

RAINER FOGELHOLM
professori
Kirkkonummi

Enemmän tarkkuutta terveyserojen analyysiin

Lääkärilehdessä 25–32/2017 professori Eero Lahelma työtovereineen julkaisi analyysin koulutusvuosien ja itse koetun terveydentilan yhteyksistä (1). Työ perustuu Kansanterveyslaitoksen/THL:n vuosina 1979–2014 tekemiin kyselylomaketutkimuksiin, joiden kohteina on ollut 5 000 15–64-vuotiasta suomalaista. Lomakkeissa on ollut lukuisia terveydentilaa, terveyskäyttäytymistä ja sosiaalisia seikkoja koskevia kysymyksiä.

Koettu terveys on luokiteltu 5 ryhmään (hyvä, melko hyvä, keskitasoinen, melko huono ja huono) ja koulutusvuodet 3 ryhmään (0–8, 9–11 ja 12 vuotta tai enemmän).

Professori Lahelman työssä keskitasoinen, melko huono ja huono terveys on yhdistetty yhdeksi ryhmäksi, toisaalta kaikki koulutusvuodet on yhdistetty ja jaettu samansuuruisiksi tertiileiksi.

Tulosten analyysissä ja esittämisessä olisi mielestäni pitänyt syvemmin paneutua kolmeen seikkaan:

Vuosien saatossa kyselylomakkeiden palautusprosentti on vaihdellut 44:n ja 82:n välillä. Mitenkä puuttuvat vastaukset ovat voineet vaikuttaa tuloksiin?

Koulutusvuosien jakaminen tertiileihin ei anna vertailukelpoisia ryhmiä. Vuoden 1979 alimmassa tertiilissä on vain 0–8 vuotta koulutettuja, seuraavassa tertiilissä valtaosa on 0–8 vuotta ja vain pieni määrä 9–11 vuotta koulutettuja ja ylimmässä tertiilissä on vain yli 9 vuotta koulutettuja. Vuonna 2014 tilanne on aivan toinen; Alimmassa tertiilissä on 0–11 vuotta koulutettuja, mutta sekä keskimmaisessä että ylimmässä tertiilissä on ainoastaan 12 vuotta tai enemmän koulutettuja.

Miltä tulokset näyttäisivät, jos analysoidaan ryhmänä vain melko huonona tai huonona terveytensä kokevat, eikä mukaan oteta keskitasoiseksi terveyttään kokevia? Arvelen, että lopputulos olisi samansuuntainen kuin nyt esitetyn tutkimuksen tulokset, mutta koska otoksen koko olisi vain noin 10 % koko tutkimusaineistosta, tilastolliset merkitsevyydet saattaisivat jäädä saamatta.

Kuinka paljon elämäntavat saattavat selittää koulutusryhmien välistä eroa? Vähän koulutetut yleensä johtavat erilaisten epäterveiksi katsottujen elämäntapojen tilastoja. Valistus ja ennen kaikkea valistuksen perille meno saattaisivat pienentää terveyseroja. ●

KIRJALLISUUTTA

- Lahelma E, Pentala O, Helledán A, Helakorpi S, Rahkonen O. Koetun terveyden koulutusryhmittäiset erot ovat pysyneet tasaisena suurina. *Suom Lääkäril* 2017;72:1629–34.

EERO LAHELMA
professori
Helsingin yliopisto,
kansanterveystieteen osasto
eero.lahelma@helsinki.fi

OONA PENTALA-NIKULAINEN
ANNI HELLDÁN
SATU HELAKORPI
OSSI RAHKONEN

Terveyserojen tutkimus vaatii monipuolista otetta

Kiitämme Rainer Fogelholmia mielenkiinnosta (1) tutkimukseemme (2). Hänen esille nostamansa asiat ovat huomionarvoisia ja kirjoituksessamme niitä on jo käsitelty. Pitkän aikavälin tutkimuksissa vastausprosentin trendinomainen lasku on ongelma ja vastauskadon tarkastelu on tarpeen. THL:n aineiston katoanalyysit

osoittavat, että mm. alempaan sosioekonomiseen asemaan kuuluvat ovat passiivisempia vastaamaan ja heidän terveydentilansa on huonompi. Tutkimuksemme tulokset ovat todennäköisesti konservatiivisia ja tosiasiaa terveyserot ovat todettuja suuremmat etenkin tutkimusjakson loppua kohti.

KIRJALLISUUTTA

- 1 Fogelholm R. Enemmän tarkkuutta terveyserojen analyysiin. Suom Lääkäril 2017;72:1918.
- 2 Lahelma E, Pentala O, Helldán A, Helakorpi S, Rahkonen O. Koetun terveyden koulutusryhmittäiset erot ovat pysyneet tasaisena suurina. Suom Lääkäril 2017;72:1629–34.

