

Terveysasemien avosairanhoidon suurkäyttäjät

Tutkimuksessa selvitettiin terveyskeskuksen avosairanhoidon lääkärin ja hoitajan vastaanottojen sekä hoitopuhelujen suurkäyttöön yhteydessä olevia tekijöitä. Suurkäyttäjillä tarkoitettiin potilaita, joilla oli terveysasemien avosairanhoidossa enemmän kuin seitsemän käyntiä tai puhelua vuodessa. Aineistoina olivat kaikki Helsingin kaupungin terveyskeskuksessa vuonna 2011 tilastoidut avosairanhoidon lääkärikäynnit ja hoitajakäynnit sekä hoitopuhelut. Lääkärivastaanotolla useammin kuin seitsemän kertaa vuodessa käyneet 2,1 % potilaista tekivät lääkärivastaanottokäynneistä 9,4 %. Hoitajavastaanoton suurkäyttäjää oli 3,5 % potilaista, ja nämä potilaat tekivät 23,1 % hoitajavastaanoton käynneistä. Yli seitsemän kertaa toistuviin lääkärin ja hoitajan vastaanottokäynteihin olivat yhteydessä potilaan lähengitystieinfektio, masennus, ahdistus, verenpainetauti, aikuistyyppin diabetes ja sukupuoli. Lääkärivastaanoton ja hoitajavastaanoton suurkäyttöä selittävät tekijät olivat osittain samoja. Kuitenkin hoitajavastaanottojen suurkäyttöä selitti potilaan eteisvärinä ja eteislepatus, mikä liittyy sairauden hoidossa käytettävän lääkityksen vuoksi tehtäviin toistuviin veren hyytymistekijämittauksiin. Vastaavasti hoitopuhelujen suurkäyttöä selittävät tekijät olivat osin samoja kuin vastaanottojen suurkäytön selittäjät.

JUHA NYMAN, PAULA JÄPPINEN

JOHDANTO

Potilaat hakeutuvat terveyskeskusten vastaanotoille erilaisten tarpeiden vuoksi. Ensisijaisia syitä vastaanotoille hakeutumiseen ovat oireet ja sairaudet ja niihin liittyvä tutkimus, seuranta tai hoito. Sen lisäksi vastaanotolta voidaan etsiä ratkaisua myös muihin kuin terveysongelmiin. Vastaanoton järjestäjä voi myös herättää kysyntää esimerkiksi tiedottamalla tutkimuksesta, hoidosta tai palvelusta. (Nyländer ym. 2003.) Toisaalta terveyskeskusvastaanoton kysyntää ei synny, jos käynnistä aiheutuva työajan menetys tai muu kustannus arvioidaan liian suureksi suhteessa käynnistä saatavaan hyötyyn. Terveydenhuollon palvelujen käyttöä on selitetty sairauksien ja oireiden lisäksi potilaan yksilöllisillä ominaisuuksilla, kuten iällä, sukupuolella, käyttäytymisellä, tiedoilla, uskomuksilla, työtilanteella, sosiaalisella tuella, hoitoaikojen saatavuudella, potilasmaksuilla ja hoitopaikan etäisyydellä. (Jyväskylä 2001, 21–22, Parmanne ym. 2010.)

Aikaisempien tutkimusten perusteella tiedetään, että terveystalouden suurkäyttäjää on, ja he käyttävät merkittävän osan vastaanottoajoista (Karlsson ym. 1995, Jyväskylä 2001). Perusterveydenhuollon avosairanhoidon suurkäyttö näyttää olevan yleisempää naisilla kuin miehillä (Andersson ym. 1995, Koskela ym. 2010). Suurkäytön osalta sukupuolten välillä ei ole ollut eroja kuitenkaan kaikissa tutkimuksissa (Karlsson ym. 1995, Savageau ym. 2006). Vuonna 2011 Helsingin kaupungin terveyskeskuksen avosairanhoidon vastaanotolla kävi 25–54-vuotiaista helsinkiläisistä 35 prosenttia mutta 65–84-vuotiaista 80 prosenttia (Vuoden 2011 terveyskeskuksen terveystalouden käyttäjät). Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että avosairanhoidon suurkäyttö on muita yleisempää vanhoilla henkilöillä ja somaattisia tai psyykkisiä sairauksia sairastavilla. (Andersson ym. 1995, Neal ym. 1998, Jyväskylä 2001). Suurkäyttäjää on kuitenkin kaikissa ikäryhmissä (Bergh ja Marklund 2003).

Helsingissä terveyskeskuksen vastaanottojen suurkäyttöä on tutkittu viimeksi 1990-luvun lopulla (Hyypiä 1997). Suurkäyttäjien tunnistaminen voi auttaa kohdistamaan palvelua paremmin potilaiden tarpeiden mukaisesti.

TERVEYDENHUOLLON SUURKÄYTTÖ

Kuusamon kunnassa 1960- ja 70-lukujen vaihteessa tehdyssä tutkimuksessa 12 % asukkaista käytti puolet alueen kunnanlääkäripalveluista. Yli kahdeksan kertaa kunnanlääkäriin vastaanotolla kävi 9,3 % vastaanotolla käyneistä. (Videman ym.1976.) Espoon Leppävaaran alueen terveysasemilla kävi vuoden 1987 aikana 49 % alueen asukkaista. Yli yhdeksän kertaa vuoden aikana terveyskeskuslääkäriin vastaanotolla kävi 8,6 % potilaista. (Savonius 1988.) Oulaisissa tehdyssä tutkimuksessa vähintään kahdeksan kertaa vuoden aikana terveyskeskuslääkäriin vastaanotolla käyneet 6,8 % potilaista teki 23,5 % käynneistä. He muodostivat 4,7 % kunnan 15 vuotta täyttäneistä väestöstä. (Jyväsjärvi 2001.) Suomalaisista 15 vuotta täyttäneistä ja sitä vanhemmista miehistä 8,6 % ja naisista 15 % kävi vuonna 2009 vähintään seitsemän kertaa lääkärin vastaanotolla (Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys 2011).

Terveydenhuollon suurkäytön alarajaksi tutkimuksissa on asetettu 5–11 käyntiä vuodessa tehneet potilaat (Smedby 1974, Videman ym. 1976, Larivaara 1987, Karlsson ym. 1994, Andersson ym. 1995, Jyväsjärvi 2001, Koskela ym. 2010). Käynneiksi on laskettu vain lääkärikäynnit tai sekä lääkäri- että hoitajakäynnit. Joissakin tutkimuksissa suurkäyttäjiksi on määritelty tiettyssä ajanjaksossa eniten vastaanotolla käyntejä tehneet potilaat, esimerkiksi 3 % potilaista (Neal ym. 1998), 10 % potilaista (Vedstedt ym. 2002) tai 21 % potilaista (Savageau ym. 2006). Suurkäytön määrittelystä riippuu, kuinka paljon suurkäyttöä todetaan ja minkä tekijöiden havaitaan olevan siihen yhteydessä (Luciano ym. 2010).

TERVEYDENHUOLLON SUURKÄYTTÖÖN YHTEYDESSÄ OLEVIA TEKIJÖITÄ

SUKUPUOLI, IKÄ JA SOSIAALISET TEKIJÄT

Perusterveydenhuollon suurkäytön on useissa tutkimuksissa osoitettu olevan yleisempää naisilla ja ikääntyneillä henkilöillä kuin miehillä ja nuorilla (Savonius 1988, Vedstedt ja Olesen 1999, Jyväsjärvi 2001, Vedstedt ym. 2002, Koskela ym. 2010). Ammattikoulutuksen puute ja työkyvyttö-

myyseläke ovat yhteydessä terveyskeskusvastaanoton suurkäyttöön (Karlsson ym. 1994, Karlsson ym. 1995, Jyväsjärvi ym. 1998). Larivaaran tutkimuksessa (1987) yli seitsemän kertaa vuoden aikana terveyskeskuslääkäriin vastaanotolla käyneitä oli 7,5 % Kolarin kunnan väestöstä. Työikäisistä ja eläkeikäisistä suurkäyttäjistä naisia oli tilastollisesti merkitsevästi enemmän kuin miehiä. Suurkäyttäjät tekivät keskimäärin 10,3 käyntiä ja muut terveyskeskuksessa käyneet keskimäärin 2,4 käyntiä vuoden aikana. Suurkäyttäjät olivat muita useammin ammattikouluttamattomia.

Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa yleislääkäriin vastaanoton suurkäyttöön olivat yhteydessä sosiaaliset ongelmat (Andersson ym. 1995). Toisessa Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että lääkäriin vastaanottojen suurkäyttäjiiä oli suhteellisesti eniten alimmassa sosiaaliryhmässä, ja palvelujen läheisyys lisäsi suurkäyttöä (Smedby 1974). Vedstedtin ja Christensenin (2005) katsausartikkelin mukaan noin 10 % yleislääkäriin vastaanotolla käyneistä potilaista tekivät noin 30–50 % käynneistä. Sosiaaliset tekijät olivat yhteydessä käyntien määrään. Maahanmuuttajien on todettu käyttävän Ruotsissa syntyneitä enemmän terveyspalveluja (Hjern ym. 2001). Myös Helsingissä tehdyn kyselyn tulosten mukaan kaupunkiin muuttaneista venäläisistä, somaleista ja kurdeista 20 % oli käynyt terveyskeskuksessa vuoden aikana yli viisi kertaa (Castaneda ym. 2013).

