (Vedsted ym. 1999, Smits ym. 2009, Carney ym. 2001).

Carney ym. (2001) totesivat tutkimuksessaan, että suurin osa suurkäyttäjistä palaa normaaliin terveystalvelujen käyttöön viidessä vuodessa. Toisaalta juuri heidän tutkimuksessaan todetaan, että on pieni määrä suurkäyttäjii, joiden terveystalvelujen suurkäyttö on jatkunut jopa yli 20 vuotta.

Andersson ja kumppanit (2004) tutkivat pitkäaikaisen suurkäytön pysyvyyttä Ruotsissa ja he selvittivät, ketkä vuoden 1991 suurkäyttäjistä olivat suurkäyttäjii vielä vuonna 1996. Heidän tutkimuksessaan todettiin, että yhden vuoden TSK-potilaiden määrä oli vuonna 1996 41 % suurempi kuin vuonna 1991, mutta vain hyvin pieni määrä (25 potilasta, 21 naista ja 4 miestä) potilaista oli suurkäyttäjii molempina tutkimusvuosina.

Koskelan väitöskirjassa (2008) pitkäaikaisiksi suurkäyttäjiksi luokiteltiin tutkimusryhmän potilaista ne, joiden vuosittainen suurkäyttö oli jatkunut kolme vuotta. Tutkimusryhmän potilaista heitä oli 31 %. Amsterdamin yleislääkärivastaanotoilla pTSK-potilaita todettiin olevan 1,6 % kaikista listautuneista yli 15-vuotiasta potilaista, ja he tekivät 8 % kaikista yleislääkärikäynneistä v.2003 (Smits ym. 2009). Australiassa kahdeksan vuoden seuranta tutkimuksessa, jossa tutkittiin 1734 potilaan pitkäaikaista talvelujen käyttöä, todettiin, että pTSK-potilaita oli 3,6 % tutkimuskohortista ja he tekivät 15,5 % perusterveydenhuollon lääkärikäynneistä seuranta-aikana (Pymont ja Butterworth 2015).

Virka-ajan ulkopuolista yleislääkärivastaanottojen suurkäyttöä ja sen pysyvyyttä selvittäneessä tanskalaisessa tutkimuksessa todettiin, että 7 % TSK-potilaista pysyi suurkäyttäjinä neljän vuoden ajan (Vedsted ja Olesen 1999).

2.4.3 Pitkäaikaisen suurkäyttäjän ominaisuudet ja pitkäaikaista suurkäyttöä ennustavat tekijät

Sukupuoli

Pitkäaikaisista terveystalvelujen suurkäyttäjistä enemmistö on naisia (Vedsted ja Olesen 1999, Carney ym. 2001, Andersson ym. 2004, Koskela 2008, Pymont ja Butterworth 2015). Vedstedin ja Olesenin tutkimuksessa (1999) todettiin, että naissukupuoli ei heidän tutkimusmateriaalissaan ennustanut tulevaa suurkäyttöä. Andersson ym. (2004) totesivat, että oli olemassa pieni naispotilaiden joukko, joilla pitkäaikaista suurkäyttöä voisi jopa pitää potilaalle tyypillisenä piirteenä.

Ikä

Mikäli TSK-potilas on yli 50-vuotias, hänellä on todettu olevan riski muuttua pitkäaikaiseksi terveystalvelujen suurkäyttäjäksi (Vedsted ja Olesen 1999). Smitsin ym.

(2009) mukaan pTSK-potilaat ovat hieman vanhempia kuin yhden vuoden TSK-potilaat.

Sosiodemografiset tekijät

Smitsin ja kumppanien tutkimuksessa (2009) pTSK-potilailla todettiin lähes neljä kertaa enemmän sosiaalisia ongelmia kuin yhden vuoden TSK-potilailla sekä enemmän addiktiokäyttäytymistä. pTSK-potilaiden koulutustaustan on todettu olevan matala eikä heillä ole toisen asteen koulutusta (Patel ym. 2015 ja Pymont ja Butterworth 2015). Patelin ja kumppanien tutkimuksessa (2015) pTSK-potilaat olivat merkittävästi useammin naimattomia kuin kontrollipotilaat ja he raportoivat huonommasta elämän laadusta.

Krooniset sairaudet

Pitkäaikaisilla suurkäyttäjillä krooniset somaattiset ja psyykkiset sairaudet ovat tyypillisiä. Carney ym. (2001) totesivat, että pTSK-potilailla on yleensä jokin somaattinen pitkäaikaissairaus (verisuonisairaus, diabetes, nivelkuluma) suurkäytön syynä. Tyypillisiä kroonisia somaattisia sairauksia ovat verenpainetauti, astma, diabetes ja sairaalallinen lihavuus (Smits ym. 2009, Patel ym. 2015). Erilaiset pitkäkestoiset lihasperäiset sairaudet ja kiputilat ovat myös tyypillisiä tälle potilasryhmälle (Patel ym. 2015, Reho ym. 2018). Potilaan pitkittynyt yleistynyt ahdistuneisuus on yhteydessä pitkittävään suurkäyttöön. (Vedsted ym. 2001, Smits ym. 2009, Patel ym. 2015).

Pitkäaikaista suurkäyttöä ennustavat tekijät

Koskelan väitöskirjassa (2008) etsitään ennustemallin avulla pitkäaikaista suurkäyttöä ennustavia tekijöitä. Väitöskirjassa ja myöhemmin pitkäaikaisen suurkäytön ennustekijöitä käsittelevässä artikkelissa todetaan, että pitkäaikaista terveystalvelujen suurkäyttöä ennakoivia tekijöitä ovat naissukupuoli, aiempi terveystalvelujen käyttö, kuoleman pelko, raittius, alhainen potilastyytyväisyys, ärtyvä paksusuoli -oireyhtymä ja BMI yli 30 (Koskela ym. 2010).

Vuonna 2014 Smits ym. julkaisivat tutkimuksen, jossa etsittiin syitä pitkäaikaiseen terveystalvelujen käyttöön sekä potilaista että heitä hoitavista lääkäreistä. He totesivat, että pTKS-potilaille tyypillistä oli paniikkihäiriö, pitkäkestoinen yleistynyt ahdistuneisuus, negatiiviset elämäntilanteet tai tapahtumat kolmen viimeisen vuoden aikana, aiempi runsas terveystalvelujen käyttö ja elämäntalvelinnan puute. Nämä asiat todettiin myös itsenäisiksi pitkäaikaista suurkäyttöä selittäviksi tekijöiksi. Sen sijaan

he eivät löytäneet selittävää yhteyttä somaattisten tai sosiaalisten ongelmien ja pitkäaikaisen suurkäytön välillä. Tutkimuksen piirissä olleiden yleislääkärien ominaisuuksista tai toimintamalleista he eivät myöskään löytäneet erityistä yhteyttä pitkäaikaiseen suurkäyttöön.

Reho työryhmineen on todennut, että sekä yhden vuoden TSK-potilailla että pitkäaikaisilla TSK-potilailla on suurempi riski joutua ennenaikaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle kuin tavanomaisesti palveluja käyttävillä potilailla. Pitkäaikaiset TSK-potilaat saivat enemmän sekä osatyökyvyttömyyseläkkeitä että määräaikaista eläkepäätöksiä, mutta useimmat pysyvät työkyvyttömyyseläkkeet myönnettiin yhden vuoden TSK-potilaille. (Reho ym. 2020a)

Yhteenvetona aiemman kirjallisuuden perusteella pitkäaikaiset suurkäyttäjät ovat enimmäkseen yli 50-vuotiaita naisia, naimattomia ja matalasti koulutettuja sekä useammin kuin TSK-potilaat työelämän ulkopuolella olevia. pTSK-potilaat kokevat elämänlaatunsa huonoksi ja heillä elämän hallinta on huonoa. Yleistynyt ahdistuneisuus ja useat krooniset sairaudet ovat heille tyypillisiä. Kroonisista somaattisista sairauksista astma, diabetes, verenvainetauti ja pitkäkestoiset kiputilat ovat tyypillisiä. Pitkäaikaista suurkäyttöä ennustavia tekijöitä ovat naissukupuoli, aiempi runsas terveyspalvelujen käyttö, elämän hallinnan puute, tupakointi, raittius, yleistynyt ahdistuneisuus, ärtyvän suolen oireyhtymä ja BMI yli 30.

2.5 Suurkäytön aiheuttamia vaikutuksia yleislääkärin työkuormaan ja terveydenhuollon kustannuksiin

TSK-potilaiden on todettu aiheuttavan yleislääkäreille runsasta työkuormitusta ja vähentävän yleislääkärien työtyytyväisyyttä (Neal ym. 1996). TSK-potilailla on runsaasti hoitoa vaativia somaattisia ja psyykkisiä sairauksia, ja he käyvät yleislääkärien vastaanotoilla viisi kertaa niin usein kuin keskimääräisesti palveluja käyttävät potilaat. Samoin heidät lähetetään sairaalatutkimuksiin viisi kertaa niin usein kuin keskimääräisesti vastaanotolla käyvät potilaat. Heidän voidaan katsoa käyttävän runsaasti terveydenhuollon voimavaroja, ja voidaankin pohtia, onko suurkäyttäjien saama hoito tarkoituksenmukaista vai terveydenhuollon resurssien huonoa käyttöä. (Heywood ym. 1998)

TSK-potilaat runsaine käynleineen, etenkin jos suurkäyttö pitkittyy, voivat aiheuttaa yleislääkäreille jopa loppuun palamista työssään (Young ym. 2018).

Backett ym. totesivat jo v.1954 julkaisemassaan artikkelissa, että yleislääkärin vuosityöpanoksesta yli puolet (52 %) kului 10 kertaa vuodessa vastaanotolla käyvien potilaiden (16 % kaikista vastaanotolle listautuneista asukkaista) hoitoon.

Neal ja kumppanit (1998) totesivat, että hyvin pieni osa potilaista (3 %) aiheuttaa yleislääkäreille merkittävän osan työkuormasta (15 %), kun joka kuudes tai seitsemäs käynti on TSK-potilaan tekemä. He esittivät myös, että tämä pieni, erittäin paljon palveluja käyttävä potilasryhmä aiheuttaa runsaasti terveydenhuollon kustannuksia.

Ruotsalaisessa perusterveydenhuollon suurkäyttäjiä (ainakin 5 käyntiä vuodessa) analysoineessa tutkimuksessa todettiin, että yleislääkäri käytti kaikkiaan vuonna 1991 vastaanottoaikaa TSK-potilaaseen nelinkertaisen määrän (140 min > 35 min) verrattuna iän ja sukupuolen mukaan valittuun kontrolliryhmän potilaaseen (Andersson ym. 1995).

Heywood ym. (1998) selvittivät tutkimuksessaan erittäin runsaan suurkäytön (keskimäärin 15 käyntiä vuodessa) yleislääkärille aiheuttamaa työmäärää. Tutkimus- ja kontrolliryhmä kerättiin 6 954 20–65-vuotiaan potilaan joukosta. Tutkimusryhmä totesi, että näiden erittäin paljon palveluja käyttävien potilaiden käyntimäärä lääkärin vastaanotolla oli viisinkertainen kontrolliryhmän potilaisiin nähden. Tutkimusryhmä arvioi, että jos erittäin paljon palveluja käyttävien ryhmässä pystyttäisiin keskimäärin vähentämään yksi lääkärikäynti vuodessa, tämä voisi tarkoittaa yleislääkärille vastaanoton kokonaistyömäärän yhden prosenttiyksikön vähenemää tämän ikäryhmän osalta.

Tanskalaisten tutkijoiden kirjallisuuskatsausartikkelissa todetaan, että suurkäyttäjät varasivat yleislääkärien kaikista vastaanottoajoista jopa 30–50 % (Vedsted ja Christensen 2005).

Amsterdamissa yleislääkärien vastaanotoilla pitkäaikaisten TSK-potilaiden (1,6 % kaikista potilaista) todettiin käyttävän 8 % lääkärin kaikista vastaanottoajoista. Tutkimusryhmä totesi, että Amsterdamissa työskentelevät yleislääkärit käyttivät pitkäaikaisten TSK-potilaidensa hoitoon seitsemän kertaa enemmän vastaanototyötä kuin ei-suurkäyttäjäpotilaisiinsa. (Smits ym. 2009)

Myöhemmin Smits ym. (2016) selvittivät pitkäaikaisten TSK-potilaiden käyntien luonnetta. He vertasivat suunniteltuja pitkäaikaisen hoidon käyntejä äkillisiin ja tilapäisiin käynteihin ja totesivat, että pitkäaikaisilla TSK-potilailla esiintyi enemmän sekä tilapäisiä, äkillisiä käyntejä että suunniteltuja pitkäaikaisen hoidon käyntejä omalääkärillä kuin tavanomaisesti käyvillä potilailla. Käyntimäärät molemmissa käyntityypeissä lisääntyivät suurkäytön pitkittyessä. Äkillisten käyntien katsottiin johtuvan siitä, että pitkäaikaisilla TSK-potilailla oli matala kynnys konsultoida asiassa kuin asiassa omaa yleislääkäriään.

Hollantilaistutkimuksessa selvitettiin, miten potilaiden sairastavuus ja lääkärin ominaisuudet selittävät suurkäyttäjien aiheuttamia suuria terveydenhuollon kuluja. Ryhmä selvitti TSK-potilaiden terveydenhuollon kuluja yhden, kahden ja kolmen vuoden aikana sekä pyrki selvittämään, miten kulut liittyisivät potilaiden sairasta-

vuuteen ja perusterveydenhuollon lääkärin ominaisuuksiin. Tutkimuksessa käytettiin osittain anonymisoituja 16 531 potilaan tietoja 39 yleislääkärivastaanotolta ja ne yhdistettiin terveysvakuutuksen korvauskuluihin perusterveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidossa erikoislääkärien avohoitokäyntien osalta. Tietoja yleislääkärien ominaisuuksista kerättiin hallinnollisesta datasta ja kyselylomakkeilla. Tutkimuksessa todettiin, että TSK-potilas aiheutti selvästi suuremmat kulut perustasolla kuin ei-TSK-potilas ja samoin tapahtui erikoissairaanhoidossa. Pitkäaikaisen TSK-potilaan aiheuttamat kokonaiskustannukset olivat yli kolminkertaiset keskimääräisesti palveluja käyttävään potilaaseen nähden. Korkeat kustannukset niin perusterveydenhuollossa kuin erikoislääkäreillä eivät selittyneet TSK-potilaiden monisairastavuudella. Perusterveydenhuollon lääkärin työtyylit eivät myöskään selittäneet kustannusten nousua. Selitystä kustannusten nousulle ei tämän tutkimuksen perusteella pystytty osoittamaan. (Smits ym. 2013)

Reho ym. (2018) totesivat, että pTSK-potilaat vaativat työterveyshuollossa huomattavan määrän lääkärin työpanoksesta. Myöhemmin Reho ym. (2020b) etsivät työterveyshuollon potilaista paljon kustannuksia aiheuttavat potilaat sekä TSK-potilaat ja tutkivat, kumpi identifiointitapa olisi käyttökelpoisempi niiden potilaiden löytämiseksi, jotka voivat joutua ennenaikaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle. TSK-potilaan määritelmänä he käyttivät potilaan kuulumista käyttäjien ylimpään 10 %:iin. Samoin paljon kustannuksia aiheuttaviksi potilaiksi valittiin ne, jotka palvelujen käytöstä aiheutuneiden kulujen perusteella kuuluivat ylimpään 10 %:iin. He totesivat, että molempien potilasryhmien riski joutua ennenaikaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle oli korkeampi kuin palveluja tavanomaisesti käyttävien potilaiden. Heidän mielestään se tapa, jolla palveluja paljon käyttävä potilas tunnistetaan, ei ollut niin tärkeä, kunhan nämä potilaat tunnistettaisiin ajoissa ja saataisiin tarpeellisen kuntoutuksen piiriin.

Harju (1994) käsitteli väitöskirjassaan sairaanhoidon porrastusta ja totesi, että jos terveyskeskuksessa vastaanotolla yksittäiset potilaat eivät kävisi enempää kuin kahdeksan kertaa vuodessa, terveyskeskuksessa vapautuisi riittävästi aikoja, jotta erikoissairaanhoidosta voitaisiin siirtää kontrollipotilaat sinne. Harjun tutkimuksessa todetaan, että 10 % terveyskeskuksen potilaista käyttää 30 % terveyskeskuksen palveluista.

2.6 Lääkäristä johtuvat suurkäytön syyt

Neal ja kumppanit (2000) tutkivat, miksi tietyn vastaanoton joillakin lääkäreillä on enemmän TSK-potilaita kuin toisilla. Ryhmä selvitti tutkimuksessaan myös sitä, millainen TSK-potilaiden hoidon jatkuvuus on yhden vastaanottopisteen sisällä. He totesivat, että samassa vastaanottopisteessä eri lääkärin välillä oli suurta vaihtelua, kuinka paljon heillä oli suurkäyttäjiä listallaan ja kuinka usein suurkäyttäjät kävivät

kyseisen lääkärin vastaanotolla. Suurin osa vastaanoton suurkäyttäjistä ei käynyt pelkästään omalla listalääkärillään, vaan he varasivat vastaanottoaikoja kaikilta vastaanottopisteen lääkäreiltä. Vaikka monella TSK-potilaalla oli selkeä omalääkärisuhde yhteen vastaanoton lääkäriin, kävivät nämä TSK-potilaat runsaasti myös muiden kuin oman listalääkäriinsä vastaanotolla. Syy tähän ei selvinnyt tässä tutkimuksessa eikä sekään, miksi joillakin lääkäreillä kävi enemmän suurkäyttäjää vastaanotollaan kuin toisilla saman vastaanottopisteen lääkäreillä. Tutkijat arvelivat, että lääkärin toimintatavoissa suurkäyttäjien kanssa oli eroja.

Tanskalaisessa tutkimuksessa, jossa tutkimusaineisto muodostui 262 yleislääkärivastaanoton listatuista asiakkaista (419 072 yli 20-vuotiasta asukasta), etsittiin vastaanottoon ja lääkäriin liittyvien seikkojen sekä suurkäyttäjien määrän välisiä yhteyksiä. Tutkimuksessa todettiin, että suurten kaupunkien yleislääkärivastaanotoilla TSK-potilaiden osuus lääkärin kaikista potilaista oli matala. Jos lääkäri oli nainen tai lääkärin vastuulla oli suuri määrä potilaita, TSK-potilaiden osuus kaikista potilaista oli myös matala. Mitä kokeneempi yleislääkäri oli, sitä pienempi oli hänen listallaan olevien TSK-potilaiden osuus. Lääkärin iän ja hänen listallaan olevien suurkäyttäjien määrän välillä ei todettu yhteyttä. Tutkimuksessa löydettiin myös havaintoja siitä, että suurkäyttö voi liittyä lääkärin tapaan harjoittaa ammattiaan ja hänen omaan käyttäytymiseensä. (Vedsted ym. 2004)

Dinkel tutkimusryhmänsä kanssa halusi selvittää potilaan ja lääkärin välisen hoitosuhteen ja suurkäytön välistä yhteyttä. Tässä saksalaisessa tutkimuksessa oli mukana 2 247 perhelääkärin potilasta, joista 296 oli TSK-potilaita (TSK-potilaan kriteerinä oli kuuluminen siihen 10 %:iin potilaista, joilla oli eniten käyntejä). Tutkimuksessa selvitettiin myös TSK-potilaiden potilas-lääkärisuhdetta erikoislääkärin vastaanotoilla. Potilas-lääkärisuhdetta arvioitiin käyttämällä siihen tarkoitettua kyselytestiä. Suurkäyttö liittyi tässä tutkimuksessa potilaan matalaan tulotason, työelämän ulkopuolella oloon, psyykkiseen ahdistukseen, somaattisiin oireisiin ja useisiin fyysisiin sairauksiin. Potilaan kokema hyvä potilas-lääkärisuhde ei ollut itsenäinen suurkäyttöä selittävä tekijä perhelääkäriryhmässä. (Dinkel ym. 2016).

2.7 Suurkäyttäjien terveydentilan parantamiseksi ja käyntimäärien vähentämiseksi käytettyjä interventioita

2.7.1 Potilaisiin kohdenetut interventiot

Smits ym. (2008) julkaisivat systemaattisen kirjallisuuskatsauksen erilaisista interventioista, joita oli kohdistettu TSK-potilaisiin perusterveydenhuollossa. Heidän ta-

voitteensa oli löytää vastaus kysymykseen, millaiset interventiot mahdollisesti vähentävät TSK-potilaiden sairastavuutta ja käyntitiheyttä ja samalla parantaisivat tämän potilasryhmän elämänlaatua. Heidän loppupäätelmänsä kuitenkin oli, ettei mikään interventio parantanut TSK-potilaiden elämänlaatua tai vähentänyt sairastavuutta eikä TSK-potilaan palvelujen käyttöön voitu interventioilla vaikuttaa vähästä.

Myös Haroun ja kumppanit (2016) selvittivät systemaattisessa kirjallisuuskatsausartikkelissaan, minkälaisia TSK-potilaita oli siihen mennessä tutkittu ja miten erilaiset interventiot olivat vaikuttaneet heidän elämänlaatuunsa ja käyntimääräänsä yleislääkärillä. Analysoidut tutkimukset oli julkaistu vuosien 1980 ja 2015 välillä. He totesivat, että analysoiduissa tutkimuksissa TSK-potilaiden määrittely vaihteli ja myös toteutettujen interventioiden suuri heterogeenisuus vaikeutti tulosten esittämistä. Heidän yhteenvetonsa oli se, että pitävä näyttö siitä, minkä tyyppinen interventio voisi auttaa erityyppisiä TSK-potilaita, edelleen puuttui.

Kognitiivis-behavioraaliset interventiot

Morris ja kumppanit (2012) esittivät, että terveydenhuollon suurkäyttäjiä varten tulisi kehittää omat hoito-ohjeet ja toimintaohjelmat. Artikkelissaan ryhmä esittää, että kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä hyödyntäviä hoitomalleja tulisi kehittää varsinkin pitkäaikaisille TSK-potilaille ja tutkia niiden hyötyjä niin terveydenhuoltojärjestelmälle koituvan taloushyödyn kuin potilaille tulevan hyödyn näkökulmasta.

Kognitiivis-behavioraalisia (KB) menetelmiä on tutkittu interventiotutkimuksissa ja pyritty löytämään toimintamalleja, joilla voisi vähentää palvelujen käyttöä, mutta samalla parantaa suurkäyttäjien elämänlaatua. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Aiemmat kliiniset tutkimukset, joissa terveydenhuollon suurkäyttäjät ja/tai selittämättömistä fyysisistä oireista (MUPS tai MUS) kärsivät potilaat ovat osallistuneet kognitiivis-behavioraaliseen interventioon.

KIRJOITTAJA(T), JULKAISUVUOSI, TERVEYDENHUOLLON JÄRJESTELMÄ	AINEISTO, INTERVENTIO/KONTROLLI POTILAIDEN MÄÄRÄ	INTERVENTION TOEUTUSTAPA	TULOKSET JA SEURANTA-AIKA
Sumathipala ym. 2000 Yleislääketieteen avovastaanotto, Sri Lanka	Satunnaistettu vertailu-tutkimus, jossa 68 (16–65-v.) TSK-potilasta (km. 14 käyntiä/v). Interventoryhmässä 34 potilasta ja kontrolliryhmässä 34 potilasta. Sisäänottokriteerinä oli MUPS-oireita 5kpl tai enemmän.	Interventoryhmä sai 3 kk:n aikana 6 30 min mittaista KB-terapiatapaamista, kontrolliryhmä sai normaalia hoitoa. Interventoryhmästä 22 potilasta osallistui 3–6 KB-tapaamiseen.	Interventoryhmässä MUPS-oireet, käynnit ja psyykinen ahdinko vähenivät merkitsevästi enemmän kuin kontrolliryhmässä ($p=0.001$, $p=0.004$, $p=0.04$). Tutkimuksessa oli vain 3 kk:n seuranta-aika, joten vaikutuksia vuositason ei pysty arvioimaan.
Martin ym. 2007 Perusterveyden huolto, Saksa	Satunnaistettu vertailu- tutkimus, jossa 140 MUS-oireisen (vähintään 2 MUS-oiretta) potilaan ryhmä. Interventoryhmässä 70 ja kontrolliryhmässä 70 potilasta. Käyntimäärä lääkäriä ei ollut sisäänottokriteeri tutkimukseen, mutta interventoryhmässä potilaiden käyntimäärä yleislääkäriä oli 5.6 käyntiä/6kk ja kontrolliryhmässä 5.5 käyntiä/6kk eli vastaa TSK-potilasta.	Interventoryhmä sai yhden käyntikerran KB-intervention, joka annettiin 2–4 potilaan ryhmässä ja se kesti 3–4 tuntia.	Interventoryhmässä somatisaatio-oireet, yleislääkärikäynnit ja lääkkeiden käyttö vähenivät merkitsevästi enemmän kuin kontrolliryhmässä ($p=0.018$, $p<0.05$, $p<0.05$). Seurannat tehtiin 4 viikon ja 6 kk:n kuluttua interventiosta. Lääkärikäyntitiedot saatiin potilaiden itsensä ilmoittamina, ei rekisteristä.
Malins ym. 2016 Perusterveyden huolto, Englanti	Tapaustutkimus, KB-intervention soveltuvuudesta pTSK-potilaiden käyntifrekvenssin alentamiseen ja psyykinen hyvinvoinnin parantamiseen. Potilasrekisterin perusteella vähintään 2 vuotta TSK-potilaana (30 tai enemmän käyntejä lääkäriä tai hoitajalla 2 vuoden aikana) olleista 462 potilaasta 87 oli tutkimukseen sopivia. 32 heistä suostui osallistumaan interventioon. Kontrolliryhmän lähtötilanteen osalta muodostivat 56 potilasta, jotka eivät suostuneet tai joille ei interventiota tarjottu.	Interventoryhmä sai km. 11 KB-tapaamista, jotka toteutettiin km. 3 kk:n aikana. Potilaiden saamien terapiatapaamisten määrä vaihteli potilaskohtaisesti ollen 6–40 tapaamista. 75 % interventoryhmän potilaista osallistui vähintään 6 tapaamiseen.	Interventoryhmässä kaikkien perusterveydenhuollon palvelujen käytön todettiin vähentyneen puoleen 6 kk kontrollissa ja väheneminen jatkui 12 kk:n kontrollissa. Erikoissairaanhoidon käyttö ei vastaavasti lisääntynyt. KB-interventio todettiin toimivaksi hoitomuodoksi pienelle osalle (7 %) pTSK-potilaita. Sen käyttö edellytti yleislääkäriä potilasvalintaa ja yhteistyötä terapeutin kanssa. Tutkimuksessa ei ollut kontrolliryhmää.
Strömblom ym. 2018 Perusterveyden huolto, Ruotsi	331 18–65-vuotiaalle TSK-potilaalle (ainakin 5 käyntiä lääkäriä vuodessa) tarjottiin kirjeellä mahdollisuutta osallistua KB-terapiaan. 89 hyväksyi tarjouksen. Tutkimuspotilaat satunnaistettiin kolmeen ryhmään, joilla oli 0, 6 kk tai 12 kk odotusaika KB-terapiajaksolle pääsyyn. Terapian aloitti kaiken kaikkiaan 68 potilasta.	KB-terapia koostui kaikilla ryhmillä 12 ryhmätapaamiskerrasta. Terapian kävi loppuun 54 potilasta.	Ahdistus- ja masennusoireet vähenivät KB-terapian myötä ($p=0.001$, $p=0.022$). Odotusajana ei tapahtunut muutoksia ahdistus- tai masennusoireissa. Lääkärikäyntimäärissä ei tapahtunut muutosta KB-terapian myötä. Seurannan pituus terapian loppumisen jälkeen vaihteli ryhmästä riippuen ollen viimeisellä ryhmällä 3 kk.

kk: kuukausi

km: keskimäärin

MUPS: Medically Unexplained Physical Symptoms

MUS: Medically Unexplained Symptoms

v: vuosi

Aiemman kirjallisuuden perusteella KB-interventioilla on voitu vaikuttaa TSK-potilaiden palvelujen käyttöön vähentävästi ainakin osassa tutkimuksia. Pienellä osalla pTSK-potilaita KB-interventio vähensi käyntimääriä ja käyntien määrä oli 12 kuukauden seurannassa edelleen alhaisempi kuin ennen interventiota (Malins ym. 2016). Psykkisiä oireita on saatu KB-interventiolla lievitetyksi ja elämänhallinta on parantunut.

