

Timo Ståhl

Terveyden edistämisen vaikuttavuus ja mittaaminen

Terveyden edistämisen vaikuttavuudesta keskustellaan julkisuudessa värikkäästi. Innokkaimmat terveyden edistämisen puolestapuhujat uskovat – ja myös julistavat – terveyden edistämisen varauksetonta vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta. Toisaalta, kriittiset tahot vaativat asiasta tieteellistä näyttöä.

Yhtenä ongelmana on, että emme tiedä mistä puhuja puhuu, kun hän esittää näkemyksiä terveyden edistämisen vaikuttavuudesta. Terveyden edistäminen on laaja käsite, jolla tarkoitan tässä yhteydessä tietoista toimintaa, jonka tavoitteena on antaa ”yksilöille ja yhteisöille entistä paremmat mahdollisuudet hallita terveyttään ja siihen vaikuttavia tekijöitä” (1). Käytännössä puhumme edistävästä ja ehkäisevästä työstä kuten rokottamisesta, sairauksien riskitekijöihin vaikuttamisesta, liikunnan edistämisestä, saasteettoman ympäristön luomisesta tai terveellisten valintojen mahdollistamisesta lainsäädännön keinoilla. Toimet voidaan karkeasti jakaa ympäristöön ja yksilöihin vaikuttamiseen. Ympäristöä muokkaavat toimet ovat usein vaikuttavimpia, koska niiden teho ei riipu henkilön omasta valinnasta. Tästä esimerkkinä on leivän suolapitoisuuden pienentäminen.

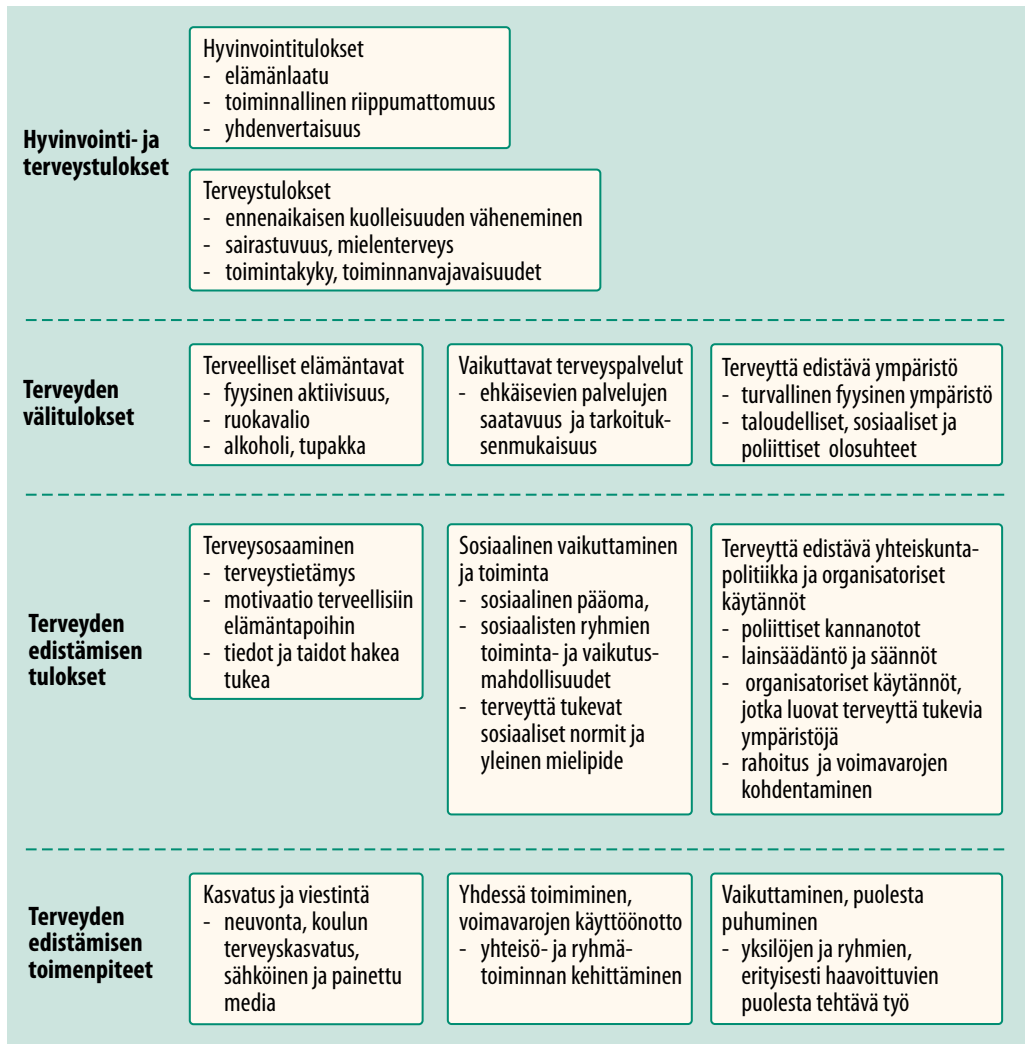
On selvää, että toiminnan vaikuttavuuden ja syy-suhteen osoittamisen mahdollisuudet näin erityyppisissä toimissa vaihtelevat suuresti. Suomessa tehdystä pitkäjänteisestä terveyden edistämistyöstä on kuitenkin hyviä tuloksia ja kiistatonta näyttöä. Suomalaiset ovat saaneet 1940-luvulta lähtien noin 20 tervettä elinvuotta lisää ja 1970-luvultakin lähtien kymmenen. Suurimmaksi osaksi tämä selittyy keskeisten kansantautien riskitekijöiden vähentämisel-