Isossa-Britanniassa neljän yleislääkäriin vastaanoton potilaista 3 % teki 15 % vastaanottokäynneistä. Naisten todennäköisyys kuulua suurkäyttäjiryhmään oli 46 % suurempi kuin miesten. Todennäköisyys kuulua suurkäyttäjien ryhmään oli sitä suurempi mitä vanhempi potilas oli. (Neal ym. 1998.) Pohjois-Amerikassa tehdyissä tutkimuksissa naissukupuoli ja ikääntyminen selittivät perusterveydenhuollon lääkäriin vastaanoton suurkäyttöä. (Carney ym. 2001, Ronalds ym. 2002, Kapur ym. 2004.) Kapurin ym. (2004) tutkimuksessa suurkäyttö oli kuitenkin vain vähän todennäköisempää vanhemmissa ikäryhmissä kuin nuoremmassa. Alankomaissa havaittiin terveyskeskuslääkäriin vastaanoton suurkäyttäjillä muita enemmän sosiaalisia ongelmia (Smits ym. 2009).

SOMAATTISET OIREET JA SAIRAUDET

Eräissä terveyskeskuksissa tehdyissä tutkimuksissa hengityselinten sairaudet on todettu yleisimmäksi käyntisyiksi ja yleiseksi käyntisyiksi myös suurkäyttäjillä (Videman ym. 1976, Savonius 1988). Oulaisten terveyskeskuksessa tehdyssä väi-

töskirjatutkimuksessa yli seitsemän kertaa vuoden aikana käyneiden käyntisytyt liittyivät tavallisimmin hengityselinten, tuki- ja liikuntaelinten, sydän- ja verenkiertoelinten tai ruoansulatuselinten sairauksiin (Jyväsjärvi 2001). Turussa terveysterveyskeskustaanotolla tehdyssä tutkimuksessa yleisimpiä diagnooseja suurkäyttäjillä olivat verenpainetauti, nivelrikko, alaselän kipu, nikamavälilevyn pullistuma, rasitusrintakipu, jännitysniiskakipu tai kaularangan kipu (Karlsson ym. 1994). Kahdessa Lapin kunnassa tehdyssä tutkimuksessa joka toisella suurkäyttäjällä oli psykosomaattisia sairauksia tai oireita ja joka neljännellä kroonisia somaattisia sairauksia (Larivaara 1987). Tampereella tehdyssä tutkimuksessa suurkäyttöön olivat yhteydessä krooniset sairaudet, kuolemanpelko, vähäinen potilastyytyväisyys, aiempi suurkäyttö, lihavuus ja ärtynyt paksusuoli (Koskela ym. 2010).

Ruotsissa tehdyissä tutkimuksissa yleislääkärin vastaanotolla eniten käyntejä aiheuttivat tuki- ja liikuntaelinten ja ruoansulatuskanavan ongelmat (Andersson ym. 1995) sekä kipu ja toimintakyvyn heikkeneminen (Enthoven ym. 2004). Selkävaurasta kärsivien potilaiden terveydenhuollon suurkäytöstä voivat selittää osan psykososiaaliset tekijät (Holmberg ym. 2004). Vedstedtin ja Christensenin (2005) katsausartikkelin mukaan terveydenhuollon suurkäyttäjillä on yleisemmin useampia somaattisia sairauksia kuin muilla potilailla. Myös eräissä muissa tutkimuksissa perusterveydenhuollon vastaanoton suurkäyttäjillä on todettu muita todennäköisemmin kroonisia somaattisia sairauksia (Ronalds ym. 2002, Kapur ym. 2004).

MIELENTERVEYSONGELMAT

Oulun yliopistossa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että terveysterveyskeskuksessa yli seitsemän kertaa vuoden aikana käyneillä oli yli kolme kertaa useammin jokin mielenterveysongelma kuin muilla (Jyväsjärvi 2001). Toisen tutkimuksen mukaan ne, joilla oli psyykkisiä oireita, käyttivät tilastollisesti merkittävästi useammin lääkäri- ja hoitajavastaanottoja kuin muut potilaat (Kestilä ym. 2007). Turussa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että suurkäyttäjät olivat tilastollisesti merkittävästi ahdistuneempia kuin muut terveysterveyskeskuksessa käyneet potilaat (Karlsson ym. 1995). Ruotsalaisessa tutkimuksessa yleislääkärin vastaanotolla eniten käyntejä aiheuttivat psyykkiset ongelmat (Andersson ym. 1995).

Masentuneisuudella ja ahdistuneisuudella on ollut yhteyttä perusterveydenhuollon lääkäri- ja hoitajavastaanoton suurkäyttöön useissa tutkimuksissa

(Ronalds ym. 2002, Kapur ym. 2004, Savageau ym. 2006, Foster 2006, Smits ym. 2009). Koopmansin ym. (2005) katsausartikkelin mukaan mielenterveysongelmat ovat yhteydessä lisääntyneeseen yleislääkäripalvelujen käyttöön.

VASTAANOTOSTA JOHTUVAT TEKIJÄT

Helsingissä sovelletaan terveysterveysasemien henkilökunnan määrässä positiivisen diskriminaation (PD) periaatteita, ja sen mukaisesti sosiaalisesti heikompien asuinalueiden terveysterveysasemilla työskentelee suhteellisesti enemmän terveysterveyskeskuslääkäreitä ja terveydenhoitajia kuin sosiaalisesti hyvinvoivien alueiden terveysterveysasemilla. Myös vastaanoton keston voitiin aiemman tutkimuksen perusteella osoittaa olevan yhteydessä suurkäyttöön (Elonheimo 1999). Helsingissä potilaan ottaessa yhteyttä oman asuinalueensa terveysterveysaseman omahoitajaan, hoitaja arvioi hoidon tarpeen kiireellisyyttä, antaa neuvontaa puhelimesta ja tarpeen mukaan varaa ajan omahoitajalle tai omalääkärille. Vastaanoton lisäksi lääkäri voi tarvittaessa varata puhelinajan, jolloin potilas voi soittaa lääkäriin. Hoitajilla on työpäivän aikana kaksi puhelintuntia. Kiireellistä ensiapua tarvitsevia potilaita otetaan vastaan ilman ajanvarausta.

TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tässä tutkimuksessa haluttiin selvittää, oliko lääkäreiden ja hoitajien työpanospäivien ja terveysterveysasemien vastuuväestöjen välisellä suhteella yhteyttä vastaanoton suurkäyttöön. Lisäksi tavoitteena oli tutkia ja analysoida muita terveysterveysasemien avosairaanhoidon lääkärin ja terveydenhoitajan vastaanottojen ja hoitopuhelujen suurkäyttöön yhteydessä olevia tekijöitä. Avosairaanhoidon suurkäyttäjällä tarkoitettiin potilasta, jolla oli yli seitsemän avosairaanhoidon käyntiä tai hoitopuhelua vuonna 2011.

TUTKIMUSONGELMAT

1. Mitkä tekijät olivat yhteydessä terveysterveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkärikäyntien ja hoitopuhelujen suurkäyttöön vuoden 2011 aikana?
2. Mitkä tekijät terveysterveyskeskuksessa olivat yhteydessä avosairaanhoidon hoitajakäyntien ja hoitopuhelujen suurkäyttöön vuoden 2011 aikana?

TUTKIMUSAINESTO JA MENETELMÄT

Tutkimusaineiston muodostivat kaikki Helsingin kaupungin terveysterveyskeskuksessa vuonna 2011 tilastoidut terveysterveysasemien avosairaanhoidon lääkäri- ja hoitajakäynnit sekä hoitopuhelut. Tutkimusai-

neistona olivat lääkärin (N = 208 843) ja hoitajien vastaanotolla käyneet potilaat (N =177 084) sekä lääkärin (N =108 612) ja hoitajan kanssa hoitopuheluja käyneet potilaat (N = 54 691). Lääkärin avosairaanhoidon vastaanotolla käyneet potilaat tekivät 458 857 käyntiä ja hoitajavastaanotolla käyneet 425 983 käyntiä. Lääkärin kanssa potilaat kävivät 209 569 hoitopuhelua ja hoitajan kanssa 94 899. Potilaiden käynti- ja hoitopuhelutiedot kirjataan terveysasemilla Pegasos-potilastietojärjestelmään ja kootaan hoitotietojen tietovarastoon. Terveyskeskuspäivystyskäynnit eivät olleet mukana aineistossa.

Lääkärin ja hoitajan vastaanottokäynnit ja hoitopuhelut analysoitiin eri aineistoina. Siten analysoitavia aineistoja oli neljä. Internetin kautta tapahtuvaa sähköistä asiointia ei sisällytetty analyyseihin, koska toimintamuodon käyttöönotto oli vielä kesken. Selittäjiksi poimitut muuttajat kategorisoitiin kaksiluokkaisiksi tai useampiluokkaisiksi muuttujiksi siten, että kaikissa luokissa oli riittävästi tapauksia, jotta ei synny suuria estimaattien keskivirheitä. Aineiston selittävät ja selitettävät muuttajat ristiintaulukoitiin ja laskettiin keskiarvojen erojen tilastolliset merkitsevyydet X^2 -testillä. Logistisessa regressioanalyysissä malliin lisättiin ne selittävät muuttajat, joilla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys suorkäyttöön.

