

Anne Santalahti, Sinikka Luutonen ja Päivi Rautava

Suurkäyttäjäkriteerin tulisi perustua yhteisesti sovittuun vuosittaiseen käyntimäärään

Terveyspalvelujen suurykäyttäjät – tunnistamaton potilasryhmä

Perusterveydenhuollon terveyspalvelujen suurykäyttäjälle ei ole olemassa yhtä yleisesti hyväksyttyä määritelmää, vaikka suurykäyttöä on tutkittu paljon ja se on ilmiönä hyvin tunnettu. Valtiontalouden tarkastuskeskuksen perusterveydenhuoltoon kohdistuneessa tarkastuskertomuksessa (11/2017) todettiin, että terveydenhuoltopalvelujen suurykäyttö tulisi saada hallintaan, koska paljon palveluja käyttävät henkilöt, noin 10 % suomalaisista, aiheuttivat 70–80 % kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksista (1).

Terveyspalvelujen suurykäyttö on määritelty aiemmissa tutkimuksissa joko potilaan vuosittaisten lääkärikäyntimäärien tai hänen lääkärikäyntiensä suhteellisen osuuden mukaan. Suomessa terveyspalvelujen suurykäyttäjäpotilaaksi on useimmissa tutkimuksissa määritelty potilas, joka käy perusterveydenhuollon lääkäriä 8–11 kertaa vuodessa (2–7). Turun terveyskeskuksessa yhden vuoden suurykäyttäjien lukumäärä oli keskimäärin vain 1,8 % kaikista kävijöistä. Heidän lääkärikäyntiensä määrä oli 9,1 % kaikista vuosittaisista lääkärikäynneistä (7).

Terveyspalvelujen suurykäyttö on tutkimusten mukaan ohimenevä ilmiö (8,9). Pienellä osalla suurykäyttäjäpotilaista lääkärikäyntien määrä pysyy kuitenkin runsaana vuodesta toiseen. Pitkäaikaiseksi suurykäyttäjäpotilaaksi on tutkimuksissa määritelty kolme vuotta lääkäripalvelujen suurykäyttäjänä ollut henkilö (5,9). Kolme vuotta suurykäyttäjänä olleita potilaita oli Turussa 6,6 % ja viisi vuotta suurykäyttäjänä olleita 1,1 % (10). Omassa tutkimuksessamme

Huolellinen pysyvien diagnoosien kirjaaminen helpottaisi suurykäyttäjäpotilaiden tunnistamista ja parantaisi heidän hoitoaan

tyypillinen pitkäaikainen terveyspalvelujen suurykäyttäjä oli noin 55-vuotias työelämän ulkopuolella oleva nainen, jolla oli muita yhden vuoden suurykäyttäjiä merkitsevästi useammin diagnosoitu masennus, astma, krooninen ahauttava keuhkosairaus, sydämen vajaatoiminta, epilepsia tai pitkittynyt ja toistuva alaselkäkipu (10).

Pitkittyvässä suurykäytössä ongelmallista on se, että potilaat käyvät terveyskeskuslääkärin vastaanotolla lähes 15 kertaa vuodessa, heille määrätään toistuvasti laboratorio- ja muita tutkimuksia ja heidät lähetetään myös toistuvasti erikoissairaanhoidon. Silti heidän palveluntarpeensa ei tule tyydytetyksi. Pitkäaikaisilla terveyspalvelujen suurykäyttäjillä on monia seurantaan vaativia

kroonisia somaattisia sairauksia, mutta usein heidän psyykkiset oireensa ja sairautensa jäävät toteamatta, muun muassa somatisaatio jää tunnistamatta ja hypokondria diagnostisoimatta.

Pitkäaikaisille suurykäyttäjille kertyvä sähköisen potilastiedon määrä on tuhansia sivuja. Kuitenkin heidän terveystietonsa (painoindeksi, tupakointi, alkoholinkäyttö) ovat puutteellisesti kirjattuja, eikä heidän potilaskertomuksestaan ole normaalin vastaanottoajan puitteissa mahdollista löytää oleellisia tietoja. Terveyskeskuslääkärit ja sairaanhoitajat käyttivät viisi vuotta lääkärin vastaanotolla käyneistä suurykäyttäjistä potilaskertomuksessa niin tavanomaisia ilmauksia, ettei pitkäaikaista suurykäyttäjää voinut erottaa tekstinlouhinnalla yhden vuoden suurykäyttäjistä (10). Sähköinen potilastietojärjestelmä, josta tieto ei ole helpos-

ti löydettävissä tai johon se on puutteellisesti kirjattu, vaikeuttaa koko terveydenhuoltojärjestelmän toimintaa.

Terveydenhuollon kustannusvaikuttavan toiminnan kannalta pitkäaikaisiksi suurkäyttäjiksi päätyvien potilaiden tunnistaminen mahdollisimman varhain olisi tärkeää. Kun tällainen potilas tunnistetaan, hänelle voidaan laatia yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma. Huolellinen pysyvien diagnoosien kirjaaminen osaltaan helpottaisi näiden potilaiden tunnistamista ja parantaisi heidän hoitoaan.

Syy runsaaseen lääkäripalvelujen käyttöön voi johtua myös lääkäristä tai hänen toimintatavoistaan (11). Jos potilaan terveystalvelujen suurkäytön syytä ei tunnisteta, toistuvista lääkärikäynneistä voi tulla terveyskeskuksessa epätarkoituksenmukainen toimintatapa, josta ei ole hyötyä potilaalle. On kuitenkin muistettava, että monisairaiden suurkäyttäjien lukuisat lääkärikäynnit voivat olla myös perusteltuja ja Käypä hoito -suositusten mukaisia. Hoidon jatkuvuuden on todettu olevan yhteydessä tarkoituksenmukaisempaan palvelujen käyttöön ja päivystyskäyntien vähäisempään käyttöön (12). Monisairaiden hoidossa potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden merkitys on potilaalle erittäin tärkeää (13). Tutkimuksemme perusteella interventiotyyppinen käynti hoitajalla tai perusterveydenhuollon lääkäriellä voisi myös auttaa vähintään kahden vuoden ajan suurkäyt-

täjänä olleen potilaan terveystalvelujen suunnittelemisessa asianmukaisemmiksi, kunhan potilaalla ei ole psykiatrista diagnoosia (14).