Muut interventiot

Smithin ja tutkimusryhmän (2006) satunnaistetussa asetelmassa toteutettuun interventiotutkimukseen osallistui 206 TSK-potilasta (8 tai enemmän käyntejä/v, 18–65-vuotiaita), jotka kärsivät lääketieteellisesti selittämättömistä oireista (medically unexplained symptoms, MUS). Interventio kesti 12 kuukautta. Interventoryhmässä oli 101 potilasta ja kontrolliryhmässä 105. Interventoryhmä sai 12 20 minuutin mittaista, koulutetun hoitajan antamaa tapaamista. Tapaamisten välissä oli 5–10 minuuttia kestäneet puhelinkontaktit. Interventio koostui behavioraalista osuudesta ja siihen kuului tarvittaessa antidepressiivisen lääkityksen käyttö, fysioterapiaa ja rentoutusharjoituksia. Kontrolliryhmä sai tavanomaista hoitoa. Interventoryhmässä hie-man yli 82 % potilaista oli naisia. Interventio paransi potilaiden psyykkistä toimintakykyä tavanomaiseen hoitoon verrattuna. Mahdollista vaikutusta potilaiden lääkärikäyntimääriin ei raportoitu.

Hollannissa Nijmegen kaupungin yleislääkärien TSK-potilaista (käyntien perusteella ylipään 10 %:in kuuluvat) valittu MUS-kriteerit täyttävä potilasryhmä osallistui satunnaistettuun, kontrolloituun tutkimukseen, jossa tutkittiin mindfulness-pohjaisen kognitiivisen terapian (MBCT) soveltuvuutta MUS-oireisten suurikäyttöjen hoitoon. Tutkimuksessa haluttiin myös selvittää, miten potilaat hyväksyvät MBCT-intervention ja miten se vaikuttaisi heidän yleiseen terveydentilaansa. Tutkimukseen saatiin mukaan 125 18–70-vuotista TSK-potilasta. Interventoryhmän (n=64) potilaat saivat kahdeksan viikon aikana 2,5 tunnin mittaisen MBCT-tapaamisen kerran viikossa. Kontrolliryhmä (n=61) sai tavanomaista hoitoa. Sekä terapian loppuessa että yhdeksän kuukauden seurannan jälkeen todettiin, että yleisen terveydentilan muutoksessa ei ollut eroa ryhmien välillä. Potilaiden psyykinen toimintakyky kuitenkin parani enemmän interventoryhmässä kuin kontrolliryhmässä. (van Ravesteijn ym. 2013)

Yhdysvalloissa kolmella perusterveydenhuollon klinikalla (Deanissa, Bostonissa ja Seattlessa) toteutettiin depression tunnistamiseen ja hoitoon keskittyvä interventio TSK-potilailla. TSK-potilaaksi määriteltiin potilas, jonka käyntimäärät kuuluivat kaikkien käyntien ylipään 15 %:iin edeltävien kahden vuoden ajan. Tutkimusryhmä (n=410) muodostettiin niistä TSK-potilaana olleista depressio-oireista kärsivistä potilaista, joilla ei tutkimuksen alkutilanteessa ollut aktiivista depression

hoitoa käynnissä. Tutkimusryhmälle tarjottiin tutkimusta varten suunniteltua depression hoito-ohjelmaa, johon kuului potilaan opetusta, depressiolääkitystä ja potilaan säännöllinen puhelinseuranta. Kontrolliryhmän (n=407) hoito jatkui ennallaan. Vuoden seurannan aikana todettiin, että intervention saaneessa tutkimusryhmässä depressio-oireista vapaat päivät lisääntyivät merkitsevästi enemmän kuin kontrolliryhmässä, mutta toimintamalli nosti laskennallisia terveydenhuollon kustannuksia merkitsevästi. (Simon ym. 2001).

Matalonin tutkimusryhmä (2002) selvitti mitä vaikutuksia terveydenhuollon kustannuksiin oli, jos TSK-potilas lähetettiin moniammatilliselle klinikalle lyhytkestoiseen interventioon. Tutkimusalueen (Petach-Tikva, Israel) kaikkia 45 perhelääkäriä informoitiin kirjeitse mahdollisuudesta lähettää vaikeahoitoisiksi kokemiaan tai erittäin runsaasti vastaanotolla käyviä potilaita hoitoon moniammatilliselle klinikalle. Lääkäreitä kehoitettiin valitsemaan erityisesti niitä potilaita, joilla oli lukuisia somaattisia tai psyykkisiä ongelmia ja joiden hoito oli haasteellista. Matalon ja kumppanien tutkimuksessa analysoitiin 40 ensimmäistä moniammatillisella klinikalle lähetettyä potilasta. Tutkimusryhmän potilaiden käyntimäärä yleislääkärillä vuosi ennen lähettämistä oli keskimäärin 14,3 kertaa vuodessa. Potilaiden terveyspalvelujen kokonaiskäyttö ja -kulut selvitettiin vuoden ajalta ennen klinikalle lähettämistä ja vuosi sen jälkeen. Potilaiden alkukartoitus klinikalla sisälsi monipuolisen perhelääkärin haastattelun ja somaattisen tutkimuksen sekä moniammatillisen tiimitapaamisen. Potilaan klinikalla saamaan interventioon kuului tarpeellinen lääkehoito ja potilaille tarjottiin KB-lyhytterapia sekä opetettiin rentoutumistekniikoita. Koko interventio sisälsi 10 yhden tunnin mittaista tapaamista viikoittain tai kahden viikon välein. Klinikalle lähetetyistä potilaista yli kaksi kolmasosaa (77,5 %) oli naisia. Heidän keski-ikänsä oli 52 vuotta ja pääoireina heillä todettiin päänsärky ja uupumus. Potilaiden mielenterveysongelmat johtuivat pääasiassa somatisaatiosta, depressiosta ja ahdistuneisuudesta. Vuosi intervention jälkeen potilaiden käyntimäärän yleislääkärillä todettiin laskeneen kahdeksaan käyntiin vuodessa. Samoin tutkitun potilasryhmän vuosittaiset terveydenhuollon kokonaiskustannukset olivat laskeneet hieman yli 71 %:a ennen interventiota olleesta tasosta (keskimääräiset vuosittaiset kustannukset yhtä potilasta kohti: ennen interventiota 4035US\$ ja sen jälkeen 1161US\$). Tutkimusryhmä toteaa, että vaikka tämä alustava tutkimus oli kontrollioimaton, vaikuttaisi siltä, että käytetty biopsykososiaalinen interventiomalli pystyi vaikuttamaan TSK-potilaiden sairauskäyttämiseen ja alentamaan terveydenhuollon kustannuksia.

Quenslandissa, Australiassa tutkimusryhmä halusi selvittää, mikä merkitys suurkäyttöön olisi, jos kroonisia sairauksia sairastavat potilaat saadaan aktivoitua omahoitoon. Erityisesti heitä kiinnosti, miten tämä vaikuttaisi terveyspalvelujen käyttöön. Tutkimusryhmään valikoitui 734 potilasta, jotka olivat ainakin 18 vuoden ikäi-

siä ja joilla oli joko esi- tai varsinainen diabetes, sydän- ja verisuonitauti tai molemmat krooniset taudit. TSK-potilaita heistä oli 326. Tutkimuksessa todettiin, että mitä enemmän potilas aktivoitui omahoidostaan, sitä todennäköisempää oli, että hän käytti omalääkäriensä palveluja aiempaa vähemmän. Sydän- ja verisuonitauteja sairastavilla suurkäyttäjillä omahoitoon aktivoituminen osoittautui itsenäiseksi käyntimäärän alenemiseen vaikuttavaksi tekijäksi. Omahoidon aktiivinen lisääminen vaikutti olevan yksi keino vähentää kroonisista sairauksista kärsivien TSK-potilaiden lääkärikäyntejä perustasolla. (Donald ym. 2010)

Suomalaisten TSK-potilaiden sitoutumista terveydenhuollon hoito-ohjeisiin selvitettiin seitsemän Pohjois-Suomen kunnan terveyskeskuksen hieman yli 460 TSK-potilaan otoksesta. Tutkimusryhmä totesi, että TSK-potilaat sitoutuivat hyvin (82 %) hoito-ohjeisiin. Erityisen hyvin TSK-potilaat sitoutuivat noudattamaan lääkitystä. TSK-potilaat sitoutuivat erityisen hyvin ohjeiden noudattamiseen, kun he kokivat olevansa vastuussa omasta hoidostaan. Tutkimusryhmä päätteli, että löydöksiä voitaisiin hyödyntää, kun kehitetään yksilöllisiä TSK-potilaita auttavia interventiomenetelmiä. (Hirsikangas ym. 2016)

Suurkäytön pitkäaikaisseurantoja tarkastelevassa systemaattisessa katsauksessa todettiin, että terveystalouden suurkäyttäjistä on julkaistu vähän pitkäaikaisseurantoja. Useissa tutkimuksissa keskitytään poikkileikkaustilanteen selvittelyyn eikä selvitetä pitkäaikaisen suurkäytön taustalla olevia tekijöitä. Juuri näiden tekijöiden tunnistaminen voisi katsauksen kirjoittajien mukaan auttaa kehittämään interventioita, joilla voisi vaikuttaa pitkittyvään suurkäyttöön perusterveydenhuollossa. Näin ehkä voitaisiin vähentää pitkäaikaisen terveystalouden suurkäytön aiheuttamaa taloudellista taakkaa perusterveydenhuollossa. (Hajek ym. 2020)

2.7.2 Lääkäreihin kohdennetut interventiot

Vuonna 2000 julkaistussa artikkelissaan Jiwa selvitti, voisiko TSK-potilaiden käyntimäärään vaikuttaa tekemällä hoitavan yleislääkärin käytössä olevaan paperiseen sairauskertomukseen lääkärielle helposti löydettävän ja yksityiskohtaisen tiivistelmän (Jiwa 2000). Yhteen A4-kokoiseen tiivistelmään oli koottu kahdeksankohtainen yhteenveto potilaan kaikista ongelmista, jotka löytyivät hänen sairauskertomuksestaan. Tutkijan oletuksena oli, että jos yleislääkäri ei löydä riittävän nopeasti tietoja potilaskertomuksesta, potilaan hoito vaikeutuu ja potilaalle tulee sen vuoksi enemmän käyntejä lääkäriellä. Tutkimus toteutettiin neljän yleislääkärin yhteisvastaanotolla. Tutkimuksessa tehtiin yhteenveto 104 TSK-potilaan sairauskertomuksiin. Puolella potilaista yhteenvedot vielä merkittiin erikseen huomiolapulla ja tämä ryhmä oli tutkimuksen interventioyryhmä ja toinen puoli toimi kontrolliryhmänä. Tutkija pyysi yleislääkäreitä lukemaan ja myös merkitsemään ylös hyödyntämänsä yhteenvedot.

Tutkimustulos kuitenkin oli se, että TSK-potilaiden tietoihin valmiiksi tehdyt yhteenvedot eivät vähentäneet potilaiden käyntimääriä yleislääkärillä kummassakaan ryhmässä. Käyntimääriä yleislääkäreillä seurattiin viiden kuukauden ajan.

Bellönin ym. (2008) satunnaistetussa vertailututkimuksessa TSK-potilaiden käyntimääriä pyrittiin vähentämään kohdentamalla interventio TSK-potilasta hoitavaan yleislääkäriin. Tutkimusasetelmassa osalle terveyskeskuslääkäreitä tarjottiin 15 tunnin mittainen interaktiivinen interventio, missä oli käytössä tutkimusryhmän etukäteen laatima lista seitsemästä mahdollisista suurkäytön syystä. Lääkäreitä kannustettiin valitsemaan listalta syy potilaansa suurkäytölle ja pohtimaan, miksi kyseinen potilas oli suurkäyttäjä. Tämän jälkeen lääkärit keskustelivat tekemistään potilaskohteisista analyyseistä ryhmässä. Tutkimuksella haluttiin selvittää, miten interventio mahdollisesti vaikuttaisi potilaiden lääkärikäyntimääriin. Tutkimusaineisto muodostui Etelä-Espanjassa olevan terveyskeskuksen kuudesta yleislääkäristä ja heidän satunnaisesti valituista 209 yli 15-vuotiaasta TSK-potilastaan. TSK-potilaaksi määriteltiin iän ja sukupuolen mukaan ryhmiin jaetusta potilasjoukosta ne, joiden käyntimäärä lääkerillä vuodessa oli vähintään kaksinkertainen verrattuna vastaavan ikä- ja sukupuoliryhmän käyntimäärään kyseisessä terveyskeskuksessa. Kolme lääkäriä satunnaistettiin osallistumaan varsinaiseen interventioon. Heidän 137 TSK-potilastaan satunnaistettiin tutkimusryhmiin siten, että 66 potilasta kuului intervention piiriin (tutkimusryhmä) ja 71 potilasta sai tavanomaista hoitoa (kontrolliryhmä 1). Kolme muuta lääkäriä oli satunnaistettu kontrolliryhmään ja he tarjosivat 72 TSK-potilaalle tavanomaista hoitoa (kontrolliryhmä 2). TSK-potilaat antoivat suostumuksensa haastatteluun ja luvan potilastietojensa käyttöön. Vuosi lääkärien saaman intervention jälkeen todettiin, että interventioryhmän potilaiden lääkärikäyntien määrä oli laskenut merkitsevästi enemmän kuin kummankin kontrolliryhmän. Tutkimusryhmä totesi, että käytetty lääkäreihin kohdistettu interventio- ja keskustelumalli oli tehokas ja se sai aikaan muutoksia yleislääkärien toimintatavoissa.

Young ym. (2018) selvittivät tutkimuksessaan terveyspalveluiden suurkäyttöön liittyviä ongelmia ja TSK-potilaita hoitaneilla lääkäreillä todettua työssä loppuun palamista. Tutkimuksen kohteena oli 5500 potilaan yleislääkärivastaanotto harvaan asutulla alueella Cumbrian pikkukaupungissa. Vastaanotolla työskenteli kolme koko-aikaista yleislääkäriä (viisi eri henkilöä) ja kaksi koko-aikaista hoitajaa. Vuonna 2007 moni henkilökunnasta koki loppuun palamisen ainakin osittain monien pitkäaikaisten TSK-potilaiden takia. Ratkaisuksi ongelmaan päätettiin käyttää sisäistä yhteiskeskustelumenetelmää, jolla pyrittiin parantamaan niin yleislääkärien kuin hoitajien tapaa kohdata ja hoitaa TSK-potilaita. Pyrkimyksenä oli myös löytää menetelmiä siihen, ettei potilaiden tarvitsisi käydä niin usein heitä hoitavalla omalääkerillä. Tutkimuksessa selvitettiin myös, millaisia vastaanoton TSK-potilaat olivat ja mitä vaivoja ja ongelmia heillä oli runsaiden käyntiensä taustalla. Lääkärit tunnistivat myös 163 sellaista TSK-potilasta, jotka olivat käyttäneet runsaasti palveluja ainakin

viiden vuoden ajan. Osana vastaanoton lääkärin ja hoitajien ”talking circle”-prosessia lääkärin toteuttivat neljän vuoden aikana vuosittain 50:lle eniten palveluja vuodessa käyttäneelle TSK-potilaalleen maksimissaan kuuden kerran intervention. Potilaan saama interventio kesti 20–30 minuuttia/kerta. Toteutettu interventiomalli pohjautui pitkälti malliin, jonka oli kehittänyt Alasdair MacDonald (2015). Interventioista ensimmäisessä perhdyttiin potilaan perhetaustaan. Toisessa tapaamisessa käytettiin psykoedukaatiota ja etsittiin keinoja ruumiillisten oireiden ja stressin hallintaan. Muissa interventioissa käytettiin ratkaisukeskeistä toimintamallia erilaisten potilaalle ongelmallisten elämäntilanteiden selvittämiseen. Useimmat TSK-potilaat saivat kahdesta kolmeen interventiotapaamista. Tuloksissa todettiin, että potilaan kokemana stressi ja ahdistus olivat yleisimpiä syitä suurikäytön taustalla. Lisäksi potilailla oli persoonallisuushäiriöitä ja päihteiden käyttöä ja monet olivat kokeneet perheväkivaltaa. TSK-potilaiden saamalla interventioilla todettiin olevan heidän elämänlaatuun parantavaa vaikutusta. Lisäksi interventiot vähensivät suurikäyttöä tällä vastaanotolla. Yleislääkärit puolestaan oppivat ”talking circle”-menetelmällä käyttämään sopivia toimintatapoja pTSK-potilaidensa hoidossa.

2.8 Suurikäyttäjän tunnistaminen sähköisestä potilastietojärjestelmästä

Smits tutkimusryhmineen (2009) halusi kehittää pitkäaikaisen suurikäyttäjän tunnistavan ennustemallin. Ryhmä pyrki kehittämään mallia, joka auttaisi yleislääkäreitä tunnistamaan normaalisti käyttämästään sähköisestä potilastietojärjestelmästä ne TSK-potilaat, joilla oli suurin riski päätyä pitkäaikaisiksi suurikäyttäjiksi tai toisaalta ne potilaat, joiden riski päätyä pTSK-potilaiksi oli erittäin pieni. Ennustavina tekijöinä he käyttivät potilaan ikää, yleislääkärin kirjaamaa potilaan ongelmien lukumäärää sekä minkä tahansa seuraavan kolmen kroonisen sairauden esiintymistä: diabetes, sydän- ja verisuonisairaus sekä hengityselinsairaus. Lisäksi selvitettiin, oliko potilaalla psykiatrisia tai sosiaalisia ongelmia tai käyttikö hän kipulääkkeitä. Ryhmä onnistui kehittämään ennustemallin, mutta se pystyi löytämään pitkäaikaiset suurikäyttäjät vain kohtalaisella varmuudella (67 %). Ennustemalli olisi ollut tarpeellinen, koska yleislääkäreillä ei ollut vastaanotolla mahdollisuuksia tai työkaluja etsiä yhden vuoden suurikäyttäjistä niitä, joista todennäköisesti tulisi pitkäaikaisia suurikäyttäjiä. Ennustemallilla olisi pyritty löytämään juuri pitkäaikaisen suurikäytön riskissä olevat potilaat, koska mahdolliset interventiot olisi tullut tutkimusryhmän mielestä kohdistaa nimenomaan pitkäaikaisiin TSK-potilaisiin eikä yhden tai kahden vuoden suurikäyttäjiin.

Smits pyrki tutkimusryhmänsä kanssa validoimaan ryhmän 2009 kehittämää ennustemallia, joka ennusti potilaan tulevaa pitkäaikaista suurikäyttöä. He pyrkivät pa-

rantamaan kehittämänsä mallin kykyä tunnistaa pitkäaikaiseksi suurkäyttäjäksi päätyvä potilas lisäämällä siihen kolme uutta pitkäaikaista suurkäyttöä ennustavaa tekijää. Vuoden 2009 malliin lisättiin ennustekijöiksi lääketieteellisesti selittämättömät oireet (MUS) sekä psykoaktiivisten lääkkeiden ja antibioottien reseptit. Mallin erityisenä etuna pidettiin sitä, että sen tietopohjana käytettiin pelkästään yleislääkärien käyttämästä sähköisestä potilaskertomuksesta löytyvää tietoa. Mallia ajateltiin voitavan käyttää ainakin Hollannissa ja soveltaa sitä yleislääkärien pitkäaikaisten suurkäyttäjien etsimiseen, mikäli se toimisi riittävän hyvin. Kolmen uuden muuttujan lisääminen malliin ei kuitenkaan tuonut parannusta sen kykyyn ennustaa pitkäaikaista suurkäyttöä. Mallilla oli edelleen vain kohtalaista ennustuskykyä siihen, keneistä yhden vuoden suurkäyttäjistä voisi tulla pitkäaikainen suurkäyttäjä. Ryhmä kuitenkin arvioi, että malli voisi olla hyödyllinen etsittäessä satunnaistettuihin vertailututkimuksiin tietoja suoraan potilaskertomuksista niistä potilaista, joista todennäköisesti voisi tulla pitkäaikaisia suurkäyttäjiä. (Smits ym. 2013)

Airola ym. esittivät neljännen kansainvälisen Louhi workshopin julkaisussa (2013) tietokoneoppimisen mahdollisuuksia tunnistaa terveyspalvelujen suurkäyttäjiä. Tutkimusaineistona oli vuosina 2001–2006 olleiden 147 suurkäyttäjän (49 pTSK-potilasta ja 98 yhden vuoden TSK-potilasta) anonymisoiduista potilastiedoista poimitut lääkärien ja hoitajien tekemät tekstimerkinnot ja vastaanotolla käyntipäivämäärätiedot. Airolan ryhmän kehittämällä tekstinlouhinta- ja koneoppimisen menetelmällä päästiin 68 % osuvuuteen löytää suurkäyttäjää (10 lääkärikäyntiä/vuosi) sähköisen potilastietojärjestelmän tekstidatasta. Kehitetty malli edellytti sitä, että tutkimusaineistossa potilaalla oli yli 20 vastaanottokäyntiä. Tämä selvitys osoitti, että olisi mahdollista kehittää ennustavia menetelmiä TSK-potilaiden tunnistamiseksi sähköisen potilaskertomuksen tekstien perusteella, mutta käytettävissä olevan tekstidatan määrän tuli olla riittävän suuri.

2.9 Yhteenveto edellä esitetystä kirjallisuudesta

Terveyspalvelujen suurkäyttäjän määritelmä vaihtelee huomattavasti eri tutkimusten välillä. Suurkäyttäjäksi määritellyn potilaan käyntimäärä lääkäriä vaihtelee 5–15 käynnin välillä vuodessa tai suurkäyttäjäksi määritellään potilas, jonka käyntimäärä vuodessa kuuluu kaikkien lääkärikäyntien ylimpään 10 %:iin. Yhteistä kaikille määritelmille on kuitenkin se, että suurkäyttäjäksi määritellään sellainen potilas, jonka käyntimäärä on selvästi suurempi kuin tavanomaisesti palveluja käyttävän potilaan vuosikäyntimäärä on.

Suurkäyttäjien määrä kaikista potilaista vaihtelee runsaasti, vajaasta 2 %:sta hie- man yli 26 %:iin. TSK-potilaiden vuosittainen käyntimäärä kaikista yleislääkäri- käynneistä on 10–40 %.

Tyypillinen yhden vuoden suurkäyttäjä on yli 50-vuotias yksin elävä nainen, jolla on kroonisia sairauksia. Erilaiset psyykkiset häiriöt (somatisaatio ja ahdistuneisuus) ovat hyvin yleisiä ja psyykkisistä sairauksista depressio on tyypillinen. Somaattisista sairauksista diabetes, verenpainetauti, astma sekä erilaiset kiputilat kuten selkäkivut ovat tyypillisiä. Suurkäyttäjän koulutustaso on usein alhainen ja hän on työelämän ulkopuolella tai työkyvyttömyyseläkkeellä. Tupakointi ja ylipaino lisäävät riskiä olla suurkäyttäjä, ja vahvana altistavana riskitekijänä suurkäytölle on potilaan kokemus omasta huonosta terveydentilastaan. Suurkäyttö on kuitenkin yleensä ohimenevä ilmiö.

Pieni osa (alle 10 %) yhden vuoden suurkäyttäjistä kuitenkin jatkaa palvelujen suurkäyttöä vuosia. Pitkäaikaiset suurkäyttäjät ovat myös tyypillisesti naisia, joilla on krooninen sairaus kuten ahdistuneisuushäiriö, diabetes, verenpainetauti, astma ja pitkittynyt kiputila kuten selkäkipu. Pitkäaikaista suurkäyttöä ennustavia tekijöitä ovat naissukupuoli, tupakointi, raittius, korkea BMI (30 tai yli), ärtyvän suolen oireyhtymä, aiempi runsas palvelujen käyttö, edeltävät negatiiviset elämäntapahtumat, elämän hallinnan puute ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö.

Terveyspalvelujen suurkäyttäjät aiheuttavat yleislääkäreille merkittävän työkuorman varsinkin, jos suurkäyttö jatkuu vuosia. Potilailta on runsaasti hoitoa vaativia somaattisia ja psyykkisiä sairauksia, ja he käyvät yleislääkäreiden vastaanotoilla viisi kertaa niin usein kuin tavanomaisesti palveluja käyttävät potilaat. Heidät lähetetään sairaalatutkimuksiin myös viisi kertaa niin usein kuin tavanomaisesti vastaanotolla käyvät potilaat. Suurkäyttö näyttää liittyvän myös jossain määrin hoitavan lääkärin ominaisuuksiin tai hoitokäytäntöihin.

Potilaan saamalla kognitiivis-behavioraalisella interventiolla on onnistuttu joissain tutkimuksissa vähentämään palveluiden käyttöä ja parantamaan terveydentilaa. Tutkimuspopulaatiot ovat olleet näissä tutkimuksissa heterogeenisiä.

Myös muilla suurkäyttäjiin kohdistetuilla interventiolla on saatu vaikutusta joihinkin terveyteen liittyviin päätetapahtumiin erityisesti, jos intervention kohderyhmänä on ollut MUPS-oireista tai depressiosta kärsivät TSK-potilaat. Hoitavaan lääkäriin kohdistettu interventio, joka on lisännyt lääkärin kykyä kohdata ja hoitaa suurkäyttäjiä, on vähentänyt suurkäyttäjien käyntimäärää lääkärin vastaanotolla.

Pitkäaikaisen suurkäytön riskissä olevien potilaiden tunnistamiseksi on kehitetty ennustemalleja, joilla riskipotilaat voitaisiin tunnistaa sähköisestä potilaskertomuksesta. Toistaiseksi nämä ennustemallit toimivat lähinnä tutkimuskäytössä ja niiden kyky ennustus- ja tunnistuskyky ei ole ollut kovin hyvä.

3 Tutkimuksen tavoitteet

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää terveyskeskuslääkärien vastaanotoilla tapahtuvaa lääkäripalvelujen suurkäyttöä ilmiönä ja suurkäyttäjiin liittyviä tekijöitä terveyskeskuksen palvelujärjestelmän näkökulmasta sekä tarkemmin

- tutkia lääkäripalvelujen suurkäytön yleisyyttä ja pysyvyyttä
- selvittää, voidaanko suurkäyttöön vaikuttaa vähentävästi hallinnollisella lääkäreihin kohdistuvalla interventiolla tai valikoimattomaan vähintään kaksi vuotta suurkäyttäjänä olleeseen potilasryhmään kohdistetulla yhden kerran annettavalla kognitiivis-behavioraalisella interventiolla
- tutkia pitkäaikaisen suurkäyttäjän profiilia ja etsiä pitkäaikaista suurkäyttöä ennakoivia tekijöitä TSK-potilaista
- selvittää, löytyykö pitkäaikaisen TSK-potilaan sähköisestä potilaskertomuksesta potilaan tunnistamista helpottavia sanoja tai merkintöjä

Tutkimushypoteesit

Ensimmäisenä oletuksena oli, että yhden vuoden suurkäyttäjiä olisi tutkimusterveyskeskuksen yleislääkäreillä yhtä paljon kuin muualla maailmassa ja Suomessa.

