

- [Elämää vuosiin](#)
- [Ajankohtaista ihmisistä ja muusta](#)
- [Arviointitiedon tarve on pohjaton](#)
- [Uusi ohje äkilliseen alaselkäkipuun](#)
- Julkaisukommentteja:
 - [Lääketieteen tavoitteet](#)
 - [Likinäköisyyden hoito laserilla?](#)
 - [Luuntiheysmittaukset ja osteoporoosi](#)
 - [Marihuanasta ei lääkkeeksi](#)
- Muista lehdistä:
 - [Näyttöön perustuva terveydenhuolto](#)
 - [Huuhaa-palkinto Kirjayhtymälle](#)
 - [Lisääkö kypäräpakko terveyttä?](#)
- [Tietokannat arvioinnin avaimina](#)
- Arviointiraportit:
 - [TA-seloste 1/97: ESTROGEENIHOITO](#)
 - [Längre liv och bättre hälsa - en rapport om prevention](#)
- [FinOHTAn hankkeet ja selvitykset](#)
- [FinOHTAn hankekriteerit](#)

Elämää vuosiin

Tiedätekö, mitkä tekijät aiheuttavat syöpää? Professori John D. Potterin mukaan niitä ovat: hengittäminen, syöminen, juominen, työnteko, auringonotto, seksi ja lääkärit.

Professori Potter, joka työskentelee yhdysvaltalaisessa syöväntutkimuslaitoksessa (The Fred Hutchinson Cancer Research Center) on yksi monista artikkelikirjoittajista, joiden työn tuloksena on Ruotsissa juuri julkaistu raportti "Längre liv och bättre hälsa". Julkistamistilaisuus oli Tukholmassa 18.2.1997. Tilaisuuden avauspuheenvuorossaan Kansanterveysinstituutin pääjohtaja Agneta Dreber toi esiin raportin laatimisen taustalla olevan tavoitteen lisätä "elämää vuosiin". Raportti, jonka taustalla ovat ruotsalainen arviointiyksikkö SBU ja Kansanterveysinstituutti, on artikkelikokoelma terveyden edistämisestä ja sairauksien ennaltaehkäisemisestä. Mukana on esimerkkejä ruotsalaisen terveydenhuollon saavutuksista mm. tuberkuloosin hoidossa, lasten tapaturmien vähentämisessä ja polion hävittämisessä. Ajankohtaisia artikkeliaihteita ovat mm. liikunta, rasvojen käyttö, tupakointi, kasvien ja vihannesten käyttö, työolosuhteet ja auringonotto.

Tilaisuudesta mieleen jäi muutama yksinkertainen, hyvin helposti jokaisen toteutettavissa oleva suositus, joilla kaikilla on kirjoittajien mukaan terveyttä edistävä, jopa sairauksia ennaltaehkäisevä vaikutus: Kävele päivittäin puoli tuntia. Syö päivittäin kasviksia ja vihanneksia 400 grammaa. Korvaa eläinrasvat rypsi- tai oliiviöljyllä. Korvaa punainen liha kalalla tai kananlihalla. Rasvoista artikkelin kirjoittanut epidemiologi, professori Walter C. Willet (Harvard Medical School) muuten kertoi, että amerikan kansa lihoo vain entisestään, vaikka suunnilleen koko kansa syö "fat free"-ruokaa! Liikunnasta artikkelin kirjoittaneen professori Steven Blairin (Institute for Aerobics Research) mukaan normaalielämään ujutettu lisäliikunta (esim. työmatkakävely) antaa aivan yhtä hyviä tuloksia kuin kuntoilupuskien harrastaminen.

Hyvienkään ohjeiden noudattamisesta ei kuitenkaan pidä odottaa kohtuuttomia. Professori Potterkin kertoi pettyneensä kovasti hölkkäämisen vaikutuksiin omassa kehossaan. Vaikka muuta odotti, niin hän totesi edelleenkin olevansa pieni, tanakka ja kalju. Niinpä oli. Onneksi huumorintaju on säilynyt.

Vaikka vanha sanonta kuuluukin "ilos ellää pittää, vaik' päivää vähemmän", ei raportissa "Längre liv och bättre hälsa" ole artikkelia ilosta! Lieneekö kyseessä vain suomalainen kansanviisaus? Vai puuttuuko näyttö?

Virpi Räisänen

[Copyright](#) © 1997 FinOHTA / STAKES. All rights reserved.

Ajankohtaista ihmisistä ja muusta

- [Viestintälääkäri FinOHTAan](#)
- [Tieteellistä toimikuntaa täydennettiin](#)
- [Esitys valtakunnallisesta geeniseulontaproblematiikkaa pohtivasta työryhmästä etenee](#)
- [Tutkimustiedon kriittinen arviointi -kurssi Järvenpäässä](#)

Viestintälääkäri FinOHTAan

LL Kristian Lampe aloitti vuoden alusta FinOHTAn viestintälääkärinä. Kristian on perehtynyt erityisesti multimediamiestintään. Edellisessä työpaikassaan, Hyksissä hän vastasi mm. www-sivujen rakentamisesta.

Tieteellistä toimikuntaa täydennettiin

Stakesin pääjohtaja nimitti terveydenhuollon menetelmien arvioinnin tieteellisen toimikunnan jäseneksi VTT Kari Vinnin, joka toimii neuvottelevana virkamiehenä Sosiaali- ja terveysministeriössä.

Esitys valtakunnallisesta geeniseulontaproblematiikkaa pohtivasta työryhmästä etenee

FinOHTA teki alkukesästä 1996 muistion "Tarvitaanko Suomessa geneettisen seulonnan ohjeistusta ja normeja?" ja pyysi asiantuntijakannanottoja aiheesta. Niiden perusteella Stakesin johtokunta päätti syksyllä tehdä esityksen Sosiaali- ja terveysministeriölle, että saatujen kannanottojen mukaisesti ryhdyttäisiin kokoamaan valtakunnallista työryhmää pohtimaan asiaa. Tämän hetkisen tiedon mukaan asia etenee ministeriössä ja työryhmä asetetaan lähiaikoina.

