

# Miten potilaan tutkimuskierre pysäytetään?

Jokainen lääkäri kohtaa potilaita, joita on tutkittu paljon mutta joiden oireille ei ole löydetty selitystä. Silloin kannattaa pysähtyä.



**T**utkimuskierteeseen saattaa ajautua potilas, jonka lääkärit ovat usein vaihtuneet tai joka on itse hakeutunut useiden am-

mattilaisten vastaanotoille. Potilas on voinut pyytää tai jopa vaatia lisätutkimuksia oireidensa selvittämiseksi. Oireet ovat saattaneet olla epätyypillisiä tai lääketieteellisesti selittämättömiä. Myös potilaan ahdistuneisuus tai muut mielenterveyden häiriöt voivat vaikuttaa tutkimuskierteeseen.

Terveysdenhuoltojärjestelmän näkökulmasta tutkimuskierre on signaali toiminnan tehostumuksesta ja kalleudesta. Yhteistä näille tilanteille on usein pitkäaikaisten hoitosuhteiden puuttuminen ja vastaanottojen kiire. Kenelläkään ei ole ollut aikaa pysähtyä pohtimaan tutkimuskierteen juurisyytä. On nopeampaa määrätä lisää tutkimuksia kuin pysähtyä ja kuunnella potilasta tai käydä perusteellisesti läpi aiempi tutkimushistoria tai tehdä hoitosuunnitelma yhdessä potilaan kanssa.

Myös lääkärin vaikeus sietää epävarmuuden tunnetta voi johtaa lisätutkimusten määräämiseen. On kuitenkin lääkärin oikeus ja velvollisuus tehdä hoitopäätökset lääketieteellisin perustein.

Jos lääkäri määrää tutkimuksia, jotka eivät välttämättä ole lääketieteellisesti perusteltuja, tai toistaa niitä perusteettomasti, niistä on potilaalle todennäköisesti enemmän haittaa kuin hyötyä. Huolet ja pelot vain vahvistuvat, kun syytä oireisiin ei löydetä toistetuissa tutkimuksissa.

### **Hoidon jatkuvuuden merkityksestä vahva näyttö**

Tutkimusnäytön perusteella hoidon jatkuvuudelle on vankat perusteet. Näyttö hoidon jatkuvuuden puolesta on vahva niin päivystyskäyntien, päivystyksellisten osastojaksojen ja jopa kuolleisuuden vähentäjänä (1–4). Jo 1800-luvulla lääkäri William Osler totesi, että on paljon tärkeämpää tietää, millaisella potilaalla on sairaus, kuin millainen sairaus potilaalla on (5).

Hoidon jatkuvuuden trendi suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä on ollut laskeva (6). Suurella osalla

## *Tarvitaan dialogia ja aikaa dialogille.*

suomalaisista terveyskeskuspotilaista ei ole nimettyä omalääkäriä. Potilastuntemuksen kehittymiseen kuluu aikaa. Norjalaisia yleislääkäreitä koskevassa tutkimuksessa selvisi, että laajan potilastuntemuksen kehittymiseen saattaa mennä jopa viisi vuotta (7). Tuoreessa toisessa norjalaisessa tutkimuksessa selvisi, että hoitosuhteella voi olla myös annosvaikutus: mitä pidempi oli hoitosuhde nimettyyn omalääkäriin, sitä vähemmän potilailla oli päivystyskäyntejä ja jopa potilaiden kuolleisuus oli pienempi (4).

Hoidon jatkuvuus pitäisi nostaa keskeiseksi periaatteeksi terveydenhuoltojärjestelmää kehitettäessä. Myös yksittäistä potilasta hoidettaessa jatkuvuuden hyötyä tulisi aina pohtia. Jatkuvuudesta hyötyisivät todennäköisesti eniten terveyspalvelujen suurkäyttäjät ja tutkimuskierteessä olevat potilaat.

### **Hoitosuunnitelma kaikkien näkyville**

Hoitosuunnitelman tarkoituksena on koota yhdessä potilaan kanssa yhteen dokumenttiin hoidon tarve, tavoitteet, toteutus, tuki, keinot ja seuranta (8). Sen tavoitteena on potilaan sitouttaminen omahoitoon, ja se tuo hoitoon osallistuvien ammattilaisten tietoon hoidon yksilölliset tavoitteet ja periaatteet. Hoitoa koordinoiva ammattilainen on tärkeää kirjata suunnitelmaan.

