

Kokemus omalääkäristä on yhteydessä lääkityksen säännölliseen käyttöön

HOIDON JATKUVUUS on terveydenhuollon tärkeä laatu-tekijä. Se voidaan määritellä kolmella eri tavalla, joista jokainen vaatii toteutuakseen aikaa ja toistuvia kontakteja. Parhaiten ja eniten tutkittu on potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus. Myös tiedonkulkuun sekä hoidon suunnitteluun ja toteutukseen liittyvä jatkuvuus ovat olennaisia laadukkaan hoidon toteutumiseksi (1,2).

Hoidon jatkuvuutta voidaan mitata usealla tavalla. Kansainvälisesti käytetyimmät potilas-lääkärisuhdetta arvioivat mittarit ovat Usual Provider Care Index (UPCI) sekä Continuity of Care Index (COCI) (3). Vuodesta 2022 alkaen Suomen kansallinen hoidon jatkuvuuden indeksi COCI on ollut nähtävillä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ylläpitämässä Sotkanet-tietokannassa (4). Rekisteritietoa on nähtävillä vuodesta 2019 alkaen, ja se päivittyy vuosittain. Hoidon jatkuvuutta on mitattu jo aiemminkin erilaisin kyselyin, rekisterein ja tutkimuksin (2,5,6).

Hoidon jatkuvuudella on kansainvälisissä tutkimuksissa todettu useita myönteisiä vaikutuksia. Eniten tutkittu on potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus, jonka terveydenhuollon organisaation kannalta keskeisimpiä etuja ovat kustannustehokkuus (7) sekä sairaalapalveluiden ja ensiavun käytön väheneminen (8,9). Potilaat elävät pidempään (10,11), ovat tyytyväisempiä (3) ja käyttävät enemmän ennaltaehkäiseviä palveluita (12,13). Norjalaisten tekemässä tutkimuksessa osoitetaan kiistan näyttö hoidon jatkuvuuden lineaarisesta yhteydestä elinikään (11).

Suomessa hoidon jatkuvuus liitetään usein yleislääkäriin (omalääkäriin). Historiallisissa kunnanlääkärimalleissa jatkuvuus oli automaatio. Vaikka terveydenhuoltoamme on ajan saatossa kehitetty useilla kehittämishankkeilla, ei hoidon jatkuvuutta ole terveyskeskustyön hallitsemattomuuden ja resurssipulan vuoksi pystytty turvaamaan (6). Hoidon jatkuvuus onkin viime vuosikymmenet ollut Suomessa laskusuuntainen (14,15). Perusterveydenhuollon kuvataan olevan häiriötilassa (16). Jatkuvuus toteutuessaan tukee myös hoidon saatavuutta (17,18). Raivio on väitöskirjassaan todennut nimetyn omalääkäriin ennustavan parhaiten hoidon jatkuvuuden toteutumista (2). Nimetty omalääkäri terveyskeskuksessa lisää terveyspalveluiden käyttäjien potilastyytyväisyyttä (5), mutta ei vai-

Emmi Lautamatti
yleislääketieteen erikoislääkäri
Tampereen yliopisto
emmi.lautamatti@tuni.fi

Kari J. Mattila
yleislääketieteen erikoislääkäri, lääketieteen ja kirurgian tohtori, emeritusprofessori
Tampereen yliopisto

Markku Sumanen
yleislääketieteen erikoislääkäri, lääketieteen tohtori, yleislääketieteen professori
Tampereen yliopisto

LYHENNELMÄ

Tausta. Hoidon jatkuvuus on perusterveydenhuollon laatu-tekijä, jolla on useita myönteisiä vaikutuksia. Suomessa omalääkäriin on todettu ennustavan hoidon jatkuvuuden toteutumista, mutta yhteyttä säännöllisen lääkityksen käyttöön ei ole tutkittu.

Tavoitteet. Tutkimme, onko omalääkäri yhteydessä väestön ilmoittamaan lääkkeiden säännölliseen käyttöön. Lisäksi selvitimme, onko lääkkeiden käytössä tai käyttöä selittävissä tekijöissä eroja lääkeryhmien välillä.

Aineisto ja menetelmät. Aineisto on osa Health and Social Support (HeSSup) kohorttitutkimusta. Vuoden 2012 kyselyyn vastasi 11924 henkilöä. Selitettävänä tekijänä oli särky-, verenpaine-, kolesteroli-, astma- ja allergialääkkeiden sekä vitamiinien, hivenaineiden ja luontaistuotteiden säännöllinen käyttö. Selittäviä tekijöitä olivat vastaajan tausta- ja terveydentilamuuttujat, kokemus omalääkäriin olemassaolosta ja tyytyväisyys terveyspalveluihin.

Tulokset. Kyselyvuonna 2012 vastanneista 2852 (23,9 %) raportoi omalääkäristä omassa terveyskeskuksessaan. Omalääkäri oli itsenäisenä tekijänä yhteydessä lääkityksen säännölliseen käyttöön verenpaine- (OR 1,26; 95 % LV 1,05-1,50), kolesteroli- (OR 1,31; 95 % LV 1,07-1,61), astma- ja allergialääkkeiden (OR 1,42; 95 % LV 1,15-1,75) sekä vitamiinien, hivenaineiden ja luontaistuotteiden ryhmissä (OR 1,22; 95 % LV 1,04-1,43).

Johtopäätökset. Omalääkäriin tuottama hoidon jatkuvuus on yhteydessä lääkityksen säännölliseen käyttöön.

Avainsanat: Hoidon jatkuvuus, omalääkäri, lääkkeiden käyttö, perusterveydenhuolto

alkuperäistutkimus

kuttaisi vähentävän sairaalapalveluiden käyttöä (17). Tilanne Suomessa tiedostettu, ja siihen pyritään vaikuttamaan (6,19).

Potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden toteutuminen vaatii terveydenhuollon organisaatiolta toimintatapaa, jossa potilaan on mahdollista tavata samaa ammattilaista. Toistuvien tapaamisten avulla on mahdollista synnyttää luottamuksellinen potilas-lääkärisuhde. Luottamuksellisessa hoitosuhteessa potilaat kokevat hoidon laadukkaammaksi ja turvallisemmaksi sekä toimivat useammin lääkärin antamien ohjeiden mukaan (20).