Tutkimustiedon kriittinen arviointi -kurssi Järvenpäässä

Ensimmäinen kurssi järjestettiin tammikuussa Järvenpäässä Stakesin FinOHTAn ja PALAn, Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Lääkäriliiton toimesta. Kurssi osoittautui erittäin onnistuneeksi ja tarpeelliseksi. Seuraava kurssi tullaan järjestämään syksyllä. Kurssille otetaan noin 25 osanottajaa. Alustavia osallistumisvarauksia otetaan jo nyt vastaan FinOHTAn toimistossa.

[Copyright](#) © 1997 FinOHTA / STAKES. All rights reserved.

Arviointitiedon tarve on pohjaton

- [Kenttäkyselyn tuotto](#)
- [Mitä tästä opimme?](#)

Kenttäkyselyn tuotto

Viime vuoden aikana FinOHTA teki jatkokyselyn siitä, mitä Suomen terveydenhuoltohenkilöstön mielestä pitäisi kriittisesti arvioida. Tämänkertainen kysely perustui aikaisempaan v. 1995 tehtyyn kyselyyn, jonka yhteensä 1005 ehdotuksesta kutakin vastaajaa pyydettiin valitsemaan mielestään kolme tärkeintä sekä omalta erikoisalaltaan että miltä muulta tahansa erikoisalalta. Kysely lähetettiin kaikkiin sairaanhoitopiireihin ja terveyskeskuksiin sekä erikoislääkäriyhdistyksille. Kyselylomakkeita palautettiin kaikkiaan 205 kappaletta. Erikoissairaanhoidon piiristä tuli 136 vastausta, terveyskeskuksista 48 ja erikoislääkäriyhdistyksiltä 21 vastausta. Vastauksissa oli 986 ehdotusta, jotka koskivat 477 eri menetelmää. Vastaajat eivät kuitenkaan pysyneet pelkästään aiemman yhteenvedon menetelmissä vaan uusiakin esitettiin arvioinnin kohteiksi.

Vastausten perusteella tehtiin kuitenkin erikoisalakohtainen lista, joka antaa käsityksen terveydenhuollon eturintaman toiveista tulevia arviointikohteita valittaessa.

Erikoisaloittain nousee esiin menetelmiä, joitten arviointitilannetta tullaan jatkossa selvittämään. Tällaisia ovat esim.

- tehokkaat akuutin ja kroonisen kivun hoitomenetelmät
- erilaiset fysikaaliset kuntoutusmenetelmät
- erilaiset terapiamuodot niin lastenpsykiatriassa kuin aikuisten psykiatriassakin
- iäkkäille tehtävät kirurgiset toimenpiteet
- antibioottihoitokäytännöt
- unitutkimusmenetelmät
- normaalin raskauden seurantamenetelmät
- telelääketieteen sovellukset
- lipidihäiriöiden hoitomenetelmät perusterveydenhuollossa
- erilaiset määrääikaistarkastukset
- perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon porrastus
- potilasopetus ja omaisten opastus
- ennaltaehkäisy menetelmät, terveysneuvonta, terveysvalistus tms.
- sairaustietojen dokumentointi ja rekisteröinti
- terveydenhuollon toiminnan tuloksellisuuden ja laadun mittausmenetelmät

Yllä olevan listan aiheista moniin kohdistetaan jo arviointiaktiviteettia (tai ollaan suunnittelemassa). Näitä ovat esimerkiksi telelääketiede, kuntoutusmenetelmät, syöpäkivunhoito, antibioottien käyttö. Jos esitetyistä aiheista on meneillään ulkomaisia arviointitutkimuksia, odottelemme niiden tuloksia.

Mitä tästä opimme?

Paitsi että saimme haluttua tietoa, saimme myös paljon tietoa rivien välistä. Selväksi kävi, että menetelmien arviointitoimintaa ei vielä tunneta tarpeeksi. Ei välttämättä tiedetä mikä kuuluu arviointitoiminnan "toimialaan" ja mikä kuuluu yleiseen toiminnan kehittämiseen. Tiedottaminen onkin FinOHTAn tärkeä toimintamuoto, jonka tehostamiseen nämäkin kyselyt antoivat lisää perusteita.

Edellinen

Seuraava

Alkuun

Uusi ohje äkilliseen alaselkäkipuun

- [Yleinen vaiva](#)
- [Ennen levättiin](#)
- [Kirjallisuuskatsaus](#)
- [Suomalainen arviointitutkimus](#)
- [Suositus Suomessa: normaalitoimien jatkaminen](#)
- [Sama suunta maailmalla](#)

Yleinen vaiva

Alaselkäkipu on eräs yleisimpiä työkyvyttömyyden syitä ja merkittävä taloudellinen ongelma kaikissa teollistuneissa maissa. Suomessa tehdään alaselkäkipun vuoksi vuosittain useita satoja tuhansia lääkärisäkäyntejä.

Ennen levättiin

Yhdysvalloissa tehdyn tuoreen tutkimuksen mukaan noin 70 prosenttia amerikkalaislääkäreistä määrää äkillisessä selkäkipussa potilaan keskimäärin neljän- viiden päivän vuodelepoon (Cherkin ym. 1995). Kuitenkin asiantuntijaryhmät ovat viime vuosikymmenen lopulta alkaen suositelleet äkillisessä alaselkäkipussa korkeintaan kahden päivän vuodelepoa (Deyo ym. 1986, Spitzer ym. 1987, Nachemson 1991). Yhdysvaltain terveysministeriön alainen Agency for Health Care Policy and Research on äskettäin julkaissut laajan yleiskatsauksen äkillisen selkäkipun hoidosta (Bigos ym. 1994). Tässä yleiskatsauksessa arvioitiin, että vuodelevon vaikuttavuudesta äkillisessä alaselkäkipussa ei ole olemassa tieteellistä näyttöä ja, että yli neljän päivän vuodelepo todennäköisesti johtaa huonompaan toipumiseen kuin asteittainen paluu tavallisiin tehtäviin.