Helposti päivitettävä terveys- ja hoitosuunnitelma pitäisi saada liitetyksi potilaskertomukseen, niin että se olisi kaikkien hoitavien tahojen – myös potilaan – nähtävillä erillisellä lehdellä. Siitä olisi hyötyä nimenomaan hoidon tavoitteiden kirkastamisessa, työnjaon järkevöittämisessä, päivystyksellisten tilanteiden ennakoinnissa sekä päällekkäisten hoitojen ja tutkimusten karsimisessa. Suomalaiset potilastietojärjestelmät ovat tähän mennessä kuitenkin

huonosti soveltuneet tähän tarkoitukseen, ja se on kiireellinen kehittämiskohde.

THL:n ohjeistuksessa ja monisairaalan potilaan Käypä hoito -suosituksessa suositellaan hoitosuunnitelman laatimista potilaalle, joka käyttää paljon palveluja tai hoitoa useammalta taholta (8,9). Tutkimuskierteessä olevat potilaat kuuluvat tähän joukkoon.

Kanta-arkisto mahdollistaa ammattilaisille eri organisaatioissa tehtyjen tutkimusten ja käyntien tarkastelun. Sen heikkouksia ovat kuitenkin tiedon hajanaisuus ja puutteelliset hakutoiminnot. Ammattilaisen on vastaanotolla hyvin vaikeaa saada nopeasti kuvaa eri organisaatioissa tehdyistä tutkimuksista, erityisesti silloin kun niitä on tehty paljon. Yhteenvetonäkymälle, jossa olisi mahdollisuus lajitella ja koota aiemmin tehtyjä tutkimuksia ja käyntejä, on suuri tarve.

### **Saumaton hoito ja sujuvat konsultaatiot**

Tutkimuskierteen katkaisemisessa tärkeää on myös hoidon saumattomuus perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Tarvitaan saumattomia hoitoketjuja ja sujuvia konsultaatioita. Moni tutkimus ja läheite voisi jäädä tekemättä silloin, kun erikoislääkärin konsultaation voi tehdä sujuvasti ja nopeasti.

Digitaalisuus voi auttaa matalan kynnyksen konsultaatiokanavien rakentamisessa ja päätöksentekijärjestelmä voisi auttaa muistuttamalla aiemmin tehdyistä tutkimuksista.

### **Oireiden selvittely vaatii muutakin kuin poissulkustrategiaa**

Perusterveydenhuollon vastaanotoilla esitettyistä oireista joka kolmas voi jää-

dä ilman spesifistä diagnoosia (10) ja jopa joka viides oire voi olla lääketieteellisesti selittämätön (11). Sairauksien poissulkustrategialla potilas saattaa joutua tutkimuskierteeseen.

Olennaista on tunnistaa toiminnallisten oireiden tyypilliset piirteet ja etsiä niitä aktiivisesti, ei vain sulkea sairauksia pois (12).

## Vuorovaikutukseen tarvitaan aikaa ja taitoa

Tutkimuskierteessä olevien potilaiden kohtaamisissa tarvitaan hyviä vuorovaikutustaitoja. Potilaalla saattaa olla pelkoja ja huolia oireistaan. Hänellä on ennakkotietoa ja omia käsityksiään oireiden syistä. Tärkeää on, että potilas tulee vastaanotolla kuulluksi ja hän saa vastauksia hakemiinsa kysymyksiin.

Potilaan huolta, pelkoa ja halua lisätutkimuksiin on tärkeää arvioida esimerkiksi kysymyksiin ”Mistä ajattelet oireidesi johtuvan?”, ”Mitä odotat tutkimuksilta?” tai ”Minkälaisia seurauksia sinulla on ollut toistuvista tutkimuksista?”. Potilaan toiveita voi validoida toteamalla ”Ymmärrän, että toivot lisätutkimuksia”. Tarvitaan dialogia ja aikaa dialogille.

Lääkärin ammattitaitoa on tutkijamustien määräämättä jättäminen silloin, kun siihen on lääketieteelliset perusteet. Vuorovaikutuksessa on kuitenkin tärkeää viestiä potilaalla, että lääkäri ottaa hänen oireensa todesta ja haluaa auttaa, vaikka ei tutkimuksia määrääkään.

## Yleislääketieteen erikoislääkäreitä terveyskeskuksiin

Potilaan hoitoa koordinoivaksi ammatilaiseksi paras vaihtoehto on yleislääketieteen erikoislääkäri. Hänet on koulutettu kokonaisvaltaiseen työtoteeseen ja ottamaan vastuu potilaan hoidon koordinoinnista.