Toisena oletuksena oli, että ylilääkärin terveyskeskuslääkäreille antamalla hallinnollisella interventiolla voidaan vähentää TSK-potilaiden lääkärikäyntien määrää.

Kolmantena oletuksena oli, että yhden kerran valikoimattomalle, kaksi vuotta TSK-potilaana olleelle potilasryhmälle annettava KB-interventio vähentää tämän potilasryhmän lääkärikäyntien määrää interventiota seuraavana vuotena.

Neljäntenä oletuksena oli, että viisi vuotta suurkäyttäjinä olleiden potilaiden profiilista tai heidän potilaskertomusmerkinnöistään löydetään tekijöitä, joiden perusteella voitaisiin tunnistaa pTSK-potilaat helpommin ja ennustaa, kenestä yhden vuoden TSK-potilaasta ehkä tulisi pitkäaikainen lääkäripalvelujen suurkäyttäjä.

4 Aineisto

4.1 Yleisyystutkimuksen ja hallinnollisen intervention aineisto

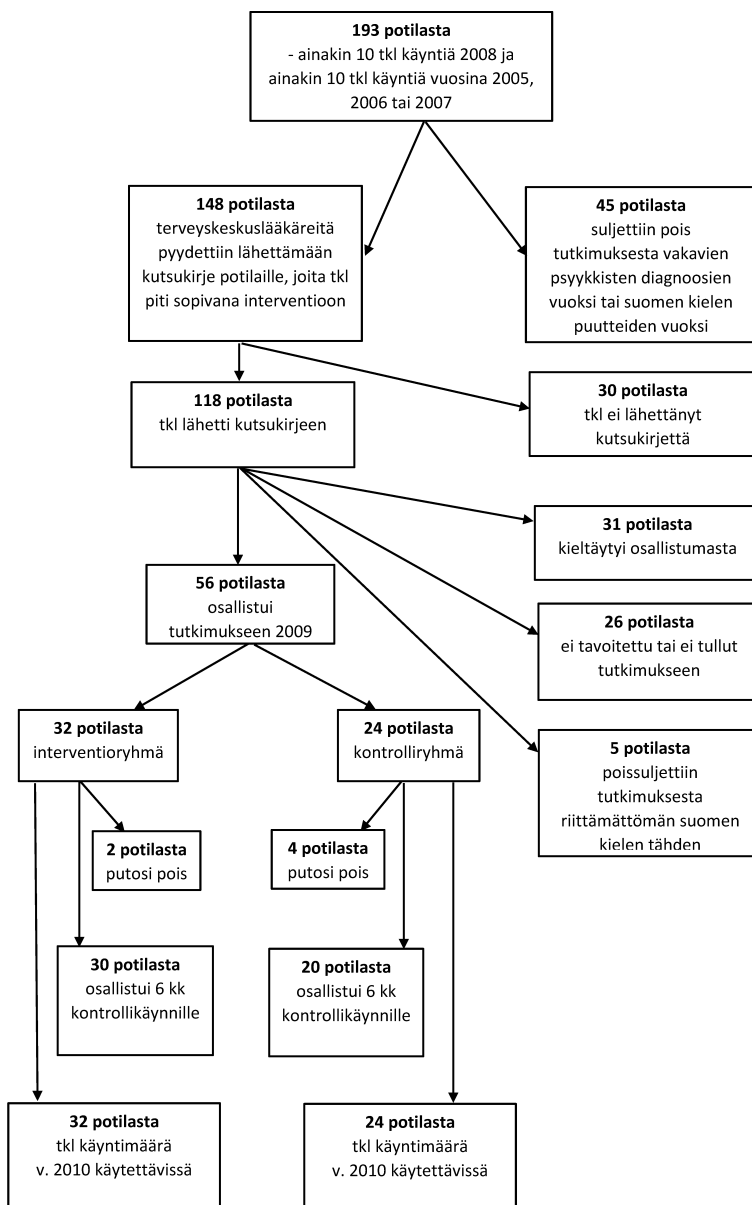
Terveyspalveluiden suurkanäytön yleisyyttä koskeva osatutkimus on rekisteritutkimus. Tutkimuksen aineisto muodostui Turun terveystieteiden keskuksen vuosien 2001–2010 TSK-potilaiden lääkärikäyntien rekisteritiedoista. TSK-potilaiden tekemiä lääkärikäyntejä oli tuona aikana 166 059, ja ne tapahtuivat joko terveystieteiden keskuksen päivystysvastaanotolla. Tutkimusterveystieteiden keskuksessa oli vuosina 2001–2010 kaikkiaan 1 816 457 lääkärikäyntiä.

TSK-potilaaksi määriteltiin henkilö, jolla oli ainakin 10 perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotolla tapahtunutta käyntiä yhden vuoden aikana. Potilaan käynnit saivat tapahtua sekä terveystieteiden keskuksen omassa päivystyksessä. pTSK-potilaaksi määriteltiin henkilö, jolla oli vuosittaisia käyntejä lääkärin vastaanotolla ainakin 10 ja suurkanäyttö oli kestänyt vähintään kolme vuotta.

Osajulkaisussa I raportoitiin ennen varsinaista tutkimusta toteutetun, lääkäreihin kohdistuneen hallinnollisen informaation mahdollinen yhteys potilaiden vuosittaisen käyntimäärien muutokseen. Hallinnollisen intervention osalta kyseessä on retrospektiivinen tutkimus. Vuosina 2002, 2003 ja 2005 terveystieteiden keskuksen johtava lääkäri antoi kerran vuodessa hallintoasioiden yhteiskokouksessa terveystieteiden keskuksen lääkäreille yleisinfon terveystieteiden keskuksen suurkanäyttäjistä ja lääkäreille annettiin myös yleisiä toimintaohjeita. Hallintokokouksen jälkeen kullekin lääkärille toimitettiin kunakin mainittuna vuotena tiedot hänen väestölistallaan olevista suurkanäyttäjistä. Yksittäisen terveystieteiden keskuksen lääkärin hallintokokouksen jälkeen saama kirjallinen informaatio piti sisällään vain kunkin lääkärin omien TSK-potilaiden nimen ja heidän vuosittaisen lääkärikäyntiensä lukumäärän. Hallintokokouksiin vuosina 2002, 2003 ja 2005 osallistuneiden lääkärin määrä vaihteli vuosittain, ja vakituisilla lääkäreillä oli myös lukuisia sijaisia ko. vuosina. Jälkikäteen hallintokokouksiin osallistuneiden lääkärin lukumäärätietoja ei ollut enää saatavissa. Hallinnollisen intervention vaikutusten arviointiin käytettiin vuosien 2001–2010 potilasrekisterin käyntitietoja.

4.2 Kognitiivis-behavioraalisen interventiotutkimuksen aineisto

Potilaisiin kohdistuvassa interventiotutkimuksessa (osajulkaisu II) tutkimusaineisto koostui kahtena vuotena suurkäyttäjänä olleista potilaista. Toinen TSK-potilasvuosi piti olla vuosi 2008 ja toisen suurkäyttövuosista tuli olla vuosina 2005–2007. (Kaavio 1.)



Kaavio 1. KB-interventiotutkimuksen tutkimusaineiston muodostuminen.

Interventiotutkimuksen sisäänottokriteerit täyttäviä TSK-potilaita löytyi rekisteriaineistosta kaikkiaan 193. Tutkimuksesta poissuljettiin 45 potilasta heidän diagnoositietoihinsa kirjatun vakavan psykiatrisen diagnoosin tähden tai rekisteritietojen perusteella riittämättömänä pidetyn suomen kielen taidon vuoksi (kirjattu äidinkieleksi muu kuin suomen kieli ja lisäksi oli kirjattu tulkin tarve). Interventiotutkimuksen potentiaalinen tutkimukseen kutsuttavien joukko oli 148 potilasta. Tehdyn voimalaskelman mukaan otoskokoa pidettiin riittävänä. Tämä potilasjoukko satunnaistettiin iän ja sukupuolen mukaan interventioryhmään ja kontrolliryhmään. Potentiaalinen tutkimukseen kutsuttava potilasjoukko jaettiin neljään ryhmään: 18–49-vuotiaat naiset, 50-vuotiaat ja sitä vanhemmat naiset sekä 18–49-vuotiaat miehet ja 50-vuotiaat ja sitä vanhemmat miehet. Kaikissa neljässä ryhmässä potilaat satunnaistettiin 1:1 menetelmällä interventioryhmään ja kontrolliryhmään ja jokainen potilas sai oman tutkimuskoodinsa. Tutkimuskoodia säilytti päätutkija (AS). Ennen ensimmäistä tutkimushoitajan käyntiä päätutkija selvitti tutkimuskoodin kautta, oliko potilas satunnaistettu interventioryhmään vai kontrolliryhmään.

Potentiaaliselle tutkimuspotilasjoukolle kunkin potilaan omalääkäriä pyydettiin lähettämään Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan hyväksymä tutkimuksesta kertova suostumuslomake tutkimukseen osallistumisesta (Liite 1) sekä tiedotelomake tutkimuksesta (Liite 2) ja kirje, missä omalääkäri suositti potilaalleen osallistumista tähän tutkimukseen (Liite 3). Omalääkäreille puolestaan kerrottiin tutkimuksesta heille laaditulla infokirjeellä, jossa tutkijalääkärit pyysivät omalääkäreitä lähettämään tutkimukseen valikoituneille omille TSK-potilailleen erillisen suosituskirjeen osallistua tutkimukseen (Liite 4). Jos omalääkäri kuitenkin harkitsi, ettei tutkimukseen valikoitunut potilas siihen soveltuisi, häntä pyydettiin ottamaan yhteys interventiotutkimuksen päätutkijaan (AS). Omalääkärit lähettivät 118 kirjettä. Syystä tai toisesta 30 kirjettä jäi lähettämättä.

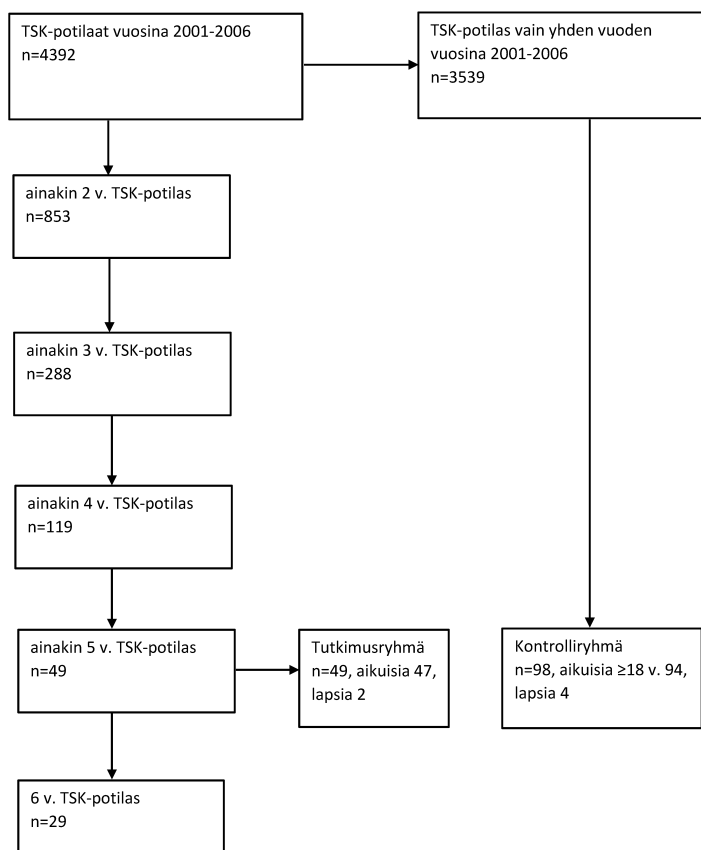
Kirjeen saaneista ja yhteyttä ottaneista potilaista jouduttiin sulkemaan pois tutkimuksesta viisi potilasta liian huonon suomenkielentaidon vuoksi. 56 potilasta eli 47,5 % niistä potilaista, joille omalääkärit lähettivät kutsukirjeen, päätti osallistua tutkimukseen ja 31 potilasta kieltäytyi siitä. Tutkimushoitaja tavoitteli puhelimitse ja uusintakirjeellä vielä niitä 26 potilasta, jotka eivät olleet reagoineet omalääkäriin lähettämään tutkimusinfokirjeeseen myönteisesti tai kielteisesti. Omalääkäriin alkuperäisen kutsukirjeen saaneita 26 potilasta (22 % koko alkuperäisestä potentiaalisesta tutkimuspotilaiden ryhmästä) ei koskaan tavoitettu käytössä olleesta osoite- tai puhelinnumerotiedosta tai he eivät halunneet mitenkään reagoida heille lähetettyihin kirjeisiin.

Tutkimukseen lupautuneista 56 potilaasta 32 oli satunnaistettu interventioryhmään ja 24 kontrolliryhmään. Tutkimushoitaja täytti ensimmäisessä tapaamisessa kaikista potilaista esitietolomakkeen (Liite 5). Puolen vuoden kontrollikäynnille osal-

listui 30 potilasta interventioryhmästä ja 20 potilasta kontrolliryhmästä. Puolen vuoden kontrollikäynniltä pois jääneiden kuuden potilaan tietoja voitiin kuitenkin käyttää analysoitaessa seurantavuonna tapahtuneiden lääkärikäyntien määrää, koska potilaat olivat antaneet tutkimukseen mukaan lähtiessään luvan potilastietojensa käyttöön. Kaikkien tutkimukseen mukaan lupautuneiden 56 potilaan käyntien rekisteritietoja käytettiin, kun analysointiin intervention vaikutusta vuosittaisiin lääkärikäyntimääriin seurantavuonna.

4.3 Pitkäaikaisen suurkäyttäjän profiilitutkimuksen aineisto

Osajulkaisussa III selvitettiin pitkäaikaisen suurkäytön esiintymistä tutkimusterveyskeskuksessa sekä pitkäaikaisen suurkäyttäjän profilia. Vuosina 2001–2006 terveyskeskuksessa oli yhteensä 1 103 116 lääkärikäyntiä ja niistä TSK-potilaiden tekemiä oli 8,9 % (97 709 käyntiä). (Kaavio 2.)



Kaavio 2. Pitkäaikaisen suurkäyttäjän profiilitutkimuksessa käytetyn aineiston muodostuminen.

Viisi vuotta suurkäyttäjänä olleita potilaita oli kaikkiaan 49 (47 aikuista, kaksi lasta). Näiden potilaiden potilaskertomustiedot tutkija kävi lävitse manuaalisesti ja etsi niistä taustamuuttujat, joita olivat ikä, sukupuoli, siviilisääty, koulutustaso, ammatti, tupakointi, päihteiden käyttö, BMI, potilaalle tehtyjen eri diagnoosien lukumäärä, potilaan Pegasos-dokumenttien kokonaismäärä ja potilaalle erikoissairaanhoidon tehtyjen läheteiden lukumäärä. Lisäksi tutkija kirjasi ylös potilaskohtaisia taustamuuttujiin liittyviä lisätietoja, jos sellaisia löytyi. Tutkimuksessa tehtyä diagnoosivertailua varten viisi vuotta suurkäyttäjänä olleiden aikuispotilaiden (n=47) kaikki ICD-10 mukaiset diagnoositiedot, jotka oli asianmukaisesti kirjattu rekisteritietoina Pegasos-potilastietojärjestelmään, saatiin suoraan Pegasos-rekisteristä. Tutkimusasetelmassa käytetty kontrolliryhmä muodostettiin vuosina 2001–2006 vain yhden vuoden TSK-potilaana olleiden potilaiden joukosta (n= 3539). Tästä potilasjoukosta valittiin jokaiselle viisi vuotta TSK-potilaana olleelle aikuispotilaalle kaksi iän (+/- 6kk) ja sukupuolen mukaan sopivaa kontrollipotilasta (n=94). Kontrolliryhmän potilaille potilaskertomukseen asianmukaisesti kirjatut ICD-10 mukaiset diagnoositiedot saatiin diagnoosivertailua varten myös rekisteritietoina Pegasos-potilastietojärjestelmästä.

4.4 Tekstianalyysitutkimuksen aineisto

Airola ja tutkimusryhmä (2013), johon kuului myös tämän tutkimuksen tekijä, tekivät vuosina 2010–2013 yhteistyössä tutkimusta, jossa tavoitteena oli palveluja pitkään ja runsaasti käyttäneiden potilaiden potilasasiakirjatekstejä analysoimalla löytää menetelmä, jonka avulla lääkäri tai hoitaja voisi tunnistaa palvelujen suurkäyttäjän potilaskertomustekstin perusteella. Airolan ym. tutkimuksessa käytettiin tutkimusmateriaalina 147 TSK-potilaan lääkärin ja hoitajien heille potilaskertomukseen kirjaamia, pääkäyttäjän poimimia ja anonymisoimia sekä erillisellä tutkimuskoodilla merkitsemiä tekstidokumentteja. Analysoitava tekstimateriaali oli peräisin viisi vuotta suurkäyttäjänä olleiden 49 potilaan ja heille iän (+/-6kk) ja sukupuolen mukaan valittujen kontrollipotilaiden (n=98) potilaskertomuksista. Kontrollipotilaat oli valittu vuosina 2001–2006 vain yhden vuoden TSK-potilaana olleiden potilaiden ryhmästä (n= 3539).

Osajulkaisussa III etsittiin suurkäyttäjien potilaskertomusteksteistä sanoja, jotka olisivat tyypillisiä pTSK-potilaille ja joita lääkärit tai hoitajat olisivat tyypillisesti käyttäneet pTSK-potilaiden kertomusteksteissä. Tämä analyysi toteutettiin sanojen frekvenssipainoarvoa (inverse document frequency, IDF, Robertson 2004) hyväksikäyttäen. Tutkimusaineistona käytettiin Airolan ym. tutkimusta (2013) varten poimittuja tekstidokumentteja vuosilta 2001–2010. Käytössä oli 10056 pTSK-potilaan erillistä anonyymiä tekstidokumenttia ja 9118 yhden vuoden TSK-potilaan erillistä

anonyymiä tekstidokumenttia. Tutkija (AS) tarkisti materiaalin sopivuuden nyt toteutettuun tekstianalyysiin, ja aineiston käsittelyssä noudatettiin yliopiston tietosuojasäännöksiä.

4.5 Tutkimuksen toimintaympäristö

Suurikäytön yleisyystutkimus toteutettiin vuosien 2001–2010 suurkäyttäjien rekisteritietojen perusteella. Rekisteritiedoista selvitettiin terveyskeskuksessa vuosina 2001–2010 työskennelleiden lääkärien vuosittainen kokonaismäärä. Vuonna 2001 oli 71 lääkärin virkaa. Vuonna 2006 niitä oli 74 ja vuonna 2010 virkoja oli 77. Kaikkien terveyskeskuksessa työskennelleiden lääkärien vuosittaiset työpäivät ja työpäivinä hoidetut potilasmäärät saatiin Pegasoksen rekisteritiedoista. Lääkärin työkuoritus laskettiin pelkästään potilaskontakteina työpäivää kohden.

KB-interventiotutkimus toteutettiin tutkimushoitajan ja tutkimuslääkärin kasvotusten potilaan kanssa tapahtuneina haastatteluina ja keskusteluna.

4.6 Tutkimuksen eettinen arviointi

Tutkimuksessa käytettiin Turun terveyskeskuksen potilasrekisteristä saatuja tutkimusluvan mukaisia rekisteritietoja. Tutkimukselle ”Luoko palvelujärjestelmä suurkuluttajia? Perusterveydenhuollon palvelujärjestelmän toiminta-analyysi” saatiin tutkimuslupa Turun terveystoimelta 15.02.2008, 21001/ §74. Tutkimuslupaan haettiin vuonna 2010 laajennus. Laajennus sisälsi rekisteritutkimuksena tehtävän yhteistyöhankkeen informaatioteknologian laitoksen ja hoitotieteen laitoksen kanssa. Tutkimuksessa analysoitiin tekstinlouhinnalla ja koneoppimisen menetelmällä erikseen tämän tutkimuksen käyttöön poimittua ja anonymisoitua viisi vuotta TSK- potilaana olleiden potilaiden ja heidän verrokkipotilaidensa potilaskertomusten tekstimateriaalia (24.6.2010, 390000/§H23).

Tutkimuslupaan haettiin vuonna 2012 uusi laajennus koskemaan aiempaa laajemmin vuosien 2001–2010 TSK-potilaiden potilasrekisteritietojen käyttöä (3.2.2012, 390000/§H7). 3.2.2012 myönnettyyn tutkimuslupaun haettiin ja saatiin vielä lisälaajennus 28.08.2012, 390001/§H155. Tällöin tutkimuslupa laajennettiin koskemaan vuosien 1998–2011 sähköisessä potilasrekisterissä olevia suurkuluttajien potilasrekisteritietoja.

Tämän tutkimuksen osatöistä ensimmäinen ja kolmas perustuvat tutkimuslupien mukaisten rekisteriaineistojen analysointiin. Hallinnollisissa lääkärin kokouksissa vuosina 2002, 2003 ja 2005 annettuja suurkäyttötietoja ja kokousten jälkeen lääkärikohtaisesti annettuja TSK-potilaiden käyntimäärätietoja ei informaation antotilanteessa suunniteltu osaksi tätä tutkimusta, vaan ne toteutettiin osana johtavan lääkärin

hallinnollista ohjausta. Koska hallintokokoukset pidettiin vuosittain ja kokousten jälkeen lääkärikohtaiset heidän omia TSK-potilaitaan koskevat tiedot annettiin toistuvasti kolme kertaa, päätettiin lääkäreihin kohdistetun informaatio-ohjauksen mahdollista yhteyttä TSK-potilaiden lukumäärään tai heidän vuosittaisiin käyntimääriinsä selvittää osana suurkäyttöä koskevaa yleisyystutkimusta rekisteriaineiston perusteella.

Potilaisiin kohdistuvan interventiotutkimuksen (osatyö II) osalta haettiin myös Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan lausunto, hakijana dosentti Päivi Rautava, tutkijana Anne Santalahti (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kognitiivis-behavioraalinen lyhytinterventio, ETMK: 134/180/2008, kokous 16.12.2008 §460).

Kaikki tutkimuksessa kerätyt tiedot tutkija on säilyttänyt tietoturvallisesti ja raportointi on tapahtunut niin, ettei potilaan, häntä hoitaneen lääkärin tai hoitajan tunnistaminen ole ollut mahdollista. Tutkimuksiin osallistuneet Turun terveystoimen ulkopuoliset tutkijat ovat sitoutuneet noudattamaan joko Turun terveystoimen salassapitosopimuksia tai heidän kanssaan tehtiin erillinen salassapito- ja julkaisusopimus.

5 Menetelmät

5.1 Tutkimuksen kulku

5.1.1 Yleisyystutkimus ja hallinnollinen interventio

Osajulkaisussa I kuvataan suurkäytön yleisyyttä tutkimusterveyskeskuksessa. Siinä raportoitiin rekisteritiedoista kerätyt TSK-potilaiden lukumäärät ja lääkärikäyntimäärät vuosina 2001–2010 sekä esitettiin TSK-potilaiden prosenttiosuus terveyskeskuksen kaikista kävijöistä vuosittain. Samoin prosenttiosuuksina esitettiin TSK-potilaiden lääkärikäyntien määrä kaikista terveyskeskuksen vuosittaisista lääkärikäynneistä.

Terveyskeskuksessa työskennelleiden eri lääkärien vuosityöpanos laskettiin rekisteritietojen perusteella käyttäen laskemisessa kunakin vuonna työssä olleiden lääkärien lukumäärää, heidän tekemiensä työpäivien lukumäärää ja heidän hoitamiensa potilaiden lukumäärää. TSK-potilaiden käyntimäärän vuonna 2006 todettua vähenevää verrattiin tähän laskennalliseen yhden lääkärin vuosityöpanokseen.

Hallinnollisessa interventiossa haluttiin selvittää, oliko tutkijan (tuolloin terveyskeskuksen johtava lääkäri) terveyskeskuslääkäreille aiemmin antamalla TSK-potilaita koskeneella informaatiolla mahdollisesti ollut jotain yhteyttä potilaiden käyntimääriin. Hallintoasioita käsitelleessä lääkärikokouksessa vuosina 2002, 2003, ja 2005 kaikille kokoukseen osallistuneille terveyskeskuslääkäreille annettiin tilastotietoa suurkäytöstä ja TSK-potilaiden kokonaismäärästä. Kokouksen jälkeen kunakin informaation antovuotena jokaiselle omalääkärille toimitettiin erikseen kirjallinen kooste hänen väestölistallaan olevista edellisen vuoden TSK-potilaista. Koosteessa oli TSK-potilaan nimi ja hänen vuosittaisten käyntiensä lukumäärä. Potilaan tietosuoja varmistettiin antamalla tiedot hoitavalle omalääkärille. Jos vakituinen omalääkäri kuitenkin oli pidemmällä virkavapaalla, TSK-potilaita koskeva kirjallinen kooste annettiin omalääkärin sijaiselle tai terveysaseman vastaavalle lääkärille, joka antoi sen edelleen sille lääkärille, joka hoiti ko. omalääkärin potilaita. Vuonna 2005 hallintoasioiden lääkärikokouksessa terveyskeskuslääkäreitä pyydettiin myös tekemään vuoden 2004 TSK-potilaille hoitosuunnitelma ja kirjaamaan se Pegasos-potilastietojärjestelmään.

Johtavan lääkärin antamaa suurkäyttäjiä koskevaa informaatiota ei alun perin suunniteltu osaksi tutkimusta, vaan sillä haluttiin kiinnittää terveyskeskuslääkärin huomio tähän paljon palveluja ja terveyskeskuksen resursseja käyttävään potilasryhmään ja parantaa tämän potilasryhmän saamaa hoitoa. Vuosien 2002, 2003 ja 2005 hallintokokoukset ja kokouksen jälkeen annetut lääkärikohtaiset TSK-potilaita koskevat tiedot annettiin saman sisältöisenä kolme kertaa. Vaikka kokouksiin vuosittain osallistuneiden lääkäreiden lukumäärä ja nimitietoja ei jälkikäteen pystytty enää varmistamaan, jokainen virassa ollut omalääkäri tai hänen sijaisensa oli saanut vuosina 2002, 2003 ja 2005 omakohtaisen kirjallisen TSK-potilaslistan. Tämä asia varmistettiin Pegasos-pääkäyttäjän datatietoajoista. Kun tässä tutkimuksessa selvitettiin tutkimusterveyskeskuksen vuosittaisten suurkäyttäjien lukumäärää ja käyntimäärää, päätettiin myös selvittää, olisiko lääkärin aiemmin saamalla toistetulla hallinnollisella informaatio-ohjauksella ollut yhteyttä TSK-potilaiden kokonaislukumäärään tai heidän vuosittaiseen käyntimääräänsä.

Vuonna 2005 lääkäreitä oli pyydetty tekemään hoitosuunnitelma vuoden 2004 TSK-potilaille. Lääkärin mahdollisesti tekemien hoitosuunnitelmien määrä päätettiin selvittää. Tämä osoittautui haastavaksi tehtäväksi, koska Pegasos-potilastietojärjestelmässä ei ollut raportointikoodia hoitosuunnitelmalle. Asia pystyttiin selvittämään ainoastaan avaamalla kaikkien vuoden 2004 suurkäyttäjien (n= 1 287) Pegasos-tietojen yhteenvetonäkymä ja tarkistamalla, oliko sinne kirjattu hoitosuunnitelmaa. Tehtyjen hoitosuunnitelmien määrä laskettiin.