Säännöllinen lääkitys on tärkeää kroonisten sairauksien hoidossa. Lääkärin määräämiä lääkkeitä säännöllisesti käyttämällä potilaan on mahdollista ylläpitää omaa terveyttään ja lisätä elinaikaansa (21,22). Tieteellisissä tutkimuksissa lääkityksen käyttöä mitataan usein määrättyjen reseptien tai lääkityksen laskennallisen riittävyyden perusteella. Hoidon jatkuvuuden on todettu lisäävän potilaan lääkahoitoon sitoutumista. Näyttö hoidon jatkuvuuden yhteydestä lääkkeiden todelliseen käyttöön on kuitenkin ohutta muiden lääkeryhmien paitsi statiinien osalta. (23-27).

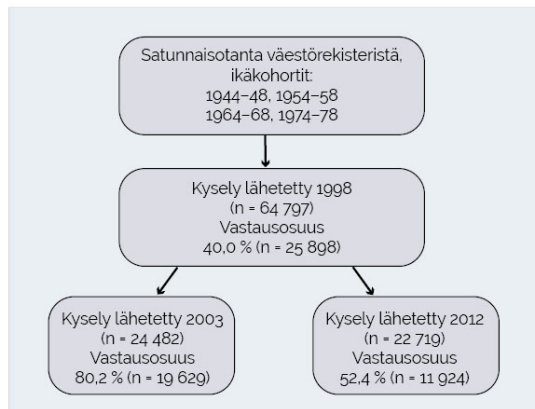
Suomalaisen omalääkärin vaikutusta kroonisten sairauksien lääkityksen käyttöön on tutkittu vain vähän. Kirjoittajien tiedossa ei ole muita aiheeseen liittyviä tutkimuksia.

Tavoitteet

Tämän tutkimuksen tavoite on selvittää, onko kokemus omalääkärin olemassaolosta yhteydessä väestön lääkkeiden säännölliseen käyttöön (yli 60 päivänä viimeisen vuoden aikana). Lisäksi tutkimme, onko lääkkeiden käytössä tai käyttöä selittävissä tekijöissä eroja eri lääkeryhmien välillä.

Aineisto ja menetelmät

Aineisto on osa Health and Social Support (HeSSup) tutkimusta (28). HeSSup-tutkimukseen valikoitiin vuonna 1998 satunnaisotannalla väestörekisteristä 64 797 työ-



Kuva 1. Aineiston kertyminen. Postituksista poistettiin menehtyneet, maasta pois muuttaneet ja väestörekisterissä osoitetietojensa käyttöä kieltäneet.

ikäistä suomalaista, joille lähetettiin postitse ensimmäinen kysely. Satunnaisotos muodostui neljästä ikäryhmästä: vuosina 1944-1948, 1954-1958, 1964-1968 ja 1974-1978 syntyneet. Vastausosuus vuonna 1998 oli 40 % (n = 25 898). Seurantakyselyt lähetettiin vuosina 2003 ja 2012 ensimmäiseen kyselyyn osallistuneille. Osallistujat, jotka olivat kieltäneet väestörekisteritietojensa käyttöä, olivat muuttaneet tai kuolleet, suljettiin tutkimuksen ulkopuolelle. Tutkimuksen kohorttina ovat vuonna 2012 kyselyyn vastanneet 11 924 osallistujaa, vastausosuus oli 52,4%. Aineistosta tehtiin vuonna 2012 huolellinen katoanalyysi, jolloin vastaajien ja vastaamatta jättäneiden todettiin olevan vertailukelpoisia tärkeimpien taustamuuttujien osalta. Myös erot ryhmien välisissä terveystiedoissa olivat pieniä. (28,29) (kuva 1).

Lääkkeiden käyttöä selvitettiin kysymyksellä: "Kuinka usein olet käyttänyt seuraavia lääkkeitä tai tuotteita viimeisen vuoden aikana?". Kysymyksen alle oli koottu lääkeryhmiksi "särkylääkkeitä", "verenpainelääkkeitä", "kolesterolia alentavia lääkkeitä", "sydänlääkkeitä", "vaihdetuksen hormonikorvaushoitoa", "vatsahappoja vähentäviä" lääkkeitä, "ihotautilääkkeitä", "silmatippoja", "astma- tai allergialääkkeitä", "masennuslääkkeitä", "unilääkkeitä", "rauhottavia lääkkeitä", "vitamiineja, hivenaineita tai luontaislääkkeitä" ja "potenssilääkkeitä". Jokaisen lääkeryhmän kohdalla vastausvaihtoehdot olivat "en ole käyttänyt", "alle 10 päivänä", "10-59 päivänä", "60-180 päivänä (2-6kk)", "yli 180 päivänä (yli 6kk)". Vastaukset kategorisoitiin kahteen luokkaan: "Ei käyttöä" ja "säännöllinen käyttö". "Ei käyttöä" -luokka käsitti vastauksen "en ole käyttänyt". "Säännöllinen käyttö" -luokka käsitti vastaukset, joissa lääkettä oli käytetty vähintään 60 päivänä. Vastausvaihtoehdot "alle 10 päivänä", "10-59 päivänä" eivät täyttäneet luokkien kriteereitä, eikä niitä otettu mukaan analyysiin vaan käsiteltiin puuttavana tietona. Lääkkeiden kirjoittamisajankohtaa, käytön aloittamis- tai lopettamisajankohtaa ei kartoitettu.

Taustamuuttujista sukupuolta käsiteltiin binäärisenä muuttujana. Ikä luokiteltiin otoksen neljän ikäryhmän mukaan vuosina 1944-1948 (n = 3 829), 1954-1958 (n = 3 185), 1964-1968 (n = 2 440) ja 1974-1978 (n = 2 470) syntyneisiin. Yliopistosta tai ammattikorkeakoulusta valmistuneilla (n = 887) tulkittiin olevan korkeampi koulutus.