Koulutus on tutkimuksessa sosioekonominen aseman osoitin. Tutkittuna aikana väestön koulutustaso kohonnut suuresti, jolloin suhteellinen koulutus eli tutkittavien ryhmittely kolmanneksiin koulutuksen pituuden mukaan soveltuu paremmin kuin pitäytyminen samassa absoluuttisessa luokituksessa. Yhtä oikeaa ideaalitapaa luokitella koulutus pitkän aikavälin tutkimuksessa ei kuitenkaan ole. Siksi teimme analyysit käyttämällä sekä suhteellista että absoluuttista koulutusryhmittelyä. Tulokset olivat hyvin samansuuntaiset molemmilla tavoilla, mutta luotettavia päätelmiä absoluuttisen koulutuksen mukaisista terveyseroista jakson loppupuolella ei voitu tehdä, sillä alhaisimpaan koulutusryhmään kuuluvien lukumäärä jäi pieneksi. Lisäanalyysien tulokset ovat saatavissa tekijöiltä.

Koettu terveys on reliaabeli ja validoitu yleisen terveydentilan osoitin. Keskitasoisen tai huonomman koetun terveyden tarkastelu on tavanomainen käytäntö tutkimuksissa ja mahdollistaa vertailun eri tutkimusten välillä. Rajoittu-

minen vain huonon terveyden ilmoittaneisiin tuottaa samansuuntaiset tulokset, mutta huono koettu terveys on verrattain harvinainen ylimässä koulutusryhmässä, mikä vaikeuttaa johtopäätöksiä.

Uskomme, että tutkimuksemme antaa luotettavan kuvan koetun terveyden koulutusryhmittäisten erojen kehityksestä Suomen aikuisväestössä. Terveyserojen syyt eivät olleet kuvailevan trenditutkimuksemme tehtävänä, mutta kirjoituksen lopussa mainitsimme muissa tutkimuksissa todetuista terveyserojen syistä. Erojen muutosten syyt jäävät vielä jatkotutkimusten tehtäväksi.

Terveyseroja voidaan kaventaa elintapoihin kohdistuvalla valistuksella, mutta myös puuttamalla köyhyyteen, koulutukseen, työllisyyteen ja asumiseen, kuten sosiaali- ja terveysministeriön ohjelmassa vuodelta 2008 on todettu. ●

RISTO RAIVIO

LT
yksikön johtaja, ylilääkäri
Päijät-Hämeen
hyvinvointikuntayhtymä,
perusterveydenhuollon yksikkö

KARI J. MATTILA

yleislääketieteen professori
(emeritus)
Tampereen yliopisto, lääketieteen
ja biotieteiden tiedekunta

Hoidon jatkuvuus on turvattava

Sote-uudistuksesta tehdyssä ennakoarvioinnissa (1) kansainvälinen asiantuntijaryhmä ehdottaa, että jo uudistuksen alkuvaiheessa tulisi olla käytössä suunnitelma tärkeimpien vaikuttavuusmittareiden tavoitteista ja arvioinnista. Hoidon jatkuvuutta raportissa ei ole mainittu sanallakaan, raportin monista muista ansioista huolimatta. Hoidon jatkuvuuden edut on näytetty toteen lukuisissa eri tutkimuksissa. Jos hoidon jatkuvuutta ei edes mainita, kuka tulevassa järjestelmässä vastaa jatkuvuuden kansallisesta ja maakunnallisesta arvioinnista?

Pohjois-Amerikassa ja Euroopassa on tehty selvityksiä hoidon jatkuvuuden määrittämiseksi ja turvaamiseksi (2,3). Hoidon jatkuvuudella on todettu olevan myönteinen yhteys mm. hoidon laatuun, tehokkuuteen, kustannuksiin, hoitotuloksiin ja väestön terveyteen (4). Hoidon jat-

kuvuudella on myös yhteys hoidon saatavuuteen ja palvelukokemukseen (3).

Lääkäriliitto on systemaattisesti korostanut valinnanvapauden merkitystä perusterveydenhuollon palvelujen saatavuuden näkökulmasta (5). Valinnanvapaudella on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia muun muassa hoidon saatavuuteen ja hoitoon sitoutumiseen. Valinnanvapaus ei kuitenkaan näytä vähentävän terveyseroja (6).