5.1.2 Kognitiivis-behavioraalisen intervention kulku

Osajulkaisussa II selvitettiin satunnaistetussa tutkimusasetelmassa kontrolliryhmää apuna käyttäen lääkärin antaman yhden 60–90 minuutin mittaisen KB-intervention mahdollisia vaikutuksia kaksi vuotta TSK-potilaana olleelle tutkimusryhmälle (n=32). Kaikki 56 tutkimukseen mukaan lupautunutta potilasta kävivät ensin tutkimushoitajan haastattelussa, jossa tutkimushoitaja täytti heistä taustatietolomakkeen (Liite 4). Tällöin he myös palauttivat tutkimushoitajalle heille etukäteen täytettäväksi lähetyt tutkimuslomakkeet: Beckin depressioasteikko (BDI) (Beck ym. 1961), Antonovskyn kyselykaavake koherenssintunteen arvioimiseen (SOC -13) (Antonovsky 1993), Symptom Check List 90 -mittarin (SCL-90) (Derogatis and Lipman 1973) somatisaatio-osio (SCL-SOM) (Derogatis 1983) sekä Whiteley Index (WI) (Pilowsky 1967) hypokondristen oireiden osalta.

Kognitiivis-behavioraalisisessa interventiossa depression arvioimiseen käytettiin BDI-mittaria, jossa oli 21 kohtaa ja jokaisessa kohdassa vastaus valittiin neljästä vaihtoehdosta. Pisteitä jokaisesta 21 kohdasta voi saada 0–3 ja koko mittarista pisteitä saattoi kaikkiaan saada 0–63. Mitä enemmän pisteitä tutkittava sai, sitä enemmän tutkittavalla oli masennusoireita. Jos potilaalta puuttui BDI-lomakkeesta kolme

tai vähemmän vastauksia, niin BDI-kyselylomakkeen arvo laskettiin jakamalla vastattujen kohtien pisteiden summa vastattujen kohtien lukumäärällä ja kertomalla se 21:llä. Jos kysymyksiä oli enemmän kuin kolme vastaamatta, niin tämän potilaan BDI-vastauksia ei käytetty tutkimuksessa. (Liite 5)

Koherenssin tunnetta selvitettiin käyttäen SOC-13-mittaria, jossa oli 13 kohtaa ja mittarista käytettiin tutkimuksessa nimeä ”Miltä minusta tuntuu”. Jokaisessa kohdassa vastausvaihtoehdoissa oli Likert-asteikko 1 (harvoin tai ei koskaan) –7 (hyvin usein). Tästä mittarista saattoi saada pisteitä kaikkiaan 13–91. Mitä enemmän pisteitä tutkittava sai, sitä parempi koherenssin tunne hänellä oli. (Liite 6)

Somatisaatiota mitattiin SCL-90-mittarin somatisaatio-osiolla SCL-SOM, jossa oli 12 kohtaa ja vastausvaihtoehdoissa oli käytössä Likert-asteikko 1 (ei lainkaan) – 5 (erittäin paljon). Vastauksia analysoitaessa jokainen kohta dikotomisoitiin (1–2/3–5) ja dikotomisoidut kohdat laskettiin yhteen, jolloin pisteiden kokonaissumma vaihteli välillä 0–12. Mittarista käytettiin tutkimuksessa nimeä ”Tavallisia oireita”. Mitä enemmän pisteitä tutkittava sai, sitä enemmän hänellä oli somatisaation oireita. (Liite 7)

Hypokondrista ahdistuneisuutta ja oireita mitattiin Whiteley Index -mittarilla. Tutkimukseen osallistuneille potilaille lähetetty WI-kysely oli otsikoitu nimellä ”Miten suhtaudutte terveyteenne?”. Tässä tutkimuksessa käytimme WI-kyselyä, jossa oli 13 kohtaa ja niissä käytössä Likert-asteikko 1 (ei lainkaan) – 5 (erittäin paljon). Vastauksia analysoitaessa jokainen kohta dikotomisoitiin (1–2/3–5) ja dikotomisoidut kohdat laskettiin yhteen, jolloin pisteiden kokonaissumma vaihteli välillä 0–13. Mitä enemmän pisteitä tutkittava sai, sitä enemmän hänellä oli hypokondrisia oireita ja ahdistuneisuutta. (Liite 8)

Jos potilaalta puuttui SOC-13-, SOM-SCL- tai WI-testeissä enemmän kuin yksi vastaus, hänen kyseisen testinsä vastaukset jätettiin pois tutkimusaineistosta. Jos vain yksi vastaus puuttui, SOM-SCL- ja WI-testeissä vastaavaksi dikotomisoiduksi arvoksi merkittiin 0. Jos SOC-13:ssa yksi vastaus puuttui, se korvattiin arvolla 4.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -diagnosijärjestelmän (DSM-IV) mukaan asetetut psykiatriset diagnoosit asetettiin käyttäen Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) haastattelua (Sheehan ym. 1998). Koska M.I.N.I:stä puuttuu somatoformisten häiriöiden osio, käytettiin Structured Clinical Interview for DMS-haastattelua (SCID) (First ym. 2002) somatoformisten häiriöiden diagnostiikkaan. Tutkimushoitaja täytti kaikista tutkimuspotilaista alkuhaastattelussa M.I.N.I-lomakkeen ja somatoformisten häiriöiden osalta käytettiin SCID-lomaketta. Tutkimushoitaja täytti potilaista nämä lomakkeet psykiatristen diagnoosien selville saamiseksi.

Tutkimushoitajan käynnin jälkeen interventioryhmään satunnaistetuille potilaille varattiin yksi 60–90 minuutin mittainen tapaaminen tutkimuslääkärille. Tutkimuslääkäri oli psykiatriaan erikoistuva lääkäri, ja häntä ohjasi tutkimusryhmään

kuuluva psykiatrian erikoislääkäri, joka oli kognitiivinen kouluttajapsykoterapeutti. Potilaan käynti tutkimuslääkärillä toteutettiin ohjaavan erikoislääkärin laatiman kognitiivis-behavioraalisen interventiosuunnitelman mukaisesti. Tapaamisessa potilasta rohkaistiin puhumaan terveysongelmistaan, jotka olivat johtaneet hänen lukuisiin lääkärikäynteihinsä. Haastattelussa käytettiin avoimia kysymyksiä, jotta potilaalla olisi tilaa kertoa omista kokemuksistaan. Koko interventiotapaamisen johtoajatuk- sena oli se, että potilas on oman terveytensä paras asiantuntija. Perhesuhteet, työllisyysasiat, sosiaalinen asema ja viime vuosien erityisen stressaavat elämäntilanteet käytiin keskustellen lävitse. Koulutuksellisen terapian (psykoedukaatio) menetelmää käytettiin valottamaan stressin suhdetta hyvinvointiin. Potilaille esiteltiin menetelmiä, joilla hän voisi lievittää stressiä, erityisesti fyysistä aktiivisuutta esiteltiin keino- na laukaista stressiä. Lisäksi käytettiin myös kognitiivista käsitteellistämistä elä- mäntapahtumien, ajatusten, tunteiden, käyttäytymisen ja ruumiillisten tuntemusten keskinäisten yhteyksien havainnollistamiseen. Intervention tarkoituksena oli auttaa potilasta oivaltamaan epätarkoituksenmukaisten ajatusten negatiivinen vaikutus hän- nen omiin oireisiinsa ja auttaa potilasta löytämään uusia ja vähemmän haitallisia aja- tuksia omaan tilanteeseensa ja oireisiinsa liittyen (kognitiivinen reattribuutio). Ta- paamisessa potilaat saivat esitteen stressistä, hyvinvoinnista ja keinoista vähentää stressiä ja helpottaa oireita. KB-istunnossa potilaalle esiteltiin myös keinoja, miten hän voisi jatkossa käyttää terveystalvuuksia, erityisesti lääkärin palveluja, aiempaa tarkoituksenmukaisemmin. Kaikilta interventioon osallistuneilta potilaita kysyttiin myös heidän omaa mielipidettään siitä, miten terveystalvuuksia voitaisiin tarjota juuri heille aiempaa paremmin. Intervention toteuttanut lääkäri kirjasi tiedot potilaskoh- taiseen interventiopäiväkirjaan. Interventioon ei liittynyt seurantakäyntejä.

Interventioryhmän ja kontrolliryhmän potilaat kävivät kontrollikäynnillä tutki- mushoitajalla puolen vuoden kuluttua. Tässä yhteydessä he palauttivat uudelleen BDI-, SOC-13-, SCL-SOM- ja WI-kyselykaavakkeet. Intervention vaikutuksia mi- tattiin vertaamalla potilaan käyntimäärien muutosta vuosien 2008 ja 2010 välillä. Intervention mahdollista vaikutusta depressiivisiin oireisiin, koherenssin tunteeseen, somatisaatioon ja hypokondriaan selvitettiin vertaamalla kerättyjen tutkimuskaavak- keiden pistemäärien muutosta tutkimusryhmän ja kontrolliryhmän välillä.

5.1.3 Pitkäaikaisen suurkäyttäjän profiilin selvittäminen

Osajulkaisussa III selvitettiin pitkäaikaisen suurkäyttäjän profiilia. pTSK-potilaan profiilin selvittämiseksi tutkija (AS) keräsi kaikkien tutkimusterveyskeskuksessa vuosina 2001–2006 viisi vuotta TSK-potilaana olleiden potilaiden (n=49) Pegasos- tiedoista tutkimussuunnitelman mukaiset taustamuuttujatiedot. Tiedot kerättiin käsin tutkimusluvan mukaisesti potilaan Pegasos-potilastiedoista. Tietosuojaan varmistamiseksi kerätyt tiedot talletettiin anonymisti tutkimuskoodilla varustettuina tutkijan

excel-tiedostoon. Pitkäaikaisista suurkäyttäjistä kerätyt taustamuuttajatiedot raportoitiin lukumäärätietoina ja prosenttiosuuksina.

Kirjallisuuden perusteella oletettiin, että pTSK-potilailla voisi olla erilaisia pitkäaikaissairauksia tai -oireita kuin yhden vuoden TSK-potilailla. Tämän asian selvittämiseksi tehtiin ICD-10 diagnoosien tilastoanalyysi. Diagnoositiedot saatiin Pegasos-rekisteristä. Analyysissä verrattiin Pegasos-potilastietoihin aikuisille (18-vuotta ja sitä vanhemmat potilaat) viisi vuotta TSK-potilaina olleille potilaille (n=47) kirjattuja pitkäaikaisten sairauksien tai oireiden ICD-10-diagnoosikoodeja sekä iän (+/-6kk) että sukupuolen mukaan kaltaistetun kontrolliryhmän (n=94) Pegasos-potilastietoihin kirjattuihin vastaaviin diagnoosikoodeihin. Kontrolliryhmän potilaat olivat yhden vuoden TSK-potilaita. pTSK-ryhmän ja kontrolliryhmän sairaus- tai oirediagnoosien tilastoanalyysissä etsittiin mahdollisia tilastollisesti merkitseviä eroja diagnoosien määrässä ryhmien välillä.

5.1.4 Tekstianalyysin kulku

Osajulkaisussa III pTSK-potilaiden (viiden vuoden TSK-potilaat, n=49) potilaskertomusten anonymisoitua tekstimateriaalia tutkittiin ja verrattiin yhden vuoden TSK-potilaiden tekstimateriaaliin. Tavoite oli löytää sanoja tai sanapareja, jotka olisivat tyypillisiä pTSK-potilaille ja joiden perusteella pTSK-potilaan ehkä olisi voinut erottaa TSK-potilaasta. Tekstien vertailuun ja tyypillisten tai toistuvien sanojen etsintään käytettiin analyysimenetelmää, jossa laskettiin viisi vuotta pTSK-potilaina olleiden potilaiden tekstimateriaalissa oleville sanoille käännetyn dokumentin frekvenssipaino (inverse document frequency, IDF, Robertson 2004). Ennen IDF-laskentaa materiaalista poistettiin sidossanat. IDF on numeerinen arvo sille, kuinka merkittävä jokin sana on dokumentissa. Sen arvo kasvaa suhteessa siihen, kuinka usein joku sana toistuu tekstissä. Sitä käytetään usein painoarvona, kun arvioidaan sanojen keskinäistä merkittävyyttä ja toistuvuutta. Kontrolliryhmän (yhden vuoden TSK-potilaita, n=98) potilaiden tekstimateriaalin sanoille laskettiin myös IDF-arvot. Varsinaisessa analyysissä vertailtiin sanoja, joiden IDF-painoero oli suurin ja etsittiin eniten käytettyjä sanoja tai sanontoja. Lisäksi vertailtiin pTSK- ja kontrollipotilaille kirjattujen tekstien pituutta. Mikäli käytössä olisi ollut isompi tekstidatan määrä, olisi tekstejä voinut analysoida tekoälysovelluksella.

5.2 Tutkimuksen tilastolliset menetelmät

Kaikissa osajulkaisuissa kategoriset muuttujat raportoitiin käyttäen lukumääriä ja prosenttiosuuksia, jatkuvat muuttujat käyttäen keskiarvoa (keskihajontaa) tai mediaania (kvartiiliväliä). P-arvoa alle 0.05 (kaksisuuntainen testaus) pidettiin tilastollisen merkitsevyyden rajana.

Osajulkaisussa I tilastolliset analyysit tehtiin SAS-ohjelmistolla (Windows versio 9.2, SAS Institute Inc., Cary, NC). Hallinnollisen informaatio-ohjauksen mahdollista yhteyttä TSK-potilaiden käyntimääriin selvitettiin vertaamalla Poisson-regressiolla TSK-potilaiden käyntimäärien muutoksia seuranta-ajan kuluessa. Poissonin regressio soveltuu tähän tarkasteluun, koska mallissa vastemuuttuja on lukumäärätyyppinen muuttuja. Poissonin mallissa suurkuluttajien käyntimäärä on suhteutettu kaikkien terveyskeskuskäyntien määrään ottamalla kaikkien terveyskeskuskäyntien määrän luonnollinen logaritmi mallin offset-muuttujaksi. Tulokset esitetään suhteellisen riskin (SR, engl. RR) avulla valitsemalla referenssiluokaksi vuodet 2001 (aloitusvuosi) ja 2006, jolloin ei enää interventiota annettu. Suhteellinen riski raportoitiin 95 % luottamusvälin kanssa.

Osajulkaisussa II havaintoaineisto analysoitiin SPSS-statistiikkaohjelmistolla (Windows versio 21.0, IBM Corp., Armonk, NY). Potilaiden taustatietoja vertailtiin interventoryhmän ja kontrolliryhmän välillä käyttäen χ^2 -testiä tai Fisherin tarkkaa testiä kategorisille muuttujille ja kahden riippumattoman otoksen t-testiä tai Mann-Whitneyn U-testiä jatkuville muuttujille. Jatkuvien muuttujien muutoksia seurannan aikana analysoitiin käyttäen parittaista t-testiä tai Wilcoxonin merkittyjen järjestyslukujen testiä molemmille ryhmille erikseen. Ryhmien välisiä eroja BDI-, SOC-13-, SCL-SOM- ja WI-testipistemäärien sekä lääkärikäyntimäärien muutoksissa verrattiin kahden riippumattoman otoksen t-testillä tai Mann-Whitneyn U-testillä. Analyysissä lääkärikäyntimäärien osalta verrattiin lähtötason eli vuoden 2008 käyntimääriä vuoden 2010 käyntimääriin.

Osajulkaisussa III vertailtiin pitkäaikaisia suurkäyttäjiä iän ja sukupuolen mukaan kaltaistettuun kontrolliryhmään. Ryhmien välisiä eroja sukupuolijakaumassa vertailtiin χ^2 -testillä. Ehdollista logistista regressiota käytettiin verrattaessa tutkimusryhmän ja kontrolliryhmän pitkäaikaisairauksien tai pitkäaikaisten oireiden ICD-10-diagnoosikoodeja. Tulokset esitettiin ristitulosuhteen (OR odds ratio) ja 95 % luottamusvälien avulla. Tekstianalyyssissä verrattiin tutkimusryhmän ja kontrolliryhmän tekstidokumenttien sanoille laskettuja IDF-arvoja sekä laskettiin kummankin ryhmän erillisten tekstidokumenttien määrä potilasta kohti ja erillisissä dokumenteissa olevien sanojen määrä dokumenttia kohti. Tilastolliset analyysit tehtiin SAS-ohjelmistolla (Windows versio 9.2, SAS Institute Inc., Cary, NC).

6 Tulokset

6.1 Suurkäytön yleisyys ja hallinnollisen intervention yhteys siihen

Tutkimusaikana terveyskeskuksessa vuosittain tehdyt lääkärikäyntimäärät laskivat 194 217 käynnistä (v. 2001) 174 486 käyntiin (v. 2009). TSK-potilaat tekivät yhteensä 166 059 lääkärikäyntiä seurantajakson aikana. Yksittäisten suurkäyttäjien määrä vaihteli 1241:n (v.2006) ja 1415:n (v.2001) välillä ja vuonna 2010 heitä oli 1349. TSK-potilaiden prosenttiosuus kaikista yksittäisistä potilaista laskettuna pysyi keskimäärin samana koko seurantajakson ajan, ollen keskimäärin 1,8 %. Tämä prosenttiosuus oli pienimmillään vuonna 2006 1,7 % ja suurimmillaan se oli vuonna 2001 1,9 %. Vuosina 2001–2010 TSK-potilaat tekivät keskimäärin 9,1 % kaikista terveyskeskuksen lääkärikäynneistä. Vuonna 2006 TSK-potilaiden lääkärikäyntien prosenttiosuus kaikista vuoden 2006 lääkärikäynneistä laskettuna oli koko tarkastelujakson osalta pienin, 8,5 %. Vuonna 2009 TSK-potilaiden lääkärikäyntien prosenttiosuus vuoden 2009 kaikista lääkärikäynneistä laskettuna oli koko seuranta-ajan suurin, 9,8 %. Vuosien 2001–2010 aikana yksittäisen TSK-potilaan keskimääräinen käyntimäärä lääkäriellä vuodessa vaihteli 12,3–12,8 käynnin välillä. (Taulukot 5 ja 6)

Vuosina 2001–2006 tutkimusterveyskeskuksessa oli 4 392 eri suurkäyttäjää. Tästä ryhmästä kaksi vuotta suurkäyttäjänä oli 853 potilasta (19,4 %), kolme vuotta 288 potilasta (6,6 %), neljä vuotta 119 potilasta (2,7 %), viisi vuotta 49 potilasta (1,1 %) ja kaikki kuusi vuotta suurkäyttäjänä oli 29 potilasta eli 0,7 % potilaista. Vuosina 2001–2006 TSK-potilaista naisia oli keskimäärin 65 % (vaihteluväli 62,7–67,3 %) ja miehiä 35 % (vaihteluväli 32,6–37,3 %). Naisten ja miesten prosentuaalinen osuus säilyi muuttumattomana, vaikka suurkäyttö pitkittyi.

Taulukko 5. Terveydenhuollon suurkäyttäjien lääkärikäyntimäärä ja sen suhteellinen osuus kaikista terveyskeskuspotilaiden käyntimäärästä tutkimusterveyskeskuksessa vuosina 2001–2010.

VUOSI	KAIKKIEN LÄÄKÄRIKÄYNTIEN LUKUMÄÄRÄ	TSK-POTILAIEN LÄÄKÄRIKÄYNTIEN KOKONAISLUKUMÄÄRÄ	KESKIMÄÄRÄINEN KÄYNTIMÄÄRÄ YHTÄ TSK- POTILASTA KOHTI VUODESSA, KA*	TSK-POTILAIEN LÄÄKÄRIKÄYNTIEN OSUUS KAIKISTA LÄÄKÄRIKÄYNNISTÄ %
2001	194217	17627	12.5	9.1
2002	186341	16898	12.7	9.1
2003	183184	15876	12.3	8.7
2004	180007	15886	12.3	8.8
2005	180380	16140	12.4	8.9
2006	178987	15276	12.3	8.5
2007	179361	16620	12.5	9.3
2008	182394	17393	12.6	9.5
2009	174486	17104	12.8	9.8
2010	177100	17239	12.8	9.7

*KA, keskiarvo

Taulukko 6. Terveydenhuollon suurkäyttäjien lukumäärä ja heidän suhteellinen osuutensa kaikista terveyskeskuspotilaista tutkimusterveyskeskuksessa vuosina 2001–2010.

VUOSI	KAIKKIEN POTILAIEN LUKUMÄÄRÄ VUODESSA	TSK-POTILAIEN LUKUMÄÄRÄ VUODESSA	TSK-POTILAIEN PROSENTTIOSUUS KAIKISTA POTILAISTA %
2001	75560	1415	1.9
2002	73930	1332	1.8
2003	72302	1292	1.8
2004	71840	1287	1.8
2005	73185	1301	1.8
2006	73208	1241	1.7
2007	72370	1330	1.8
2008	73860	1380	1.9
2009	71968	1338	1.9
2010	72738	1349	1.8

Osatyössä I selvitettiin vuosina 2002–2005 omalääkäreille annetun hallinnollisen informaation mahdollista yhteyttä TSK-potilaiden vuosittaisiin käyntimääriin. Tutkimuksen lähtötilanteessa vuonna 2001 TSK-potilaiden käyntiosuus kaikista lääkärikäynneistä oli 9,1 %. Interventioiden antamisen jälkeen oli todettavissa TSK-potilaiden käyntiosuuden laskeneen merkitsevästi vuonna 2003 ja 2006 verrattaessa sitä lähtötilanteeseen vuonna 2001. TSK-potilaiden käyntiosuus vuonna 2003 oli laskenut 9,1 %:sta (v. 2001) 8,7 %:iin ja vuonna 2006 9,1 %:sta (v. 2001) 8,5 %:iin ($p <$

0.001 kummassakin vertailussa). TSK-potilaiden käyntimäärän osuus kaikista vuoden 2006 lääkärikäynneistä oli koko tarkastelujakson pienin. (Taulukko 7)

Vuosina 2007–2010, jolloin omalääkäreille ei enää annettu lääkärikohtaista hallinnollista informaatiota heidän omista TSK-potilaistaan, todettiin merkitsevä kasvu ($p < 0.001$, Taulukko 7) TSK-potilaiden käyntimäärän osuudessa jokaisena vertailuvuotena vuoden 2006 TSK-potilaiden käyntiosuuteen (8,5 %) nähden (Taulukko 7). Vuosina 2007–2010 TSK-potilaiden käyntimäärän prosenttiosuus vuosittaisista lääkärikäynneistä kohosi lähtötilannetta (9,1 %, v. 2001) korkeammaksi, ollen 9,3–9,8 % (Taulukko 5).

Taulukko 7. TSK-potilaiden lääkärikäyntien prosenttiosuuden muutokset verrattuna kaikkien lääkärikäyntien muutokseen vuosina 2001–2010 Poissonin regressiossa. Lääkärikohdainen hallinnollinen informaatio annettiin vuosina 2002, 2003 ja 2005.

Verratut vuodet	RR*	95 %	Lv	p-arvo***
2001 ja 2002	0.99	0.978	1.03	0.9379
2001 ja 2003	0.95	0.93	0.98	<0.0001
2001 ja 2004	0.97	0.95	0.99	0.0104
2001 ja 2005	0.99	0.97	1.01	0.1918
2001 ja 2006	0.94	0.92	0.96	<0.0001
2006 ja 2007	1.09	1.06	1.11	<0.0001
2006 ja 2008	1.12	1.09	1.14	<0.0001
2006 ja 2009	1.15	1.12	1.17	<0.0001
2006 ja 2010	1.14	1.12	1.17	<0.0001

* RR arvo suurempi kuin 1.00 merkitsee, että oli kasvua TSK-potilaiden käynneissä

** RR Relatiivinen Riski

*** Lv luottamusväli

**** Tilastollinen merkitsevyys vuosien välillä Poissonin regressioanalyysissä

Kokopäiväisten terveyskeskuslääkärien virkojen määrä oli vuonna 2001 71, vuonna 2006 se oli 74 ja vuonna 2010 77. Vuosien 2001–2010 aikana vakituisilla terveyskeskuslääkäreillä oli vuosittain runsaasti sijaisia, jotka työskentelivät hyvinkin eri pituisia aikoja terveyskeskuksessa (vaihteluväli oli yhden päivän mittaisesta sijaisuudesta koko vuoden kestäneeseen sijaisuuteen). Vuosina 2001–2010 terveyskeskuksessa työskenteli keskimäärin 135,6 eri lääkäriä vuodessa. Jokainen lääkäri teki keskimäärin 109 työpäivää vuodessa ja lääkärien vuodessa hoitamien eri potilaiden määrä oli keskimäärin 1003 potilasta. Lääkärien vuosityöpanos laskettiin pelkästään vuodessa hoidettujen potilaiden lukumäärää tarkastelemalla.

Vuonna 2006 TSK-potilaiden käyntimäärän todettiin vähentyneen 2351 käynnillä vuoteen 2001 nähden. Vuoden 2006 aikana yhdellä terveyskeskuslääkäreillä oli keskimäärin 1 234 potilaskäyntiä. Todettu TSK-potilaiden käyntimäärän vähenemä vastasi 1,9 lääkärin vuosityöpanosta lääkärin vuodessa hoitaman potilaskäyntimäärän mukaan laskettuna.

Viimeisen hallinnollisen intervention yhteydessä (v. 2005) lääkäreitä pyydettiin tekemään hoitosuunnitelmat vuoden 2004 suurkäyttäjilleen. Selvitettäessä tehtyjen hoitosuunnitelmien määrää todettiin, että lääkärit olivat reagoineet tähän hallintokokouksessa esitettyyn pyyntöön huonosti. Hoitosuunnitelma oli kirjattu Pegasos-potilastietojärjestelmään vain 5,9 %:lle vuoden 2004 TSK-potilaista.

6.2 Kognitiivis-behavioraalisen intervention vaikutus suurkäyttöön

Osatyössä II selvitettiin yhden 60–90 minuuttia kestäneen kognitiivis-behavioraalisen kertaintervention vaikutusta kaksi vuotta TSK-potilaana olleiden potilaiden vuosittaisiin käyntimääriin. Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden taustatietoja on esitetty Taulukossa 8.

Taulukko 8. KB-interventiotutkimukseen osallistuneiden TSK-potilaiden ominaisuuksia.