Terveystiedot kartoitettiin kyselylomakkeella laaja-alaisesti. Kroonisia sairauksia tiedusteltiin kysymyksellä "Onko lääkäri koskaan sanonut, että sinulla on tai on ollut (alla olevia sairauksia)". Vastaaja valitsi 32 sairausvaihtoehdosta "ei" tai "kyllä" omaan käsitykseensä sopien. Viimeinen vaihtoehdoista oli "Jokin muu pitkäaikainen tai vaikea sairaus" ja mahdollisuus nimetä se. Vastausvaihtoehdoista 26 edusti kroonista sairautta, ja vastaamalla yhteen tai useampaan näistä kroonisista sairauksista "kyllä", luokiteltiin potilas ryhmään "vähintään yksi krooninen sairaus" (n = 8 116). Vastaamalla joka kohtaan "ei" luokiteltiin potilas "ei kroonista sairautta" ryhmään (n = 3 808). Kroonisten sairauksien määrittely perustui NICE-ohjeistukseen (30). Terveystilaa kartoitettiin lomakkeella Likertin 5-luokkaisella asteikolla (hyvä, melko hyvä, kohtalainen, melko huono, huono). Vastaajat, jotka arvioivat ter-

veydentilansa hyväksi tai melko hyväksi, luokiteltiin ryhmään ”hyvä” (n = 11181). Muut luokiteltiin ryhmään ”huono” (n = 668). BMI luokiteltiin normaalipainoksi (BMI < 25) (n = 5127) ja ylipainoksi (BMI ≥ 25) (n = 6655). Fyysisen toimintakyvyn mittarina käytettiin NYHA-luokittelua luokan 0-1 kertoessa oireettomuudesta myös rasituksessa (n = 10702) ja luokan 2-4 oireista rasituksessa, levossa tai molemmissa (n = 1156) (31). Mielialaa selvitettiin Beckin depressioasteikolla (BDI) (32). Arvot < 19 luokiteltiin nor-

maaliin tai lievästi depressiiviseen mielialaan (n = 11255) ja suuremmat arvot kohtalaiseen, keskivaikkeaan tai vaikeaan masennukseen (n = 531). Katkaisukohta 19 pistettä valettiin, jotta mielialaltaan normaalit tai lievästi oireilevat erottuisivat sairaammista.

Terveydenhuoltoa kuvaava omalääkärimuuttuja koottiin vastaajien raportoimista tiedoista muodostamalla vuosien 1998, 2003 ja 2012 kyselyiden vastauksista summamuuttuja. Omalääkärinä kartoitettiin vuonna 1998 ky-

Taulukko 1. HeSSup-tutkimukseen vuonna 2012 osallistuneiden (n = 11 924) taustamuuttujat jaoteltuna koko aineiston, särky- ja verenpainelääkkeiden, kolesteroli- ja astmalääkkeiden sekä vitamiinien ja hivenaineiden säännöllisen käytön (yli 60 päivänä viimeisen vuoden aikana) mukaan.

	Koko aineisto (n = 11 924)		Särky-lääkkeet (n = 2 258)		Verenpainelääkkeet (n = 2 784)		Kolesteroli-lääkkeet (n = 1 847)		Astma-lääkkeet (n = 1 437)		Vitamiinit ja hivenaineet (n = 6 639)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
TAUSTA												
Suku												
mies	4427	37,1	625	27,7	1189	42,7	923	50,0	390	19,8	1831	27,6
nainen	7497	62,9	1633	72,3	1595	57,3	924	50,0	1047	72,9	4808	72,4
Ikäryhmät												
1974-78	2470	20,7	390	17,3	670	2,4	22	1,2	284	19,8	1477	22,2
1964-68	2440	20,5	447	19,8	294	10,6	125	6,8	347	24,1	1261	19,0
1954-58	3185	26,7	710	31,4	820	29,5	494	26,7	374	26,0	1734	26,0
1944-48	3829	32,1	711	31,5	1603	57,6	1206	65,3	432	30,1	2167	32,6
Koulutus												
alempi	7960	67,2	1668	74,5	2183	79,3	1462	80,0	966	67,7	4280	64,9
ylempi	3887	32,8	571	25,5	570	20,7	365	20,0	461	32,3	2319	35,1
TERVEYDENTILA												
Krooninen sairaus												
Ei ilmoitettu	3808	31,9	335	14,8	254	9,1	243	13,2	218	15,2	1904	28,7
Vähintään 1	8116	68,1	1923	85,2	2530	90,9	1604	86,8	1219	84,8	4735	71,3
Terveydentila												
Hyvä	11181	94,4	1899	84,7	2472	89,3	1623	88,7	1261	88,3	6227	94,4
Huono	668	5,6	344	15,3	295	10,7	207	11,3	167	11,7	370	5,6
Ylipaino												
BMI < 25 kg/m ²	5127	43,5	781	35,0	665	24,2	485	26,5	525	37,2	3042	46,3
BMI ≥ 25 kg/m ²	6655	56,5	1448	65,0	2085	75,8	1346	73,5	887	62,8	3530	53,7
Rasituksensietokyky												
NYHA 0-1	10702	90,3	1807	80,6	2232	80,6	1490	81,6	1152	80,7	5987	90,6
NYHA 2-4	1156	9,7	436	19,4	536	19,4	337	18,4	275	19,3	621	9,4
Mieliala												
BDI < 19	11255	95,5	2030	91,2	2599	94,4	1733	94,9	1320	92,8	6259	95,2
BDI ≥ 19	531	4,5	197	8,8	154	5,6	94	5,1	103	7,2	313	4,8
TERVEYDENHUOLTO												
Omalääkäri*												
Ei	1799	38,7	289	12,8	311	11,2	193	10,4	164	11,4	913	13,8
Kyllä	2852	61,3	602	26,7	829	29,8	540	29,2	415	28,9	1707	25,7
Tyytyväisyys												
Ei	4287	36,3	822	36,4	868	31,2	552	29,9	518	36,0	4160	62,7
Kyllä	7536	63,7	1462	64,7	1888	67,8	1286	69,6	911	63,4	2429	36,6

* Ilmoittanut omalääkärikokemuksesta kaikkien vuosien (1998, 2003 ja 2012) kyselyissä.