Kirjallisuuskatsaus

Ensimmäisessä vuodelevon vaikuttavuutta äkillisessä alaselkäkipussa selvittäessä systemaattisessa yleiskatsauksessa oli neljä satunnaistettua kontrolloitua hoitotutkimusta (Koes ja van den Hoogen 1994). Näistä tutkimuksista kahden arvioitiin täyttävän riittävät menetelmälliset vaatimukset. Toisessa näistä tutkimuksista verrattiin kahden päivän vuodeleposuositusta seitsemän päivän vuodeleposuositukseen (Deyo ym. 1986). Kolmen ja kahdentoista viikon seurannoissa ryhmiin kuuluvat henkilöt erosivat toisistaan ainoastaan sairauslomien pituudessa: pidempään vuodelepoon määrätty olivat luonnollisesti pidempään pois työstään. Toisessa tutkimuksessa yleislääkärin vastaanotolla käyneet potilaat satunnaistettiin neljään ryhmään: pelkkään neljän vuorokauden vuodelepoon tai vertailuryhmään tai jompaankumpaan edellisistä liikehoidolla täydennettynä (Gilbert ym. 1985). Kyselyjen mukaan vuodeleporiikun potilaat olivat olleet vuodelevossa keskimäärin

kahdeksana päivänä ja vertailuryhmän potilaat viitenä päivänä. Tämäkään tutkimus ei näinollen antanut vastausta vuodelevon vaikuttavuudesta. Yleiskatsauksen tekijöiden johtopäätöksenä oli, että lyhytkestoinen vuodelepo johtaa yhtä hyvään toipumiseen ja lyhyempiin sairauslomiin kuin pitkäkestoinen. Itse vuodelevon vaikuttavuus jäi epäselväksi (Koes ja van den Hoogen 1994).

Suomalainen arviointitutkimus

Vuonna 1995 julkaistussa suomalaistutkimuksessa (Malmivaara ym. 1995) selvitettiin sekä lyhytkestoisen vuodelevon että selän toistettujen taivutusarjoitusten vaikuttavuutta äkillisessä alaselkäkipussa. Vuodelepoa ja taivutteluharjoituksia verrattiin hoitoon, jossa potilaille annettiin ohjeet välttää vuodelepoa ja pyrkiä toimimaan mahdollisimman normaalisti kivun sallimissa rajoissa. Vertailuryhmän potilaat olivat keskimäärin ainoastaan kahden tunnin ajan vuodelevossa selkä kivun takia. Kolmen ja kahdentoista viikon seurannoissa vertailuryhmän potilaat olivat toipuneet vuodelepo- ja liikeharjoitteluryhmää paremmin arvioitaessa paranemista useilla eri tulostittareilla. Englantilaisessa vuodelevon vaikuttavuutta selvittelleessä tutkimuksessa on pienellä potilasaineistolla saatu samansuuntaisia tuloksia (Wilkinson 1995).

Suomalaistutkimuksen kustannushyötyä on selvitetty ns. Liukkosen-Oxenburghin mallia käyttäen (Ahonen 1995). Tulosten mukaan ohje välttää vuodelepoa johtaa nopeamman toipumisen ansiosta työnantajalle noin 1800 markan säästöön potilasta kohden. Tämän lisäksi Kela säästää noin 700 mk selkäpotilasta kohden. Helsingin kaupunki säästää uudella hoitokäytännöllä noin 1.4 miljoonaa markkaa vuodessa. Valtakunnan tasolla kansantaloudellisten säästöjen arvioidaan olevan toistasataa miljoonaa markkaa.

Suositus Suomessa: normaalitoimien jatkaminen

Syksyllä 1996 julkaistujen englantilaisten hoitosuositusten sekä suomalaisen konsensuslausuman mukaan vuodelevon välttäminen ja pyrkimys jatkaa päivittäisiä toimia johtaa todennäköisesti nopeimpaan toipumiseen selkä kivusta (Waddell ym. 1996, Selkäsairaudet konsensuskokous ja -lausuma 1996). Voimakkaan selkä kivun vuoksi potilas voi joutua olemaan lyhytkestoisesti vuoteessa, mutta vuodelepoa ei tule ymmärtää selkäsairauden hoitona. Näiden uusien hoitosuositusten on arvioitu merkitsevän käsitteellisesti uutta ajattelutapaa selkäsairauksien hoidossa (Deyo 1996, Nachemson 1996).

Sama suunta maailmalla

Keväällä 1997 Ruotsin terveydenhuollon arviointiyksikkö SBU on uusimassa hoitosuosituksiaan, joihin on aiemmin sisältynyt lyhyt vuodelepo. Iso-Britannian kansalliset hoitosuositukset tarkistetaan seuraavan kerran huhtikuussa 1998. Lisäksi Cochrane Collaborationilla on meneillään useita selkä kivun hoidon vaikuttavuutta selvitteleviä systemaattisia yleiskatsauksia. Näillä ponnistuksilla pyritään nopeuttamaan uuden tiedon leviämistä terveydenhuoltohenkilöstön ja väestön käyttöön.

Antti Malmivaara, LKT, Apulaisylilääkäri, Työterveyslaitos

KIRJALLISUUTTA:

Ahonen G: Ahonen G: The Costs of occupational Accidents and Diseases in the Nordic Countries. NIVA Report 1994:3, Helsinki

Bigos S, Bowyer O, Braen G, ym.: Acute low back problems in adults. Clinical practice guideline No. 14. Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Services, U.S. Department of Health and Human Services. December 1994

Cherkin DC, Deyo RA, Wheeler K, Ciol MA: Physician views about treating low back pain. Spine 20:1-9, 1995

Deyo RA, Diehl AK, Rosenthal M. How many days of bed rest for acute low back pain? A randomized clinical trial. N Engl J Med 315: 1064-1070, 1986

Deyo RA: New paradigm for the treatment of acute low back pain. BMJ 1996;313:3143-4.

Gilbert, JR, Taylor DW, Hildebrand A, Evans C. Clinical trial of common treatments for low back pain in family practice. BMJ 1985;291:791-794.