MUUTTUJAT	KAIKKI POTILAAT n=56	INTERVENTIORYHMÄ* n=32	KONTROLLIRYHMÄ** n=24	p
Ikä, keskiarvo (KH***)	52.5 (16.8)	52.9 (17.5)	52.2 (16.3)	ns(****)
Naisten lukumäärä n (%)	47 (83.9)	26 (81.3)	21 (87.5)	ns
Avio- tai avoliitossa n (%)	27 (48.2)	11 (34.4)	16 (66.7)	<0.05
Mielialahäiriö n (%)	15 (26.8)	8 (25.0)	7 (29.2)	ns
Ahdistuneisuushäiriö n (%)	16 (28.6)	10 (31.3)	6 (25.0)	ns
Mikä tahansa psyykinen häiriö n (%)	23 (41.1)	12 (37.5)	11 (45.8)	ns
Mikä tahansa somaattinen sairaus n (%)	50 (89.3)	28 (87.5)	22 (91.7)	ns
Säännöllisessä käytössä olevien lääkkeiden määrä mediaani (KV*****)	4.0 (5.0)	5.0(5.0)	3.0 (6.75)	ns
Somatoforminen häiriö n (%)	7 (12.5)	1 (3.1)	6 (25.0)	<0.05
Lihasperäiset vaivat n (%)	29 (51.8)	16 (50.0)	13 (54.2)	ns
Yleislääkärikäyntien määrä vuotta ennen tutkimusta mediaani (KV*****)	11 (4.0)	11 (5.0)	11 (2.0)	ns

*Interventoryhmä 32 kaksi vuotta TSK-potilaana ollutta aikuispotilasta

**Kontrolliryhmä 24 kaksi vuotta TSK-potilaana ollutta aikuispotilasta

***Keskijointa

****not significant

*****Kvartiiliväli

Interventiotutkimukseen mukaan lupautuneista TSK-potilaista 91,1 %:lla todettiin tutkimushaastattelussa jokin somaattinen sairaus. Usein sairautena oli lihasperäinen vaiva (51,8 %). M.I.N.I.-kyselyn mukaan 41 %:lla potilaista oli psykiatrinen diagnoosi. Interventio- ja kontrolliryhmä erosivat alkutilanteessa toisistaan siviilisäädyn osalta, sillä kontrolliryhmässä avio- tai avoliitossa oli 66,7 %:a potilaista ja interventioryhmässä 34,4 %:a potilaista ($p < 0.05$). Somatoformisia oireita oli kontrolliryhmässä 25 %:lla potilaista, kun interventioryhmässä niitä oli vain 3,1 %:lla potilaista. Muuten ryhmät eivät eronneet toisistaan merkitsevästi. Alkutilanteessa potilaiden täyttämässä BDI-, SOC-13-, SCL-SOM- ja WI- kyselykaavakkeiden pisteissä ei ollut merkitseviä eroja.

Seuranta-analyyseissä todettiin, että niin interventioryhmässä kuin kontrolliryhmässäkin lääkärikäyntimäärät olivat laskeneet merkitsevästi seurantavuotena. Interventio-ryhmässä oli lääkärikäyntejä vuonna 2008 keskimäärin 11 käyntiä ja vuonna 2010 keskimäärin 7 käyntiä ($p < 0.001$). Kontrolliryhmässä vuonna 2008 lääkärikäyntejä oli keskimäärin sama 11 käyntiä vuodessa ja seurantavuonna 2010 niitä oli keskimäärin 7,5 käyntiä ($p < 0.05$). Lääkärikäyntien vähenemisessä ei ollut merkitsevää eroa ryhmien välillä. Kun analysoitiin erikseen tutkimukseen osallistuneiden kaikkien niiden potilaiden, joilla ei ollut psykiatrisia häiriöitä ($n=33$), käyntien muutosta vuosien 2008 ja 2010 välillä, voitiin todeta, että lääkärikäyntimäärien lasku oli tilastollisesti merkitsevästi suurempi interventioryhmässä kuin kontrolliryhmässä (käyntien vähenemän mediaani -5.5 käyntiä interventioryhmässä, kvartiiliväli (KV) 4.0 ja kontrolliryhmässä käyntien vähenemän mediaani -3.0 käyntiä, KV 3.5, $p=0.004$)

Verrattaessa interventioryhmän niiden potilaiden, joilla oli vähintään yksi psykiatrinen häiriö ($n=23$), lääkärikäyntimäärien muutosta kontrolliryhmän potilaiden vastaavaan lääkärikäyntimäärien muutokseen, käyntimäärien muutoksessa vuosien 2008 ja 2010 välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa todettavassa.

Interventio-ryhmässä todettiin merkitsevä lasku BDI-pisteissä ($p=0.024$) mutta laskua ei ollut todettavissa kontrolliryhmän pisteissä. SOC-13-pisteissä oli merkitsevä nousu kontrolliryhmässä ($p=0.043$), nousua ei todettu interventioryhmän pisteissä. SCL-SOM ja WI-pistemutoksissa ei todettu eroja ryhmien välillä.

6.3 Pitkäaikaisen TSK-potilaan profiili ja pitkäaikaista suurkäyttöä ennakoivat tekijät

Viisi vuotta TSK-potilaana olleiden ryhmässä oli 37 naista ja 12 miestä. Heidän keski-ikänsä oli 51,7 vuotta sisältäen ryhmään kuuluneet koko ikänsä suurkäyttäjinä olleen tytön ja pojan. Miesten keski-ikä oli 48,5 vuotta (keskihajonta, KH, 13.6) ja naisten 55,4 vuotta (KH 17.2). Viisi vuotta TSK-potilaina olleet aikuiset kävivät kes-

kimäärin 15,3 (vaihteluväli 11–30 käyntiä, KH 3.1) kertaa vuodessa lääkärillä. Lap-
sista tyttö kävi keskimäärin 15,4 kertaa ja poika 16,8 kertaa vuodessa vastaanotolla
joko omalääkärillä terveysasemalla tai terveyskeskuspäivystyksessä. Lasten käyn-
tien syyt johtuivat toistuneista hengitystietulehduksista sekä erityisesti välikorvantu-
lehduksista ja niiden kontroleista. Aikuisten ryhmässä yksittäisellä potilaalla oli
keskimäärin 427,6 (KH 172.7) erillistä Pegasos-potilastietomerkinäsiä (vaihtelu-
väli 186–1068 merkinäsiä). Heidät oli lähetetty erikoissairaanhoidon keskimää-
rin 20,1 kertaa (vaihteluväli 4–51 kertaa) viiden vuoden aikana. Yksittäisellä poti-
laalla oli potilastietoihin merkitty keskimäärin 21,2 eri diagnoosia (vaihteluväli 10–
32).

Viiden vuoden suurkäyttäjien taustatietoja selvitetessä suoraan Pegasos-poti-
lastiedoista todettiin, että pTSK-potilaiden taustatiedot oli kirjattu Pegasos-tietoi-
hin osin puutteellisesti. Taulukossa 9 on esitetty taustatiedot kaikista niistä 47 ai-
kuisesta p-TSK potilaasta, joilta tieto löytyi tallennettuna Pegasos-potilastietojär-
jestelmään.

Taulukko 9. Viisi vuotta TSK-potilaana olleiden 47 aikuispotilaan taustatiedot.

TAUSTATieto	LUKUMÄÄRÄ N	PROSENTTIOSUUS NIISTÄ POTILAISTA, JOILTA TIETO LÖYTYY (%)
Siviilisääty (n=46, 98 %)		
naimaton	14	30.4
naimisissa	15	32.6
eronnut	7	15.2
leski	4	8.7
Ammatti (n=32, 68 %)		
työntekijätaso (palvelualat, teollisuus, maanviljelijä)	15	46.9
korkeakoulutettu	1	3.1
eläkkeellä	16	50.0
Tupakointi (n=10, 21 %)		
ei-tupakoitsija	4	40.0
< 10 savuketta/vrk	1	10.0
10–20 savuketta/vrk	5	50.0
Alkoholin käyttö (n=11, 23 %)		
raitis	4	36.4
kohtuukäyttö (2–14 annosta/viikko)	3	27.3
suurkäyttö (15 tai enemmän annok- sia/viikko)	4	36.4
Body mass index (BMI) (n=14, 30 %)		
normaali (<25)	2	14.3
ylipaino (25–29,9)	3	21.4
lihavuus (BMI 30 tai yli)	9	64.3
Huumeiden käyttö, käyttäjiä	3	6.4

Viiden vuoden ja yhden vuoden aikuisten TSK-potilaiden diagnoosivertailussa löydettiin merkitseviä eroja: viiden vuoden suurkäyttäjillä oli merkitsevästi enemmän masennusjaksoja (ICD-10 F32–32.9), epilepsiaa (ICD-10 G 40–40.9), sydämen vajaatoimintaa (ICD-10 I 50–50.9), astmaa (ICD-10 J 45–45.9), kroonista keuhkoah- taumaa (COPD sisältäen myös muut tautiluokituksen ICD-10 kohtaan J44–44.9 kuu- luvat diagnoosit) sekä toistuvaa alaselkäkipua, lumbalgiaa ja lumbagoa (ICD-10 M54) (Taulukko 10). Diabeteksen ja verenpainetaudin osalta ei todettu merkitsevää tilastollista eroa ryhmien välillä. Tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välille ei löytynyt päänsärky-, huimaus- tai ylävatsakipudiagnoosien vertailussa. Viiden vuo- den TSK-potilasryhmällä ei ollut tilastollisesti enempää diagnoosimerkintöjä liittyen fibromyalgiaan, ärtyvän suolen oireyhtymään, somatoformisiin häiriöihin tai persoo- nallisuushäiriöihin kuin vertailuryhmällä. Tämä saattoi johtua siitä, että näitä diag- nooseja löytyi kaikkiaan niin vähän, ettei tilastoanalyysissä saatu näiden diagnoo- siryhmien osalta luotettavia tuloksia.

Taulukko 10. Aikuisten viisi vuotta TSK-potilaina olleiden ja yhden vuoden TKS-kontrolliryhmän potilaiden kroonisten sairauksien ja pitkäkestoisten oireiden diagnoosivertailu.

DIAGNOOSIT ICD-10 KOODIRYH- MITTÄIN	pTSK TUTKI- MUS-RYHMÄ (n=47)		KONTROLLI- RYHMÄ (n=94)		KS*	95 % LV**	p-ARVO***
	N	(%)	N	(%)			
Astma (J45–45,9)	15	(32)	15	(16)	2.6	1.1–6.0	0.032
COPD (J44–44,9)	7	(15)	4	(4)	9.7	1.2–81.7	0.036
Masennusjakso (F32–32,9)	25	(53)	26	(28)	3.5	1.5–8.0	0.004
Epilepsia (G40–40,9)	8	(17)	5	(5)	3.7	1.1–12.3	0.035
Sydämen vajaatoi- minta (I50–50,9)	7	(15)	2	(2)	12.6	1.5–103.1	0.019
Essentielli verenpai- netauti (I10)	23	(49)	31	(33)	2.2	1.0–4.7	0.053
I-typin diabetes (E10)	2	(4)	2	(2)	2.0	0.3–14.2	0.488
II-typin diabetes (E11)	9	(19)	11	(12)	2.4	0.7–8.6	0.163
Toistuva alaselkä- kipu (dorsalgia), lumbago, (M54)	22	(47)	28	(30)	2.2	1.0–4.6	0.046

*KS kerroinsuhde, (odds ratio, OR)

**LV luottamusväli

***tilastollisesti merkitsevä p:n arvona pidettiin arvoa < 0.05

6.4 Tekstianalyysin tulokset

Tutkittaessa 49 viiden vuoden TSK- ja 98 yhden vuoden TSK-potilaan anonymisoidua tekstidataa tekstianalyysissä todettiin, että viiden vuoden TSK-potilailla oli keskimäärin 205 erillistä potilaskertomusmerkintää ja yhden vuoden TSK-potilailla 93 erillistä merkintää potilasta kohti. Viiden vuoden TSK-ryhmän potilailla oli keskimäärin 79,5 sanaa jokaisessa erillisessä kertomusmerkinnässä ja yhden vuoden TSK-potilailla 78,9 sanaa.

Lääkärien ja hoitajien viisi vuotta TSK-potilaina olleille potilaille tekemissä potilaskertomusmerkinnöissä eniten toistuvat sanat liittyivät keuhkoihin ja hengitykseen sekä lääkitykseen. Vain yhtenä vuotena TSK-potilaana olleiden ryhmässä teksteissä useimmin toistuneet sanat liittyivät erilaisiin laboratoriotesteihin tai niiden lyhenteisiin. Lääkärien ja hoitajien viisi vuotta TSK-potilaina olleiden potilaiden teksteihin kirjaamat yleisimmät sanat tai sanaparit olivat tavallisia ilmaisuja, kuten ”40 mg”, ”kertaa päivässä”, ”yleistila” ja ”milligrammaa tablettia kohti”. Myös fraasit, kuten ”ei erityistä”, ”ei kuumetta”, ”ei erityistä auskultoiden”, ”viikon ajan” olivat yleisiä näissä pTSK-potilaiden teksteissä. Yhden vuoden TSK-potilaina olleiden ryhmässä potilaskertomuksen teksteissä sanat tai sanaparit kuten ”mies, jolla on”, ”kuukauden ajan”, ”potilas ei”, ”nainen, jolla on” ja ”millilitra” olivat yleisimpiä ilmauksia. Sukupuoli ja laboratoriotestin nimi tai lyhenne löytyi kirjattuna useammin yhden vuoden TSK-potilaiden teksteissä kuin viiden vuoden TSK-potilaiden teksteissä, mutta tilastollisesti merkitseviä eroja tällä sana-analyysimenetelmällä ei ryhmien välillä todettu.

7 Pohdinta

7.1 Päätulokset

1. Tutkimusterveyskeskuksessa yhden vuoden suurkäyttäjien osuus kaikista terveyskeskuksen potilaista oli keskimäärin 1,8 %. Suurkäyttäjien vuosittaisen käyntimäärän prosenttiosuus kaikista käynneistä oli keskimäärin 9,1 %. Pitkäaikaisten TSK-potilaiden määrä lähestyi nollaa kuuden vuoden seuranta-aikana.
2. Ennen varsinaista tutkimusta kolmena vuotena terveyskeskuslääkäreille annettu hallinnollinen informaatio vaikutti liittyvän TSK-potilaiden käyntimäärän vähenemiseen Poissonin regressio menetelmällä ilmiötä tutkittaessa. Hallinnollisten interventioiden loputtua vuonna 2006 TSK-potilaiden vuosittaisen käyntien osuus kaikista terveyskeskuksen lääkärikäynneistä nousi jopa suuremmaksi kuin vuoden 2001 lähtöarvo.
3. TSK-potilaiden käyntimäärien vähenemä vuonna 2006 vastasi lähes kahden terveyskeskuslääkärin vuosityöpanosta lääkärin hoitamien vuosittaisten potilaskäyntien määrän mukaan laskettuna.
4. Kognitiivisbehavioraalisen kerta-intervention saaneen TSK-ryhmän potilailla sekä pelkästään tutkimushoitajan luona käyneen kontrolliryhmän TSK-potilailla terveyskeskuslääkärikäyntien määrät laskivat merkittävästi. Seuranta-vuonna käyntien mediaani jäi alle tutkimuksessa käytetyn suurikäyttäjän kriteerin. Vertailuasetelmissä 60–90 minuutin mittaisella tutkimuslääkärin antamalla KB-interventiolla ei voitu osoittaa olevan vaikutusta käyntimäärän laskuun. Kun tarkasteltiin alaryhmäanalyyseissä ainoastaan niitä potilaita, joilla ei ollut todettu psykiatrista häiriötä, todettiin käyntimäärien laskevan merkittävästi enemmän interventio- kuin kontrolliryhmässä.
5. pTSK-potilasta 65 % oli naisia ja 35 % miehiä. Heidän keski-ikänsä oli 51,7 vuotta. Tämän potilasryhmän elintapa- ja terveystottumustiedot oli kirjattu varsin puutteellisesti potilastietojärjestelmään, joten heidän tunnistamistaan ennustavan profiilin laatiminen ei luotettavasti onnistunut.

6. Viisi vuotta suurkäyttäjänä olleiden aikuisten ryhmässä todettiin merkitsevästi enemmän depressiota (F32-F32.9), astmaa, COPD:tä, sydämen vajaatoimintaa, epilepsiaa ja alaselkäkipua/ lumbagoa kuin yhden vuoden TSK-potilaille.
7. Tekstianalyysissä paljastui, että lääkärit ja hoitajat käyttivät pitkäaikaisten suurkäyttäjien potilaskertomusteksteissä niin tavanomaisia ilmauksia, ettei niiden perusteella voida erottaa pitkäaikaista terveystalvelujen suurkäyttäjää yhden vuoden suurkäyttäjistä.

7.2 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet

Tutkimuksen vahvuutena voidaan pitää sitä, että rekisteritiedot saatiin kaikista vuosien 2001–2010 suurkäyttäjistä ja tutkimus perustuu toteutuneisiin lääkärikäynteihin ja niistä kertyneeseen rekisteritietoon. Vuosina 2001–2010 oli kaikkiaan 1 816 457 lääkärikäyntiä, joista suurkäyttäjien tekemiä oli 166 059. TSK-potilasdatan suuruus on merkittävä. Tästä aineistosta esiin nousevia pitkäaikaisen suurkäyttäjän tunnusmerkkejä kuten naissukupuolta ja keskimäärin 51,7 vuoden ikää voidaan pitää hyvin luotettavina löydöksinä.

Vahvuus on myös se, että pitkäaikaisen suurkäyttäjän profiili perustuu terveyskeskuksessa käyneiden potilaiden potilaskertomuksesta kerättyihin tietoihin, ei valikoituneesta tutkimusryhmästä saatuihin tuloksiin. Viiden vuoden TSK-potilaille pitkäaikaiset sairaudet ja oireet (depressio, astma, COPD, sydämen vajaatoiminta, epilepsia ja alaselkäkipu/lumbago) esiintyivät tilastollisesti merkitsevästi useammin kuin yhden vuoden TSK-potilaiden kontrolliryhmällä, joten näiden sairauksien ja oireiden esiintymisen voidaan arvioida liittyvän erityisesti pitkäaikaiseen terveystalvelujen suurkäyttöön.

Toteutettuun potilaisiin kohdistuvaan KB-interventioon saatiin mukaan 118 potentiaalisesta potilaasta 56 eli 47,5 %. Tätä voidaan pitää kohtalaisen hyvänä tuloksena, kun sitä verrataan muiden julkaisemien vastaavan tyyppisten tutkimuksien osallistumisprosentteihin (Malins ym. 2016, Strömlom ym.2018).

Lääkäreille annettu hallinnollinen interventio oli helppo toteuttaa ja se oli helppo toistaa osana normaalia johtamista. Tutkimuksen rekisteritutkimusasetelmassa hallinnollisen intervention yhteyttä käyntimääriin tutkittiin pelkästään lääkärikäyntien muutoksen kautta, ja analyysissä käytettiin Poissonin regressiota. Tämän analyysimenetelmän perusteella vaikutti siltä, että toteutettu hallinnollinen interventio liittyi tilastollisesti merkitsevästi vähäisempään suurkäyttäjien käyntimäärään kahtena vuotena eli vuonna 2003 ja 2006 verrattuna lähtövuoteen 2001. Kun hallinnollista lääkärikohtaista ohjausta ei enää annettu (vuodet 2006-2010) TSK-potilaiden käyntimäärien osuus kaikista käynneistä nousi jopa tutkimuksen lähtövuotta (2001) korkeammaksi.

Tutkimuksen heikkoutena voidaan pitää sitä, että hallinnollisen informaation anto kohdistui lääkäreihin ennen tämän tutkimuksen käynnistymistä eikä sitä ollut suunniteltu osaksi tutkimusta, joten sen dokumentointiin liittyi puutteita. Hallinnollisen intervention heikkoutena voidaan pitää myös sitä, että lääkäreille kohdistetusta hallinnollisesta informaatio-ohjauksesta ei kerätty sitä annettaessa tietoa siitä, kuinka moni lääkäri osallistui hallintokokoukseen, kuinka moni vakituinen omalääkäri sai suurkäyttäjätiedot itselleen ja kuinka usein tieto päätyi sijaiselle. Tässä tutkimuksessa oli käytettävissä vain potilasrekisteristä saatavat suurkäyttäjien vuosittaiset käyntimäärätiedot, joten hallinnollisen intervention mahdollisia vaikutuksia pystyttiin analysoimaan vain käyntimääriä vertaamalla. Tutkimusasetelma olisi vahvistunut, jos olisi ollut jälkiseurannan lisäksi mahdollisuus tarkastella ennen interventiota olleita käyntilukuja. Täydelliset käyntiluvut sähköisestä potilastietojärjestelmästä olivat saatavissa kuitenkin vasta vuodesta 2001 alkaen.

Tutkimuksen heikkoutena voidaan pitää myös viisi vuotta suurkäyttäjänä olleen potilasryhmän pienuutta, 49 potilasta. Tämän enempää viisi vuotta suurkäyttäjänä olleita potilaita ei kuitenkaan ollut tutkimusterveyskeskuksessa vuosien 2001–2006 aikana, jolloin tutkimusmateriaali kerättiin. Kaikkien 49 pitkäaikaisen suurkäyttäjän kaikki Pegasos-potilastietojärjestelmässä olleet potilastiedot käytiin lävitse ja niistä kerättiin tutkimussuunnitelman mukaiset sosiodemograafiset ja elintapatiedot, mikäli ne oli potilasasiakirjoihin kirjattu. Tutkimusryhmän pienuus aiheutti sen, että tiettyjä aiemmin muissa tutkimuksissa todettuja diagnooseja esiintyi niin vähän, etteivät tilastolliset analyysit olleet aina mahdollisia. Terveystietojen osittain puutteellinen kirjaus viisi vuotta TSK-potilaana olleiden ryhmässä esti luotettavan vertailun muiden raportoimiin tuloksiin ja osin vaikeutti pitkäaikaisen suurkäyttäjän profiilin kuvaamista. Tämän potilasryhmän tekstianalyyssissä käytettävissä olleen tekstidatan määrä osoittautui liian pieneksi ja sana-analyyssissä IDF-menetelmällä esiin nousseet sanat ja ilmaukset niin tavallisiksi, ettei sen pohjalta ollut mahdollista kehittää ennustetyökalua, jolla lääkäri olisi voinut paremmin tunnistaa ja vastaanotto-olosuhteissa nopeammin löytää ne potilaat, jotka ovat riskissä päätyä pitkäaikaisiksi suurkäyttäjiksi.

Kognitiivis-behavioraalisen potilaisiin kohdistuneen intervention heikkoutena voidaan pitää lopulta tutkimukseen mukaan saadun potilasryhmän pienuutta. Ennen tutkimusta tehdyn voimalaskelman perusteella tutkimuksen potentiaalinen potilasryhmä vaikutti riittävältä, mutta KB-interventioon saatiin lopulta mukaan potentiaalisista potilaista vajaa puolet. Kaksi vuotta suurkäyttäjänä olleesta sisäänottokriteerit täyttäneestä potilasryhmästä (n=193) jouduttiin sulkemaan pois tutkimuksesta peräti 45 potilasta vakavien psyykkisten diagnoosien tai riittämättömän suomen kielen taidon vuoksi. Terveyskeskuslääkärit jättivät syystä tai toisesta lähettämättä 30 kutsukirjettä ja lopulta useista yrityksistä huolimatta 26 potilasta ei tavoitettu lainkaan po-

tilasiasiakirjoihin merkitystä osoitteesta kirjeitse eikä heitä myöskään tavoitettu puhelimitse käytettävissä olleesta puhelinnumerosta. Ryhmäkoon olisi pitänyt olla suurempi, jotta ryhmien välisten mahdollisten erojen tilastollinen merkitsevyys olisi voitu osoittaa.

7.3 Tutkimuksen tulosten vertailu aikaisempaan tietoon

7.3.1 Suurkäytön yleisyys ja lääkäreihin kohdistuneet interventiot

Tässä tutkimuksessa TSK-potilaiden prosenttiosuus kaikista kävijöistä oli keskimäärin 1,8 % ja se pysyi 1,7–1,9 % välillä koko seuranta-ajan. Tämä prosenttiosuus on pienempi kuin aiemmin Pohjois-Suomen ja Espoon aineistoissa on esitetty. Jyväskylä ym. (1998) totesivat, että Oulaisissa TSK-potilaita oli hieman alle seitsemän prosenttia kaikista terveyskeskuskävijöistä. Kaattari ym. (2018) totesivat, että TSK-potilaita oli Pohjois-Suomen 1966 syntymäkohorttiaineistossa 4 %. Jyväskylä ja Kaattari käyttivät suurkäyttäjän käyntirajana kahdeksaa käyntiä vuodessa, kun taas tässä tutkimuksessa raja oli kymmenen käyntiä vuodessa. Suurkäyttäjän määrittelyssä käytetty alhaisempi vuosittainen käyntimäärä kuin tässä tutkimuksessa käytetty sekä se, että Jyväskylän ym. ja Kaattarin ym. aineistot olivat pienemmistä kunnista Pohjois-Suomesta, missä terveyskeskuksen käyttö oli suurempaa ja lääkärikäyntien peittävyys oli myös korkeampi kuin Turun terveyskeskuksessa, voinee selittää suurempaa TSK-potilaiden prosenttiosuutta heidän tutkimuksissaan.

Savonius (1988) totesi, että Espoon Leppävaaran terveysasemalla 10 kertaa vuodessa lääkärillä käyneitä potilaita oli 8,6 %. Tässä tutkimuksessa suurkäyttäjien määrä tutkittiin yhden kuukauden (helmikuun) aikana terveysasemalla käyneen 4 051 asukkaan otoksesta, selvittämällä tämän asiakasjoukon edellisen vuoden käyntimäärät kaikilla Espoon terveysasemilla. Espoon Leppävaaran terveysasemalla lääkärikäyntien peittävyys oli 49 % eli korkeampi kuin Turussa. Leppävaaran terveysasemalla suurkäyttäjillä oli tutkimuksen mukaan huono hoidon jatkuvuus. Myös lääkärille pääsy saattoi olla 1980-luvulla hyvinkin erilaista kuin 2000-luvulla. Nämä seikat voinevat osin selittää Espoon suurempaa TSK-potilaiden lukumäärää Turkuun verrattuna. Turun TSK-potilaiden osuus kaikista potilaista oli samaa tasoa kuin Nymanin ja Jäppisen (2015) toteama Helsingin terveyskeskuksen TSK-potilaiden prosenttiosuus.

TSK-potilaiden käyntien osuus kaikista terveyskeskuksen lääkärikäynneistä vuodessa oli Turussa hieman yli yhdeksän prosenttia. Tämä on selvästi pienempi prosenttiosuus kuin osassa aiemmista tutkimuksista on esitetty. Jyväskylä ym. (1998) totesivat, että TSK-potilaiden käyntien osuus oli lähes neljännes tutkitun (yli

15-vuotiaat) ikäryhmän käynneistä. Smitsin ja kumppaneiden tutkimuksessa (2009) Amsterdamissa yleislääkärrien vastaanotoilla TSK-potilaiden konsultaatioiden määrä oli 39 % kaikista konsultaatioista. Tämä käyntiosuus on yli neljä kertaa suurempi kuin Turun terveyskeskuksessa todettu. Helsingissä Nymanin ja Jäppisen (2015) tutkimuksessa TSK-potilaiden käyntiosuus kaikista lääkärien vastaanottokäynneistä oli 9,4 %, mikä vastaa Turun terveyskeskuksen lukuja.

Carney ym. (2001) totesivat tutkimuksessaan, että terveystalvelujen suurkäyttö on yleensä ohimenevä ilmiö ja että suurkäyttäjät palaavat normaalikäyttöön yleensä viidessä vuodessa. Tosin Carneyn ym. tutkimuksessa löytyi myös pieni joukko potilaita, jotka olivat suurkäyttäjii peräti 20 vuotta. Omassa tutkimuksessani voitiin todeta, että Carneyn ym. esittämä oletama siitä, että viidessä vuodessa suurin osa suurkäyttäjistä palaa normaalikäyttöön, näyttäisi sopivan myös Turun terveyskeskuksen suurkäyttäjii, koska viisi vuotta suurkäyttäjii olleita potilaita oli vain hieman yli yksi prosentti.