SUURKÄYTTÖÄ SELITTÄVÄT TEKIJÄT

Terveysasemien avosairaanhoidon käyntien ja puhelujen suorkäyttöä mahdollisesti selittäviä muuttujia rekisteriaineistossa olivat sukupuoli, ikä, pää- ja sivudiagnoosi, äidinkieli, ICPC2-käyntisyys (hoitajien aineistossa) ja käynnin kesto. Lisäksi peruspiireittäin lasketusta KELA:n sairastavuusindeksistä muodostettiin kolmeluokkainen muuttuja siten, että jokaiseen luokkaan tuli yhtä monta peruspiiriä. Lisäksi terveysasemat jaettiin kolmeen yhtä suureen luokkaan sen mukaan, mikä oli terveysaseman lääkäreiden ja hoitajien työpanospäivien suhde terveysaseman vastuuväestöön.

Analyyssiin otettiin kymmenen yleisintä vastaanotolla rekisteröityä pää- tai sivudiagnoosiksi merkittyä diagnoosia sekä epäiltyjen sairauksien tarkkailu ja arviointi (ICD-10 = Z03). Diagnoosin analyyseihin poimittiin kolmen tai neljän ensimmäisen diagnoosimerkin perusteella siten, että esimerkiksi selkäsärky (M54) sisälsi myös M54-alkuiset diagnoosit kuten esimerkiksi lannekivun (M545). Jos henkilöllä oli ollut vuoden aikana

käynnillä jokin näistä diagnooseista, hän sai kyseisen diagnoosimuuttujan arvoksi yksi, muuten muuttujan arvoksi tuli nolla. Hoitajien vastaanottoaineistoon otettiin samoin kymmenen yleisintä ICD-10-diagnoosia ja ICPC2-koodia. ICPC2-koodien merkitseminen aloitettiin Helsingin kaupungin terveyskeskuksessa vuoden 2011 loka-kuun alussa, ja siten hoitajat tilastoivat ICPC-koodin mukaisen käyntisyyden tai lääkärin aiemmin antaman diagnoosin ainoastaan kolmen kuukauden ajalla.

Helsingissä peruspiirien terveydentilan väestöerot ovat merkittäviä (Sairastavuusindeksi Helsingissä ja peruspiireittäin 2009). Joka neljäs 25–54-vuotiaista mutta kolme neljästä 75–84-vuotiaista käy vuoden aikana vastaanotolla, ja terveysasemien väestöt poikkeavat myös ikä- ja sukupuolirakenteeltaan (Ecomed Analyzer 2010). KELA:n sairastavuusindeksi kuvaa työkyvyttömyyden, erityiskorvattujen lääkkeiden käytön ja kuolleisuuden yleisyyttä. Koko maan keskimääräinen sairastavuusindeksi on 100. (Sairastavuusindeksi Helsingissä ja peruspiireittäin 2009). Helsingin 33 peruspiiriä luokiteltiin kolmeen yhtä suureen luokkaan: alhainen sairastavuusindeksi oli 63–78, keskimääräinen sairastavuusindeksi 81–92 ja korkea sairastavuusindeksi 93–118. Kussakin kolmesta luokasta oli 11 peruspiiriä. Östersundomin peruspiiriä ei pienenä peruspiirinä otettu mukaan analyyseihin. Sairastavuusindeksiltään matalimmassa eli terveimmässä luokassa oli 46 742 potilasta, keskimääräisessä 83 607 potilasta ja sairastavuusindeksiltään korkeimmassa luokassa 69 883 potilasta.

Terveysasemien vastuuväestömäärien perusteella laskettiin terveysasemien lääkäreiden ja hoitajien työpanospäivien ja väestömäärien suhde. Lääkäreiden työpanospäiviin laskettiin mukaan työvoiman vuokraus 14 terveysaseman osalta. Niillä terveysasemilla, joilla lääkäreiden työpanospäivien ja väestömäärän suhde oli korkein, suorkäyttäjää oli keskimäärin 2,5 % ja niillä, joilla suhde oli matalin, suorkäyttäjää oli keskimäärin 1,7 %. Niillä terveysasemilla, joilla terveysaseman hoitajien työpanospäivien ja kokonaisväestön suhde oli korkein, suorkäyttäjää oli keskimäärin 3,6 % ja niillä, joilla suhde oli matalin, suorkäyttäjää oli niinkään keskimäärin 3,6 %.

Hoitajavastaanottoaineistoon sisältyivät terveydenhoitajien, psykiatristen sairaanhoitajien ja perus- ja lähahoitajien käynnit. Hoitajan vastaanottokäynneistä 91 % oli terveydenhoitajakäynntejä, 6,4 % perus- tai lähahoitajakäynntejä ja 2,6 %

psykiatristen sairaanhoitajien käyntejä. Hoitajien vastaanottoaineistossa kaksi nuorinta ikäryhmää yhdistettiin, koska alle 15-vuotiaiden ryhmässä oli liian vähän potilaita jatkoanalyyseiksi. Alle 25-vuotiaiden ikäryhmässä suurkäyttäjii oli 1,3 %, 75–84-vuotiaissa 5,7 % ja 85 vuotta täyttäneissä ja vanhemmissa 7,7 %.

Hoitajan hoitopuheluaineistossa ikä luokiteltiin kolmeluokkaiseksi muuttujaksi, jotta kaikkiin luokkiin saataisiin riittävästi potilaita jatkoanalyyseiksi varten. Turvapaikan hakijoiden, pakolaisten, muiden EU-maiden kansalaisten ja paluumuuttajien osuus hoitopuheluja käyneistä oli ainoastaan 0,3 %, mikä johtunee kielitaidon puutteesta.

PUUTTUVAT TIEDOT

Neljässä analysoidussa aineistossa ei ollut puuttuvia tietoja sukupuolen, iän eikä terveysasetiedon osalta. Peruspiiritieto puuttui 0,2 %:sta potilastietoja. Tieto äidinkielestä puuttui vastaanottoaineistoissa ja hoitajan hoitopuheluaineistossa 0,1 %:lta potilaista, mutta lääkärin hoitopuheluaineistossa 2,5 %:lta. Vastaanoton alkamisaika rekisteröity, kun potilaan sairaskertomus avataan, mutta lääkärin ja hoitajan on merkittävä vastaanoton päättymisaika, jotta käynnin kesto rekisteröityisi tietojärjestelmään. Käynnin kesto puuttui useammalta kuin joka toiselta potilaalta ja sen vuoksi käynnin kesto-muuttujaa ei käytetty analyysissä.

Lääkärin avosairaanhoidon vastaanottoaineistossa 1. syydiagnoosi puuttui 9,8 %:lta potilaista, mutta diagnooseja oli merkitty myös 2. ja 3. syydiagnoosiksi ja 1.–3. oirediagnoosiksi. Lääkärin hoitopuheluaineistossa 1. syydiagnoosi puuttui 68,3 %:lta potilaista mutta diagnooseja oli myös 2. ja 3. syydiagnooseissa ja oirediagnooseissa. Hoitohenkilökunta ei diagnosoi potilaita, eikä ennen lokakuuta 2011 merkinnyt ICD-10-mukaisia diagnooseja sairaskertomuksiin. Käytäntö muuttui terveyskeskuksessa lokakuun alussa 2011, jolloin hoitajavastaanotolla voitiin kopioida potilaan ICD-10-käyntisyys, jos se oli lääkärikäynnillä aiemmin potilaalle annettu. Hoitajavastaanotolla ICPC2-koodi oli kirjattu noin 74 %:ssa ja ICD-10-diagnoosi 26 %:ssa käyneistä. Vaikka hoitajavastaanotoilla ICD-10- ja ICPC2-tietoja oli rekisteröity vain loppuvuodesta, muuttajat otettiin jatkoanalyyseihin mukaan.

TULOKSET

LÄÄKÄRIN AVOSAIRAANHOIDON SUURKÄYTTÖ

Terveysasemien avosairaanhoidon lääkäriavosairaanhoitojen potilaista naisia oli 124 578 (59,7 %) ja miehiä 84 265 (40,3 %). Yli seitsemän kertaa vuodessa avosairaanhoidon lääkäriavosairaanhoitoon käyneitä potilaita oli 4312 (2,1 % kaikista potilaista). Nämä 2,1 % potilaista tekivät 9,4 % käynneistä eli 42 788 käyntiä (Taulukko 1).

Suurkäyttäjät tekivät keskimäärin 9,9 käyntiä avosairaanhoidon lääkärin vastaanotoilla vuoden aikana (mediaani 9) ja alle kahdeksan kertaa käyneet 2,0 käyntiä (mediaani 2). Naispotilaat tekivät keskimäärin 2,3 käyntiä ja miespotilaat 2,1 käyntiä vuoden aikana. Ne 10 % potilaista, joilla oli eniten lääkärikäyntejä, tekivät 27,5 % kaikista lääkärikäynneistä eli 124 464 käyntiä.

Lääkärin vastaanottoaineistossa suurkäyttäjii oli 1,7 % miehistä ja 2,3 % naisista. Naissukupuoli oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä lääkärin vastaanoton suurkäyttöön ($p < 0.001$). Vuoden aikana 97,7 % naisista kävi vastaanotolla 1–7 kertaa ja 2,3 % 8–42 kertaa. Miehistä 98,3 % kävi vastaanotoilla 1–7 kertaa ja 1,7 % 8–47 kertaa.

Alle 15-vuotiaista suurkäyttöä oli 1,6 %:lla ja 75–84 -vuotiaista 3,3 %:lla. Suurkäytön ero eri ikäryhmissä oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0.001$) (Taulukko 2). Harvinaisinta suurkäyttöä oli 7–14-vuotiailla. Alle 15-vuotiaat suurkäyttäjät tekivät keskimäärin 9,7 käyntiä vuodessa. Ikäryhmien väliset avosairaanhoidon lääkäriavosairaanhoitojen suurkäytön erot olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0.001$).