Koes BW, van den Hoogen HMM: Efficacy of bed rest and orthoses of low-back pain. A review of randomized clinical trials. Eur J Phys Med Rehabil 4: 86-93, 1994

Malmivaara A, Häkkinen U, Aro T, Heinrichs M-L, Koskenniemi L, Kuosma E, Lappi S, Paloheimo P, Servo C, Vaaranen V, Hernberg S: The treatment of acute low back pain - bed rest, exercises or ordinary activity ?. N Engl J Med 332: 351-355, 1995

Nachemson A. Ont i ryggen. Orsaker, diagnostik och behandling. Statens Beredning för Utvärdering av medicinsk metodik. Stockholm 1991

Nachemson A: Nachemson A: Low back pain in the year 2000 - "back" to the future. The International Society for Study of Lumbar Spine. 11th Instructional Course, New York 1996.

Selkäsairaudet konsensuskokous 14.-16.10.1996. Suomen Akatemian julkaisuja 6/96, Helsinki.

Selkäsairaudet konsensuslausuma. Duodecim 112:2049-2058,1996.

Spitzer WO, LeBlanc FE, Dupuis M ym.: Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders. A monograph for clinicians. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. Spine 12:7S: 22-34, 1987.

Tulder MW van, Koes BW, Bouter LM. Conservative treatment of acute low back pain: a systematic mega-review of 80 randomized clinical trials of 14 interventions. Low Back Pain in Primary Care. Effectiveness of diagnostic and therapeutic interventions. EMGO Institute, Amsterdam 1996, 205-

244.

Waddell G, Feder G, McIntosh A, Lewis M, Hutchinson A: Low back pain evidence review. London: Royal College of General Practitioners, 1996.

Wilkinson MJB: Does 48 hours bedrest influence the outcome of acute low back pain ? Brit J Gen Prac 1995;45:481-484.

Edellinen

Seuraava

Alkuun

[Copyright](#) © 1997 FinOHTA / STAKES. All rights reserved.

Lääketieteen tavoitteet

- [Kansainvälinen komitea pohti](#)
- [Edistys tuo myös vaaroja](#)
- [Perinteiset tavoitteet](#)
- [Mitä on terveys?](#)
- [Lääketieteen uudet tavoitteet](#)

Hastings Center on Yhdysvalloissa New Yorkin osavaltiossa toimiva tutkimuskeskus, joka on perehtynyt lääketieteen etiikan tutkimukseen. Keskuksen näkyvimpiä tuotteita on lehti Hastings Center Report, joka on tunnetuimpia lääketieteen etiikan julkaisuja.

Kansainvälinen komitea pohti

Hastings Center on muodostanut 14 kansallisuutta edustavan monitieteellisen komitean, joka pohtii terveydenhuollon ja lääketieteen tavoitteita sekä kysymystä siitä, mihin terveydenhuolto maailmanlaajuisesti on menossa, mitä tavoitteita sille pitäisi asettaa ja mitä tavoitteita hylätä. Komitean raportti ja manifesti on julkaistu nimellä The Goals of Medicine. Asiakirja on merkittävä puheenvuoro ja yksi harvoja yrityksiä ymmärtää lääketieteen tulevaisuuden suuntaviivat kokonaisuutena.

Edistys tuo myös vaaroja

Raportti varoittaa, että lääketiede on tuottamassa yhä teknistävää ja suurempaa erityisosaamista vaativaa tietoa, joka auttaa yhä suurempaa ihmisjoukkoa, mutta samalla nielee entistä enemmän vaaroja. Komitea näkee vaarana, että teknisyyden tarve ja suurta mediajulkisuutta saavien menetelmien kysyntä on niin suurta, että yhteiskunta on pakotettu niiden käyttöönottoon. Samalla joudutaan rahojen vähäisyyden vuoksi supistamaan muodoltaan vaatimattomia, mutta ihmiskunnan enemmistölle välttämättömiä tutkimuksia ja hoitoja sekä sairauksien ennaltaehkäisyä.

Lääketieteessä on perinteisesti uskottu, että kun rahaa ja henkisiä voimavaroja on kylliksi, kaikki sairaudet voidaan lopulta voittaa. Lääketieteestä on kuitenkin tullut taloudellinen mahtitekijä. Lääketiede luo työpaikkoja, etuoikeuksia ja tuloja useille tahoille. Näiden tahojen voi luonnonlain omaisesti odottaa pyrkivän valtansa ja tulojensa maksimointiin, mikä taas sopii hyvin lääketieteen jatkuvaan paisumiseen ja torjuu rajoittamisyriä. Paradoksaalista on, että vaikka lääketiede on ollut yhä menestyksekkäämpää, on se yleisön keskuudessa joutunut lisääntyneen kritiikin ja tyytymättömyyden kohteeksi.

"Nykyaikaisen lääketieteen edistyminen on kaksiteräinen miekka" toteaa raportti. Ironista kyllä,

lääketiede on edistyessään itse luonut uusia ongelmia. Lääketiede pystyy nykyisellään pidentämään ihmisten elinikää, mutta hintana ovat lisääntyvät kustannukset, uusien tautien ilmestyminen korvaamaan entisiä ja kasvaneen vanhusväestön yhä lisääntyvä sairastaminen. "Teknologiset saavutukset lisäävät usein eriarvoisuutta ja niitä on vaikea rahoittaa. Budjettitasapainoilussaan joutuvat niin rikkaat kuin köyhätkin hallitukset laittamaan lääketieteen kilpailemaan muiden tarpeiden kanssa."

Perinteiset tavoitteet

Lääketieteen perinteinen tavoite on ollut elämän pelastaminen ja pidentäminen. Nykyisin muodostuu kuitenkin vaikeita ongelmia kysyttäessä kuinka pitkälle elämää tulisi pidentää. Jatkuvasti kohoavaa keskimääräistä elinikää ei voida pitää ainoana päämääränä. Toinen perinteinen tavoite on ollut terveyden edistäminen ja ylläpito, joka taas merkitsee eri asiaa alipainoiselle keskoselle satavuotiaaseen vanhukseen verrattuna. Geeniteknologian esiinmarssin voidaan odottaa lisäävän kuvatun kaltaisia ongelmia. Kolmas tavoite on ollut kivun ja kärsimyksen lievittäminen. Tämän voidaan tulkita merkitsevän ääripäissään toisaalta eutanasiaa tai toisaalta vähäisten arkipäivän ongelmien poistamista turruttavalla lääkkeellä.