Smitsin ym. aineistossa (2009) Amsterdamissa perusterveydenhuollossa kolme vuotta suurkäyttäjii olleita potilaita oli 1,6 %. Turun aineistossa kolmen vuoden suurkäyttäjii oli tähän verrattuna nelinkertainen määrä. Pymont ja Butterworth (2015) tutkivat pitkäaikaisia terveystalvelujen suurkäyttäjii Australian perusterveydenhuollossa ja totesivat, että pTSK-potilaita oli heidän aineistossaan 3,6 %. Syytä siihen, miksi Turussa oli prosentuaalisesti lähes kahdesta neljään kertaan enemmän kolmen vuoden TSK-potilaita kuin Amsterdamissa tai Australiassa, ei tässä tutkimusasetelmassa pystytty selvittämään.

Koskela esittää väitöskirjassaan (2008), että hänen tutkimusaineistonsa 85 työikäisestä TSK-potilaasta pitkäaikaisia terveystalvelujen suurkäyttäjii kolmen vuoden kriteerillä oli 31 % ja kaikkina neljänä vuotena TSK-potilaana oli 20 % tutkimusryhmästä. Turussa neljä vuotta suurkäyttäjii olleita potilaita oli vain 2,7 %. Näin suuri ero Turun rekisteritietoihin perustuvaan aineistoon nähden johtunee Koskelan käyttämästä tutkimusaineistosta, joka oli 85 potilaan kohortti satunnaisotannalla valitusta 200 potilaan otoksesta Tampereen terveyskeskuksessa vuona 2002 omalääkärillä kahdeksan kertaa käyneiden 684 potilaan ryhmästä. Lisäksi Koskelan tutkimusryhmän potilaat olivat iältään 18-64 vuotiaita. Koskelan tutkimuksessa valikoitumista tapahtui myös siinä, että tutkimukseen kutsutuista 200 potilaasta vajaa puolet (43 %) saatiin lopulta mukaan tutkimukseen.

Bellön ym. (2008) kohdistivat interaktiivisen 15 tunnin mittaisen intervention TSK-potilaita hoitaviin lääkäreihin. Interventiolla saatiin aikaan TSK-potilaiden käynneissä merkitsevä ja relevantti lasku, mutta interventio oli suuritöinen ja vei jokaiselta siihen osallistuneelta lääkäritä aikaa 15 tuntia. Omassa tutkimuksessani käytetty lääkäreihin kohdistunut hallinnollinen interventio vei lääkärien ja ylilääkärin työaikaa hieman yli kaksi tuntia vuodessa ja myös se vaikutti vähentävän TSK-

potilaiden käyntimääriä. Yksittäisen lääkärin oman TSK-potilaslistansa analysointiin käyttämää aikaa ei selvitetty erikseen.

Young ym. (2018) kuvaavat artikkelissaan viiden yleislääkärin toteuttaman oman vastaanottonsa auditointiprosessin ja siihen liittyneen TSK-potilaiden analysointiprosessin. Vastaanotolla työskentelevät yleislääkärit ja hoitajat toteuttivat ”talking circle-” tekniikalla interventio­pro­ses­sin. Toimintamallilla pyrittiin löytämään keinoja, jolla potilaan ongelmia voitaisiin ratkaista niin, ettei potilaan tarvitsisi ha­keutua uudelleen ja uudelleen yleislääkärin vastaanotolle ja yleislääkärin työkuorma vähenisi. Artikkelissa kuvattu prosessi kesti neljä vuotta. Youngin ym. kuvaama toi­mintamalli kuitenkin vähensi lääkärin kuormitusta ja TSK-potilaiden käyn­tejä, mutta interventiomallin vertailu omassa tutkimuksessa kuvattuun lää­käreihin kohdistuneeseen, toistettuun hallinnollisen informaation antoon ei inter­ventioiden erilaisuudesta johtuen ole mahdollista.

Heywood ym. (1998) arvioivat, että yleislääkärin työmäärä vähenisi, jos erittäin paljon palveluja käyttävien (12 kertaa tai enemmän vuodessa käyvien) potilaiden ryhmässä pystyttäisiin jokaiselta potilaalta keskimäärin vähentämään yksi lää­käri­käynti vuodessa. Tämä voisi Heywoodin tutkimusryhmän mielestä vähentää yleis­lääkärin kokonaistyökuormaa 1 % verran. Omassa tutkimuksessa lääkärin saama, kolmena vuotena annettu hallinnollinen informaatio lääkärin omista TSK-potilaista näytti liittyvän TSK-potilaiden vuosittaisessa käyntimäärissä todettuun 2351 käyn­nin vähenemään vuosien 2001 ja 2006 välillä. Käyntien vähenemä vastasi lähes kahden lääkärin vuosityöpanosta käyntien mukaan laskettuna. Käyntimäärän vähenemän suuruus oli myös hieman yli yksi prosenttia kaikista vuoden 2001 lää­käri­käynneistä. Todettu työmäärän vähenemä vastaa Heywoodin ym. esittämää arviota.

7.3.2 Kognitiivis-behavioraaliset interventiotutkimukset

Tässä tutkimuksessa lääkärin antaman 60–90 minuutin mittaisen KB-kertainterven­tion saaneen ryhmän ja pelkästään tutkimushoitajalla käyneen kontrolliryhmän välillä ei todettu eroa käyntimäärän vähenemisessä seurantavuonna. Kontrolliryhmään verrattuna interventio­ryhmän lää­käri­käynnit vähenivät merkitsevästi enemmän vain niillä potilailla, joilla ei ollut psykiatrista häiriötä. Todennäköisesti niillä potilailla, joilla oli psykiatrisia häiriötä, kertainterventiona toteutettu KB-interventio ei ollut riittävä. Näissä jatkoanalyseissa ryhmäkoot jäivät kuitenkin niin pieniksi, että löy­döksen yleistettävyys on epävarma.

KB-interventiolla on muissa tutkimuksissa saatu aikaan lää­käri­palvelujen käytön vähenemistä (Sumathipala ym. 2000, Martin ym.2007). Näissä tutkimuksissa KB-interventio on kohdistettu somatoformisista oireista tai MUPS-oireista kärsiville TSK-potilaille, ei valikoimattomaan TSK-potilaiden ryhmään kuten omassa tutki­muksessani tehtiin.

Haroun ym. (2016) toteavat katsausartikkelissaan, että hyvinkin erilaisilla interventioilla on pyritty vaikuttamaan TSK-potilaiden elämänlaatuun, sairastavuuteen tai heidän konsultaatiofrekvenssiinsä. Heidän loppupäätelmänsä kuitenkin oli, että selkeä näyttö erilaisten interventioiden vaikuttavuudesta eri TSK-ryhmille vielä puuttuu.

Malins ym. (2016) sovelsivat omassa tutkimuksessaan KB-interventiota kaikkiin tutkimusryhmänsä TSK-potilaisiin kuten myös omassa tutkimuksessani tehtiin. Malins tutkimusryhmänsä kanssa pystyi osoittamaan kolme kuukautta kestäneellä KB-interventiolla, että intervention saaneella potilasryhmällä käynnit vähenivät. Malisin ym. tutkimuksessa ei kuitenkaan ollut kontrolliryhmää. Turun terveystieteiden tutkimuskeskuksessa toteuttamassamme KB-kertainterventiotutkimuksessa sisäänottokriteerinä oli kahden vuoden TSK-potilashistoria sekä riittävä suomen kielen taito. Vaikeita ja pitkäkestoisia psyykkisiä sairauksia potevat potilaat suljettiin pois tutkimuksesta ja tutkimuksessa käytettiin kontrolliryhmää. Omassa tutkimuksessani sekä tutkimuslääkärin antaman KB-kertaintervention saaneen tutkimusryhmän lääkärikäynnit että pelkästään tutkimushoitajalla käyneen kontrolliryhmän lääkärikäynnit laskivat vertailuvuoden käyntitasosta merkitsevästi tutkimusta seuraavana vuotena. Tällä tutkimusasetelmalla ei pystytty osoittamaan, että KB-kertainterventiolla olisi ollut vaikuttavuutta käyntimäärän laskuun. Ehkä omassa tutkimuksessani käytetty KB-kertainterventio (60–90 minuuttia) oli liian lyhyt, kun yli 40 %:lla potilaista oli vähintään yksi psyykinen diagnoosi ja lähes 90 %:lla oli jokin somaattinen sairaus. KB-intervention vaikutusta mahdollisesti vähensi se, ettei annetulla interventiolla ollut jatkuvuutta. Hoidon jatkuvuuden on todettu olevan yhteydessä tarkoituksenmukaisempaan palvelujen käyttöön ja päivystyskäyntien pienempään käyttöön (Sandvik ym. 2021). Varsinkin monisairaiden potilaiden hoidossa potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden merkitys on vahva (Monisairaana potilaan Käypähoitosuositus, 2021).

Sumathipala ym. (2000) käyttivät toteuttamassaan KB-interventiossa useampaa tapaamiskertaa eli kuusi kertaa annettua 30 minuutin tapaamissessiota. Martin ym. (2007) totesivat, että heidän käyttämänsä 3–4 tuntia kestänyt KB-kertainterventio oli käyttökelpoinen ja vähensi lääkärikäyntejä. Martinin ym. tutkimuksessa potilaille oli tavanomaista runsaampaa terveystieteiden palvelujen käyttöä, mutta tutkimuksen sisäänottokriteerinä ei kuitenkaan ollut terveystieteiden palvelujen suurenkäyttö kuten omassa tutkimuksessani oli.

Omassa tutkimuksessani yhden kerran annettu 60–90 minuuttia kestänyt KB-interventio sisälsi myös keinoja lievittää stressiä. Lisäksi käytettiin kognitiivista käsitteellistämistä elämäntapahtumien, ajatusten, tunteiden, käyttäytymisen ja ruumiillisten tuntemusten keskinäisten yhteyksien havainnollistamiseen. Potilaiden kanssa keskusteltiin myös heidän mahdollisuuksistaan käyttää terveydenhuollon palveluja aiempaa tarkoituksenmukaisemmin. Tutkimustulosten perusteella tämän tyyppinen

kertainterventio saattaisi auttaa niitä TSK-potilaita, joilla ei ole psyykkisiä sairauksia, käyttämään terveydenhuollon palveluja tarkoituksenmukaisemmin. Se, miksi myös kontrolliryhmään kuuluneiden TSK-potilaiden käyntimäärät laskivat merkittävästi seurannassa, ei selvinnyt tässä tutkimusasetelmassa.

7.3.3 Pitkäaikaisen TSK-potilaan profiili ja syitä suurkäyttöön

Smits ym. (2014) tutkivat syitä pitkäaikaiseen terveystietopalvelujen käyttöön sekä potilaiden että yleislääkärin ominaisuuksien osalta. He totesivat, että potilaan paniikkihäiriö, muu ahdistuneisuus, negatiiviset elämäntilanteet tai -tapahtumat, aiempi runsas terveystietopalvelujen käyttö ja elämänhallinnan puute olivat itsenäisiä pitkäaikaista suurkäyttöä selittäviä tekijöitä. Tutkimuksessa mukana olleiden yleislääkärin ominaisuudet eivät selittäneet suurkäyttöä. Omassa tutkimuksessani todettiin, että pTSK-potilailla oli nimenomaan depressiota (F32-32.9) merkittävästi enemmän kuin yhden vuoden TSK-potilailla. Tämän tutkimuksen piirissä olleiden lääkärin ominaisuuksia ei voitu käytetyssä tutkimusasetelmassa selvittää. Sen sijaan voitiin todeta, että omalääkärin vaihtuvuus ja sijaisten käyttö oli Turussa koko kymmenen vuoden seuranta-aikana suurta, mutta tämän asian vaikutusta suurkäyttöön ei pystytty erikseen selvittämään.

Turun terveyskeskuksen pTSK-potilaiden profiilia selvitettäessä yllättävä löydös oli se, että vaikka tämän ryhmän aikuispotilaat olivat käyneet viiden vuoden ajan keskimäärin hieman yli 15 kertaa vuodessa lääkärin vastaanotolla, heidän taustatietonsa ja terveystietonsa oli kirjattu osin puutteellisesti sähköiseen potilaskertomukseen. Erityisesti tupakoinnin puutteellinen kirjaaminen oli yllättävää, vaikka pTSK-ryhmässä oli astma ja/tai COPD-diagnoosi lähes puolella potilaista. Kaattari ym. (2015) totesivat, että tupakointia voidaan pitää suurkäyttöä ennustavana tekijänä. Raittius nousi Kaattarin ym. tutkimuksessaan myös ennustekijäksi suurkäytölle. Omassa tutkimuksessani todettiin, että alkoholin käyttö oli merkitty potilaskertomukseen pTSK-ryhmässä vain vajaalle neljäsosalle ryhmän potilaista, mutta silti viisi vuotta TSK-potilaana olleiden aikuisten ryhmässä lähes 15 %:lla oli kohtalaista tai runsasta alkoholin käyttöä.

Jörgensen ym. (2016) totesivat tanskalaisilla 50–65-vuotiaalla potilailla viiden vuoden rekisteriaineistotutkimuksensa perusteella, että elintapa-asiat kuten lihavuus, tupakointi, liikunta ja alkoholinkäyttö olivat itsenäisiä suurkäyttöön liittyviä tekijöitä. He totesivat, että mitä enemmän potilaalla oli liikunnallista aktiivisuutta, sitä epätodennäköisemmin hän oli suurkäyttäjä. Alkoholinkäytön osalta he totesivat, että potilailla, joilla viikoittainen alkoholin käyttö oli suurempaa kuin suosituksissa, oli 17 % pienempi riski olla suurkäyttäjä heidän aineistossaan. Omassa aineistossani viiden

vuoden TSK-potilailla alkoholin käyttö oli merkitty potilasasiakirjoihin niin huonosti, ettei luotettava vertailu tähän tutkimukseen ole mahdollista, mutta viiden vuoden TKS-ryhmässä alkoholin suurkäyttäjää oli kuitenkin 8,5 % potilaista. Jörgensen ym. totesivat myös, että työssäkäynti vähensi riskiä olla suurkäyttäjää. Tämä löydös sopii omassa tutkimuksessani esiin tulleeseen seikkaan, että huolimatta keskimäärin 52 vuoden iästään yli kolmasosa pTSK-potilaista oli työelämän ulkopuolella.

Patel ym. (2015) totesivat, että pitkäaikainen terveystalvelujen suurkäyttö on yhteydessä huonoon elämänlaatuun, ahdistuneisuuteen ja pitkäaikaisiin psyykkisiin ongelmiin, sairaalloonseen lihavuuteen ja koettuun voimakkaaseen kipuun. pTSK-potilaat olivat Patelin ym. tutkimuksessa naimattomia eikä heillä ollut koulutustaustaa. Turun terveystalvelukeskuksen pTSK-potilaat sairastivat depressiota merkitsevästi enemmän kuin yhden vuoden TSK-potilaat, mikä sopii Patelin ym. löydöksiin. Turussa vain kolmannes pTSK-potilaista oli naimattomia. Ammatti oli merkitty vain kahdelle kolmasosalle viiden vuoden TSK-potilaista. Puolet Turun pTSK-potilaista, joille ammatti oli merkitty, olivat eläkkeellä, vaikka heidän ikänsä keskimäärin oli 52 vuotta ja vain yhdellä heistä oli korkeakoulutusta. Tämä sopii Patelin ym. ja Rehon ym. (2020) löydöksiin. Reho ym. (2020) totesivat, että sekä lyhytaikainen että pitkäaikainen terveystalvelujen suurkäyttö liittyy kohonneeseen riskiin joutua enenaikaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle.

Reho ym. (2018) totesivat, että työterveyshuollossa pitkäaikaisilla suurkäyttäjillä syynä terveystalvelujen käyttöön oli nimenomaan tuki- ja liikuntaelimistön vaivat. Omassa tutkimuksessani todettiin, että lähes puolet pTSK-potilaista sairasti toistuvaa alaselkäkipua ja se oli pTSK-potilailla jopa merkitsevästi yleisempää kuin yhden vuoden TSK-potilailla. Tämä löydös sopii myös Youngin ym. (2018) löydöksen siitä, että TSK-potilailla oli selkäkipua merkitsevästi enemmän kuin satunnaisesti valituilla käyttäjillä. Youngin ym. tutkimuksesta ei selviä, kuinka moni diagnoosivertailun potilaista oli pTSK-potilas, mutta tutkimuksen koko TSK-ryhmästä pTSK-potilaita oli lähes 46 %:a.

Koskelan väitöskirjassa (2008) pitkittyvää suurkäyttöä ennustavia tekijöitä olivat naissukupuoli, aiempi terveystalvelujen runsas käyttö, kuoleman pelko, raittius, alhainen potilastyytyväisyys, ärtyvä paksusuoli -oireyhtymä ja BMI yli 30. Koskelan aineisto koski vain alle 65-vuotiaita terveystalvelukeskuksen asiakkaita ja käyntimäärään huomioitiin vain vastaanottokäynnit terveystalvelusamalla. Omassa tutkimuksessani Koskelan esittämistä ennustekijöistä vahvistui vain naissukupuoli ja aiempi runsas terveystalvelujen käyttö. Ylipaino ei osoittautunut pTSK-potilaan tyypilliseksi ominaisuudeksi. Tämä saattoi johtua siitä, että terveystiedot oli merkitty puutteellisesti ja BMI oli kirjattu vain kolmasosalle viiden vuoden TSK-potilaista. Raittius ei myöskään ollut pTSK-potilaalla todettu ominaisuus Turussa, sillä viiden vuoden TSK-potilasta päihteiden käyttäjiä (alkoholi ja huumeet) oli jopa hieman yli viidennes. Pitkäaikaisilla TSK-potilailla todettu päihteiden käyttö sen sijaan sopii Smitsin ym.

(2009) löydöksiin. Koskelan väitöskirjassaan esittämän ärtyvä paksusuoli -oireyhtymän merkitys ennustavana tekijänä ei vahvistunut omassa tutkimuksessani. Koskelan pTSK-potilaan ennustekijäksi esittämää kuolemanpelkoa etsittiin sana-analyysissä, mutta omassa tutkimuksessani tätä sanaa sellaisenaan ei ollut potilaskertomuskirjauksissa käytetty pitkäaikaisilla suurkäyttäjillä.

Turun pTSK-potilailla kroonisista sairauksista depressio (F32-32.9) oli kirjattu yli puolelle pTSK-ryhmän aikuispotilaista. Tämä löydös sopii Vedstedin ym. (2001) ja Patelin ym. (2015) löydöksiin, mutta Koskelan väitöskirjassaan (2008) käyttämässä ennustemallissa mitkään krooniset sairaudet eivät nousseet pitkäaikaisen suurkäytön ennustetekijöihin. Tämä todennäköisesti johtui Koskelan käyttämästä tutkimusaineistosta, jossa myös lyhytaikaisista TSK-potilaista 64 %:lla oli neljä tai useampia pitkäaikaissairauksia.

Karlsson ym. (1997) olivat tutkimuksessaan kategorisoineet suurkäyttäjät viiteen eri luokkaan. Nämä ovat 1) ruumiillista sairautta potevat potilaat 2) psyykkistä häiriötä potevat potilaat 3) somatisaatiosta kärsivät potilaat 4) moniongelmaiset potilaat 5) kriisipotilaat. Tämä luokitus on tehty yhden vuoden suurkäyttäjryhmälle. Omassa tutkimuksessani somatisaatiota ei ollut kirjattu pTSK-ryhmälle. Tämä voi johtua myös siitä, että somatoformisia diagnooseja ehkä käytetään terveyskeskuksessa harvoin, vaikka niiden diagnostiset kriteerit täytyisivätkin. Oman tutkimukseni perusteella vaikuttaisi siltä, että pitkäaikaisilla TSK-potilailla Karlssonin ym. esittämät luokat sulautuvat toisiinsa ja kriisipotilaiden ryhmä jää kokonaan pois.

Smits ym. (2009) sekä Pymont ja Butterworth (2015) totesivat tutkimuksissaan pitkäaikaisilla suurkäyttäjillä olevan runsasta kipulääkkeiden käyttöä. Tämä voisi tukea sitä löydöstä, että suurkäyttäjillä olisi erilaisia pitkittyviä kiputiloja kuten alaselkikipua. Myös Young ym. (2018) totesivat, että selkäkipudiagnoosi löytyi lähes joka neljänneltä heidän tutkimaltaan suurkäyttäjältä. Youngin ym. tutkimuksesta ei kuitenkaan selviä, kuinka tavallinen selkäkipudiagnoosi on pitkäaikaisilla suurkäyttäjillä. Omassa tutkimuksessani alaselkikipu löytyi lähes puolelta pTSK-tutkimusryhmän aikuispotilaalta ja se oli merkitsevästi yleisempi heillä kuin yhden vuoden kontrolliryhmän TSK-potilailla.

Niin tässä kuin muissakin tutkimuksissa todettiin, että pitkäaikaiset terveystalvelujen suurkäyttäjät ovat yleisemmin naisia (Koskela 2008, Smits ym. 2009, Pymont ja Butterworth 2015). Omassa tutkimuksessani todettiin, että pTSK-potilas on tyypillisimmin nainen, noin 55-vuotias, työelämän ulkopuolella oleva, sairauksina depressio, astma, COPD, epilepsia, alaselkikipu/lumbago tai sydämen vajaatoiminta.

7.3.4 Potilaskertomus sekä sana-analyysi

Thiru ym. esittivät (2003) systemaattisen katsauksen sähköisen potilastietojärjestelmän datan laajuudesta ja laadusta perusterveydenhuollossa. Heidän johtopäätöksensä oli, että sähköisen potilaskertomusdatan laatu yliarvioidaan kirjallisuudessa. He totesivat, että sairaudet, joissa on selvät diagnoosikriteerit, olivat paremmin kirjattuja. Elintapaan ja sosioekonomisiin tekijöihin liittyvät kirjaukset olivat harvinaisempia. Omassa tutkimuksessani totesin, että viiden vuoden TSK-potilailla sosioekonomiset taustatekijät ja elintapaan liittyvät asiat olivat puutteellisesti kirjattuja, vain siviilisäätö oli lähes 100-prosenttisesti kirjattu.

Jiwa (2000) julkaisi tutkimuksen, jossa selvitettiin, auttaisiko suurkäyttäjistä yleislääkärille tehty yhteenveto lääkärin työtä ja vähentäisikö se potilaan käyntifrekvenssiä. Hän joutui tutkimuksessaan toteamaan, ettei yhteenvedolla ollut vaikutusta käyntifrekvenssiin. Omassa tutkimuksessani totesin, etteivät omalääkärit pyynnöstä huolimatta juurikaan tehneet yhteenvetoja suurkäyttäjilleen, joten niiden mahdollista vaikutusta käyntifrekvenssiin ei voitu selvittää. Jiwan tutkimus oli tehty paperisilla potilaskertomuksilla, joten sen vertailtavuus nykyisiin sähköisiin potilastietojärjestelmiin on kyseenalainen.

Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomuksessa (11/2017) todettiin, että Suomessa eri tietojärjestelmien yhteentoimimattomuus sekä paljon palveluita käyttävien tietojen vaihtoa rajoittavat lainsäädännölliset määräykset ja tietosuojateet vaikeuttivat huomattavasti terveystietojen suurkäyttäjien hoitoa. Omassa tutkimuksessani totesin, että pTSK-potilaiden terveystiedot olivat osin puutteellisesti kirjattuja ja osalle pitkäaikaisia suurkäyttäjiiä oli kertynyt jopa yli 1000 erillistä Pegasos-potilastietomerkintää. Potilaskertomustietojen hyödyntäminen tavallisessa vastaanottotilanteessa voi olla vaikeaa myös niiden suuren määrän vuoksi.

Suurkäyttäjän tunnistamisen helpottamiseksi tässä tutkimuksessa selvitettiin, löytyisikö potilaskertomustekstistä sanoja, jotka olisivat tyypillisiä pitkäaikaisten suurkäyttäjien potilaskertomustiedoissa. Täysin vastaavaa analyysiä ei ole muissa tutkimuksissa julkaistu. Smits ym. (2014) totesivat, että elämäntapahtumat kolmen viimeisen vuoden aikana olisivat tyypillisiä ja itsenäisiä pitkäaikaista suurkäyttöä ennustavia asioita. Tällaisia ilmauksia tai sanoja ei tämän tutkimuksen pTSK-potilaiden kertomusmerkinnöistä kuitenkaan löytynyt.

8 Johtopäätökset

Turun terveystieteiden tutkimuskeskuksessa vuosina 2001–2010 suurkäyttäjien määrä oli samalla tasolla tai alhaisempi kuin muissa perusterveydenhuollosta julkaistuissa tutkimuksissa.

Kolmen vuoden pitkäaikaisten suurkäyttäjien prosentuaalinen osuus oli omassa tutkimuksessani hieman yli neljä kertaa suurempi kuin Amsterdamissa todettu. Neljän vuoden suurkäyttäjien prosentuaalinen osuus omassa tutkimuksessani oli 7,4 kertaa pienempi kuin Koskelan väitöskirja-aineistossa (2008) esitetty. Omassa tutkimuksessani ja Koskelan tutkimuksessa suurkäyttäjän kriteeri oli erilainen, joten se on vertailussa otettava huomioon. Viiden vuoden suurkäyttäjien prosenttiosuus omassa aineistossani oli hieman yli prosentin suuruinen, mutta kuuden vuoden seurannassa pTSK-potilaiden prosenttiosuus painui jo alle yhden prosentin eli suurkäyttö ei vaikuta olevan pysyvä ilmiö.

Retrospektiivisen hallinnollisen lääkäreihin kohdistuneen informaatio-ohjauksen vaikutusten arviointi on tässä rekisteritutkimusasetelmassa epävarmaa, mutta tutkimusryhmän analysoinnissa käyttämän lukumäärämuuttujien vertailuun soveltuvan Poissonin regressioanalyysin perusteella se oli yhteydessä TSK-potilaiden vuosittaisen käyntimäärän pienenemiseen. Vuonna 2006 todettu TSK-potilaiden käyntimäärän vähenemä vuoteen 2001 nähden vastasi käyntimäärällä mitattuna 1,9 lääkärin vuosityöpanosta.

Tutkimuslääkärin antama 60–90 minuuttia kestänyt KB-interventio ei vähentänyt kahden vuoden TSK-potilaiden käyntejä merkitsevästi verrattuna vain hoitajan luona käyneeseen kontrolliryhmään. Sekä KB-interventioryhmässä että kontrolliryhmässä olleiden kahden vuoden TSK-potilaiden vuosittaiset lääkärikäyntimäärät laskevat tilastollisesti merkitsevästi tutkimukseen osallistumista seuraavana vuotena. Syytä sekä interventioryhmän että kontrolliryhmän lääkärikäyntimäärän merkitsevään laskuun ei pystytty tämän tutkimusasetelman puitteissa selvittämään.

Pitkäaikaiselle suurkäyttäjälle on tämän tutkimuksen perusteella tyypillistä naiskupuoli, keskimäärin noin 52 vuoden ikä (naispotilaille keskimäärin 55 vuoden ikä), krooniset sairaudet, erityisesti depressio ja somaattisista sairauksista astma, hengenahdistus (COPD), sydämen vajaatoiminta, epilepsia ja toistuva alaselkäkipu.

Näiden asioiden tarkistaminen sähköisestä potilaskertomuksesta voisi auttaa tunnistamaan pitkäaikaisen terveystietojen suurkäyttäjän ja ennakoimaan, kenestä yhden vuoden TSK-potilaasta voisi tulla pitkäaikainen terveystietojen suurkäyttäjä.

Hoitavat lääkärit eivät todennäköisesti saa potilaskertomuksen tietojen perustella luotettavaa kuvaa pTSK-potilaiden terveyskäyttäytymisestä, koska elintapa-asiat oli kirjattu osin puutteellisesti. Tämä voi vaikuttaa potilaan saamaan hoitoon, sillä useat potilaiden sairastamista taudeista ovat yhteydessä tupakointiin, ylipainoon ja runsaaseen alkoholin käyttöön.