Lääkäreiden vastaanottoaineistossa oli suomenkielisiä 85,6 %, ruotsinkielisiä 5,4 %, venäjänkielisiä 2,6 %, somalinkielisiä 1 % ja vironkielisiä 0,8 %. Muita kieliä äidinkielenään puhuvia oli 4,6 %. Suomenkielisistä potilaista suurkäyttäjii oli 2,1 % ja ruotsinkielisistä 1,4 %. Muun kuin suomen- tai ruotsinkielisiä oli potilaista 9 % mutta suurkäyttäjistä 11 %. Suurkäyttäjii oli venäjänkieltä puhuvista 2,5 %, somalia puhuvista 4 % ja viron kieltä puhuvista 1,3 %.

Suurkäyttäjillä yleisimmät diagnoosit olivat määrittämätön akuutti ylähengitystieinfektio, selkäsärky ja akuutti keuhkoputkentulehdus (Taulukko 3). Alle 15-vuotiailla eniten käyntejä oli märkäisen tai määrittämättömän välikorvantulehduksen ja ylähengitystieinfektion vuoksi. Vastaanotoilla käyneiden potilaiden yleisimmät diagnoosit olivat yhteydessä myös suurkäyttöön

Taulukko 1.

Terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkärin vastaanoton potilaat ja käyntien lukumäärät

Potilaan käyntien lukumäärä vuoden 2011 aikana		Terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkärin vastaanotoilla käyneet potilaat	Terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkärikäynnit	
	n	% potilaista	n	% käynneistä
1	100 349	48,0	100 349	21,9
2	49 682	23,8	99 364	21,7
3	25 956	12,4	77 868	16,9
4	13 806	6,6	55 224	12,0
5	7 720	3,7	38 600	8,4
6	4 462	2,1	26 772	5,8
7	2 556	1,2	17 892	3,9
8	1 588	0,8	12 704	2,8
9	1 007	0,5	9 063	2,0
10	589	0,3	5 890	1,3
11–15	941	0,5	11 553	2,5
16–20	148	0,1	2 583	0,6
21–47	39	0,0	995	0,2
Yhteensä	208 843	100	458 857	100

(p < 0.001).

Sairastavuusindeksin perusteella eniten terveysongelmia oli Kallion, Vallilan, Alppiharjun, Vanhakaupungin, Pasilan, Myllypuron, Mellunkylän, Herttoniemen, Latokartanon, Jakomäen ja Maunulan peruspiireissä, ja niissä oli myös todennäköisimmin suurkäyttöä. Peruspiireistä muodostettujen kolmen ryhmän väliset erot lääkärin vastaanottojen suurkäytössä olivat tilastollisesti merkitseviä (p < 0.001).

Vastaanotolla käyneistä 0,3 % oli turvapaikan hakijoita tai pakolaisia. Turvapaikan hakijoista ja pakolaisista suurkäyttäjiä oli 6,2 % ja vastaavasti peruspiireissä asuvista suurkäyttäjiä oli 2,1 % (p < 0.001).

Monimuuttuja-analyysin tulosten perusteella suurkäyttö oli todennäköisintä potilailla, joilla oli jokin yleisimmistä infektioista, kiputila, masennusta tai ahdistusta (Taulukko 4). Lisäksi epäiltyjen sairauksien tarkkailu- ja hoitodiagnoosi oli

Taulukko 2.

Terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkärin vastaanotolla yli seitsemän kertaa vuodessa käyneet potilaat ikäryhmittäin

Ikäryhmä	n	% ikäryhmästä
0–14	484	1,6
15–24	244	1,0
25–34	382	1,4
35–44	491	2,3
45–54	637	3,0
55–64	572	2,3
65–74	671	2,1
75–84	636	3,3
85–102	195	3,2
Yhteensä	4 312	2,1

Taulukko 3.

Avosairaanhoidon lääkeväestöpotilaiden yleisimmät diagnoosit ja suurkäyttäjien osuus diagnoosin saaneista vuonna 2011

Diagnoosi, ICD-10	Potilaat, joilla diagnoosi	Suurkäyttäjät, joilla ao. diagnoosi	Suurkäyttäjien osuus diagnoosin saaneista	Diagnoosin saaneiden osuus suurkäyttäjistä
	n	n	%	%
Määrittämätön akuutti ylähengitystieinfektio, J069	24 034	1433	6,0	33,2
Essentiaalinen verenpainetauti, I10	21 794	721	3,3	16,7
Märkäinen tai määrittämätön välikorvan tulehdus, H66	11 430	682	6,0	15,8
Selkäsärky, M54	14 007	1 193	8,5	27,7
Aikuisiän diabetes, E11	11 246	404	3,6	9,4
Akuutti keuhkoputken tulehdus, J20	10 787	860	8,0	19,9
Akuutti poskiontelon tulehdus, J010	5 965	517	8,7	12,0
Epäiltyjen sairauksien tarkkailu ja arviointi, Z03	5 929	401	6,8	9,3
Raajakipu, M796	4 939	484	9,8	11,2
Masennus, F32	4 731	346	7,3	8,0
Ahdistus, F41	3 206	293	9,1	6,8

yhteydessä suurkäyttöön. Niissä peruspiireissä, joissa KELA:n sairastavuusindeksi oli korkea, suurkäyttö oli todennäköisempää kuin muissa peruspiireissä. Niillä terveysasemilla, joilla oli runsaasti lääkärin työpanospäiviä suhteessa väestömäärään suurkäyttö oli muita terveysasemia todennäköisempää. Tämä tulos heijastaa positiivisen diskriminaation (PD-indeksi) perustein painotettua resurssijakoa Helsingin terveysasemilla. Naisilla oli 20 % suurempi todennäköisyys kuulua suurkäyttäjien ryhmään kuin miehillä. Sen sijaan ikäryhmä ei säilynyt tilastollisesti merkittävänä selittäjänä, kun muut tekijät oli tuotu malliin. Pakolaisilla ja turvapaikanhakijoilla oli peruspiirien asukkaita suurempi todennäköisyys kuulua suurkäyttäjisiin.

LÄÄKÄRIN HOITOPUHELUIEN SUURKÄYTTÖ

Aineistossa, jossa tutkittiin lääkärin hoitopuhelua, oli 108 612 potilasta. Miehiä heistä oli 36,8 %. Suurkäyttäjiksi luokiteltuja potilaita oli 1318 eli 1,2 % hoitopuhelua käyneistä. He kävivät 13

166 hoitopuhelua eli 6,3 % kaikista lääkäreiden kanssa käydyistä puhelusta. Suurkäyttäjät kävivät keskimäärin 10 hoitopuhelua (mediaani 9) ja muut keskimäärin 1,8 hoitopuhelua (mediaani 1) vuodessa. Suurkäyttäjien osuus sekä miehistä että naisista oli 1,2 %.

Alle 45-vuotiaista suurkäyttäjiiä oli 0,4 % ja 65 vuotta täyttäneistä ja sitä vanhemmista 1,9 % ($p < 0.001$). Matalan sairastavuusindeksin peruspiireissä suurkäyttäjiiä oli 1,5 % ja korkean sairastavuusindeksin peruspiireissä 1,0 % ($p < 0.001$). Suomenkielisistä potilaista suurkäyttäjiiä oli 1,2 %, ruotsinkielisistä 1,7 % ja venäjänkielisistä 1,1 %. Muita kieliä puhuvista suurkäyttäjiiä oli hoitopuheluaineistossa vain muutamia potilaita, ja myös turvapaikan hakijoiden ja pakolaisten osuus oli hoitopuheluaineistossa vain alle 0,4 %.

Terveysasemilla, joilla lääkäreiden työpanospäivien ja väestömäärän suhde oli suuri, suurkäyttäjiiä oli keskimäärin 1,1 %. Niillä terveysasemilla, joilla suhde oli pieni, suurkäyttäjiiä oli 1,6 %. Erot suurkäyttäjien osuuksissa olivat tilas-

Taulukko 4.

Terveysasemien avosairaanhoidon lääkärin vastaanoton suuri käyttöön yhteydessä olevia tekijöitä (ICD-10)

	Ristitulo- suhde	95 %:n luottamusväli
Nainen vs. mies	1,2	1,1–1,3
Akuutti ylähengitysinfektio (J069) vs. ei ylähengitysinfektiota	4,6	4,3–5,0
Verenpainetauti (I10) vs. ei verenpainetautia	2,0	1,8–2,2
Aikuistyyppin diabetes (E11) vs. ei aikuistyyppin diabetesta	2,0	1,8–2,2
Poskiontelon tulehdus (J010) vs. ei poskiontelon tulehdusta	3,9	3,5–4,4
Raajakipu (M796) vs. ei raajakipua	5,6	5,1–6,3
Selkäsärky (M54) vs. ei selkäsärkyä	5,7	5,3–6,2
Masennus (F32) vs. ei masennusta	3,7	3,2–4,1
Ahdistus (F41) vs. ei ahdistusta	4,5	3,9–5,2
Epäiltyjen sairauksien tarkkailu ja arviointi (Z03) vs. ei tarkkailua ja arviointia	4,1	3,6–4,6
*Peruspiirin sairastavuusindeksi 93–118 vs. peruspiirin sairastavuusindeksi 63–78	1,4	1,3–1,5
Peruspiirin sairastavuusindeksi 93–118 vs. peruspiirin sairastavuusindeksi 81–92	1,3	1,2–1,4
†Terveysasemat C vs. terveysasemat A	1,0	0,9–1,1
Terveysasemat C vs. terveysasemat B	1,0	1,0–1,1
Pakolainen/turvapaikan hakija vs. peruspiirin asukas	3,2	2,2–4,5