Terveydenhuollon kustannuskriisi on johtanut kaikkialla maailmassa vilkkaaseen keskusteluun terveydenhuollon ongelmien ratkomiseksi. Keskustelua ovat sävyttäneet avainsanat yksityistäminen, tulosjohtaminen, kustannusten hallinta, päätäntävällän tuominen alemmille tasoille ja lukuisat budjetoinnin ja rahoituksen menetelmät ja kokeilut. Raportin kirjoittajat väittävät, että lääketieteen tavoitteita pidetään itsestään selvinä eikä niiden arviointia pidetä tarpeellisena. Raportti pitää polttavimpana kysymyksenä sitä, mitkä terveydenhuollon tavoitteet todellisuudessa ovat ja, mitä niiden pitäisi olla. Edellä mainitut hallintoratkaisua koskevat avainkäsitteet ovat sinänsä tarpeellisia. Näiden kriisinhallintakeinojen katsotaan palvelevan yhä paisuvan ja teknistyvän lääketieteen tarpeita. Tämä nähdään erityisesti ongelmana kehitysmailla, niiden pyrkiessä asettamaan terveydenhuoltonsa standardit länsimaisen ajattelun mukaan.

Mitä on terveys?

Raportti määrittelee terveyden hyvän olon kokemukseksi sekä mielen ja ruumiin eheydeksi. Terveydelle on ominaista elämää haittaavien sairauksien puuttuminen, joka puolestaan mahdollistaa yksilön päämäärien asettamisen ja toteuttamisen sekä työnteon ja yhteisön jäsenenä toimimisen. Jonkinlainen sairastaminen on ihmisen elämänkulussa väistämätöntä. Jos taas terveys on WHO:n määritelmän mukaisesti "täydellisen ruumiillisen ja henkisen hyvinvoinnin tila", ei kukaan meistä ole terve.

Lääketieteen uudet tavoitteet

Komitea esittää lääketieteelle seuraavia tavoitteita:

- Sairauden ja vammautumisen ehkäisy ja terveyden edistäminen ja ylläpitäminen.
- Sairauksien aiheuttaman kivun ja kärsimyksen lievittäminen.
- Sairaiden hoito ja hoiva, sekä niiden hoiva, joiden sairautta ei voida parantaa.

- Ennenaikaisen kuoleman estäminen ja rauhallisen kuoleman takaaminen.

Komitea kiinnittää myös huomiota lääketieteen tutkimuksen, terveydenhuoltojärjestelmien suunnittelun ja lääkärikoulutuksen prioriteetteihin. Mainittujen tavoitteiden tulee komitean mukaan toteutua myös tutkimuksessa, suunnittelussa ja koulutuksessa.

Tutkimuksen tulisi suuntautua laaja-alaisesti käsittelemään elimistön biologisen toiminnan lisäksi ihmistä yhteisössään. Tutkimus voisi kohdistua terveydenhuollon laatuun, terveydenhuollon organisaatioon ja talouteen sekä lääkäri-potilas-suhteisiin. Infektioihin, tapaturmiin ja kroonisiin sairauksiin tulee kiinnittää erityistä huomiota. Raportti suosittaa voimakkaasti terveydenhuollon käyttämien menetelmien perusteellista arviointia.

Tulevaisuuden lääketieteen tulee poliittisista ja maantieteellisistä esteistä riippumatta kyetä

- ohjaamaan itse itseään oikeaksi katsomiinsa päämääriin,
- olemaan kohtuullinen ja viisas,
- sopeutumaan taloudellisiin tosiasioihin,
- olla oikeudenmukainen ja tasa-arvoinen sekä
- kunnioittaa yksilön valintaa ja arvokkuutta.

Olli-Pekka Ryyänen

Lähde: GOALS OF MEDICINE. Setting New Priorities. Special Supplement. Hastings Center Report, November-December 1996.

Edellinen

Seuraava

Alkuun

Likinäköisyyden hoito laserilla?

- [Potilasohje australialaisille](#)
- [Lisää tutkimusta tarvitaan](#)

Viime aikoina on käyttöön tullut erilaisia kirurgisia menetelmiä likinäköisyyden korjaamiseksi. Näiden avulla voidaan auttaa ihmisiä, jotka eivät voi tai halua käyttää silmälaseja tai piilolinsejä. Viimeisin menetelmä perustuu sarveiskalvon muotoilemiseen nk. excimer laserin avulla. Menetelmää on tutkittu jo 1980-luvun alkupuolelta lähtien, ensimmäisen hoito ihmiselle tehtiin v. 1988. Sen jälkeen maailmassa on tehty ainakin 60 000 lasertekniikkaan perustuvaa likinäköisyyden korjaustoimenpidettä.

Potilasohje australialaisille

Menetelmän yleistymisen takia Australian kansallinen terveyden ja lääketieteellisen tutkimuksen neuvosto (National Health and Medical Research Council) on nähnyt tarpeelliseksi julkaista asiaa koskevan potilasohjeen, jonka on kirjoittanut australialainen arviointiorganisaatio AHTAC (Australian Health Technology Advisory Committee). Siinä todetaan, että vaikka toimenpide lähes kaikilla potilailla vähentää likinäköisyyden astetta, joutuvat monet sen jälkeenkin käyttämään silmälaseja tai piilolinsejä saavuttaakseen parhaan mahdollisen näkökyvyn. Lyhyellä tähtäyksellä toimenpide aiheuttaa melko usein muutaman päivän kestävästä kipua. Keskipitkällä tähtäyksellä on muun muassa todettu, että tulos ei aina ole pysyvä, sarveiskalvoon saattaa kehittyä haavaumia ja arpia ja, että toimenpide voi lisätä häikäistymistä, joka tekee autolla ajon pimeässä vaikeaksi. Pitkällä tähtäyksellä toimenpiteen vaikutuksista ei, lyhyistä seuranta-ajoista johtuen, ole minkäänlaista tietoa.