symyksellä: ”Pyritkö yleensä ottamaan yhteyttä samaan (omaan) lääkäriin, kun tarvitset lääkärin apua tai neuvoja?”. Vastausvaihtoehdot olivat ”minulla ei ole omaa lääkäriä”, ”en” ja ”kyllä”. Vastaja luokiteltiin ”ei omalääkäriä”-ryhmään, mikäli hän oli vastannut ”minulla ei ole omalääkäriä”. Muutoin raportoineilla luokiteltiin olevan omalääkäri, koska he eivät raportoineet päinvastaista. Vuosina 2003 ja 2012 kysymys oli: ”Onko sinulla kotikuntasi terveyskeskuksessa ns. omalääkäri?”. Vastausvaihtoehdot olivat ”ei” ja ”kyllä”. Osallistujilla, jotka raportoivat omalääkäristä jokaisessa kyselyssä, luokiteltiin ryhmään ”omalääkäri” (n = 2852). Osallistujat, jotka raportoivat vuonna 1998 ”minulla ei ole omalääkäriä” ja vuosina 2003 ja 2012 ”ei”, luokiteltiin ryhmään ”ei omalääkäriä” (n = 1799). Muita vastausyhdistelmiä ei huomioitu analyyseissä.

Tyytyväisyyttä oman alueen terveydenhuollon palveluihin kartoitettiin vuoden 2012 kyselyn kysymyksellä: ”Miten tyytyväinen olet alueesi terveydenhuollon palveluihin?”. Vastausvaihtoehdot ”hyvin tyytyväinen”, ”melko tyytyväinen”, ”en osaa sanoa”, ”melko tyytymätön” ja ”hyvin tyytymätön” luokiteltiin kahteen luokkaan: tyytyväiset ja ei-tyytyväiset. Tyytyväisiin luettiin vastaajat, jotka olivat raportoineet olevansa melko tai hyvin tyytyväisiä (n = 7536). Ei-tyytyväisiksi luokiteltiin kaikki muut (n = 4287).

Tuloksia analysoitiin ristiintaulukoinnin lisäksi binäärisellä logistisella regressioanalyysillä, jossa selitettävänä tekijänä oli lääkeryhmän säännöllinen käyttö. Selittävinä tekijöinä oli vastaajan tausta- ja terveydentilamuuttujat sekä hänen raportointinsa tieto omalääkäristä ja tyytyväisyydestä terveydenhuollon palveluihin.

Binääriset logistiset regressioanalyysit tehtiin särky-, verenpaine-, kolesteroli, astma- ja allergialääkkeille sekä vitamiinien, hivenaineiden ja luontaistuotteiden lääkeryh-

mille. Nämä ryhmät valittiin, koska niillä oli suurimmat erot lääkkeiden säännöllisessä käytössä hoidon jatkuvuuden eri ryhmien välillä. Logistisissa regressioanalyysissä selitettävänä tekijänä oli kyseisen lääkeryhmän säännöllinen käyttö. Mittalukuna käytettiin vetosuhdetta (OR), joka on tilastollisesti merkitsevä, kun se asettuu 95:n todennäköisyydellä kyseiselle luottamusvälille (LV).

Vakioituu regressioanalyysiin otettiin mukaan muuttujat, joilla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys selitettävään tekijään edellä esitetystä vakioimattomasta regressioanalyysissä.

Analyyseissä käytettiin Microsoft Exceliä ja SPSS versiota 27.0 (IBM Corp. Released 2020. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0. Armonk, NY: IBM Corp.).

Tulokset

HeSSup-kyselyyn vuonna 2012 vastanneista 11924 henkilöstä 2852 (23,9%) raportoi omalääkäristä omassa terveyskeskuksessa kaikkina kyselyvuosina (taulukko 1).

”Omalääkäri”-ryhmässä oli säännöllisesti lääkkeitä käyttäviä suhteellisesti enemmän kuin ”ei omalääkäriä”-ryhmässä. Ihotautilääkkeitä tai potenssilääkkeitä käyttävien osuudessa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa omalääkäri ryhmien välillä. Suurimmat erot ryhmien välillä oli verenpaine- ja kolesterolilääkkeiden (12,4 %-yksikköä), kolesteroli- ja särkylääkkeiden (8,5 %-yksikköä), vitamiinien, hivenaineiden ja luontaistuotteiden lääkeryhmän (7,6 %-yksikköä) sekä astma- tai allergialääkkeiden (6,8 %-yksikköä) säännöllisessä käytössä (taulukko 2).

Vakioimaton regressioanalyysi

Naisilla särkylääkkeiden (OR 3,92; 95% LV 3,33–4,60) ja

Taulukko 2. Vuoden 2012 HeSSup-tutkimukseen osallistuneiden (n = 11 924) raportoima lääkitysten käyttö jaoteltuna omalääkärikokemuksen mukaan. Vastajalla on omalääkärikokemus, jos hän on ilmoittanut omalääkäriin kaikissa (vuosien 1998, 2003 ja 2012) kyselyissä.

	Omalääkäri Lääkityksen käyttö				Ei omalääkäriä Lääkityksen käyttö				Ero säännöllisessä käytössä	
	Ei käyttöä		Säännöllinen		Ei käyttöä		Säännöllinen		%-yksikköä	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Särkylääkkeet	205	25,4	602	74,6	148	33,9	289	66,1	8,5	0,002
Verenpaine- ja kolesterolilääkkeet	1929	69,9	829	30,1	1442	82,3	311	17,7	12,4	<0,001
Kolesteroli- ja särkylääkkeet	2220	80,4	540	19,6	1573	89,1	193	10,9	8,7	<0,001
Sydänlääkkeet	2548	92,7	200	7,3	1691	96,1	68	3,9	3,4	<0,001
Vaihdovuosilääkkeet	2370	86,9	358	13,1	1637	93,1	122	6,9	6,2	<0,001
PPI	1914	87,4	277	12,6	1327	92,4	109	7,6	5,0	<0,001
Ihotautilääkkeet	2320	93,7	156	6,3	1491	95,0	78	5,0	1,3	0,078
Silmätipat	1919	86,7	295	13,3	1320	92,2	112	7,8	5,5	<0,001
Astma- tai allergia	1941	82,4	415	17,6	1352	89,2	164	10,8	6,8	<0,001
Masennuslääkkeet	2512	91,0	249	9,0	1684	95,7	75	4,3	4,7	<0,001
Unilääkkeet	2359	93,8	157	6,2	1590	97,0	50	3,0	3,2	<0,001
Rauhoittavat lääkkeet	2575	96,8	84	3,2	1707	98,9	19	1,1	2,1	<0,001
Vitamiinit, hivenaineet, luontaistuotteet	609	26,3	1707	73,7	468	33,9	913	66,1	7,6	<0,001
Potenssilääkkeet	2695	99,4	15	0,6	1712	99,5	8	0,5	0,1	0,690