*Peruspiirin sairastavuusindeksi 63–78: Vironniemi, Ullanlinna, Lauttasaari, Tuomarinkylä, Länsi-Pakila, Kulosaari, Kampinmalmi, Taka-Töölö, Munkkiniemi, Itä-Pakila, Laajasalo

Peruspiirin sairastavuusindeksi 81–92: Pitäjänmäki, Oulunkylä, Puistola, Reijola, Suutarila, Haaga, Vartiokylä, Vuosaari, Kaarela, Malmi, Pukinmäki

Peruspiirin sairastavuusindeksi 93–118: Latokartano, Herttoniemi, Kallio, Mellunkylä, Pasila, Vanhakaupunki, Vallila, Myllypuro, Maunula, Alppiharju, Jakomäki

†Terveysasemat C: lääkärin työpanospäivät / 1000 as. 114–127: Vuosaari, Malminkartano, Malmi, Maunula, Pihlajamäki, Suutarila, Jakomäki, Herttoniemi

Terveysasemat B: lääkärin työpanospäivät/ 1000 as. 102–110: Itäkeskus, Kontula, Koskela, Vallila, Laakso, Pitäjänmäki, Oulunkylä, Paloheinä, Puistola

Terveysasemat A: Työpanospäivät/ 1000 as. 90–100: Kivikko, Laajasalo, Viiskulma, Kallio, Lauttasaari, Töölö, Haaga, Kannelmäki, Munkkiniemi

tollisesti merkitseviä, mutta eron suunta oli päinvastainen kuin vastaanottoaineistossa (p < 0.001).

Monimuuttuja-analysissä hoitopuhelujen suuri käyttöä selittivät potilaan korkea ikä, verenpainetauti, aikuistyyppin diabetes, ylähengitysinfektio, keuhkoputken tulehdus, raajakipu, selkäsärky, masennus, ahdistus, epäiltyjen sairauksien tarkkailu ja arviointi sekä lääkäreiden työpanos-

päivät (Taulukko 5). Sukupuoli ei ollut tilastollisesti merkitsevä selittäjä.

HOITAJIEN VASTAANOTTOJEN SUURKÄYTTÖ

Aineistossa, jossa tutkittiin hoitajavastaanottojen suuri käyttöä, oli 177 084 potilasta. Naisia oli 103 322 (56,2 %) ja miehiä 73 762. Suurikäyttäjiä oli 6141 (3,5 %). Suurikäyttäjien osuus terveysasemilla vaihteli 1,2–3,5 %:iin potilaista.

Taulukko 5.

Terveysasemien avosairaanhoidon lääkärin hoitopuhelujen suurkäyttöön yhteydessä olevia tekijöitä (ICD-10)

	Ristitulo- suhde	95 %:n luottamusväli
Ikäryhmä ≥ 65 vs. < 45	5,7	4,7–6,8
Ikäryhmä ≥ 65 vs. 45–64	1,8	1,6–2,1
Akuutti ylähengitystieinfektio (J069) vs. ei ylähengitystieinfektiota	2,3	1,2–4,4
Keuhkoputken tulehdus (J209) vs. ei keuhkoputken tulehdusta	4,5	2,8–7,2
Verenpainetauti (I10) vs. ei verenpainetautia	2,0	1,6–2,5
Aikuistyyppin diabetes (E11) vs. ei aikuistyyppin diabetesta	1,4	1,1–1,9
Raajakipu (M796) vs. ei raajakipua	2,6	1,5–4,4
Selkäsärky (M54) vs. ei selkäsärkyä	3,0	2,3–4,1
Masennus (F32) vs. ei masennusta	3,0	1,7–5,2
Ahdistus (F41) vs. ei ahdistusta	7,3	4,3–12,4
Epäiltyjen sairauksien tarkkailu ja arviointi (Z03) vs. ei tarkkailua ja arviointia	4,1	3,0–5,5
*Terveysasemat C vs. terveysasemat A	1,5	1,3–1,7
Terveysasemat C vs. terveysasemat B	0,9	0,8–1,1

*Terveysasemat C: lääkärin työpanospäivät / 1000 as. 114–127: Vuosaari, Malminkartano, Malmi, Maunula, Pihlajamäki, Suutarila, Jakomäki, Herttoniemi
Terveysasemat B: lääkärin työpanospäivät/1000 as. 102–110: Itäkeskus, Kontula, Koskela, Vallila, Laakso, Pitäjänmäki, Oulunkylä, Paloheinä, Puistola
Terveysasemat A: Työpanospäivät/ 1000 as. 90–100: Kivikko, Laajasalo, Viiskulma, Kallio, Lauttasaari, Töölö, Haaga, Kannelmäki, Munkkiniemi

Hoitajan avosairaanhoidon käynnit jakaantuivat aineistossa taulukon 6 mukaisesti.

Suurkäyttäjät tekivät vuoden aikana 96 805 käyntiä, mikä on 23,1 % kaikista käynneistä. Suurkäyttäjillä oli keskimäärin 15,8 (mediaani 11) hoitajan avosairaanhoidon vastaanotolla käyntiä vuodessa; muut potilaat tekivät keskimäärin 1,9 käyntiä (mediaani 1). Ne 10 % potilaista, joilla oli eniten hoitajakäynntejä, tekivät 37 % kaikista hoitajakäynneistä eli 157 648 käyntiä.

Hoitajien vastaanottoaineistossa miehet tekivät keskimäärin 2,5 käyntiä vuodessa ja naiset keskimäärin 2,4 (mediaani 1). Miehistä suurkäyttäjiiä oli 3,7 % ja naisista 3,3 %. Miessukupuoli oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä hoitajan avosairaanhoidon vastaanoton suurkäyttöön ($p < 0.001$). Ikäryhmien väliset erot suurkäyttäjien osuudessa olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0.001$) (Taulukko 7).

Hoitajien vastaanottoaineistossa suomenkielisiä potilaita oli 86,5 %, ruotsinkielisiä 5,4 %, venäjänkielisiä 2,3 %, somalinkielisiä 1,0 %, virokielisiä 0,8 %, ja loput olivat muunkielisiä tai tieto puuttui. Suhteellisesti yleisintä hoitajavastaanoton suurkäyttö oli suomenkieltä ja somalia äidinkielenään puhuvilla. Potilaan äidinkielellä oli yhteyttä hoitajavastaanoton suurkäyttöön ($p < 0.001$). Monimuuttuja-analyysissä äidinkieli ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä suurkäytön selittäjä. Turvapaikan hakijoista ja pakolaisista 5,1 % oli suurkäyttäjiiä, mutta heidän suurkäyttönsä ei eronnut tilastollisesti merkitsevästi peruspiireissä asuvien suurkäytöstä.

Hoitajavastaanottojen potilaista oli matalan KELA:n sairastavuusindeksin luokassa 41 467, keskimmaisessä luokassa 70 990 ja korkean sairastavuusindeksin luokassa 57 442. Suurkäyttäjiiä oli suhteellisesti eniten, 4 % potilaista, niissä pe-

Taulukko 6.

Terveyskeskuksen avosairaanhoidon hoitajan vastaanoton potilaat ja käynnit

	Käyntien lukumäärä vuoden 2011 aikana	Terveyskeskuksen avosairaan hoidon hoitajan vastaanotoilla käyneet potilaat	Terveyskeskuksen avo- sairaanhoidon hoitajavastaan- ottokäynnit
	n	% potilaista	n %
1	91 439	51,6	91 439 21,5
2	39 656	22,4	79 312 18,6
3	18 996	10,7	56 988 13,4
4	10 050	5,7	40 200 9,4
5	5 601	3,2	28 005 6,6
6	3 173	1,8	19 038 4,5
7	2 028	1,2	14 196 3,3
8	1 311	0,7	10 488 2,5
9	903	0,5	8 127 1,9
10	636	0,4	6 360 1,5
11–15	1 620	0,9	20371 4,8
16–20	587	0,3	10 432 2,5
21–40	803	0,5	21 913 5,1
41–80	220	0,1	12 113 2,8
81–259	61	0,0	7 001 1,6
Yhteensä	177 084	100	425 983 100

Taulukko 7.

Terveyskeskuksen avosairaanhoidon hoitajan vastaanotolla yli seitsemän kertaa käyneet potilaat ikäryhmittäin

Ikä	n	%
0–24	524	1,3
25–34	585	2,6
35–44	557	3,2
45–54	763	4,4
55–64	1 009	4,7
65–74	1 193	3,8
75–84	1 088	5,7
85–105	422	7,7
Yhteensä	6141	3,6

ruspiireissä, joissa KELA:n sairastavuusindeksi oli korkea. Peruspiireistä muodostettujen ryhmien väliset erot suorkäytössä olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0.001$). Työpanospäivien ja kokonaisväestön suhde oli yhteydessä hoitajavastaanottojen suorkäyttöön ($p < 0.001$).