Lisää tutkimusta tarvitaan

Neuvosto toteaaakin, että vaikka laserhoidon tulokset ovat toistaiseksi olleet lupaavia, tarvitaan lisätutkimuksia ennenkuin menetelmää voidaan suositella rutiinikäyttöön. Silmälasit ja piilolinssit ovat edelleen turvallisimmat, tehokkaimat ja halvimmat keinot likinäköisyyden hoitamiseen.

Risto Roine

Lähde: Laser Corneal Sculpting, National Health and Medical Research Council.

Luuntiheysmittaukset ja osteoporoosi

- [Tavoite](#)
- [Menetelmät](#)
- [Päähavainnot](#)
- [Päätelmä](#)

Tainfossa on aikaisemmin (nro 3/96) esitelty Ruotsin SBU:n raporttia luuntiheysmittauksista. Koska eräät muutkin kansalliset arviointiyksiköt olivat tutkineet aihetta, päätti arviointiyksiköiden kansainvälinen yhteistyöelin INAHTA (International Network of Agencies for Health Technology Assessment) laatia yhteisen lausunnon luun mineraaliitiheyden mittaamisesta ja osteoporoosin hoidosta. Aihe on merkityksellinen, koska erityisesti ikääntyneille naisille osteoporoosi (luun haurastuminen) muodostaa merkittävän luunmurtumien riskitekijän.

INAHTA:n laatima katsaus selvittää tieteelliseen kirjallisuuteen perustuen luun mineraaliitiheysmittausten sekä hormonikorvaus- ja kalsitoniinihoidon tämän hetkistä asemaa luunmurtumien ehkäisyssä. Katsaus ei ota kantaa muihin keinoihin tunnistaa korkean riskin yksilöt, muihin murtuman ehkäisyyn tähtääviin menetelmiin kuten esimerkiksi lonkkasuojaimin, tai muihin kuin edellä mainittuihin hoitoihin. Näin ollen ei esimerkiksi D-vitamiini- tai bifosfonaattihoitoa käsitellä katsauksessa.

Katsauksen yhteenvedossa todetaan seuraavaa:

Tavoite

Yhteenvedon tuottaminen nykyisestä tutkimustiedosta, joka koskee luuntiheyden mittausten menetelmien suorituskykyä sekä vaihdevuosi-ikäisten naisten luuntiheysmittausseulonnan ja siihen yhdistettyjen toimenpiteiden (hormonikorvaushoito ja nenän kautta annosteltava lohen kalsitoniini) vaikuttavuutta vaihdevuosien jälkeisten luunmurtumien ennaltaehkäisyssä.

Menetelmät

Kokoavan esityksen laatiminen järjestelmällisistä katsauksista, jotka koskevat luuntiheysmittauksia, hormonikorvaushoitoa ja nenän kautta annosteltavaa lohen kalsitoniinia käsittelevää tutkimustietoa. Lähdeaineisto saatettiin ajan tasalle liittämällä siihen uusien kirjallisuushakujen avulla löydettyjä alkuperäistutkimuksia. Tutkimustiedon arvioinnissa käytettiin kansainvälisesti hyväksyttyä luokittelujärjestelmään, jossa otetaan huomioon tutkimusasetelma ja tutkimuksen laadukkuus.

Päähavainnot

Luuntiheyden mittausten menetelmien analyttistä suorituskykyä rutiinimaisessa kliinisessä käytössä ei ole riittävästi selvitetty. Etenevistä (prospektiivisista) kohorttitutkimuksista saatu luotettavuudeltaan tyydyttävä tutkimustieto viittaa siihen, että luuntiheysmittauksella kyetään määrittämään luunmurtumavaaraa. Vaikkakin luotettava tutkimustieto osoittaa hormonikorvaushoidolla ja nenän kautta annosteltavalla lohen kalsitoniinilla olevan luun määrää säilyttävä vaikutus hoidon aikana, luotettavuudeltaan tyydyttävä tutkimustieto osoittaa vaikutuksen vähitellen lakkaavan, kun hoito lopetetaan. Heikkolaatuisista satunnaistetuista kontrolloiduista hoitotutkimuksista ja ei-kokeellisista tutkimuksista saadun luotettavuudeltaan tyydyttävän tutkimustiedon mukaan nämä hoidot saattavat ehkäistä luunmurtumia. Kun näiden tutkimustulosten pohjalta arvioidaan vaihdevuosi-ikäisten naisten luuntiheysmittausseulonnan ja näiden hoitojen yhdistelmän vaikuttavuutta, voidaan kuitenkin päätellä, että optimististen oletusten toteutuessa vain 1-7 % lonkkamurtumista on näin ehkäistävissä.

Päätelmä

Nykyinen tutkimustieto ei puolla luuntiheysmittausseulontaa ja sen yhteydessä toteutettavaa hormonikorvaushoitoa tai nenän kautta annosteltavaa lohen kalsitoniinihoitoa.

Risto Roine

Lähde: Hailey D, Sampietro-Colom L, Marshall D, Rico R, Granados A, Asua J, Sheldon T. INAHTA project on bone density measurement and treatments for osteoporosis. Statement of findings - summary, September 1996. Katsauksen yhteenveto-osan teksti perustuu Esko Meriluoto, Scimed International Oy, laatimaan suomenkieliseen käännökseen.

VERKKOEXTRA

Katso myös Tainfo 4/97: ["Uutta tietoa luuntiheyden lisäämisestä"](#)

Edellinen

Alkuun

Seuraava

Marihuanasta ei lääkkeeksi

- [Väitteitä vaikutuksista](#)
- [Kirjallisuuskatsauksen tieto: ei näyttöä](#)
- [Koostumus vaihtelee, laadunvalvonta puuttuu](#)
- [Vastuu käyttäjällä](#)

Marihuanan on väitetty vaikuttavan suotuisasti lukuisiin erilaisiin oireisiin ja sairauksiin. Vapaamielisestä huumeepolitiikastaan tunnetussa Hollannissa tämä on herättänyt siinä määrin kiinnostusta, että maan terveysministeri pyysi Alankomaiden terveysneuvostoa (Health Council of the Netherlands) perehtymään asiaan tarkemmin. Neuvosto teki työtä käskettyä, etsi asiaa koskevaa kirjallisuutta useiden eri tietokantojen avulla ja laati ministerille raportin. Seuraavassa raportin yhteenveto.