toisaalta vitamiinien, hivenaineiden ja luontaistuotteiden (OR 3,37; 95% LV 3,07–3,69) säännöllinen käyttö oli neljä kertaa todennäköisempää kuin miehillä. Korkeampi ikä oli monikymmenkertaisesti yhteydessä suurempaan lääkkeiden säännölliseen käyttöön verenpaine- (OR 27,95; 95% LV 21,74–35,94) ja kolesterolilääkeryhmissä (OR 55,18; 95% LV 36,06–84,44). Vanhimmissa ikäryhmissä yhteys särky- (OR 0,29; 95% LV 0,22–0,38), sekä astma- ja allergialääkkeiden (OR 0,81; 95% LV 0,69–0,96) säännölliseen käyttöön oli heikompi kuin nuoremmassa ikäryhmissä. Vähintään yhdestä kroonisesta sairaudesta raportoiminen

oli yhteydessä lääkityksen säännölliseen käyttöön kaikissa lääkeryhmissä, vahvimmin verenpainelääkkeillä (OR 6,46; 95% LV 5,64–7,41). Terveystilan kokeminen huonoksi noin kolminkertaisti yhteyden lääkityksen säännölliseen käyttöön särky-, verenpaine-, kolesteroli- sekä astma- ja allergialääkkeiden ryhmissä. Vahvin yhteys oli särky- ja kolesterolilääkitysten säännölliseen käyttöön (OR 2,47; 95% LV 2,21–2,76) ja masentunut mieliala särky- ja kolesterolilääkitysten säännölliseen käyttöön (OR 3,71; 95% LV 2,39–5,75) (taulukko 3).

Taulukko 3. Binäärinen logistinen regressioanalyysi. Selitettävänä tekijänä lääkeryhmän lääkkeen säännöllinen (yli 60 päivää viimeisen vuoden aikana) käyttö. Analyysit tehty vain yhdellä selittävällä muuttujalla, jotka sitten koottu samaan taulukkoon. Aineistona HeSSup 2012 kysely (n = 11 924). OR vahvennettu, kun p < 0,05.

	Särky- lääkkeet OR (95 % LV)	Verenpaine- lääkkeet OR (95 % LV)	Kolesteroli- lääkkeet OR (95 % LV)	Astma- ja allergia- lääkkeet OR (95 % LV)	Vitamiinit, hiven- aineet ja luontaistuotteet OR (95 % LV)
TAUSTA					
Sukupuoli					
mies	1	1	1	1	1
nainen	3,92 (3,33-4,60)	0,73 (0,67-0,80)	0,52 (0,47-0,58)	1,85 (1,63-2,09)	3,37 (3,07-3,69)
Ikäryhmät					
1974–78	1	1	1	1	1
1964–68	0,99 (0,71-1,37)	4,95 (3,77-6,50)	6,02 (3,81-9,51)	1,17 (0,98-1,38)	0,62 (0,54-0,72)
1954–58	0,61 (0,46-0,80)	12,86 (9,96-16,61)	20,98 (13,64-32,27)	0,87 (0,74-1,03)	0,61 (0,53-0,70)
1944–48	0,29 (0,22-0,38)	27,95 (21,74-35,94)	55,18 (36,06-84,44)	0,81 (0,69-0,96)	0,68 (0,59-0,77)
Koulutus					
alempi	1	1	1	1	1
ylempi	0,84 (0,71-1,00)	0,44 (0,40-0,49)	0,45 (0,40-0,51)	1,07 (0,94-1,20)	1,48 (1,34-1,63)
TERVEYS					
Krooninen sairaus					
Ei ilmoitettu	1	1	1	1	1
Vähintään 1	3,54 (2,97-4,23)	6,46 (5,64-7,41)	3,66 (3,18-4,22)	3,01 (2,59-3,50)	1,44 (1,32-1,59)
Terveystila					
Hyvä	1	1	1	1	1
Huono	3,92 (2,80-5,49)	2,98 (2,53-3,51)	2,81 (2,36-3,35)	2,58 (2,13-3,12)	0,93 (0,77-1,12)
Ylipaino					
BMI < 25 kg/m ²	1	1	1	1	1
BMI ≥ 25 kg/m ²	1,54 (1,31-1,80)	3,12 (2,83-3,43)	2,47 (2,21-2,76)	1,32 (1,17-1,48)	0,70 (0,63-0,76)
Rasituksensietokyky					
NYHA 0–1	1	1	1	1	1
NYHA 2–4	2,64 (2,04-3,42)	3,56 (3,14-4,05)	2,69 (2,34-3,09)	2,68 (2,30-3,13)	0,87 (0,75-1,01)
Mieliala					
BDI < 19	1	1	1	1	1
BDI ≥ 19	3,71 (2,39-5,75)	1,44 (1,19-1,75)	1,22 (0,97-1,54)	1,91 (1,52-2,40)	1,14 (0,92-1,42)
TERVEYDENHUOLTO					
Omalääkäri ^{a)}					
Ei	1	1	1	1	1
Kyllä	1,50 (1,17-1,94)	1,99 (1,72-2,31)	1,98 (1,66-2,37)	1,76 (1,45-2,14)	1,44 (1,24-1,66)
Tyytyväisyys					
Ei	1	1	1	1	1
Kyllä	0,93 (0,80-1,10)	1,33 (1,21-1,45)	1,40 (1,26-1,56)	0,99 (0,88-1,11)	0,92 (0,84-1,01)

^{a)} Ilmoittanut omalääkärikokemuksesta kaikkien vuosien (1998, 2003 ja 2012) kyselyissä.

alkuperäistutkimus

Omalääkäri oli yhteydessä lääkityksen säännölliseen käyttöön kaikissa viidessä lääkeryhmässä, vahvimmin verenpainelääkkeillä (OR 1,99; 95% LV 1,72–2,31). Tyytyväisyys terveydenhuoltoon oli yhteydessä verenpaine- (OR 1,33; 95% LV 1,21–1,45) ja kolesterolilääkkeiden säännölliseen käyttöön (OR 1,40; 95% LV 1,26–1,56) (taulukko 3).