Yleisimmät käyntisyynä ja diagnoosit sovitettiin logistiseen regressiomalliin, kun selitettävänä oli hoitajavastaanoton suorkäyttö (Taulukko 8). Malliin sovitettiin ICPC2-käyntisyistä kurkun oire, yskä, päänsärky, repeämä/viilto, kohonnut verenpaine, vahatulppa, oksentelu, yleiset vatsakivut, kuume ja ennaltaehkäisevä terveydenhuolto. Suorkäyttäjää oli masennuksesta kärsivistä potilaista joka neljäs, eteisvärinä- tai eteislepatuspotilaista 20 %, verenpainetautipotilaista 18 % ja diabeetikoista 13 %. Muita suorkäyttöä selittäviä tekijöitä hoitajavastaanotoilla olivat akuutti ylähengitystieinfektio, yleiset vatsakivut, oksen-

Taulukko. 8.

Terveysasemien avosairaanhoidon hoitajan vastaanoton suurkäyttöön yhteydessä olevia tekijöitä

	Ristitulosuhde	95 %:n luottamusväli
Mies vs. nainen	1,2	1,1–1,2
*Ikäryhmä 85–105 vs. 0–24	6,7	5,9–7,7
Ikäryhmä 85–105 vs. 25–34	3,3	2,9–3,7
Ikäryhmä 85–105 vs. 35–44	2,6	2,3–3,0
Ikäryhmä 85–105 vs. 45–54	1,9	1,7–2,2
Ikäryhmä 85–105 vs. 55–64	1,8	1,6–2,1
Ikäryhmä 85–105 vs. 65–74	2,2	2,0–2,5
Ikäryhmä 85–105 vs. 75–84	1,5	1,3–1,6
Akuutti ylähengitysinfektio (ICD-10 J069) vs. ei ylähengitysinfektiota	3,6	2,2–5,5
Verenpainetauti (ICD-10 I10) vs. ei verenpainetautia	3,6	3,1–4,1
Eteisvärinä tai eteislepatus (ICD-10 I48) vs. ei eteisvärinä tai eteislepatus	3,0	1,8–4,8
Aikuistyyppin diabetes (ICD-10 E11) vs. ei aikuistyyppin diabetesta	2,6	2,3–3,0
Muu tarttuva ihosairaus (ICPC2 S76) vs. ei tarttuvaa ihosairautta	1,8	1,1–2,8
Yleiset vatsakivut (ICPC2 D01) vs. ei yleisiä vatsakipuja	2,6	1,7–3,8
Masennus (ICD-10 F32) vs. ei masennusta	9,5	7,5–11,8
Ahdistus (ICD-10 F41) vs. ei ahdistuneisuutta	12,0	8,7–16,3
Repeämä/viilto (ICPC2 S18) vs. ei repeämää viiltoa	2,5	2,1–3,0
Oksentelu (ICPC2 D10) vs. ei oksentelua	1,9	1,3–2,7
Päänsärky (ICPC2 N01) vs. ei päänsärkyä	1,6	1,0–2,3
Ripuli (ICPC2 D11) vs. ei ripulia	1,9	1,4–2,6

*ikä vuoden lopussa

telu, ripuli, päänsärky ja ihotulehdukset, joissa oli bakteeritulehdus mukana (S76). Hoitajan avosairaanhoidon suurkäyttöä selittivät siten osin samat tekijät kuin lääkärin vastaanoton suurkäyttöäkin. Miespotilailla oli kuitenkin 20 % suurempi todennäköisyys kuulua hoitajan vastaanoton suurkäyttäjiin kuin naispotilailla.

HOITAJIEN HOITOPUHELUIJEN SUURKÄYTTÖ

Aineistossa, jossa tutkittiin hoitajien hoitopuheluita, oli 54 691 potilasta. Miehiä heistä oli 35 %. Aineistossa oli suurkäyttäjiksi luokiteltuja 881 eli 1,6 % hoitopuheluita käyneistä potilaista. He kä-

vivät kuitenkin peräti 9633 puhelua hoitajan kanssa, mikä oli 10,2 % kaikista puheluista. Suurkäyttäjät kävivät keskimäärin 10,9 hoitopuhelua (mediaani 10) ja muut keskimäärin 1,6 hoitopuhelua (mediaani 1).

Suurkäyttäjiä oli miehistä 1,9 % ja naisista 1,5 % ($p < 0.001$). Suurkäyttäjiä oli suomenkielisistä 1,7 %, ruotsinkielisistä 2,0 %, mutta muita kieliä äidinkielenään puhuvista puhelujen suurkäyttäjiä oli vain kahdeksan potilasta. Alle 45-vuotiaista suurkäyttäjiä oli 0,3 % ja 65 vuotta täyttäneistä ja sitä vanhemmista 3,4 % ($p < 0.001$). Matalan KELA:n sairastavuusindeksin

Taulukko 9.

Terveysasemien avosairaanhoidon hoitajan hoitopuhelujen suurkäyttöön yhteydessä olevia tekijöitä (ICD-10)

	Ristitulosuhde	95 %:n luottamusväli
Mies vs. nainen	1,1	1,0–1,3
*Ikäryhmä 65–105 vs. < 45	8,8	6,9–11,5
Ikäryhmä 65–105 vs. 45–64	1,7	1,5–2,1
Eteisvärinä tai eteislepatus (I48) vs. ei eteisvärinä tai eteislepatus	11,5	9,5–14,0
Terveysasemat C vs. terveysasemat A	1,1	0,9–1,2
Terveysasemat C vs. terveysasemat B	2,6	2,0–3,5
Aikuistyyppin diabetes (E11) vs. ei aikuistyyppin diabetes	4,6	3,2–6,3
†Sairastavuusindeksi 93–118 vs. sairastavuusindeksi 63–78	0,6	0,5–0,8
Sairastavuusindeksi 93–118 vs. sairastavuusindeksi 81–92	0,9	0,8–1,1

*Ikä vuoden lopussa

†Sairastavuusindeksi*63–78: Vironniemi, Ullanlinna, Lauttasaari, Tuomarinkylä, Länsi-Pakila, Kulosaari, Kampinmalmi, Taka-Töölö, Munkkiniemi, Itä-Pakila, Laajasalo

Sairastavuusindeksi 81–92: Pitäjänmäki, Oulunkylä, Puistola, Reijola, Suutarila, Haaga, Vartiokylä, Vuosaari, Kaarela, Malmi, Pukinmäki

Sairastavuusindeksi 93–118: Latokartano, Herttoniemi, Kallio, Mellunkylä, Pasila, Vanhakaupunki, Vallila, Myllypuro, Maunula, Alppiharju, Jakomäki

Terveysasemat C: Hoitajan työpanospäivät / 1000 as 117–135: Itäkeskus, Kivikko, Kontula, Laajasalo, Vuosaari, Malminkartano, Jakomäki, Maunula, Oulunkylä, Pihlajamäki ja Suutarila

Terveysasemat B: Hoitajan työpanospäivät / 1000 as 105–113: Herttoniemi, Haaga, Kannelmäki, Malmi, Puistola

Terveysasemat A: Hoitajan työpanospäivät / 1000 as 74–104: Viiskulma, Kallio, Koskela, Lauttasaari, Töölö, Vallila, Laakso, Munkkiniemi, Pitäjänmäki ja Paloheinä

luokassa oli 11 505, keskimmaisessä luokassa 21 975 ja korkean sairastavuusindeksin luokassa 19 091 potilasta. Suurkäyttäjää oli suhteellisesti eniten, 2,6 % potilaista, matalan sairastavuusindeksin peruspiireissä. Peruspiireistä muodostettujen ryhmien väliset erot suurkäytössä olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0.001$).

Hoitopuhelujen suurkäyttöä selittivät monimuuttuja-analysissä ikäryhmä, peruspiirin sairastavuusindeksi, eteisvärinä/eteislepatus, aikuistyyppin diabetes ja vähäisessä määrin miessukupuoli (Taulukko 9).

POHDINTA

Tässä tutkimuksessa yli seitsemän kertaa vuoden aikana terveyskeskuslääkärin avosairaanhoidon vastaanotolla käyneitä potilaita oli 2,1 % potilaista. He tekivät 9,4 % vastaanottokäynneistä.

Eniten käynnejä tehnyt 10 % potilaista teki 27,5 % käynneistä. Helsingin terveysasemien suurkäyttäjät muodostivat 0,7 % kaupungin väestöstä. Siten suurkäyttäjien osuus potilaista oli tässä tutkimuksessa pienempi kuin useimmissa aiemmissä tutkimuksissa (Videman ym. 1976, Savonius 1988, Jyväskylä 2001, Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytymisen ja terveys 2011). Helsingin kaupungin terveysasemilla 1990-luvulla tehdyn tutkimuksen mukaan 6 % potilaista kävi yli 10 kertaa terveysasemien vastaanotolla (Hyypiä 1997). Myös eräissä ulkomaisissa tutkimuksissa lääkärivastaanottojen suurkäyttö oli yleisempää kuin tässä tutkimuksessa (Vedstedt ja Christensen 2005, Foster ym 2006). Tässä tutkimuksessa Helsingin terveysasemien lääkärivastaanottojen melko vähäistä suurkäyttöä selittänee osaksi se, että potilaiden käynnit ja hoitopuhelut

analysoitiin erikseen. Jos käynnit ja puhelut lääkärin ja hoitajan vastaanotoilla olisi laskettu analyysivaiheessa yhteen, olisi suurkäyttäjii huomattavasti enemmän kuin laskemalla käynnit ja puhelut erikseen. Tämän tutkimuksen aineistossa potilaita, joilla oli yhteensä yli seitsemän avosairaanhoidon lääkärin vastaanottokäyntiä ja hoitopuhelua oli yhteensä 13 268.