lä. Onnistuneen tupakkapolitiikan seurauksena miesten tupakointi on vähentynyt noin 50 %:sta 18 %:iin. Naisten tupakoinnin yleistyminen on käännetty laskuun, ja nyt naisista tupakoi enää 12 %. Ravitsemuspolitiikalla on saatu tyydyttyneen rasvan saantia vähennettyä lähes puoleen, ja myös suolansaanti on vähentynyt merkittävästi. Veren kolesterolipitoisuudet ovat oleellisesti pienentyneet ja verenpaine-aset laskeneet. Nämä selittävät suurelta osin sydäntautien, aivohaverien ja eräiden syöpien merkittävän vähenemisen (2). Myös kustannusvaikuttavuudesta on näyttöä. Suomessa MPR-rokotusten noin miljoonan euron vuosikustannuksella estetään vuosittain keskimäärin seitsemän ennenaikaista kuolemaa, säästetään 457 elinvuotta ja 38 miljoonaa euroa terveydenhuollon kustannuksia (3). Myös tuore kansainvälinen katsaus osoittaa, että terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta on selkeää näyttöä (4).

Vaikuttavuus = tavoitteiden toteutumisen aste, muutoksen aikaansaamista.

Kustannusvaikuttavuus = kustannukset ilmoitetaan rahassa, vaikuttavuus voi olla jossain muussa ”laadussa” esimerkiksi elämänlaadussa, muutoksessa terveydentilassa tai terveyskäyttäytymisessä.

Kustannushyöty = sekä panokset että hyödyt ilmoitetaan rahamääräisinä.



KUVA. Terveyden edistämisen (hierarkkinen) tulomalli (5).

Terveyden edistäminen nojautuu osin terveystieteisiin ja siten lääketieteen tutkimustraditioon. Tämän myötä tutkimuksen näytön asteen arvioiminen on perustunut biolääketieteellisen paradigmaan, jolloin lähtökohtana on ”kultainen standardi” eli satunnaistettu, kontrolloitu tutkimus (RCT). Joustamattomasti sovellettuna tämä ei kuitenkaan sovellu terveyden edistämisen tutkimusnäytön määrittämiseen viidestä syystä. Ensinnäkin tutkimusasetelmat edellyttävät laboratoriomaisia olosuhteita, jolloin kaikki väliintulevat muuttujat voidaan kontrolloida. Toiseksi, kokeellinen asetelma

edellyttää satunnaistamista. Terveyden edistämisen tapahtuessa luonnollisessa ympäristössä, ihmisten arjessa, on väliintulevien muuttujien kontrollointi ja satunnaistaminen käytännössä erittäin vaikeata tai eettisesti mahdotonta. Kolmanneksi, laajoissa ohjelmissa verrokkiryhmien muodostaminen on ongelmallista, koska tiedot, asenteet ja toimintamallit leviävät helposti verrokkiryhmään. Neljänneksi, terveyden edistämisen interventioiden vaikutukset terveydentilassa saattavat näkyä vasta suhteellisen pitkän ajan kuluttua. Toisaalta, nopeitakin muutoksia voidaan havaita esimerkiksi elin-

tapojen muutoksissa. Viidenneksi, on epärealistista odottaa välittömiä, pysyviä muutoksia yhden intervention perusteella.