Vakioitu regressioanalyysi

Vakioidussa regressioanalyysissä sukupuolen ja ikäryhmien yhteys lääkityksen säännölliseen käyttöön pysyi

oleellisesti samana kuin vakioimattomassa analyysissä. Yksi tai useampi raportoitu krooninen sairaus oli yhteydessä kaikissa lääkeryhmissä lääkityksen säännölliseen käyttöön. Vahvin yhteys oli verenpainelääkkeiden käytöllä (OR 4,62; 95% LV 3,63–5,87). Huonoksi koettu terveydentila kaksinkertaisti yhteyden särky- ja kolesterolilääkkeiden (OR 2,26; 95% LV 1,29–3,96) sekä astma- ja allergialääkkeiden säännölliseen käyttöön (OR 1,75; 95% LV 1,24–2,48). Ylipaino noin kaksinkertaisti yhteyden lääkityksen säännölliseen käyttöön särky-, verenpaine ja kolesterolilääkkeiden ryhmissä. Vahvin yhteys oli verenpainelääkkeiden käytöllä (OR 2,45;

Taulukko 4. Binääriinen logistinen regressioanalyysi. Selitettävänä tekijänä lääkeryhmän lääkkeen säännöllinen (yli 60 päivää viimeisen vuoden aikana) käyttö. Monimuuttuja-analyysissä mukana muuttujat, jotka saaneet tilastollisesti merkitsevän arvon yhden selittävän muuttujan analyysissä. Aineistona HeSSup 2012 kysely (n = 11 924). OR vahvennettu, kun $p < 0,05$.

	Särky- lääkkeet OR (95% LV)	Verenpaine- lääkkeet OR (95% LV)	Kolesterolilääkkeet OR (95% LV)	Astma- ja allergialääkkeet OR (95% LV)	Vitamiinit, hivenaineet ja luontais- tuotteet OR (95% LV)
TAUSTA					
Sukupuoli					
mies	1	1	1	1	1
nainen	4,38 (3,24-5,92)	0,74 (0,63-0,88)	0,55 (0,45-0,66)	1,65 (1,33-2,05)	3,42 (2,93-4,00)
Ikäryhmät					
1974–78	1	1	1	1	1
1964–68	0,88 (0,47-1,63)	4,33 (2,69-6,96)	5,92 (2,51-13,96)	1,24 (0,92-1,66)	0,74 (0,57-0,95)
1954–58	0,36 (0,21-0,62)	10,34 (6,57-16,28)	19,71 (8,65-44,92)	0,62 (0,46-0,84)	0,70 (0,55-0,90)
1944–48	0,15 (0,09-0,27)	18,76 (11,96-29,45)	43,64 (19,24-100,00)	0,54 (0,40-0,73)	0,80 (0,62-1,02)
Koulutus					
alempi	1	1	1	1	1
ylempi	0,70 (0,49-1,00)	0,83 (0,68-1,01)	0,84 (0,67-1,06)	1	1,49 (1,24-1,79)
TERVEYS					
Krooninen sairaus					
Ei ilmoitettu	1	1	1	1	1
Vähintään 1	3,57 (2,52-5,06)	4,62 (3,63-5,87)	2,63 (2,02-3,41)	2,99 (2,29-3,89)	1,46 (1,23-1,72)
Terveydentila					
Hyvä	1	1	1	1	1
Huono	2,26 (1,29-3,96)	1,07 (0,78-1,46)	1,10 (0,79-1,53)	1,75 (1,24-2,48)	1
Ylipaino					
BMI < 25 kg/m ²	1	1	1	1	1
BMI ≥ 25 kg/m ²	1,74 (1,28-2,36)	2,45 (2,05-2,91)	1,88 (1,54-2,30)	1,16 (0,95-1,42)	0,80 (0,68-0,94)
Rasituksensietokyky					
NYHA 0–1	1	1	1	1	1
NYHA 2–4	1,48 (0,91-2,39)	1,90 (1,48-2,45)	1,56 (1,19-2,04)	2,44 (1,85-3,22)	1
Mieliala					
BDI < 19	1	1	1	1	1
BDI ≥ 19	1,49 (0,75-2,96)	1,00 (0,70-1,43)	1	1,12 (0,76-1,64)	1
TERVEYDENHUOLTO					
Omalääkäri ^{*)}					
Ei	1	1	1	1	1
Kyllä	1,12 (0,82-1,54)	1,26 (1,05-1,50)	1,31 (1,07-1,61)	1,42 (1,15-1,75)	1,22 (1,04-1,43)
Tyytyväisyys					
Ei	1	1	1	1	1
Kyllä	1	1,25 (1,04-1,49)	1,13 (0,92-1,38)	1	1

^{*)} Ilmoittanut omalääkärikokemuksesta kaikkien vuosien (1998, 2003 ja 2012) kyselyissä.

95% LV 2,05-2,91) (taulukko 4).

Omalääkäri oli itsenäisenä tekijänä yhteydessä lääkityksen säännölliseen käyttöön verenpaine-, kolesteroli-, astma- ja allergia sekä vitamiinien, hivenaineiden ja luontaistuotteiden lääkeryhmissä. Vahvin yhteys oli astma- ja allergialääkkeiden käytöllä (OR 1,42; 95% LV 1,15-1,75). Myös tyytyväisyys terveydenhuollon palveluihin oli yhteydessä verenpainelääkityksen säännölliseen käyttöön (OR 1,25; 95% LV 1,04-1,49) (taulukko 4).

Pohdinta

Toistuva kokemus omalääkäristä omassa terveyskeskuksessa oli yhteydessä verenpaine-, kolesteroli-, astma- ja allergialääkkeiden sekä vitamiinien, hivenaineiden ja luontaistuotteiden säännölliseen käyttöön. Suurimmat erot ”ei omalääkäriä”- ja ”omalääkäri”-ryhmien välillä lääkkeiden säännöllisessä käytössä olivat lääkkeillä, joiden tiedetään parantavan potilaan terveyttä ja ennustetta (21-23).