Terveyskeskusten käyntien määrissä ja käyntisyissä on huomattavaa kausivaihtelua. Esimerkiksi Pärnänen ym. (2001) tutkimuksessa terveyskeskuslääkärit rekisteröivät potilaiden käynnit ja käyntisytyt kahden viikon ajan toukokuun aikana ja laskivat vuoden käyntimäärän kertomalla tutkimusjaksolla kertyneiden käyntien määrän 26:lla. Esimerkiksi hengitystievirusinfektiopotilaiden määrä on muita kuukausia suurempi yleensä marras-joulukuussa (Tartuntatautirekisteri, tilastotietokanta 2013). Tämän tutkimuksen aineisto sisälsi käynnit koko vuoden ajalta.

Erikoissairaanhoito on siirtänyt yhä enemmän diagnostiikkaa ja hoitojen seurantaan terveysasemille, ja vastaavasti terveysasemilla on tehostettu hoitokäytäntöjä. Helsingissä sisätautilääkäri konsultoi terveysasemilla tarvittaessa. Erikoissairaanhoitoon lähettämistä rajoittaa erikoissairaanhoidon jonotilanne. Erikoissairaanhoitoon lähetetyistä noin neljännes palautetaan Helsingin terveysasemille. Myös suuren komplikaatoriskin potilaita seurataan terveysasemilla säännöllisesti. Käypä hoito -suositusten mukaan verensapainetautipotilasta hoidettaessa tarvitaan useita laboratorio- ja kuvantamistutkimuksia. Esimerkiksi ellei diabeetikolla ole saavutettu hoitotasapainoa, suositellaan seuranta 2–4 kuukauden välein tai tarvittaessa tiheämmin.

Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että naisilla ja iäkkäillä henkilöillä usein toistuvat lääkärivastaanottokäynnit ovat tavallisempia kuin miehillä ja nuorilla henkilöillä. (Videman ym. 1976, Savonius 1988, Neal ym. 1998, Jyväskylä 2001). Sukupuoli ei ole kuitenkaan kaikissa tutkimuksissa selittänyt suurkäyttöä (Savageau ym. 2006). Tässäkin tutkimuksessa naisten todennäköisyys käydä yli seitsemän kertaa lääkärin vastaanotolla oli vain 10 % suurempi kuin miesten. Hoitajien vastaanottoaineistossa miesten suurkäyttö oli jopa 20 % naisten suurkäyttöä todennäköisempää.

Tässä tutkimuksessa lääkärin vastaanoton sekä hoitopuhelujen suurkäyttöä selittivät aikuisuuteen diabetes, verenpainetauti, masennus, ahdistus, selkäsärky ja raajakipu. Myös eräissä ai-

emmissä tutkimuksissa endokriiniset sairaudet, diabetes, ahdistuneisuus ja masennus (Jyväskylä 2001, Savageau ym. 2006), ahdistuneisuus (Karlsson 1995, Kapur ym. 2004), verenpainetauti (Karlsson ym. 1994) ja kipu (Holmberg ym. 2004) ovat selittäneet lääkärin vastaanottojen suurkäyttöä. Lääkärin vastaanoton suurkäyttöä selitti tässä tutkimuksessa lisäksi akuutti ylähengitystieinfektio ja poskiontelon tulehdus, kuten myös eräissä aiemmissa tutkimuksissa (Savonius 1988, Smits ym. 2009).

Potilaan valittaessa epämääräisiä oireita voidaan käyttää Z03-diagnoosia, joka selitti lääkärikäyntien ja hoitopuhelujen suurkäyttöä. Jos potilaan käynnin taustalla on ensisijaisesti sosiaalinen tai taloudellinen ongelma, ei potilas saa aina apua terveysasemalta. Tämä saattaa aiheuttaa toistuvaa hakeutumista terveysasemalle. Eräiseen tutkimukseen osallistuneista terveyskeskusten työntekijöistä lähes puolet arvioi, että viidennes terveyskeskuskäynneistä olisi turha (Sihvonen ja Kekki 1990). Esimerkiksi akuutti ylähengitystieinfektio ja poskiontelon tulehdus ovat usein itsestään paranevia infektioita. Smedbyn (1974) mukaan suurkäyttöä ei kuitenkaan tulisi samaistaa aiheettomiin käynteihin.

Niissä peruspiireissä, joissa KELA:n sairastuvuusindeksi oli korkea, oli suurkäytön todennäköisyys suurempi kuin niissä, joissa indeksi oli matala. Lääkärin vastaanoton suurkäyttäjien osuus vaihteli (1,2–3,5 %) terveysasemittain. Niillä terveysasemilla, joilla lääkärin työpanospäivien ja vastuuväestön lukumäärän välinen suhdeluku oli muita terveysasemia suurempi, oli potilaalla suurempi todennäköisyys kuulua suurkäyttäjien joukkoon. Tämä tulos heijastaa positiivisen diskriminaation (PD-indeksi) perustein painotettua resurssijakoa. Vuonna 2011 Helsingissä perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäyntejä tehtiin n. 459 000. Yleislääkärikäyntejä yksityisvastaanotoilla helsinkiläiset tekivät samana vuonna 142 000. Helsingissä niillä kantakaupungin alueilla, joissa yksityislääkärikäyttö on runsasta, tehdään jopa 40 prosenttiyksikköä vähemmän terveyskeskuksen avosairaanhoidon käyntejä kuin niillä, joissa yksityislääkärikäyntejä on vähän. (Yksityislääkärikäynnit kävijää kohti vuonna 2011, Vuoden 2011 terveyskeskuksen terveyspalvelujen käyttäjät.)

Hoitajien vastaanoton suurkäyttöä selittivät suurelta osin samat ICD-10-diagnoosit kuin lääkärivastaanoton suurkäyttöäkin. Lisäksi hoitajavastaanoton suurkäyttöön olivat yhteydessä mies-

sukupuoli, korkea ikä, eteisvärinä tai eteislepatus, muu tarttuva ihosairaus, repeämä/viilto, oksentele, päänsärky, ripuli, yleiset vatsakivut ja masennus. Lievästä tai keskivaikeasta masennuksesta kärsivistä potilaista merkittävä osa käy psykiatristen sairaanhoitajien vastaanotoilla. Työparimallissa hoitaja voi määrätä lääkärin konsultation perusteella lääkärin ohjeistamia laboratoriolähettestä noin viidenneksen. Esimerkiksi varfariinin vaikutusten seurannassa tarvitaan toistuvia hyytymistekijämittauksia. Viime vuosina potilaita on koulutettu omahoitoon niin, ja omahoidon piirissä on noin 20 % potilaista.

Lääkäreiden hoitopuhelujen suurkäyttäjiksi luokiteltuja potilaita oli 1,2 % hoitopuheluja käyneistä. He kävivät 6,3 % kaikista lääkäreiden kanssa käydyistä hoitopuheluista. Lääkäreiden hoitopuhelujen suurkäyttöä selittivät potilaan korkea ikä ja yleisimmät terveysasemilla esiintyvät diagnoosit sekä muita terveysasemia runsaammat työpanospäivät suhteessa väestömäärään. Hoitajien hoitopuheluaineistossa suurkäyttäjiksi luokiteltuja potilaita oli 1,6 % hoitopuheluja käyneistä, ja he kävivät 10,2 % kaikista hoitajien kanssa käydyistä puheluista. Hoitajien hoitopuhelujen suurkäyttöä selittivät potilaan eteisvärinä/etislepatus, korkea ikä, miessukupuoli ja työpanospäivät. Korkean sairastavuusindeksin peruspiireissä oli muita vähäisempi todennäköisyys olla hoitajien hoitopuhelujen suurkäyttäjien joukossa.

Vuoden aikana usein toistuvista käynneistä avosairaanhoidon lääkärin tai hoitajan vastaanotolla merkittävä osa on todennäköisesti perusteltuja. Esimerkiksi osa suurkäyttäjistä käy suunnitellusti esimerkiksi 5–10 kertaa vuoden aikana psykiatristen sairaanhoitajien terapiassa. Kuitenkin joissakin tapauksissa olisi harkittava, olisiko suurkäyttöön kiinnitettävä erityistä huomiota ja voitaisiinko joidenkin suurkäyttäjien hoito to-

teuttaa vaikuttavammin erikoissairaanhoidossa tai päihdehoidon osalta erityistason hoidossa. Pienehkö osa potilaistahan oli käynyt vastaanotolla yli 50 kertaa ja jopa yli 100 kertaa vuoden aikana.

Erilaisten vähäisten oireiden kokeminen kansalaisilla on verrattain tavallista eikä aina ole selvää, milloin tulee hakeutua vastaanotolle. Oireiden kokemiseen ja siten myös hoitoon hakeutumiseen vaikuttaa kulttuuri, ihmissuhdeongelmat, stressaava elämäntapahtuma tai muu pakottava tekijä kuten sairauslomatodistuksen tarve. (Zola 1973.) Suurkäyttäjäpotilaiden kohdalla huonoa hoidon jatkuvuutta ja hoitavan lääkärin vaihtuvuutta on pidetty ongelmana (Larivaara 1987, Videman 1988). Toisaalta Aromaa ym. (1988) puolestaan havaitsivat laajan omalääkärinkokeilun yhteydessä, että niillä, joilla oli nimetty omalääkäri, oli vähintään 10 % enemmän lääkärikäyn- tejä kuin niillä joilla omalääkäriä ei ollut nimetty. Vuoden 2011 aikana Helsingin terveysasemilla terveydenhuoltolain tultua voimaan sai valita terveysaseman kunnan alueella ja listautumismallin mukaisesti haluamansa lääkäri/hoitajatyöparin. Kiireettömän hoidon vapaan valinnan laajeneminen vuoden 2014 alusta saattaa lisätä niiden vastaanottojen suosiota, joilla potilasta kuunnellaan ja hänen tilanteeseensa paneudutaan.