Väitteitä vaikutuksista

Marihuana on tunnettu vuosituhansia yrtilääketieteessä. Sen vaikuttavat aineet ovat kannabinoidit, erityisesti tetrahydrocannabinoli (THC). Vuosien varrella viralliselta nimeltään Cannabis sativa -nimisen yrtin on väitetty lisäävän ruokahalua, rentouttavan lihaksia, teroittavan mieltä, parantavan mielialaa, rauhoittavan, lievittävän pelkotiloja ja vähentävän kipua sekä huonovointisuutta. Kirjallisuudessa on tusinoittain mainintoja vioista ja vaivoista, joihin marihuanan väitetään auttaneen. Nykyaikaisten, standardoitujen lääkkeiden myötä marihuanan lääkkeellinen käyttö on kuitenkin vajonnut unholaan. Marihuanan kuusikymmentäluvulla yleistynyt käyttö stimulanttina versoi kuitenkin uudestaan kiinnostuksen sen mahdollista lääketieteellisestä käyttöä kohtaan. Tätä lisäsivät samaan aikaan kehitetyt marihuanan aktiivisten aineosien (kuten THC:n) synteettiset valmisteet. Yleensä marihuanaa poltetaan, mutta perinteisesti sitä on myös lisätty joihinkin ruokiin ja juomiin, joista esimerkkinä marihuana-tee. Eri marihuana valmisteiden THC pitoisuus vaihtelee välillä 0.5-15%. Hollannin ulkopuolella markkinoidaan lääkkeenä kahta synteettistä kannabinoidia: USA:ssa dronabinolia (TCH) kauppanimellä Marinol® ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa nabilonena kauppanimellä Cesamet®.

Kirjallisuudesta löytyy neljä eri aluetta, joissa marihuanan ja kannabinoidien on erityisesti väitetty olevan tehokkaita: solusalpaajahoitoon liittyvän pahoinvoinnin ja oksentelun estossa, ruokahalun lisääjänä AIDS ja syöpäpotilailla, lihasjännitystä laukaisevana ja vapinaa vähentävänä lääkkeenä MS-taudissa sekä silmänsisäisen paineen vähentäjänä viherkaihissa

Kirjallisuuskatsauksen tieto: ei näyttöä

Voidakseen arvioida marihuanan ja kannabinoidien tehoa näissä indikaatioissa, komitea perehtyi

asiaa koskevaan kirjallisuuteen 25 viimeisen vuoden ajalta. Tämän kirjallisuuskatsauksen perusteella komitea katsoi, että marihuanan lääketieteellisen käytön puolesta ei ole riittävästi todistusaineistoa.

Koostumus vaihtelee, laadunvalvonta puuttuu

Lisäksi komitea on marihuanan suhteen sitä mieltä, että lääkärit eivät voi ottaa vastuuta sellaisen valmisteen käytöstä, jonka koostumus on tuntematon ja jonka laatua ei valvota. Tämä ei koske ainoastaan marihuanan polttamista vaan myös sen muita käyttömuotoja kuten marihuana-teen nauttimista.

Vastuu käyttäjällä

Komitea ei kuitenkaan halua tuomita potilaita, jotka käyttävät marihuanaa (missä muodossa tahansa), jos se parantaa heidän oloaan. Kuten alkoholin ja tupakankin suhteenkin, tämä on yksittäisten potilaiden oma asia.

Ministerin kysymykseen siitä, eroaako marihuanan tai muiden hamppukasveista peräisin olevien valmisteiden käyttö aktiivisen aineosan eli ⁹-tetrahydrocannabinolin (THC) tai muiden aineosien käytöstä ei komitea toistaiseksi pysty vastaamaan, koska asiasta ei ole julkaistu systemaattista tutkimustietoa.

Risto Roine

Lähde: Health Council of the Netherlands. Standing Committee on Medicine. Marihuana as medicine. Rijswijk: Health Council of the Netherlands, 1996; publication no. 1996/21E. ISBN 90-5549-152-7

Edellinen

Seuraava

Alkuun

Näyttöön perustuva terveydenhuolto

- [Mitä se EBM sitten on?](#)
- [Käytännön kliininen asiantuntemus](#)
- [Potilaan mieltymys](#)
- [Viimeisin tutkimustieto](#)

Viimeisen viiden vuosikymmenen aikana biolääketieteelliseen tutkimukseen sijoitetut rahat ovat poikineet runsaasti tuloksia. Mahdollisuutemme hoitaa aikaisemmin tappavia tai invalidisoivia sairauksia kuten monia syöpämuotoja, verenpainetautia, sokeritautia, ja sydänsairauksia ovat moninkertaistuneet. Toisaalta meillä ei koskaan ennen ole ollut sellaista kliinisesti tärkeän tutkimustiedon tulvaa kuin nyt. Miten kiireinen klinikko sitten erottaa tässä tiedontulvassa jyvät akanoista, kun potilas- ja hallintotyön ohella viikottaista aikaa tutustua tieteen uusimpiin tuloksiin on yleensä käytössä korkeintaan pari tuntia? Yhtenä ratkaisuna ongelmaan on tarjottu niin kutsuttua näyttöön perustuvaa lääketiedettä (evidence-based medicine).

Mitä se EBM sitten on?