Terveystalvelujen suurkäyttäjäpotilasryhmälle olisi sovittava yhteinen määritelmä, jota tutkimuksissa ja tilastoinnissa käytettäisiin. Tämä mahdollistaisi aiheesta tehtyjen tutkimusten paremman vertailun ja helpottaisi kustannusvertailua eri toimintamallien välillä. Suurkäyttäjäpotilaan kriteerinä voisi olla vuosittainen lääkärikäyntimäärä perusterveydenhuollossa, esimerkiksi kahdeksan tai kymmenen lääkärikäyntiä. Nykyään suurkäyttäjäpotilaat voidaan tunnistaa käytännössä vain jälkikäteen vuosiraportoinnin yhteydessä, ja jokainen terveyskeskus käyttää itse päättämäänsä suurkäyttäjän kriteeriä.

Olisi myös syytä selvittää, helpottaisiko sähköiseen potilaskertomukseen lääkärikäyntiin liitettävä käynnin järjestysluku lääkärin ja hoitajien työtä. Sijaislääkäri tai päivystävä lääkäri, joka ei tunne potilasta, voisi käynnin järjestysluvun perusteella havahtua siihen, että kyseinen potilas voisi hyötyä esimerkiksi asiakasohjaajan tapaamisesta. Monisairaiden terveydenhuollon suurkäyttäjien hoito muuttuisi tarkoituksenmukaisemmaksi, jos perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lääkärin käyttöön saataisiin yhteinen terveys- ja hoitosuunnitelma, jonka ylläpitovastuu olisi yleensä perusterveydenhuollon lääkäriellä. ■



ANNE SANTALAHTI, erityisasiantuntija, lääketieteen tohtori, yleislääketieteen erikoislääkäri
Pirkanmaan hyvinvointialue

SINIKKA LUUTONEN, psykiatrian dosentti, kliininen opettaja

Turun yliopisto, Varsinais-Suomen hyvinvointialue, Tyks-sairaalapalvelut, psykiatrian tulosryhmä

PÄIVI RAUTAVA, ehkäisevän terveydenhuollon professori
Turun yliopisto

SIDONNAISUUDET

Anne Santalahti: Luottamustoimet (Suomen Lääkäriliiton hallinto- ja johtajalääkärit -alaosaston johtokunta: jäsen tai varajäsen viiden viime vuoden ajan), hankkeet (Vasso Oy:n koordinoiman valtakunnallisen Arkeen Voimaa toimintamallin johtoryhmän jäsen, Pirkanmaan hyvinvointialueen edustaja)

Sinikka Luutonen: Apuraha (Turun yliopisto), luentopalkkio/ asiantuntijapalkkio (HUS, Suomen Psykiatriyhdistys, Suomen Kivuntutkimusyhdistys)

Päivi Rautava: Luottamustoimet (Biopankkilain ohjausryhmä, STM:n rekisteritiedon toisiokäyttölain ohjausryhmä; VTR-rahoituksen arviointiryhmä, STM), hankkeet (Sote-maakuntavalmistelu, Hyvinvointialuevalmistelu ja sen TKKI-asiat)

KIRJALLISUUTTA

1. Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa. Tuloksellisuustarkastuskertomus. Helsinki: Valtiontalouden tarkistustarkastuksen tarkistuskertomukset 11/2017.
2. Savonius B. Palvelujen suorkäyttö Es-poon terveyskeskuksessa. Suom Lääkäril 1988;43:1718–20.
3. Karlsson H. Oireiden ulottuvuuksia – psy-kiatrinen tutkimus terveyspalvelujen suorkäyttäjistä. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto 1996.
4. Jyväskylä 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. Oulu: Oulun yliopisto 2001.
5. Koskela TH. Terveyspalveluiden pitkäaikaisen suorkäyttäjän enustekijät. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto 2008.
6. Kaattari A, Tiirinki H, Turkki L, ym. Perusterveydenhuollon palveluiden suorkäyttäjä Pohjois-Suomen syntymäkohorttiaineistossa. Sosiaalilääk Aikak 2015;52:191–201.
7. Santalahti A, Vahlberg T, Luutonen S, ym. 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.
8. Carney TA, Guy S, Jeffrey G. Frequent attenders in general practice: a retrospective 20-years follow-up study. Br J Gen Pract 2001;51:567–9.
9. Smits F, Brouwer H, Riet G, ym. 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.
10. Santalahti A, Luutonen S, Vahlberg T, ym. How GPs can recognize persistent frequent attenders at Finnish primary health care using electronic patient records. J Prim Care Community Health 2021;12:21501327211024417.
11. Vedsted P, Sørensen H, Nielsen J, ym. Variation in proportion of frequent attenders between Danish general practices. Scand Journal of Public Health 2004;32:188–93.
12. Sandvik H, Hetlevik Ö, Blinkenberg J, ym. 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 2022;72:e84–90.
13. Monisairas potilas. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2021 [päivitetty 16.3.2021]. www.kaypahoito.fi.
14. Luutonen S, Santalahti A, Mäkinen M, ym. One-session cognitive behavior treatment for long-term frequent attenders in primary care: randomized controlled trial. Scand J Prim Health Care 2019;37:98–104.