Lääkityksen säännölliseen käyttöön oli yhteydessä myös muita tekijöitä. Korkeampi ikä, kroonisesta sairaudesta raportointi, ylipaino ja heikentynyt rasituksensietokyky lisäsivät lääkityksen säännöllisen käytön todennäköisyyttä.

Aiemmissä tutkimuksissa hoidon jatkuvuuden on havaittu lisäävään lääkemyöntyvyyttä. Näyttö jatkuvuuden yhteydestä lääkkeiden käyttöön muuten kuin statiinien osalta on kuitenkin ollut heikkoa (23-26). Tarpeettomalla lääkkeiden käytöllä voi olla myös haittavaikutuksia, kuten särkylääkkeiden aiheuttamat mahahaavat. Vakioidussa regressioanalyysissä kokemus omalääkäristä ei kuitenkaan ollut yhteydessä särkylääkkeiden suurempaan säännölliseen käyttöön. Tätä voi pitää viitteenä siihen, että hyvä hoidon jatkuvuus lisäisi terveydelle hyödyllisten lääkkeiden käyttöä lisäämättä lääkkeiden haitallista ja tarpeetonta käyttöä. Hoidon jatkuvuus voi mahdollistaa luotamuksellisen hoitosuhteen (20), joka tämän tutkimuksen tulosten valossa voi lisätä myös pitkäaikaissairauksien hoitoon käytettävien lääkkeiden säännöllistä käyttöä.

Tutkimuksella on useita vahvuuksia, mutta myös heikkouksia. Laajan, vuosina 1998-2012 kerätyn aineiston on todettu olevan rinnastettavissa suomalaisen väestöön, mikä on tutkimuksemme vahvuus (28,29). Merkittäviä, tulosten tulkintaan vaikuttavia suuria muutoksia Suomen terveydenhuollossa tai väestön terveyskäyttäytymisessä ei ole ollut vuoden 2012 jälkeen. Hoidon jatkuvuuden tutkimus hyötyy pitkästä seuranta-ajasta (11), jonka aineisto on mahdollistanut. Erityisesti viime vuosina tutkimukset ovat osoittaneet pitkän seuranta-ajan merkityksen (9-11). Heikkoutena voidaan pitää epävarmuutta siitä, onko vastaajalla ollut koko 15 vuoden seuranta-ajan sama omalääkäri. Kyselylomake ei myöskään tarjoa tietoa lääkityksen käyttöajan jakaantumisesta viimeisen 12 kuukauden ajalle. Tutkimuksessa käytettävä aineisto perustuu vastaajan raportoinnille, jolloin raportointiväristymät ovat mahdollisia.

Hoidon jatkuvuuden mittarina tässä tutkimuksessa toimiva ”omalääkäri omassa terveyskeskuksessa” perustuu vastaajien raportoimaan tietoon. Tutkimuksen aineiston keruuajankohtana hoidon jatkuvuuden mittaaminen

on toteutunut pääsääntöisesti kyselytiedon ja rekisterien pohjalta. Omalääkäri terveyskeskuksessa ei ole vain organisaation tuottama palvelu, vaan potilasyksilön kokemuksen luottamuksellisesta suhteesta. Omalääkärikokemuksen tuottamisen onnistumista on mahdollista mitata vain potilaalta kysymällä. On tärkeää huomioida objektiivisten hoidon jatkuvuuden mittareiden lisäksi myös potilaan kokemus (10).

Lääkkeiden käyttötieto perustuu kyselyyn vastanneiden raportointiin. Kansainvälisissä tutkimuksissa lääkkeiden käytön mittarina ovat toimineet määrätty reseptit tai lääkityksen laskennallinen riittävyys (21-23). Välttämättä ostettu lääke ei johda sen käyttöön, jolloin lääkkeiden todellisen käytön tietää parhaiten potilas. Aineiston koostuessa kyselytutkimuksesta on käytössämme vain vastaajan subjektiivinen raportti lääkkeiden käytöstä. Tutkijaryhmän on tarkoitus seuraavassa vaiheessa yhdistää kyselytutkimuksen tulokset lääkestorekistereihin, millaista lähestymistapaa lääkkeiden käyttötutkimukseen suositellaankin (27). Kyselytutkimuksille tyypillistä raportointiväristymää, eli että vastaaja kertoisi tilanteensa parempana kuin se on todellisuudessa, on pyritty vähentämään kyselyn saatesanoilla sekä vastaajan anonymitteetillä. Diabetislääkitystä ei kyselylomakkeella kartoitettu, mitä voi ajatella aineiston puutteena.

Kokemus omalääkäristä on yhteydessä lääkityksen säännölliseen käyttöön. Säännölliseksi määrätyn lääkkeen tarkoituksenmukainen käyttö tuottaa väestölle terveyttä ja hyvinvointia. Terveydenhuoltonne tulisi tarjota jokaiselle säännöllistä lääkitystä tarvitsevalle mahdollisuus pitkäaikaiseen hoitosuhteeseen omalääkäriin kanssa.

Kiitokset

Lämmin kiitos Tampereen yliopiston tilastikko Heini Huhtalalle SPSS-haasteiden kanssa auttamisesta.

Kiitos tutkimuksen tukemisesta: Suomen yleislääketieteen säätiö, Suomen yleislääkärit ry, Suomen Lääkäriliitto, Tampereen kaupungin tiederahasto ja Valtion tutkimusrahoitus (VTR), Tampereen yliopistollinen sairaala, Pirkanmaan hyvinvointialue.

Kirjoittajien sidonnaisuudet:

Lautamatti: Tutkimusrahoitusta, Suomen yleislääketieteen säätiö, Suomen yleislääkärit ry, TAYS ja Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin Perusterveydenhuollon yksikkö; Asiantuntija, Duodecim-lehti ja Tampereen lääkäripäivät.

Mattila ja Sumanen: Ei sidonnaisuuksia.