PÄÄTELMÄT

Terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkärivastaanoton suurkäyttöä ei voitane pitää Helsingissä erityisen yleisenä. Tähän on vaikuttanut muun muassa parityöskentelymalli, jossa hoitajavastaanottoja on kehitetty lääkärivastaanoton rinnalla. Toiseksi hoitopuheluilla on pyritty korvaamaan vastaanotolla käyn- tejä, ja viime aikoina lisäksi internetin kautta tapahtuvaa asiointia on lisätty. Terveysasemien avosairaanhoidon suurkäyttöä selittävät varsinkin potilaiden sairaudet ja ikä.

The study traced factors connected to heavy use of Health Station outpatient doctors' and nurses' appointments and of telephone calls substituting for appointments. Heavy use refers to patients who had more than seven appointments or more than seven telephone calls within a year. The study data comprised all the statistics of the health stations of the City of Helsinki on outpatient doctors' and nurses' appointments and telephone calls in 2011. The four data sets were analysed separately, excluding the effects of cross-utilisation from the study. 2,1 % of patients had more than seven doctor's appointments in outpatient care throughout the year, and those patients also comprised 9,4 % of all doctor's appointments. In outpatient nurse's appointments, 3,5 % of patients were heavy users who comprised 23,1

% of all nurse's appointments. The 10 % of patients with the most doctor's appointments had 27,5 % of all doctor's appointments. Similarly, the 10 % of patients who had the most nurse's appointments had 37 % of all nurse's appointments. Common factors connecting patients with more than seven doctor's appointments were the patient's advanced age, upper respiratory infection, backache, depression, anxiety, arterial hypertension, type 2 diabetes, the patient's district of residence and female gender. Factors explaining heavy use of nurse's appointments were almost identical to the factors explaining heavy use of doctor's appointments. Doctors' and nurses' telephone calls that were repeated more than seven times were partially explained by the same factors as the repeated appointments.

KIRJALLISUUS

- Andersson S-O, Mattson B, Lynöe N. Patients frequently consulting general practitioners at a primary health care centre in Sweden – A comparative study. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1995;23(4):252–257.
- Aromaa A, Linnala A, Maljanen T, Mattila K. Yksityislääkärit omalääkäreinä, raportti Kansaneläkelaitoksen omalääkärikoikeilusta. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 39/1988. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 1988.
- Bergh H, Marklund B. Characteristics of frequent attenders in different age and sex groups in primary health care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2003;21:171–177.
- Carney T, Guy S, Jeffrey G. Frequent attenders in general practice: a retrospective 20-year follow-up study. *British Journal of General Practice* 2001;51:567–569.
- Castaneda A, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi Helsingissä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsingin kaupunki. Maahanmuutto-osasto 2013.
- Ecomed Analyzer 2010. Helsingin kaupungin terveyskeskus. Johdon tietojärjestelmät.
- Elonheimo O. Perusterveydenhuollon palvelujen käyttömalli: Avoterveyspalvelujen kuvaaminen ja voimavarojen käyttötärpeen ennustaminen. *Kansantervystieteen julkaisuja M* 163:1999. Yliopistopaino, Helsinki 1999.
- Enthoven P, Skargren E, Öberg P. Clinical course in patient seeking primary care for back or neck pain: A prospective 5-year follow-up of outcome and health care consumption with subgroup analysis. *Spine* 2004;29 (21):2458–2465.
- Foster A, Jordan K, Croft P. Is frequent attendance in primary care disease-specific? *Family Practice* 2006;23:444–452.
- Hjern A, Haglund B, Persson G, Rosén M. Is there equity in access to health services for ethnic minorities in Sweden? *European Journal of Public Health* 2001;11 (2):147–152.
- Holmberg S, Thelin A, Stienström E-L, Svärdsudd K. Psychosocial factors and low back pain, consultations and sick leave among farmers and rural referents: a population-based study. *Journal of Occupational and environmental medicine* 2004;46:993–998.
- Hyypiä M. Terveyspalvelujen käyttö ja suurkäyttö. Helsingin kaupungin tietokeskuksen tutkimuksia 8/1997. Helsinki 1997.
- 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. *Acta Universitatis Ouluensis. Medica. D* 639. University of Oulu 2001.
- Jyväsjärvi S, Keinänen-Kiukaanniemi S, Väisänen E, Lariivaara P, Kivelä S-L. Frequent attenders in a Finnish health centre: morbidity and reasons for encounter. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1998;16:141–148.
- Kapur N, Hunt I, Lunt M, McBeth J, Creed F, MacFarlane G. Psychosocial and illness related predictors of consultation rates in primary care – a cohort study. *Psychosocial Medicine* 2004;34:719–728.

- Karlsson H, Lehtinen V, Joukamaa M. Frequent attenders of Finnish public primary health care: sociodemographic characteristics and physical morbidity. *Family Practice* 1994;11(4):424–430.
- Karlsson H, Lehtinen V, Joukamaa M. Are frequent attenders of primary health care distressed? *Scandinavian Journal of Health Care* 1995;13:32–37.
- Kestilä L, Koskinen S, Kestilä L, Suvisaari J, Aalto-Setälä T, Aro H. Nuorten aikuisten psyykinen oireilu: riskitekijät ja terveyspalvelujen käyttö. *Suomen Lääkärilehti* 2007;43(62):3979–3986.
- Koopmans G, Donker M, Rutten. Common mental disorders and use of general health services: a review of the literature on population-based studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005;111:341–350.
- 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. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2010;28:55–61.
- Larivaara P. Terveyskeskuksen lääkäripalvelujen suurkäyttäjät. *Acta Universitatis Ouluensis. Series D, Medica no. 164. Kansanterveystieteen laitos, Oulun yliopisto* 1987.
- Luciano J, Fernández A, Pinto-Meza A, Luján L, Bellón J, Garzía-Gampayo J, Penarrubia M, Fernández R, Sanavia M, Blanco M, Haro J, Palao D, Serrano-Blanco A. Frequent attendance in primary care: comparison and implications of different definitions. *British Journal of General Practice*. February 2010.
- Neal R, Heywood P, Morley S, Clayden 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.
- Nylander O, Ståhle P, Nenonen M. Informaatio-ohjauksesta tietointensiiviseen vuorovaikutukseen terveydenhuollon kehittämisessä. *Yhteiskuntapolitiikka* 2003;68:1.
- Parmanne P, Saukkonen S-M, Ruskoaho J, Vuorio S. Lääkäriavun hidastaa hoitopäätös terveyskeskuksissa. *Suomen Lääkärilehti* 2010;48(65):3989–3994.
- Pärnänen H, Mäntyselkä P, Kumpusalo E, Takala J. Terveyskeskuslääkäriissäkäyntien syyt Suomessa. *Suomen Lääkärilehti* 2001;35(56):3483–3487.
- Ronalds C, Kapur N, Stone K, Webb S, Tomenson B, Creed F. Determinants of consultation rate in patients with anxiety and depressive disorders in primary care. *Family Practice* 2002;19 (1):23–28.
- Sairastavuusindeksi Helsingissä ja peruspiireittäin 2009. Helsingin kaupungin tietokeskus. Tilastoja 8/ 2011.
- Savageau J, McLoughlin M, Ursan A, Bai Y, Collins M, Cashman S. Characteristics of frequent attenders at a community health center *JABFM* 2006;19(3):265–275.
- Savonius B. Palvelujen suurkäyttö Espoon terveyskeskuksessa. *Suomen Lääkärilehti* 1988;43:1718–1720.
- Sihvonen M, Kekki P. Unnecessary visits to health centres as perceived by the staff. *Scandinavian Journal of Primary Health care* 1990;8:233–239.
- Smedby B. Storkonsumenter av läkarvård. *Socialmedicin Tidskrift* 1974;51:462–468.
- 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):1–7.
- Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 15/2011.
- Tartuntatautirekisteri, tilastotietokanta 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektioaudit-fi/seuranta
- Vedstedt P, Christensen M. Frequent attenders in general practice care: A literature review with special reference to methodological considerations. *Public Health* 2005;119:118–137.
- Vedstedt P, Christensen M, Sorensen H, Fink P, Olesen F. Special status consultation for frequent attenders. Who are the candidates? *Journal of Public Health Medicine* 2002;24(1):53–57.
- Vedstedt P, Olesen F. Frequent attenders in out-of-hours general practice care: attendance prognosis. *Family Practice* 1999;16(3):283–288.
- Videman T, Heikkilä J, Venesmaa P. Lääkäripalvelujen käytön kasautumisen ongelma. *Suomen Lääkärilehti* 1976;31:2426–2430.
- Vuoden 2011 terveyskeskuksen terveyspalvelujen käyttäjät, Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto. Tilastoportaali.
- Yksityislääkärikäynnin kävijää kohti vuonna 2011. Kansaneläkelaitos, väestötiedot. Tilastokeskus. Helsingin kaupungin tietokeskus, Aluesarjat.
- Zola I. Pathways to the doctor—from person to patient. *Social Science Medicine* 1973;7:677–689.

JUHA NYMAN

FT, erityissuunnittelija

Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto

PAULA JÄPPINEN

FM, KM, systeemisuunnittelija

CGI Suomi Oy