Tämän vuoksi olisi ihmisten arjessa tapahtuvan terveyden edistämisen interventioiden tutkimukselle luotava omat kultaiset standardit, jotka realistisesti osoittaisivat, mitkä tutkimusasetelmat edustavat vahvinta näyttöä. Nämä tulisi myös tunnustaa tieteellisillä foorumeilla ja systemaattisten katsausten tekemisessä. Tällä hetkellä yksittäinen terveyden edistämisen interventio ei voi saavuttaa vahvinta, A-asteen näyttöä.

Kuten edellä on todettu, vaikuttavuuden mittaamisen haasteena on tarvittavien toimintojen moninaisuus. Esimerkiksi ruokavalion muuttamisessa on kysymys maatalouspolitiikasta, elintarviketeollisuudesta, kaupasta, terveyskäyttäytymistä ja terveysuskomuksista. Mikään yksittäinen toimenpide ei yleensä ole riittävä. Vaikuttavuus on kuitenkin mitattava intervention välittömien tavoitteiden suhteen muistaen, että kaikkien interventioiden vaikuttavuutta terveydentilaan tai terveyskäyttämiseen ei voida mitata. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, etteikö toimenpide voisi olla vaikuttava.

Terveyden edistämisen hierarkkinen tulostamallin havainnollistaa terveyden edistämisen toimenpiteiden yhteydet terveyden edistämisen tuloksiin, terveyden välituloksiin sekä hyvinvointi- ja terveystuloksiin (5) (KUVA). Tulostamallin alimman tason eli terveyden edistämisen toimenpiteiden vaikutuksia on arvioitava seuraavan tason eli terveyden edistämisen tulosten perusteella. Niiden vaikuttavuutta terveystuloksiin ei voi suoraan arvioida. Esimerkiksi liikuntaneuvonnan tavoitteena on informoida liikunnan terveyshyödyistä, herättää

motivaatio liikunnalliseen elämäntapaan ja tiedottaa paikallisista liikuntamahdollisuuksista. Sen vaikutuksia on arvioitava ensisijaisesti liikuntamotivaation ja terveystietämyksen perusteella. Jos näissä havaitaan muutoksia, voidaan mahdollisen liikunta-aktiivisuuden (terveyden välitulos) muutoksen arvioida johtuneen liikuntaneuvonnasta, vaikka kaikkia liikunta-aktiivisuuteen vaikuttavia tekijöitä ei olekaan voida kontrolloida. Jos samanaikaisesti vaikutettaisiin liikuntaympäristöön ja sen seurauksena rakennettaisiin kävelyteitä ja pyöräilyreittejä, olisi myös niiden vaikutus liikunta-aktiivisuuteen huomioitava.

Vaikka tarve terveyden edistämisen vaikuttavuuden tutkimukselle on yhä ilmeinen, on meidän toimittava jo olemassa olevan tiedon mukaan. Tiedon soveltamista korostivat myös Merkur ym. (6) kustannusvaikuttavuutta tarkastelleen katsauksensa päätelmissä seuraavasti: ”On selvää, että terveyden edistämiseksi ja sairauksien ehkäisylle on taloudellista näyttöä. Haasteena on edelleen vahvistaa näyttöä sekä etsiä keinoja, joilla näyttöön perustuva tieto voidaan muuttaa rutiiniksi toiminnaksi.” ■

KIRJALLISUUTTA

1. The Ottawa Charter for Health Promotion: first international conference on health promotion, Ottawa, 21 November 1986. WHO Global Health Promotion Conferences. www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/.
2. Puska P, Bansilal S, toim. The North Karelia Project. *Global Heart* 2016;11:171–266.
3. Karppinen T. Terveysyhötyjen diskonttaaminen terveydenhuollon taloudellisissa arvioinneissa ja MPR-rokotusohjelman kustannusvaikuttavuus vuosina 1995–2015. Diplomityö. Aalto-yliopisto 2015.
4. McDaid D, Sassi F, Merkur S, toim. Promoting health, preventing disease – the economic case. Lontoo: Open University Press 2015.
5. Nutbeam D. Evaluating health promotion – progress, problems and solutions. *Health Promot Int* 1998;13:27–44.
6. Merkur S, Sassi F, McDaid D. Promoting health, preventing disease: is there an economic case? Policy summary 6. Kööpenhamina: WHO regional office for the Europe and European Observatory on Health Systems and Policies 2013.



TIMO STÅHL, dosentti, TtT, johtava asiantuntija
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)

SIDONNAISUUDET
Ei sidonnaisuuksia