Ongelmana on, että suomalaisissa terveyskeskuksissa heitä on liian vähän: on arvioitu, että vain joka neljäs terveyskeskuslääkäri on yleislääketie-

teen erikoislääkäri (13). Suurin osa terveyskeskuslääkäreistä on koulutusvaiheen lääkäreitä. Tarvitsemme terveyskeskuksiin lisää yleislääketieteen erikoislääkäreitä tuomaan johtajuutta ja jatkuvuutta kliiniseen työhön.

## Tukea lääkärin työhyvinvointiin

Tutkimuskierteessä olevan potilaan hoitaminen voi olla kuormittavaa ja vuorovaikutustilanteet haastavia. Lääkärin työhyvinvointi voi olla silloin uhattuna. Tällöin työkaverien ja esihenkilön tuki on tärkeä.

Työnohjauksesta voi olla apua lääkärin työhön liittyvien kokemusten ja tunteiden työntekijä ja arvioimisessa sekä tilanteen jäsentämisessä. Työnohjaus on oman työn kehittämistä ja se voi auttaa oman työroolin vahvistamisessa sekä rajojen tunnistamisessa.

Tutkimuskierteessä olevan potilaan hoitaminen voi toisaalta olla palkitsevaa. Pysähtyminen ja potilaaseen tutustuminen voivat auttaa uusiin oivaluksiin potilaan tilanteesta ja pysäyttää kierteen. Potilaan pystyvyyden tunne vahvistuu, kun pelko ei enää ohjaa hänen toimintaansa. Tähän tarvitaan aikaa, molemminpuolista luottamusta sekä jatkuvuutta. •

### TUOMAS KOSKELA

LT, dosentti, yleislääketieteen erikoislääkäri yleislääketieteen professori (tenure track), Tampereen yliopisto  
ylilääkäri, Tays perusterveydenhuollon yksikkö

### OUTI KOSKELA

LL, yleislääketieteen erikoislääkäri, työterveyslääkäri, kognitiivisen käyttäytymisterapian psykoterapeutti (YET)  
Pihlajalinna Oy ja KKT-keskus Arvo oy

### SIDONNAISUDET

Tuomas Koskela: Monisairas potilas Käypä hoito -työryhmän puheenjohtaja,  
Outi Koskela: Hallituksen jäsen  
(Kognitiivinen käyttäytymisterapiakeskus Arvo Oy)

### KIRJALLISUUTTA

- 1 Barker I, Stevenon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ* 2017 Feb 1;356:j84.
- 2 Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open* 2018 Jun 28;8(6):e021161.
- 3 Baker R, Freeman GK, Haggerty JL ym. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2020;70:e600-11.
- 4 Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract*, verkossa ensin 26.8.2021. doi: 10.3399/BJGP.2021.0340
- 5 Osler W. The principles and practice of medicine: designed for the use of practitioners and students of medicine. Edinburgh and London: Young J. Pentland 1892.
- 6 Raivio R, Holmberg-Marttila D, Mattila KJ. Patients' assessments of the continuity of primary care in Finland: a 15-year follow-up questionnaire survey. *Br J Gen Pract* 2014;64:e657-63.
- 7 Hjortdahl P. Continuity of care: general practitioners' knowledge about, and sense of responsibility toward their patients. *Fam Pract* 1992;9:3-8.
- 8 Korhonen M. Terveys- ja hoitosuunnitelman toiminnalliset vaatimukset liittyville järjestelmille. THL 2018. [https://thl.fi/documents/920442/3850406/THS\\_toiminnalliset+vaatimukset\\_V1.2.pdf/84da605d-dcc5-43bb-8de1-c95388a60576](https://thl.fi/documents/920442/3850406/THS_toiminnalliset+vaatimukset_V1.2.pdf/84da605d-dcc5-43bb-8de1-c95388a60576)
- 9 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Monisairas potilas. Käypä hoito -suositus 16.3.2021. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- 10 Rosendal M, Carlsen AH, Rask MT, Moth G. Symptoms as the main problem in primary care: a cross-sectional study of frequency and characteristics. *Scand J Prim Health Care* 2015;33:91-9.
- 11 Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, Hiller W. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics* 2011;52:263-71.
- 12 Saloheimo P, Huttunen M. Selittämättömistä somaattisista oireista kärsivä potilas vastaanotolla. *Duodecim* 2008;124:703-10.
- 13 Syrjä V, Parviainen L, Niemi A. Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt 2019 – Ulkoistukset, henkilöstö, työpanokset ja tehtäväsiirrot. THL 2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-442-4>