Englannissa valinnanvapaus on ollut laajasti käytössä sosiaali- ja terveydenhuollossa (7). Samaan aikaan maassa on herännyt huoli hoidon jatkuvuudesta. Jatkuvuuden turvaamiseksi vuonna 2015 päätettiin, että jokaisella iästä tai asuinpaikasta riippumatta on mahdollisuus omaan lääkäriin. Päätöksen vaikutusten arviointi on jo aloitettu (8,9). >

Perusterveydenhuollolla on keskeinen rooli erityisesti pitkäaikaisia ja useita sairauksia sairastavien hoidon jatkuvuuden varmistamisessa (10). Potilaan kannalta hoitosuhteen jatkuvuus on tutun terveydenhuollon ammattilaisen kohtaamista; tämä kannustaa potilaita hakemaan apua ja terveydenhuollon ammattilaisia antamaan sitä. Suomessa on hyviä kokemuksia vaihtoehdoisen omalääkäritoiminnan vaikutuksista (11).

Olemme tutkineet potilaiden arvioimaa hoidon jatkuvuutta suomalaisessa perusterveydenhuollossa yli 15 vuoden ajan (12,13). Kehitys on ollut huolestuttavan negatiivista kaikissa ikäryhmissä (13,14).

Omalääkärijärjestelmä yhdistettynä asiakaslähtöiseen suunnitelmalliseen hoitoon ja moniammatilliseen tiimityöhön voisi turvata hoidon jatkuvuuden ainakin eniten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tarvitseville ja käytäville (12). Perustason valinnanvapauden ja saatavuuden parantamisen lisäksi tarvitaan käytännön ratkaisuja, joilla hoidon jatkuvuus varmistetaan ja sitä arvioidaan.

Lääkäreillä on sote-uudistuksen jälkeenkin vastuu ja vaikuttamisen paikka omassa toiminnassaan ja työyhteisössään. ●

KIRJALLISUUTTA

- 1 Couffinhal A, Cylus J, Elovainio R ym. International expert panel pre-review of health and social care reform in Finland. Reports and memorandums of the ministry of social affairs and health 2016:66. VALTO, valtioneuvoston julkaisuarkisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3848-9>
- 2 Haggerty JL, Reid JR, Freeman GK ym. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003;327:1219–21.
- 3 Freeman G, Hughes J. Continuity of care and the patient experience. An inquiry into the quality of general practice in England. Research paper. London, England: The King's Fund 2010.
- 4 Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A ym. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* 2010;10:65.
- 5 Lääkäriliitto. Lääkäriliiton lausunto valinnanvapaudesta, 23.3.2017. <https://www.laakariliitto.fi/uutiset/lausunnot/laakariliiton-lausunto-valinnanvapaudesta/>
- 6 Anell A. The public-private pendulum – patient choice and equity in Sweden. *N Engl J Med* 2015;372:1–4. DOI: 10.1056/NEJMp1411430
- 7 Whellams A. Valinnanvapaus Englannin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, työpapereita 2/2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-605-6>
- 8 Barker I, Lloyd T, Steventon A. Effect of a national requirement to introduce named accountable general practitioners for patients aged 75 or older in England: regression discontinuity analysis of general practice utilisation and continuity of care. *BMJ Open* 2016;6:e011422. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-011422
- 9 Barker I, Steventon 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;356. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.j84>.
- 10 Roland M, Paddison CAM. Better management of patients with multimorbidity. *BMJ* 2013;346:f2510. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f2510>
- 11 Aromaa A, Linnala A, Majanen T, Mattila K. Yksityislääkärit omalääkäreinä: Raportti kansaneläkelaitoksen omalääkärikokeilusta. Kansaneläkelaitos, sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimuksia 39, 1998.
- 12 Raivio R. Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. Tutkimus Tampereen yliopistolaisen sairaalan erityisvastuualueen ja Oulun kaupungin terveyskeskuksissa. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 2189, 2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0178-1>
- 13 Raivio R, Holmberg-Marttila D, Mattila KJ. Patients' assessments of the continuity of primary care in Finland: a 15-year follow-up. *Br J Gen Pract* 2014;64:e657–63. DOI: 10.3399/bjgp14X68184
- 14 Raivio RJ, Mattila K. Relational continuity is in patients' favor – but who really cares? *BMJ* 2017;356:j84. <http://www.bmj.com/content/356/bmj.j84/rr-5>

Keskustelua-palstalla julkaistavien kirjoitusten enimmäispituus on 2 500 merkkiä. Toimitus lyhentää kirjoituksia tarvittaessa. Palstalle tarkoitetut kirjoitukset lähetetään osoitteeseen laakarilehti@laakarilehti.fi Verkossa voi keskustella osoitteessa www.laakarilehti.fi