



Terveysaseman valinnalla oli yhteys vähentyneisiin sairaalapäiviin

Ruotsissa Blekingen maakunnassa siirryttiin listautumismalliin vuonna 2004. Blekingessä kansalaiset listattiin automaattisesti lähimmälle terveysasemalle (passiivinen listautuminen), mutta he pystyivät vaihtamaan terveysasemaansa aktiivisesti listautumalla toivomalleen terveysasemalle. Ruotsalaisessa tutkimuksessa haluttiin selvittää, onko potilaan aktiivisella listautumisella eli terveysaseman itsenäisellä valinnalla ja terveysaseman lääkärikäyntien määrällä yhteys sairaalapäiviin. Tutkijat olettivat, että aktiivinen listautuminen tietyille terveysasemalle ja sen palveluiden käyttö kuvaavat hyvää suhdetta palveluntuottajaan. Tutkimuksessa huomioitiin myös monisairastavuus ja psykiatriset sairaudet selittävinä tekijöinä sairaalapäiville. Tuloksena oli, että aktiivinen listautuminen ja keskiarvoa suuremmat käyntimäärät terveysaseman lääkärillä liittyivät vähentyneisiin sairaalapäiviin. Monisairastavuus ja psykiatriset sairaudet lisäsivät sairaalapäiviä, mutta aktiivinen listautuminen vähensi sairaalapäiviä erityisesti silloin, kun henkilöllä oli psykiatrinen sairaus. Tutkijat toteavat, että hyvien hoitosuhteiden edistäminen perusterveydenhuollossa voi vähentää sairaalapäiviä ja siten myös kustannuksia erityisesti, kun on kyse moniongelmaisista potilaista. (Ranstad K ym. Scand J Prim Health Care 2018;36:308)

Moniammatilliset arviokäynnit eivät parantaneet monisairaiden elämänlaatua

Toistaiseksi suurimman monisairaiden hoitoa koskevan interventiotutkimuksen tulokset julkaistiin hiljattain Lancetissa. Satunnaistetussa kontrolloidussa asetelmassa tehdyssä tutkimuksessa 17 terveysasemaa satunnaistettiin jatkamaan tavanomaista hoitoa ja 16 terveysasemalla toteutettiin interventio, jonka seurauksena monisairaille potilaille järjestettiin moniammatillinen ja kokonaisvaltainen tilannearvio kuuden kuukauden välein. Seuranta-aika tutkimuksessa oli 15 kuukautta. Interventiota kutsuttiin niin sanotuksi 3D-interventioksi, johon koottiin monisairaiden hoidossa tärkeinä pidettyjä elementtejä. Näitä olivat hoidon jatkuvuus, koordinaatio ja kokonaisvaltainen tilannearvio. Interventio koostui kuuden kuukauden

välein tehdyistä tilannearvioista, joihin sisältyivät hoitajan, farmaseutin ja lääkärin arviokäynnit. Potilasta kannustettiin pohtimaan ennen hoitajakäyntiä häiritsevintä terveysongelmaansa, hoitaja kartoitti masennusoireet, kivun ja muistin, farmaseutti teki lääkityksen kokonaisarviointin, ja lääkäri teki yhteenvedon havainnoista ja sen jälkeen yhdessä potilaan kanssa hoitosuunnitelman seuraavaksi kuudeksi kuukaudeksi. Päämuuttujana tutkimuksessa oli elämänlaatu, ja toissijaisesti tutkittiin sairaus- ja hoitokuormaa (muun muassa lääkityksen määrä). Myös hoidon jatkuvuutta, potilaskeskeistä hoitoa ja palveluiden käyttöä tutkittiin.

Tuloksena oli, että elämänlaadussa ei esiintynyt eroa ryhmien välillä. Interventiolla ei ollut vaikutusta myöskään sairaus- tai hoitokuormaan. Sen sijaan interventoryhmässä potilaiden kokemus potilaskeskeisestä hoidosta, hoidon jatkuvuus ja potilastyytyväisyys olivat paremmat. Intervention tehoa saattoi laimentaa se, että vain 49 % interventoryhmästä toteutti suunnitellut kaksi kokonaisvaltaista arviota kuuden kuukauden välein. (Salisbury C ym. Lancet 2018;392:41)

Euroopan yleislääkärit pohtivat monisairastavuutta Tampereella

Tampereella järjestetään 9.–11.5.2019 Euroopan yleislääkäreiden tutkimusverkoston (EGPRN) kongressi. Kongressin teemana on monisairastavuus otsikolla "Research on Multimorbidity in Primary Care". Suomalaisille osanottajille on kansainvälisen kongressin rinnalla tarjolla myös erikoisohjelma, jossa on yksi päivä suomenkielistä kongressia ja yksi päivä kansainvälistä kongressia. Lisätietoja www.egprn.org ja www.syly.fi



TUOMAS KOSKELA
Tampereen yliopisto