Kirjallisuus

- Haggerty J L, Reid R J, Freeman G K, ym. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003;327:1219.
- Raivio R. Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. Tutkimus Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen ja Oulun kaupungin terveyskeskuksissa. *Acta Electronica Universitatis Tampereensis*: 1688 (Tampere University Press, 2016).
- Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: A critical review. *Ann Fam Med*. 2004;2(5):445-51.
- THL. Tilasto- ja indikaattoripankki Soskanet. Saatavilla sähköisesti (viitattu 14.3.2023): Metadata - Tilasto- ja indikaattoripankki Soskanet.fi
- Lautamatti E, Sumanen M, Raivio R, ym. Continuity of care is associated with satisfaction with local health care services. *BMC Fam Pract*. 2020;21(1):181.

- 6 Eskola P, Tuompo W, Riekkö M, ym. Hoidon jatkuvuusmalli: Oma-lääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2022. Saatavilla sähköisesti: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9884-1>
- 7 Bazemore A, Petterson S, Peterson LE, ym. Higher primary care physician continuity is associated with lower costs and hospitalizations. *Ann Fam Med*. 2018;16(6):492-7.
- 8 Gunther S, Taub N, Rogers S, ym. What aspects of primary care predict emergency admission rates? A cross sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:11.
- 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:g84.
- 10 Baker R, Bankart MJ, Freeman GK, ym. Primary medical care continuity and patient mortality. *Br J Gen Pract*. 2020;70(698):E600-11.
- 11 Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, ym. 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*. 2022;72:e84-eg0.
- 12 McIsaac WJ, Fuller-Thomson E, Talbot Y. Does having regular care by a family physician improve preventive care? *Can Fam Physician*. 2001;47:70-6.
- 13 Hostetter J, Schwarz N, Klug M, ym. Primary care visits increase utilization of evidence-based preventative health measures. *BMC Fam Pract*. 2020;21:1-10.
- 14 Raivio R, Jääskeläinen J, Holmberg-Marttila D, ym. Decreasing trends in patient satisfaction, accessibility and continuity of care in Finnish primary health care - a 14-year follow-up questionnaire study. *BMC Fam Pract*. 2014;15:98.
- 15 Suomela T, Linnosmaa I. Rekisteritietoa seurantaan: 65 vuotta täyttäneiden hoidon jatkuvuus perusterveydenhuol. *Suom Lääkäril*. 2020;35:1691-700.
- 16 Koskela T, Auvinen J. Hoidon jatkuvuus on näyttöön perustuvaa hoitoa. *Suom Lääkäril*. 2022;78:e34347.
- 17 Lautamatti E, Mattila K, Suominen S, ym. A named GP increases self-reported access to health care services. *BMC Health Serv Res*. 2022;22:1-9.
- 18 Aromaa A, Linnala A, Maljanen T, ym. Yksityislääkärit omalääkäreinä: raportti Kansaneläkelaitoksen omalääkärikokeilusta. Summary: Private practitioners as family doctors. A Report from The Social Insurance Institution's Family Doctor Project. ISBN: 951-669-466-7.
- 19 Perusterveydenhuollon avovastaanottoiminnan mallit sote-järjestelmässä. Hyvä käytäntö -konsensusuusitus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin nimittämä työryhmä. Lääkäriseura Duodecim, 2022. Saatavilla sähköisesti: <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/hsu00024>
- 20 Rhodes P, Sanders C, Campbell S. Relationship continuity: When and why do primary care patients think it is safer? *Br J Gen Pract*. 2014;64(629):e758-64.
- 21 Yeboyo HG, Aschmann HE, Kaufmann M, ym. Comparative effectiveness and safety of statins as a class and of specific statins for primary prevention of cardiovascular disease: A systematic review, meta-analysis, and network meta-analysis of randomized trials with 94,283 participants. *Am Heart J*. 2019;210:18-28.
- 22 Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, ym. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2016;387(10022):957-67.
- 23 Tammes P, Payne RA, Salisbury C. Association between continuity of primary care and both prescribing and adherence of common cardiovascular medications: a cohort study among patients in England. *BMJ Open*. 2022;12(9):e063282.
- 24 Warren JR, Falster MO, Tran B, ym. Association of continuity of primary care and statin adherence. *PLoS One*. 2015;10(10):1-13.
- 25 Dossa AR, Moisan J, Guénette L, ym. Association between interpersonal continuity of care and medication adherence in type 2 diabetes: an observational cohort study. *CMAJ Open*. 2017;5(2):E359-64.
- 26 Choi D, Choi S, Kim H, ym. Impact of continuity of care on cardiovascular disease risk among newly-diagnosed hypertension patients. *Sci Rep*. 2020;10(1):1-9.
- 27 Cross AJ, Elliot RA, Petrie K, ym. Interventions for improving medication-taking ability and adherence in older adults prescribed multiple medications (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;5(5):CD012419.
- 28 Korkeila K, Suominen S, Ahvenainen J, ym. Non-response and related factors in a nation-wide health survey. *Eur J Epidemiol*. 2001;17(11):991-9.
- 29 Suominen S, Koskenvuo K, Sillanmäki L, ym. Non-response in a nationwide follow-up postal survey in Finland: a register-based mortality analysis of respondents and non-respondents of the Health and Social Support (HeSSup) Study. *BMJ Open*. 2012;2(2):e000657.
- 30 Farmer C, Fenu E, O'Flynn N, ym. Clinical assessment and management of multimorbidity: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2016;21:354:i4843.
- 31 Criteria Committee of the New York Heart Association. Diseases of the heart and blood vessels. In: Harvey RM, ym, toim. Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels. 7th ed. Boston, MA: Little, Brown & Co.; 1973:286.
- 32 Beck AT, Ward CH, Mendelson M, ym. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561-571.

ENGLISH SUMMARY

Designated GP for citizens in Finnish health centres was associated with regular use of medication

Continuity of care is an essential factor for high-quality primary health care. A designated GP in a local health centre represents personal continuity of care. However, associations between the GP and adherence to medication have not been studied in Finland. We used data on a previous study called Health and Social Support (HeSSup) and analysed whether a designated GP working in a health centre was associated with regular use of medication in various drug classes.

Regular use of pain, blood pressure, cholesterol, asthma or allergy medication and use of vitamins, trace elements or natural products was associated with the designated GP for patients. We propose that Finnish healthcare should provide citizens who need regular medication a possibility to have a long-term personal doctor-patient relationship.