Tutkimusterveyskeskuksessa vuosina 2001–2010 oli keskimäärin 74 vakituista lääkärin virkaa. Työssä oli kuitenkin lähes kaksinkertainen määrä lääkäreitä vuosittain. Tästä on pääteltävissä, että lääkärin vaihtuvuus vastaanotoilla oli suurta, ja hoidon jatkuvuus ei voinut olla hyvällä tasolla. Mahdollisimman pysyvä potilas-lääkärisuhde olisi monisairaalle pTSK-potilaalle erityisen tärkeä.

Tehdyn sana-analyysin perusteella pitkäaikaisen suurkäyttäjän tunnistamista helpottavia sanoja ei löydetty.

9 Käytännön sovellus- ja jatkotutkimusehdotukset

Pysyvien diagnoosien kirjaaminen potilaskertomukseen tulisi tehdä pakolliseksi kaikissa potilastietojärjestelmissä. Tämä helpottaisi suurkäyttäjien tunnistamista diagnoosien perusteella. Perusterveydenhuollon kustannusvaikuttavan toiminnan näkökulmasta pitkäaikaisiksi suurkäyttäjiksi päätyvien potilaiden mahdollisimman varhainen tunnistaminen olisi tärkeää. Pysyvien diagnoosien kirjaaminen olisi myös potilaiden hyvän hoidon kannalta erittäin tärkeää. Monisairaiden suurkäyttäjien useat käynnit voivat olla tarkoituksenmukaisia ja perustua Käypä hoito -suositukseen. Monisairaille suurkäyttäjille hoidon jatkuvuus olisi keskeinen asia. Jos potilaan suurkäytön syytä ei tunnisteta, runsaista lääkärikäynneistä voi tulla epätarkoituksenmukainen tapa toimia. Terveystietojen systemaattinen ja strukturoitu kirjaaminen todennäköisesti parantaisi suurkäyttäjien saamaa hoitoa.

Vähintään kahden vuoden ajan suurkäyttäjänä olleiden potilaiden kohdalla interventiotyyppinen käynti hoitajalla ja/tai omalääkärillä, voisi auttaa suunnittelemaan terveystalvijoja tarkoituksenmukaisemmin ja auttaa potilasta palvelujen käytössä.

Tässä tutkimuksessa todettiin, että terveyskeskuksessa vuosittain annettava lääkärikohtainen hallinnollinen informaatio, joka sisälsi TSK-potilaiden edellisen vuoden käyntikertatiedot ja nimet, saattaa olla hyödyllinen. Informaation vaikuttavuutta todennäköisesti parantaisi se, että pitkäaikaisilla TSK-potilailla olisi mahdollisimman pysyvä potilas-lääkärisuhde.

Perusterveydenhuollossa vuosittaisen suurkäyttäjän ja myös pitkäaikaisen suurkäyttäjän tunnistamista helpottaisi, jos sähköiseen potilaskertomukseen olisi mahdollista saada lääkärikäynnin järjestysluku jokaisen potilaan lääkärikäynnin käyntipäivämäärän yhteyteen. Tämä helpottaisi myös ajanvarauksessa työskenteleviä hoitajia, koska järjestysluvusta olisi helpompi havaita kuinka monennetta lääkäriaikaa kyseisen vuoden aikana ollaan kulloinkin potilaalle antamassa. Vakituista lääkäriä ja erityisesti sijaislääkäriä sekä myös päivystyksen tai kiirevastaanoton lääkäriä käynnin vuosikohtainen järjestysluku auttaisi tunnistamaan suurkäyttäjän. Ilman tällaista lääkärikäyntiin liittyvää järjestyslukua palvelujen suurkäyttäjät tunnistetaan todennäköisesti vasta vuosiraportoinnin yhteydessä jälkikäteen.

Tekstinlouhintamenetelmiä sekä avainsanan ja diagnoosin hakumenetelmiä tulisi edelleen kehittää, jotta esimerkiksi pTSK-potilaiden massiivisesta potilaskohtaisesta datasta pystyttäisiin löytämään kulloinkin tarvittavat tiedot potilasta hoitavalle lääkärille vastaanottotilanteessa käytettävissä olevan ajan puitteissa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistusta toteutettaessa tulisi edistää sitä mahdollisuutta, että kaikki potilasta/asiakasta hoitavat toimijat voisivat käyttää yhteistä sähköistä asiakas- ja potilastietojärjestelmää. Samoin käyttöön olisi saatava perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteinen potilaan terveys- ja hoitosuunnitelma. Pitkäaikaiset TSK-potilaat todennäköisesti hyötyisivät, jos heillä olisi pysyvä omalääkäri ja kaikkien hoitavien tahojen ja potilaan itsensä nähtävillä oleva hoitosuunnitelma.

TSK- ja pTSK-potilaille tulisi Suomessa sopia yhteisesti käytettävä määritelmä. Se voisi yksinkertaisimmillaan olla lääkärikäyntien määrä vuodessa, esimerkiksi 8 tai 10 lääkärikäyntiä.

Kiitokset

Väitöskirjan tekeminen on ollut unelmani lääketieteen opiskeluaajoista lähtien. Kun yleislääkärinä erikoistuin hallintoon ja tulin Turkuun terveyskeskuksen johtavaksi lääkäriksi oli suuri onni, että nykyään ehkäisevän terveydenhuollon professorina työskentelevä Päivi Rautava toimi tuolloin Turun kaupunginsairaalan ylilääkärinä. Päivi Rautava innosti minua tutkimaan terveydenhuollon suurkäyttäjien problematiikkaa, ja hän lupautui myös väitöskirjani ohjaajaksi. Tämä väitöskirja ei olisi ikinä tullut valmiiksi ilman Päivi Rautavan sitkeää kannustusta. Hän on antanut asiantuntemustaan ja luonut uskoa siihen, että kerätty materiaali on niin mittava ja teemmämme löydökset niin merkittäviä, että ne kannattaa julkaista, vaikka aikaa kului kauan, kaikkiaan 14 vuotta. Iso, iso kiitos sinulle, Päivi, että jaksoit kaikki nämä vuodet tukea ja ohjata minua.

Interventiotutkimuksen myötä psykiatrian dosentti Sinikka Luutonen tuli tutkimusryhmäämme. Sinikka Luutosen osaaminen oli edellytys toisen osajulkaisun synnylle. Sinikka Luutonen lupautui myöhemmin väitöskirjani toiseksi ohjaajaksi. Hänen tukensa varsinaisen väitöstutkimuksen kirjoittamisessa ja lopullisessa kielentarkastuksessa oli korvaamaton – iso ja lämmin kiitos sinulle, Sinikka.

Kaikkina näinä 14 vuotena, kun olen tätä väitöskirjaani tehnyt, välillä aktiivisemmin ja välillä täysin passiivisesti, ystäväni, kurssikaverini, ”ottosiskoni” naisten tautien ja synnytysopin dosentti Virpi Rantanen on aina ollut valmis minua auttamaan – milloin on etsitty aiheeseen liittyviä artikkeleita, milloin mietitty статистиikan ongelmia, milloin hän on kuunnellut tuskaani, kun sama artikkeli on tullut viidennen tai kuudennen kerran takaisin. Sydämellinen kiitos sinulle, ystäväni Virpi – ilman sinun tukeasi en varmaan olisi koskaan saanut tätä väitöskirjaa valmiiksi.

Korvaamatonta apua sain ystävältäni, kollega Leena Kiviluodolta ja hänen puolisoiltaan terveystaloustieteen professori Ivar Kristiansenilta. Ivar Kristiansenilta saadut kommentit koskien ensimmäisen artikkelini luonnosta auttoivat minut uuteen alkuun väitöskirjani kanssa. Iso ja lämmin kiitos teille, Leena ja Ivar.

Tämä väitöskirja ei olisi myöskään valmistunut ilman poikani Osmo Forsmanin työpanosta. Osmo toimi tutkimusassistenttina sekä ensimmäisessä että toisessa osajulkaisussa. Myös kolmas osajulkaisu olisi tainnut jäädä lähettämättä ajoissa lehteen,

jos Osmo ei olisi keksinyt, miten lehden käyttämä haastava korjausohjelma toimii. Iso hali-kiitos sinulle, Osmo.

Myös kaksospoikani, Jussi ja Olli Santalahti ovat osallistuneet väitöskirjaprojektiin. Jussi on auttanut statistiikan haasteissa, ja molemmat ovat jaksaneet kaikki nämä vuodet kysellä kannustavasti, koska tästä tulee valmista. Iso hali-kiitos teille, Jussi ja Olli.

Puolisoni Ari Raiskio on saanut tottua siihen, että istun työhuoneessa ovi kiinni ja kaikkialla on paperipinoja ja kansioita, joita mitään ei saa siirtää, ja työpöydällä on aina kaksi tietokonetta. Kiitos sinulle, rakas Ari, jaksamisesta ja kannustamisesta.

Kiitos tutkimusryhmäämme kuuluneelle Tero Vahlbergille biostatistiikan asiantuntemuksesta ja Eliisa Löyttyniemelle väitöskirjani biostatistiikan kirjoitusasun tarkistamisesta. Hans Moenille kiitokset teksti-analyysin kanssa tehdystä yhteistyöstä. Samoin kiitokset yhteistyöstä KB-interventiotutkimuksessa tutkimuslääkärinä toimineelle Mia Mäkiselle. Hoitotieteen professori Sanna Salanterän kanssa tehty yhteistyö oli antoisaa ja mielenkiintoista, kiitos siitä.

Kiitokset myös kaikki nämä vuodet ohjausryhmässä toimineille yleislääketieteen emeritusprofessori Kari Mattilalle ja dosentti Pekka Jaatiselle heidän antamastaan kannustuksesta.

Erityisen iso kiitos molemmille väitöskirjani esitarkastajille, yleislääketieteen professori Tuomas Koskelalle ja yleislääketieteen professori Juha Auviselle. Heidän hyvät kommenttinsa sekä tarkka ja huolellinen työnsä paransivat väitöskirjaani huomattavasti.

Turun terveystieteiden keskuksen ajoilta haluan erityisesti kiittää Pegasos-pääkäyttäjää Irina Randelia tutkimusaineiston keräämiseen liittyneestä työstä.

Kiitokset Robert Paulille englanninkielisten artikkelien kielentarkistuksesta ja Heile Tofferille ensimmäisen artikkelini saattamisesta lehden vaatimaan muotoon.

8.5.2022
Anne Santalahti

Lähdeluettelo

- Airola A, Pahikkala T, Lundgren-Laine H, Santalahti A, Salanterä S, Salakoski T. A Machine Learning Approach towards Early Detection of Frequent Health Care Users. The 4th International Louhi Workshop on Health Document Text Mining and Information Analysis. 2013.
- Allen LA, Woolfolk RL. Cognitive behavioral therapy for somatoform disorders. *Psychiatr Clin N AM*. 2010; 33:579–593.
- Al-Saffar M, Hayhoe B, Harris M, Majeed A, Greenfield G. Children as frequent attenders in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract. Open*. 2020; doi: 10.3399/bjgpopen20X101076.
- Andersson SO, Mattsson B, Lynoe N. Patients frequently consulting general practitioners at primary healthcare center in Sweden – a comparative study. *Scand J Soc Med*. 1995; 23:251–257.
- Andersson S-O, Lynöe N, Hallgren C-G, Nilsson M: Is frequent attendance a persistent characteristic of a patient? *Scand J Prim Health Care*. 2004; 22:91–94.
- Antonovsky, A. The structure and the properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med*. 1993; 36:725–733.
- Backett EM, Heady JA, Evans JCG. Studies of a general practice (II) The doctor's job in an urban area. *BMJ*. 1954; 1:109–115.
- Baez K, Aiarzaguena JM, Grandes G, Pedrero E, Aranguren J, Retolaza A. Understanding patient-initiated frequent attendance in primary care: a case-control study. *Br J Gen Pract*. 1998; 48:1824–1827.
- Baker M, Stallard J, Gibson S. A pilot project targeting frequent attenders at emergency department with medically unexplained symptoms. *Emerg Med J*. 2013; 30:866–880.
- Balint M. The Doctor, his Patient and the Illness. *The Lancet*. 1955; 265:683–688.
- Barsky AJ, Ettner SL, Horsky J, et al. Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Medical Care*. 2001; 39:705–715.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 4:561–571.
- Bellón JA, Rodríguez-Bayón A, de Dios Luna J, Torres-González F. Successful GP intervention with frequent attenders in primary care. *Br J Gen Pract*. 2008; 58: 324–330.
- Bergh H, Marklund B. Characteristics of frequent attenders in different age and sex groups in primary health care. *Scand J Prim Health Care*. 2003; 21:171–177.
- Bergh H, Baigi A, Fridlund B, Marklund B. Life events, social support and sense of coherence among frequent attenders in primary health care. *Public Health*. 2006; 120:229–236.
- Browne G B, Humphrey B, Pallister R, Browne J A, Shetzer L. Prevalence and Characteristics of Frequent Attenders in a Prepaid Canadian Family Practice. *Journal of Family Practice*. 1982; 14: 63–71.
- Campbell SM, Roland MO. Why do people consult the doctor? *Family Practice*. 1996; 13:75–83.
- Carmassi C, Dell'Oste V, Ceresoli D, Moscardini S, Bianchi E, Landi R, Massimetti G, Nisita C, Dell'Osso L. Frequent attenders in general medical practice in Italy: a preliminary report on clinical variables related to low functioning. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2019; 15: 115–125.

- Carney TA, Guy S, Jeffrey G. Frequent attenders in general practice: a retrospective 20-years follow-up study. *British Journal of General Practice*. 2001; 51:567–569.
- Colling A. The sick family. *J R Coll Gen Practit*. 1967; 14:181–186
- Derogatis LR, Lipman RS: The SCL 90: An outpatient psychiatric rating scale. *Psychopharmacol Bull*. 1973; 9:13–28.
- Derogatis LR. SCL-90-R. Administration, scoring, and procedures. Manual-II. Towson MD: Clinical Psychometric Research. 1983.
- Dinkel A, Schneider A, Schmutzer G, Brähler E. Family physician-patient relationship and frequent attendance of primary and specialis healt care: Results from German population-based cohort study. *Patient Education and Counseling*. 2016; 99:1213–1219.
- Donald M, Ware R, Ozolins I, Begum N, Crowther R, Bain C. The role of patient activation in frequent attendance at primary care: A population-based study of people with chronic disease. *Patient education and Counseling*. 2011; 83:217–221.
- Engeström, Y. Innovative learning in work teams: analyzing cycles of knowledge creation in practice. In: Engeström Y, Miettinen R, Punamäki RL, editors. *Perspectives on Activity Theory* Cambridge: Cambridge University Press. 1998; p. 377–404.
- Finanssiala, sairauskuluvakuutustilastot. www.finanssiala.fi/aiheet/sairauskuluvakuutustilastot.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, et al. Structural Clinical Interview for DMS-IV-TR Axis I disorders, research version, Patient Edition. (SCID-I/P) New York: Biometric Research, New York State Psychiatric Institute. 2002.
- Foster A, Jordan K, Croft P. Is frequent attendance in primary care disease-specific? *Family Practice*. 2006; 23:444–452.
- Gili M, Luciano JV, Serrano M, et al. Mental disorders among frequent attenders in primary care. A comparison with routine attenders. *The Journal of nervous and Mental Disease*. 2011; 199:744–749.
- Gill D, Sharpe M. Frequent consulters in General practice: a systematic review of studies of prevalence, associations and outcome 1999. *Journal of Psychosomatic Research*. 1999; 47:115–130.
- Hadwiger M, König H-H, Hajek A. Determinant of Frequent Attenders of Outpatient Physicians: A Longitudinal Analysis Using the German Sosio-Economic Panel (GSOEP) *Int J Environ Res Public Health*. 2019; doi:10.3390/ijerph16091553.
- Hajek A, Kretzler B, König H-H. Determinants of Frequent Attendance in Primary Care. Study protocol for a Systematic Review of Longitudinal Studies. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; doi:10.3390/ijerph17103710.
- Harju S. Sairaanhoidon porrastus Suomen Lääkärilehti. 1994; 49:195.
- Haroun D, Smits F, van Etten-Jamaludin F, et al. The effects of interventions on quality of life, morbidity and consultation frequency in frequent attenders in primary care: A systematic review. *European Journal of General Practice*. 2016; 22:71–82.
- Hauswaldt J, Himmel W, Hummers-Pradier E. The inter-contact interval: a new measure to define frequent attenders in primary care. *BMC Family Practice*. 2013; doi:10.1186/1471-2296-14-162.
- Heywood PL, Blackie GC, Cameron IH, Dowell AC. An assessment of the attributes of frequent attenders to general practice. *Family Practice*. 1998; 15:198–204.
- Hirsikangas S, Kanste O, Korpelainen J, Kyngäs H. Adherence to health regimens among frequent attenders of Finnish healthcare. *International journal of Circumpolar Health*. 2016; doi.org.10.3402/ijch.v75.30726.
- Huygen FJA. Longitudinal studies of family units. *J R Coll Gen Pract*. 1988; 38:168–170.
- Jiwa M. Frequent attenders in general practice: an attempt to reduce attendance. *Family Practice*. 2000; 17:248–251.
- Jyväsjärvi S, Keinänen-Kiukaanniemi S, Väisänen E, Larivaara P, Kivelä S-L. Frequent attenders in a Finnish health centre: morbidity and reasons for encounter. *Scandinavian Journal of Health Care*. 1998, 16:141–148.

- Jyväsjärvi S. Frequent attenders in primary health care: a cross-sectional study of frequent attenders' psychosocial and family factors, chronic diseases and reasons for encounter in a Finnish health centre. Väitöskirja. 2001; Oulun Yliopisto.
- Jyväsjärvi S, Joukamaa M, Väisänen E, Larivaara P, Kivelä S-L, Keinänen-Kiukaanniemi S. Somatizing frequent attenders in primary health care. *Journal of Psychosomatic Research*. 2001; 50:185–192.
- Jørgensen J, Andersen J, Tjønneland A, Andersen Z. Determinants of frequent attendance in Danish general practice: a cohort-based cross-sectional study. *BMC Family Practice*. 2016; doi:10.1186/s12875-016-0412-4.
- Kaattari A, Tiirinki H, Turkki L, Nordström T, Taanila A. Perusterveydenhuollon palveluiden suurkäyttäjät Pohjois-Suomen syntymäkohorttiaineistossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. 2015;52:191–201.
- Kangas M, Santalahti A. Loppuraportti: Omalääkäritutkimus 1995, Suomen Lääkäriliiton ja Kunnallislääkärit ry:n yhteistyöjulkaisu.
- Karlsson H, Lehtinen V, Joukamaa M. Frequent attenders of Finnish public primary health care: sociodemographic characteristics and physical morbidity. *Family Practice*. 1994; 11:424–430.
- Karlsson Hasse, Oireiden ulottuvuuksia – psykiatrin tutkimus terveystalvelujen suurkäyttäjistä. Väitöskirja.1996; Turun Yliopisto.
- Karlsson H, Joukamaa M, Lahti I, Lehtinen V, Kokki-Saarinen T. Frequent attender profiles: different clinical subgroups among frequent attender patients in primary care. *J Psychosom Res*. 1997; 42:157–166.
- KELA:n tilastollinen vuosikirja 2001. www.KELA.fi.
- Kiuttu J, Väisänen E. Perhelääkärin työskentelymallit ja yhteistyö. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 2000; 116:2407-2413.
- Kivelä K, Elo S, Kääriäinen M. Frequent attenders in primary health care: A concept analysis. *Int J Nurs Stud*. 2018, 86:115–124.
- Koskela T-H. Terveystalveluiden pitkäaikaisen suurkäyttäjän ennustekijät. Väitöskirja.2008; Kuopion Yliopisto.
- Koskela T-H, Rynnänen O-P, Soini E. Risk factors for persistent frequent use of the primary health care services among frequent attenders: A Bayesian approach. *Scand J Prim Health Care*. 2010; 28:55–61.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. <https://finlex.fi/laki/alkup/2021/20210616>.
- Luciano J, Fernánde z A, Pinto-Meza A, Luja`n L, Bello`n J, Garcia-Campayo J, Penarrubia M, Fernánde z R, Sanavia M, Blanco M, Haro J, Palao D, Serrano-Blanco A. Frequent attendance in primary care: comparison and implications of different definitions. *Br Journal of General Practice*. 2010; 60:95–100.
- Luppa M, Giersdorf J, Riedel-Heller S, Prüt z F, Rommel A. Frequent attenders in the German healthcare system: determinants of high utilization of primary care services. Results from the cross-sectional German health interview and examination survey for adults (DEGS). *BMC Family Practice*. 2020; doi:10.1186/s12875-020-1082-9.
- MacDonald AJ. EBTA manual +protocol. European Brief Therapy Association outcome study: Research definition, UK 2015; Available from: www.solutionsdoc.co.uk/ebtmain.html.
- Malins S, Kai J, Atha C, et al. Cognitive behaviour therapy for long-term frequent attenders in primary care: a feasibility case series and treatment development study. *British Journal of General Practice*. 2016; 66: e729–e736.
- Marinin hallitusohjelma 2019. <https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma>.
- Martin A, Rauh E, Fichter M, Rief W. A one-session treatment for patients suffering from medically unexplained symptoms in primary care: a randomized clinical trial. *Psychosomatics*. 2007; 48:294–299.
- Martin E, Russell D, Goodwin S, Chapman R, North M, Sheridan P. Why patients consult and what happens when they do. *British Medical Journal*. 1991; 303:289–292.

- Matalon A, Nahmani T, Rabin S, Maoz B, Hart J. A short-term intervention in multidisciplinary referral clinic for primary care frequent attenders: description of the model, patient characteristics and their use of medical resources. *Family Practice*. 2002; 19:251–256.
- Monisairas potilas Käypä hoito – suositus, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen yleislääketieteen yhdistys ry:n työryhmä, 2021.
- Morris R, Kai J, Atha C, Avery A, Bayes S, Franklin M, George T, James M, Malins S, McDonald R, Patel S, Stubley M, Yang M: Persistent frequent attenders in primary care: cost, reasons for attendance, organization of care and potential for cognitive behavioral therapeutic intervention. *BMC Family Practice*. 2012, 13:39.
- Mäntyranta T, Elonheimo O, Brommels M. Näkökulmia terveystalvelujen tarpeen käsitteeseen. Kirjassa: Mäntyranta T, Elonheimo O, Mattila J, Viitala J. Terveystalveluiden suunnittelu. Kustannus Oy Duodecim, 2004.
- Neal R, Dowell A, Heywood P, Morley S: Frequent attenders: Who needs treatment? *British J of Gen Practice*. 1996, 46:131–132.
- Neal R, Heywood P, Morley S, Clayden D A, Dowell A. Frequency of patients` consulting in general practice and workload generated by frequent attenders: comparisons between practices. *British Journal of General Practice*. 1998; 48:895–898.
- Neal R, Heywood P, Morley S. Frequent attenders` consulting patterns with general practitioners. *British Journal of General Practice*. 2000; 50:972–976.
- Nyman J, Jäppinen P. Terveysasemien avosairaanhoidon suurkäyttäjät. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. 2015; 52:4–19.
- Ovaskainen PT, Rautava PT, Ojanlatva A, Päckilä JK, Päiväranta RM. Analysis of primary health care utilisation in south-western Finland--a tool for management. *Health Policy*. 2003; 66:229–238.
- Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E(toim.) Terveystalveluiden eriarvoisuus Suomessa, Sosioekonomisten terveystalveluiden muutokset 1980–2005. *Sosiaali- ja terveystalveluiden julkaisuja*. 2007:23.
- Parkin D. Distance as an influence on demand in general practice. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1979; 33:96–99.
- Patel S, Kai J, Atha C, Avery A, Guo B, James M, Malins S, Sampson C, Stubley M, Morriss R: Clinical characteristics of persistent frequent attenders in primary care: case-control study. *Family Practice*. 2015; 32:624–630.
- Pilowsky I. Dimensions of hypochondriasis. *Br Journal of Psychiatry*. 1967; 113:89–93.
- Pymont C, Butterworth P: Longitudinal cohort study describing persistent frequent attenders in Australian primary healthcare. *BMJ Open*. 2015; 5 e008975.
- van Ravesteijn H, Lucassen P, Bor H, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2013; 82:299–310.
- Reho T, Atkins S, Sumanen M, Viljamaa M, Uitti J: Comparing occasional and persistent frequent attenders in occupational health primary care – longitudinal study. *BMC Public Health*. 2018; doi:10.1186/s12889-018-6217-8.
- Reho T, Atkins S, Talola N, Sumanen M, Viljamaa M, Uitti J. Frequent attenders at risk of disability pension: a longitudinal study combining routine and register data. *Scand J Public Health*. 2020a; 48:181–189.
- Reho T, Atkins S, Talola N, Sumanen M, Viljamaa M, Uitti J. High cost or frequent attender – both spend resources, but are they linked to work disability? A cohort study from occupational health primary care Finland. *BMC Health Serv Res*. 2020b; doi:10.1186/s12913-020-05330-2.
- Robertson S. Understanding inverse document frequency: on theoretical arguments for IDF. *Journal of Documentation*. 2004; 60:503–520.
- Sandvik H, Hunskaar S. Frequent attenders at primary care out-of-hours services: a registry based observational study in Norway. *BMC Health Serv Res*. 2018; doi:10.1186/s12913-018-3310-8.

- Sandvik H, Hetlevik Ö, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalization, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract.* 2021; doi:10.3399/BJGP.2021.0340.
- Savageau JA, McLoughlin M, Ursan A, Bai Y, Collins M, Cashman SB. Characteristics of frequent attenders at a community health center. *J Am Board Fam Med.* 2006; 19:265–275.
- Savonius B. Palvelujen suorkäyttö Espoon terveystakeskuksessa. *Suomen Lääkärilehti.* 1988; 43:1718–1720.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psych.* 1998;59 (suppl.): S22–33.
- Simon G, Manning W, Katzelnick D. Cost-effectiveness of systematic depression treatment for high utilizer of general medical care. *Arch Gen Psychiatry.* 2001; 58:181–187.
- Ratkaisujen Suomi, pääministeri Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisu, 10/2015.
- Smith R, Lyles J, Gardiner J, Hodges A, Dwamena F, Lein C, Given W, Given B, Goddeeris J. Primary care treat with Medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med.* 2006; 21:671–677.
- Smits FT, Wittkampf KA, Schene AH, Bindels PJ, Van Weert HC. Intervention on frequent attenders in primary care, A systematic literature review. *Scand J Prim Health Care.* 2008; 26:111–116.
- Smits F, Brouwer H, Riet G, van Weert H: Epidemiology of frequent attenders: a 3-year historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of one-year and persistent frequent attenders. *BMC Public Health.* 2009; 9:36.
- Smits F, Brouwer H, Weert H, Schene A, Riet G. Predictability of persistent frequent attenders: a historic 3-year cohort study. *Br J General Practice.* 2009, 59: e44–e55.
- Smits F, Brouwer H, Zwiderman A, Mohrs J, Smeets H, Bosman J, Schene A, van Weert H, riet G. Morbidity and doctor characteristics only partly explain the substantial healthcare expenditures of frequent attenders: reimbursements data. *BMC Fam Pract.* 2013; doi:10.1186/1471-2296-14-138.
- Smits F T, Brouwer H J, Zwiderman A H, van den Akker M, van Steenkiste B, Mohrs J, Schene A H, van Weert H C, ter Riet G: Predictability of persistent frequent attendance in primary care: a temporal and geographical validation study. *PLoS One.* 2013; 8(9): e73125.
- Smits F T, Brouwer H J, Zwiderman A H, Mohrs J, Schene A H, van Weert H C P M, ter Riet G: Why do they keep coming back? Psychosocial etiology of persistence of frequent attendance in primary care: A prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Research.* 2014; 77:492–503.
- Smits F, Brouwier H, Schene A, van Weert H. Is frequent attendance of long duration related to less transient episodes of care? A retrospective analysis of transient and chronic episodes of care. *BMJ Open.* 2016; doi:10.1136/bmjopen-2016-012563.
- Speckens A, Spinhoven P, Sloekers P, van Hemert A. A validation study of the Whitely Index, the Illness Attitude Scales, and the Somatosensory Amplification Scale in general medical and general practice patients. *Journal of Psychosomatic Research.* 1996; 40:95–104.
- Steenkiste B, Knevel M, van den Akker M, Metsemakers J. Increased attendance rate: BMI matters, lifestyle don't. Results from Duch SMILE study. *Family Practice.* 2010; 27:632–637.
- Strömbloom Y, Karlsson J, Fredriksson M, Melin L, Magnusson P. Cognitive behavioral therapy for frequent attenders in primary care. *Health Sci Rep.* 2018; doi:10.1002/hsr2.80.
- Sumathipala A, Hewege S, Hanwell R, et al. Randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for repeated consultations for medically unexplained complaints: a feasibility study in Sri Lanka. *Psychological Medicine.* 2000; 30:747–757.
- Terveystakeskuksen toimintakertomus 2001, Turku.
- Terveystakeskuksen toimintakertomus 2010, Turku.
- Thiru K, Hassey A, Sullivan F. Systematic review of scope and quality of electronic patient record data in primary care. *BMJ.* 2003; doi:10.1136/bmj.326.7398.1070.
- Tilasto- ja indikaattoripankki, Sotkanet.fi.

- Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 11/2017: Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa. <http://urn.fi/urn:isbn:978-952-499-382-1>.
- Vedsted P, Olsen F. Frequent attenders in out-of-Hours General Practice Care: Attendance Prognosis. *Family Practice*. 1999; 16:283–288.
- Vedsted P, Fink P, Olsen F, Munk-Jørgensen P. Psychological Distress as a Predictor of Frequent attendance in Family Practice, A Cohort Study. *Psychosomatics*. 2001; 42:416–422.
- Vedsted P, Sørensen H, Nielsen J, Olesen F. Variation in proportion of frequent attenders between Danish general practices. *Scand Journal of Public Health*. 2004; 32:188–193.
- Vedsted P, Fink P, Sorensen HT, Olesen F. Physical, mental and social factors associated with frequent attendance in Danish general practice. A population-based cross-sectional study. *Soc Sci Med*. 2004; 59:813–823.
- Vedsted P, Christensen MB. Frequent attenders in general practice care: a literature review with special reference to methodological considerations. *Public Health*. 2005; 119:118–137.
- Welzel F, Stein J, Hajek A, Köning H-H, Riedel-Heller S. Frequent attenders in late life in primary care: a systematic review of European studies. *BMC Family Practice*. 2017; doi:10.1186/s12875-017-0700-7.
- Westhead JN. Frequent attenders in general practice: medical, psychological and social characteristics. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1985; 35:337–340.
- WHO International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems versio 10.
- Young V, Mehi-Madrona L, Mainguy B. A patient-centered approach to a rural general practice in distress and the search for a solution. *Perm J*. 2018; doi:10.7812/TPP/17-099.

Liitteet

Liite 1. Potilaan suostumus osallistua Terveyspalveluiden kehittämistutkimukseen.

Tutkimuksen tunnistuskoodi:

Tutkittavan tunnistekoodi: _____

SUOSTUMUS PÄLVELIJÄRJESTELMÄN KEHITTÄMISTUTKIMUKSEEN

Minua on pyydetty osallistumaan terveyspalveluiden käyttöä ja tarpeen mukaista kohdentamista koskevaan tutkimukseen.

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt tutkimuksesta kertovan tiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta (Terveyspalvelujen kohdentaminen tarpeen mukaan) ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tiedotteen sisältö on kuvattu minulle myös suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini. Tiedot antoi

____/____/2009. Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani.

Tutkimuksen puitteissa osallistun ensin alkuhaastattelukäynnille. Tutkijat arpoivat osallistumiseni joko varsinaiseen tutkimusryhmään, jonka ohjelmaan kuuluu yksi keskustelukäynti ja loppuseurantakäynti noin 6 kuukautta keskustelukäynnin jälkeen, tai vertailuryhmään, johon kuuluu vain loppuseurantakäynti noin 6 kuukautta alkuhaastattelun jälkeen.

Minulle kerrotaan, mistä minua koskevia tietoja hankitaan. Annan luvan itseäni koskevien, tutkimuksen kannalta tarpeellisten tietojen keräämisen lääkäri Anne Santalahden tutkimusrekisteriin. Tietoja voidaan tutkimuksen sitä edellyttäessä pyytää niistä terveydenhoitopaikoista, joissa on potilastietojani. Tätä tarkoitusta varten lääkäri saa kirjata henkilötunnukseni sekä käyttää sitä tietojen saamiseksi.

Kaikki minusta tutkimuksen aikana kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisina. Tutkimuksessa kerätyt tiedot koodataan siten, ettei henkilöllisyyden selvittäminen ole myöhemmin mahdollista ilman purkukoodia. Purkukoodi säilytetään suljettuna tutkijalääkäriin arkistossa.

Tässä tutkimuksessa kerättäviä tietoja voidaan käsitellä muualla kuin tiedot keränneen tutkijalääkärin tiloissa tai laitteissa. Tällöin tiedot ovat koodatussa muodossa.

Ymmärrän, että osallistumiseni tähän tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Minulla on oikeus milloin tahansa tutkimuksen aikana ja syytä ilmoittamatta keskeyttää tutkimukseen osallistumisen. Tutkimuksesta kieltäytyminen tai sen keskeyttäminen ei vaikuta jatkohoitoni. olen tietoinen siitä, että minusta keskeyttämiseeni mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkittavaksi.

Allekirjoitus

Päiväys

Nimen selvennys

Syntymäaika

Osoite

Suostumus vastaanotettu

Tutkijalääkärin allekirjoitus

Päiväys

Nimen selvennys

Alkuperäinen allekirjoitettu tutkittavan suostumus sekä kopio tutkittavan tiedotteesta jäävät tutkijalääkärin arkistoon. Tutkittavan tiedote ja kopio allekirjoitetusta suostuksesta annetaan tutkittavalle.

Liite 2. Terveyspalveluiden kehittämistutkimuksen potilastiedote.

Tiedote Terveyspalvelujen kohdentaminen tarpeen mukaan -tutkimukseen osallistuville

Pyydämme Teitä osallistumaan Terveyspalvelujen kohdentaminen tarpeen mukaan –tutkimukseen.

Terveyspalvelut eivät aina kohdennu oikein, ja joskus potilaan on vaikea saada tehokasta apua ongelmiinsa. Turun terveystoimi ja Turun yliopisto tekevät yhteistyönä tutkimuksen terveyspalveluiden oikeasta kohdentamisesta tarpeen mukaan. Tavoitteena on tutkia, onko henkilökohtaisella kahden kerran keskustelujaksolla vaikutusta terveyspalveluiden käyttöön ja kohdentumiseen.

Tutkimukseen on sattumanvaraisesti valittu Turun terveystoimen suomenkielisiä potilaita, jotka ovat vuosien 2005 ja 2008 välisenä aikana käyttäneet terveyskeskuspalveluita vähintään 10 kertaa jokaisen vuoden aikana.

Tutkimukseen kuuluu kaikille otoksen tulleille terveystoimen potilaille ensin alkuhaastattelukäynti. Tutkijat arpoivat osallistumisen joko varsinaiseen tutkimusryhmään, jonka ohjelmaan kuuluu yksi keskustelukäynti, tai vertailuryhmään, jolla ei tätä keskustelukäyntiä ole. Molemmille ryhmille järjestetään loppuhaastattelukäynti n. 6 kk alkuhaastattelusta.

Alkuhaastattelukäynnillä selvitetään fyysistä ja psyykkistä terveystanne. Varsinaiseen tutkimusryhmään arvotut osallistuvat kertaluonteiseen keskustelukäyntiin, jonka aiheina ovat stressin ja ruumiillisten oireiden noidankehä, pitkäaikaisten ruumiillisten oireiden kanssa selviäminen, rentoutumisen ja fyysisen aktiivisuuden vaikutus ruumiillisiin oireisiin sekä terveyspalvelujen tarjoamat hoitomahdollisuudet. Lisäksi tulee kaikille noin 6 kk kuluttua loppuhaastattelukäynti. Eli tutkimusryhmäläisille tulee kaiken kaikkiaan 3 käyntiä, vertailuryhmäläisille 2 käyntiä terveystoimessa. Muita velvoitteita Teillä ei ole.

Tutkimus on täysin vapaaehtoinen ja tutkimuksesta voi vetäytyä ilman, että se vaikuttaa Teidän mahdollisuksiinne saada jatkohoitoa sairauksiinne. Henkilötietonne ja tutkimustiedot pidetään luottamuksellisina (myös mahdollisia tutkimustuloksia julkaistaessa). Tutkimuksessa kerätyt tiedot koodataan ja tallennetaan niin, ettei henkilöllisyyden selvittäminen ole myöhemmin mahdollista ilman purkukoodia. Purkukoodi säilytetään suljettuna tutkijalääkäriin arkistossa.

Varsinaiseen tutkimusryhmään kutsutaan noin 25 potilasta. Toiset 25 terveyspalveluja paljon käyttämään joutunutta toimivat vertailuryhmänä.

Tutkimusta toteuttavat tutkijalääkäri Anne Santalahti, jonka tavoittaa puhelinnumerosta 050-xxx ja tutkijalääkäri Mia Mäkinen, jonka tavoittaa puhelinnumerosta 050-xxx . Molemmat lääkärit ovat Turun terveystoimen viranhaltijoita.

Ystävällisin terveisin,

Anne Santalahti
Tutkijalääkäri

Mia Mäkinen
Tutkijalääkäri

Liite 3. Omalääkärin potilaalle lähettämä suosituskirje osallistua tutkimukseen.

Hyvä potilaani,

vuoden 2008 tilastotietojen tarkastelussa on ilmennyt, että olette joutunut käymään terveyskeskuksessa minun tai jonkun muun lääkärin vastaanotolla 10 kertaa tai useammin.

Terveyskeskuksessa on käynnistynyt keväällä 2009 tutkimus, jolla pyritään parantamaan paljon terveyspalveluja tarvinneiden potilaiden hoitoa. Suosittelen, että osallistuisitte kyseiseen tutkimukseen.

Tämän kirjeen liitteenä on tutkijalääkärien lyhyt selvitys tutkimuksesta.

Turussa ____ . ____ 2009

Allekirjoitus ja leima

Liite 4. Tutkijoiden omalääkereille lähettämä tutkimuksen infokirje.

Hyvä kollega,

vuoden 2008 tilastotietojen analyysissä on ilmennyt, että väestölistallasi on x kappaletta terveyspalveluja paljon (>10 kertaa vuodessa) käyttäviä potilaita.

Terveyskeskuksessa käynnistyy toukokuussa 2009 tutkimus, jolla pyritään selkiyttämään paljon terveyspalveluja tarvinneiden potilaiden hoitoa. Tutkimukseen mukaan pääsevät vuosina 2007 ja 2008 10 kertaa tai enemmän lääkärin vastaanotolla käyneet 18–75-vuotiaat riittävän hyvin suomea puhuvat potilaat. Tutkijalääkereinä toimivat Mia Mäkinen ja Anne Santalahti. Tilastojen mukaan potilaslistallasi olisi x kappaletta tutkimuksen piiriin kuuluvia potilaita. Tälle palvelujärjestelmä-tutkimukselle on virastopäällikön tutkimuslupa ja palveluja paljon käyttäneiden interventiotutkimukselle on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan lausunto.

Pyydämme, että lähetät listalla oleville potilaille oheisena olevat kirjeet, joista yksi on Sinulta ja toinen meiltä tutkijoilta. Potilalle tarkoitetut kirjeet ovat valmiina nimellä ja postimerkillä varustettuina tässä mukana.

Mikäli Sinusta potilas ei sovellu tutkimukseen, pyydämme Sinua ottamaan yhteyttä Anne Santalahteen, puh. 92954 tai 050-3559535.

Turussa 5.5.2009

Anne Santalahti

Mia Mäkinen

Liite 5. KB-interventiotutkimukseen osallistuneista potilaista kerätyt taustatiedot.

Tutkimusnumero (tutkija täyttää)	
Nimi	
Syntymäaika	
Osoite	
Puhelinnumero	
Sähköpostiosoite	
Päivämäärä	

Ympyröikää yksi vaihtoehto

1. Siviilisäätö

- 1 Naimaton
- 2 Naimisissa
- 3 Avoliitossa
- 4 Eronnut
- 5 Asumuserossa
- 6 Leski

2. Työtilanne

- 1 Kokopäivätyössä
- 2 Osapäivätyössä
- 3 Hoitaa perhettä kotona
- 4 Opiskelee / käy koulua
- 5 Työtön
- 6 Iän perustella myönnetyllä eläkkeellä
- 7 Kykenemätön tekemään työtä pitkäaikaisen sairauden tai vajaakuntoisuuden takia

3. Korkein loppuun suoritettu koulutus

- 1 Peruskoulun ala-aste / kansakoulu
- 2 Peruskoulun yläaste / keskikoulu
- 3 Ammattikoulu
- 4 Lukio
- 5 Opistotasoinen koulutus
- 6 Ammattikorkeakoulutasoinen koulutus
- 7 Yliopistotasoinen koulutus

Yhteenlaskettu koulutusvuosien lukumäärä: _____ vuotta

KÄYNNIT LÄÄKÄRIN VASTAANOTOLLA

1. Onko Teillä terveyskeskuksessa omalääkäri? kyllä____ ei____

2. Jos Teillä on terveyskeskuksessa omalääkäri, onko teillä hänen kanssaan toimiva hoitosuhde? (Vastataan vain, jos vastaus edelliseen kysymykseen oli ”kyllä”) kyllä____ ei____

3. Jos hoitosuhde ei ole toimiva, mistä se johtuu? (Vastataan vain, jos vastaus edelliseen kysymykseen oli ”ei”)

- 1 En tiedä, kuka omalääkärimeni on
- 2 Lääkäri on vaihtunut usein
- 3 ”Henkilökemia” ei toimi
- 4 Käytän päivystystä
- 5 Muu syy, mikä _____

4. Arvioikaa, kuinka monta kertaa olette käynyt lääkärin vastaanotolla muualla kuin terveyskeskuksessa vuosien 2007 ja 2008 aikana.

	2007	2008
Sairaalan poliklinikka (myös päivystyskäynnit)		
Mielenterveyskeskuksen poliklinikka		
Yksityislääkäri		

LÄÄKÄRIN TOTEAMAT SAIRAUDET

Sairaus	Toteamisvuosi

NYKYINEN LÄÄKITYS

1. Säännöllisesti otettavat lääkkeet

Lääkkeen nimi	Annostus	Käyttötarkoitus

2. Tarvittaessa otettavat lääkkeet

Lääkkeen nimi	Annostus	Käyttötarkoitus

Liite 6. Depression arvioimiseen käytetty lomake, BDI-kyselylomake.

BDI-kysely

OHJE: Alla on joukko väittämiä, jotka käsittelevät mielialan erilaisia piirteitä. Lue ensin kaikki yhden lauser ryhmän väittämät. Valitse jokaisesta ryhmästä (1-21) se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa sitä, millaiseksi tunnet itsesi tällä hetkellä. Rengasta valitsemasi vaihtoehdon edessä oleva numero. Valitse vain yksi väittämä jokaisesta ryhmästä. Varmista, että olet vastannut jokaiseen kohtaan.

1. 0 En ole surullinen
 1 Olen surullinen.
 2 Olen aina alakuloinen ja surullinen, enkä pääse tästä mielialasta eroon.
 3 Olen niin onneton, että en enää kestä

2. 0 Tulevaisuus ei erityisesti pelota minua.
 1 Tulevaisuus pelottaa minua.
 2 Tunnen, että tulevaisuudella ei ole minulle mitään tarjottavana.
 3 Tunnen, että tulevaisuus on toivoton, enkä usko asioiden tästä paranevan.

3. 0 En tunne epäonnistuneeni.
 1 Uskon epäonnistuneeni useammin kuin muut ihmiset.
 2 Menneisyydessä näen vain sarja epäonnistumisia.
 3 Tunnen olevani täysin epäonnistunut ihmisenä.

4. 0 Asiat tuottavat minulle tyydytystä kuten ennenkin.
 1 En osaa nauttia asioista samalla tavalla kuin ennen.
 2 En saa todellista tyydytystä enää mistään.
 3 Olen tyytymätön ja kyllästynyt kaikkeen.

5. 0 Minulla ei ole erityisiä syyllisyyden tunteita.
 1 Minulla on usein syyllinen olo.
 2 Tunnen melkoista syyllisyyttä suurimman osan ajasta.
 3 Tunnen jatkuvasti syyllisyyttä.

6. 0 En koe, että minua rangaistaan
 1 Uskon, että minua saatetaan rangasta.
 2 Odotan, että minua rangaistaan.
 3 Tunnen, että minua rangaistaan.

7. 0 En ole pettynyt itseäni.
1 Olen pettynyt itseäni.
2 Inhoan itseäni.
3 Vihaan itseäni.
8. 0 Tunnen, että olen yhtä hyvä kuin kuka tahansa muu.
1 Arvostelen heikkouksiani ja virheitäni.
2 Moitin itseäni virheistä.
3 Moitin itseäni kaikesta, mikä menee pieleen.
9. 0 En ole ajatellut tappaa itseäni
1 Olen ajatellut itseni tappamista, mutten kuitenkaan tee niin.
2 Haluaisin tappaa itseni.
3 Tapaisin itseni, jos siihen olisi tilaisuus.
10. 0 En itke tavallista enempää
1 Itken nykyisin enemmän kuin ennen.
2 Itken nykyisin aina.
3 Kykenin ennen itkemään, mutta nyt en pysty vaikka haluaisinkin.
11. 0 En ole sen ärtyneempi kuin yleensäkään.
1 Ärsynnyn nykyään helpommin kuin ennen.
2 Tunnen itseni ärtyneeksi koko ajan.
3 Asiat, jotka ennen raivostuttivat minua eivät liikuta minua enää lainkaan.
12. 0 Olen kiinnostunut muista ihmisistä.
1 Muut ihmiset kiinnostavat minua nykyään vähemmän kuin aikaisemmin.
2 Kiinnostukseni ja tunteeni muita ihmisiä kohtaan ovat miltei kadonneet.
3 Olen menettänyt kaiken kiinnostukseni muihin ihmisiin.
13. 0 Pystyn tekemään päätöksiä, kuten aina ennenkin.
1 Lykkään päätöksen tekoa useammin kuin ennen.
2 Minun on hyvin vaikeata tehdä päätöksiä.
3 En pysty enää lainkaan tekemään päätöksiä.
14. 0 Mielestäni ulkonäköni ei ole muuttunut.
1 Pelkään, että näytän vanhalta ja vähemmän miellyttävältä.
2 Ulkonäössäni on tapahtunut pysyviä muutoksia ja niiden takia näytän epämiellyttävältä.
3 Uskon olevani ruma.
15. 0 Työkykyni on pysynyt suunnilleen ennallaan.
1 Työn aloittaminen vaatii minulta ylimääräisiä ponnistuksia.
2 Voidakseni tehdä jotakin minun on suorastaan pakotettava itseni siihen.
3 En kykene lainkaan tekemään työtä.

- 16.** 0 Nukun yhtä hyvin kuin ennenkin.
1 En nuku yhtä hyvin kuin ennen.
2 Herään nykyisin 1–2 tuntia normaalia aikaisemmin enkä nukahda enää uudelleen.
3 Herään useita tunteja aikaisemmin kuin ennen, enkä pääse uudelleen uneen.
- 17.** 0 En väsy sen nopeammin kuin tavallisesti.
1 Väsyn nopeammin kuin tavallisesti
2 Väsyn lähes tyhjästä.
3 Olen liian väsynyt tehdäkseni mitään.
- 18.** 0 Ruokahaluni on ennallaan.
1 Ruokahaluni ei ole niin hyvä kuin ennen.
2 Ruokahaluni on nyt paljon huonompi.
3 Minulla ei ole lainkaan ruokahalua.
- 19.** 0 Painoni on pysynyt viime aikoina ennallaan.
1 Olen laihtunut yli 3 kg.
2 Olen laihtunut yli 5 kg.
3 Olen laihtunut yli 8 kg.
Yritän tarkoituksellisesti pudottaa painoani syömällä vähemmän.
Kyllä ____ Ei ____
- 20.** 0 En ole huolissani terveydestäni enempää kuin tavallisestikaan.
1 Olen huolissani ruumiini vaivoista: särkyistä, kivuista, vatsavaivoista tai ummetuksesta.
2 Olen huolissani ruumiini vaivoista ja minun on vaikea ajatella muita asioita.
3 Olen niin huolissani ruumiini vaivoista, etten pysty ajattelemaan mitään muuta.
- 21.** 0 Kiinnostukseni seksiin on pysynyt ennallaan.
1 Kiinnostukseni seksiin on vähentynyt.
2 Kiinnostukseni seksiin on huomattavasti vähäisempää kuin aikaisemmin.
3 Olen kokonaan menettänyt kiinnostukseni seksiin.

Liite 7. "Miltä minusta tuntuu" Koherenssin tunteen selvittämiseksi käytetty SOC -13 mittarin lomake.

Miltä minusta tuntuu (A.Antonovsky, Sense of coherence)

Esitämme tässä arkipäivän elämää ja mietteitä koskevia kysymyksiä. Rengastakaa sen vaihtoehdon numero (1-7), joka parhaiten vastaa käsitystänne. Numerot 1 ja 7 kuvaavat asteikon ääripäitä.

1. Kuinka usein Teillä on tunne, ettette oikeastaan välitä mitä ympärillänne tapahtuu? ei koskaan 1 2 3 4 5 6 7 hyvin usein
2. Kuinka usein olette yllättyneet sellaisten henkilöiden käyttäytymisestä, jotka uskoitte tuntevanne hyvin? ei koskaan 1 2 3 4 5 6 7 jatkuvasti
3. Oletteko joskus pettyneet ihmisiin, joihin luotitte? ei koskaan 1 2 3 4 5 6 7 jatkuvasti
4. Millainen on tähänastinen elämänne ollut? täysin vailla selvää sen tarkoitus ja tarkoitusta ja päämäärää päämäärä ovat täysin selvät
1 2 3 4 5 6 7
5. Kuinka usein Teistä tuntuu, että teitä kohdellaan epäoikeudenmukaisesti? hyvin usein 1 2 3 4 5 6 7 ei koskaan
6. Kuinka usein Teillä on tunne, että olette oudossa tilanteessa ettekä tiedä, mitä tehdä? hyvin usein 1 2 3 4 5 6 7 ei koskaan
7. Koetteko, että päivittäisten tehtävien hoitaminen on suuren mielihyvän ja tuskallista ja tyydytyksen lähde ikävää
1 2 3 4 5 6 7
8. Kuinka usein tunteenne ja ajatuksenne ovat sekaisin? hyvin usein 1 2 3 4 5 6 7 ei koskaan
9. Kuinka usein koette ristiriitaisia tunteita? hyvin usein 1 2 3 4 5 6 7 ei koskaan
10. Monet ihmiset- jopa lujaluonteiset- kokevat tietyissä tilanteissa olevansa vain toisten tiellä. Kuinka usein Te olette kokenut näin? en koskaan 1 2 3 4 5 6 7 jatkuvasti
11. Kun jotain on tapahtunut, oletteko jälkikäteen yleensä todennut, että olitte yli- tai aliarvioinut asian merkityksen näitte asian oikeassa mittakaavassa
1 2 3 4 5 6 7
12. Kuinka usein Teillä on tunne, että päivittäiset tekemisenne ovat jokseenkin merkityksettömiä? hyvin usein 1 2 3 4 5 6 7 ei koskaan
13. Kuinka usein Teillä on tunne, ettette voi olla varma, pystyttekö pitämään asiat hallinnassanne? hyvin usein 1 2 3 4 5 6 7 ei koskaan

Liite 8. "Tavallisia oireita" (tutkimuksessa käytetty SCL-SOM-kyselylomake).

Seuraavassa tiedustellaan Teidän viimeaikaisia oireitanne. Missä määrin Teitä vaivaavat...?

	ei lainkaan	melko vähän	jonkin verran	melko paljon	erittäin paljon
1.päänsärky	1	2	3	4	5
2. voimattomuuden tai huimauksen tunne	1	2	3	4	5
3.sydän tai rintakivut	1	2	3	4	5
4. kivut selän alaosassa	1	2	3	4	5
5. pahoinvointi /vatsavaivat	1	2	3	4	5
6. lihassäryt	1	2	3	4	5
7. hengitysvaikeudet	1	2	3	4	5
8. kuumat ja kylmät aallot	1	2	3	4	5
9. jonkin ruumiinosan pistely tai puutuminen	1	2	3	4	5
10. tunne, että Teillä on pala kurkussa	1	2	3	4	5
11. Heikkouden tunne ruumiin eri osissa	1	2	3	4	5
12. painon tunne käsissä tai jaloissa	1	2	3	4	5

Liite 9. "Miten suhtaudutte terveyteenne?" (käytetty Whiteley Index -mittarin kyselylomake).

	ei lainkaan	melko vähän	jonkin verran	melko paljon	erittäin paljon
1. Ajatteletteko usein sitä mahdollisuutta, että Teillä on jokin vakava sairaus?	1	2	3	4	5
2. Tarkkailetteko usein ruumiissanne tapahtuvia toimintoja?	1	2	3	4	5
3. Huolehditteko paljon terveydestänne?	1	2	3	4	5
4. Onko Teillä usein hyvin vakavien sairauksien oireita	1	2	3	4	5
5. Jos saatte tietoja jostakin sairaudesta (radion, television, sanomalehden tai jonkun tuttavun kautta), pelkäätekö sairastuvananne siihen itse?	1	2	3	4	5
6. Ärsyttääkö Teitä, jos joku sanoo Teidän näyttävän terveeltä, vaikka tunnette itsenne sairaaksi?	1	2	3	4	5
7. Oletteko huomannut, että teitä vaivaavat monet erilaiset oireet?	1	2	3	4	5
8. Onko Teidän vaikea unohtaa itsenne ja ajatella muita asioita?	1	2	3	4	5
	ei lainkaan	melko vähän	jonkun verran	melko paljon	erittäin paljon
9. Onko teidän vaikea uskoa lääkäriänne, jos hän sanoo, ettei Teidän tarvitse olla huolissanne terveydestänne?	1	2	3	4	5
10. Onko teillä sellainen tunne, etteivät ihmiset ota sairauttanne tarpeeksi vakavasti?	1	2	3	4	5
11. Oletteko mielestänne enemmän huolissanne terveydestänne kuin useimmat muut ihmiset?	1	2	3	4	5
12. Tuntuuko Teistä siltä, että ruumiissanne on jotain vakavasti vialla?	1	2	3	4	5
13. Pelkäätekö sairauksia?	1	2	3	4	5



**TURUN
YLIOPISTO**
UNIVERSITY
OF TURKU

ISBN 978-951-29-8905-8 (Painettu)
ISBN 978-951-29-8906-5 (Sähköinen)
ISSN 0355-9483 (Painettu)
ISSN 2343-3213 (Sähköinen)