Kirjoituksessaan Evidence-Based Medicine -lehden hiljattain ilmestyneessä numerossa (1) alan gurut Brian Haynes, David Sackett, Muir Gray, Deborah Cook ja Gordon Guyatt määrittelevät sen näin: *Näyttöön perustuva lääketiede on tunnontarkkaa, harkittua parhaan mahdollisen kliinisen tutkimustiedon käyttöä yksittäisen potilaan hoidossa.* Kirjoittajien mukaan *tunnontarkka* tarkoittaa määritelmässä sitä, että tietoa käytetään järjestelmällisesti jokaisen soveltuvan potilaan kohdalla. *Harkittu* puolestaan sitä, että diagnostisten kokeiden ja vaihtoehtoisten hoitojen hyödyt ja haitat arvioidaan kliinisen asiantuntemuksen perusteella ja, että yksittäisen potilaan lähtökohdat, kliininen tilanne ja toivomukset otetaan huomioon. *Parhaan mahdollisen kliinisen tutkimustiedon käyttö* taas edellyttää sitä, että käytännön lääkäri kykenee erottamaan hyvän tiedon huonosta (kriittinen arviointi) ja, että hänellä on mahdollisuus saada luotettavaa, ajantasalla olevaa tietoa nopeasti käyttöönsä sitä tarvitessaan. Kirjoittajien mukaan lääkärin päätöksenteko perustuu parhaimmillaan [kuvassa 1](#) kuvattuun malliin. Eri päätöksissä päätöksenteon osa-alueet painottuvat kuitenkin eri tavalla. Kliininen asiantuntemus on tärkein esimerkiksi silloin, kun potilas on kliinikon mielestä liian heikko leikkaukseen, joka muuten kyseisen sairauden kohdalla olisi paras vaihtoehto. Potilaan oma tahto taas painottuu silloin, kun tämä kieltäytyy hoidosta, joka kliinisen tilanteen ja tutkimustiedon valossa vaikuttaisi parhaalta ratkaisulta.

Käytännön kliininen asiantuntemus

Kirjoittajat painottavat, että näyttöön perustuva lääketiede ei joidenkin epäilyistä huolimatta ole "keittokirja-lääketiedettä". Jokaisen potilaan hoidossa tarvitaan käytännön kokemukseen perustuvaa

kliinistä asiantuntemusta: Mikä on vikana?, Kuinka vakavasta taudista on kyse?, Mitä muita samanaikaisia sairauksia potilaalla on? jne. Vaikka jotkut kliiniset päätökset ovat niin helppoja, että konekin voisi tehdä ne, tarvitaan useimmissa hoitovalinnoissa lääketieteellisen peruskoulutuksen antamia tietoja ja kliinistä asiantuntemusta, jonka voi saada vain kokemuksen kautta. Hienoimmistakaan tietokoneohjelmista ei tällaisissa tilanteista ole apua. Tutkimuksen tuottama tieto voi auttaa täydellistämään kliinistä asiantuntemusta, mutta ei voi tutkia potilasta tai luovia läpi sen tiedon sekamelskan, joka käytännön lääkärille kerääntyy uransa alkuvaiheista lähtien. Kliininen asiantuntemus onkin se ratkaiseva tekijä, joka erottaa näyttöön perustuvan lääketieteen "keittokirjalääketieteestä" ja sääntöjen ja ohjeiden sokeasta seuraamisesta.

Potilaan mieltymys

Kirjoittajien mukaan potilaat ovat aina osanneet tehneet omat valintansa hakeutumalla muualle hoitoon, valitsemalla vaihtoehdoisen hoitomuodon tai jättämällä lääkärin määräämät lääkkeet ottamatta. Nykyisin potilailla on sitä paitsi paremmat mahdollisuudet hankkia itse tietoa kuin koskaan aikaisemmin, ja jotkut tietävätkin omasta sairaudestaan enemmän kuin hoitava lääkäri. Potilaan mielipiteen huomioon ottaminen on siten tärkeä osa hoitoa.

Viimeisin tutkimustieto

Kuten edellä todettiin on lääketieteellisen tutkimustiedon määrä kasvanut räjähdysmäisesti viime vuosikymmenien aikana. Yksikään järkevä ihminen ei kai kiellä, että tämän tiedon tulee olla olennainen osa kliinistä päätöksentekoa. Kuinka hyvin tutkimustieto sitten vaikuttaa kliinisiin käytäntöihin? Ei lainkaan niin hyvin kuin olisi toivottavaa. Esimerkiksi sydäninfarktin liotushoito tuli laajaan käyttöön vasta yli vuosikymmenen kuluttua siitä kun riittävä tutkimustieto sen hyödyistä oli jo saatavilla. Tutkimukset osoittavatkin, että potilaan saama hoito seuraa useammin hoitavan lääkärin koulutuksensa aikana saamia oppeja kuin viimeistä tutkimustietoa. Tämän ovat toki useimmat tiedon tulvaan hukkuvat käytännön lääkäritkin valmiit myöntämään. Näyttöön perustuvaan lääketieteeseen liittyvä kriittinen kysymys ei kuulukaan pitäisikö kliinisen päätöksenteon tukeutua tutkimustietoon, vaan miten tutkimustieto saadaan tehokkaasti ja tuloksellisesti käyttöön. Tähän kirjoittavat lupaavat vastauksia kirjoitussarjan seuraavissa artikkeleissa, joihin palataan TA-infon tulevissa numeroissa.

Risto Roine

1. Haynes RB, Sacket DL, JMA Gray, DJ Cook, GH Guyatt: Transferring evidence from research into practice The role of clinical care reasearch evidence in clinical decisions, Evidence Based Medicine 1:196-198,1996

HUUHAA-PALKINTO KIRJAYHTYMÄLLE

Skepsis ry on myöntänyt vuoden 1996 huuhaa-palkinnon Kirjayhtymälle Anja Rautajoen *Terapeuttinen kosketus* -kirjan julkaisemisesta Studia-kirjasarjassaan. Yhdistys katsoo, että Kirjayhtymä on hämärtänyt terveydenhuollon opetukseen tarkoitettua ja pseudotieteellisen kirjallisuuden rajaa antamalla tällaiselle kirjallisuudelle foorumin kirjasarjassaan, jossa julkaistaan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle suunnattua ammattikirjallisuutta.

Lue lisää alla mainitusta lehdestä.

Lähde: Skeptikko 4/96, Skepsis ry

Edellinen

Alkuun

Seuraava

Lisääkö kypäräpakko terveyttä?

- [Laki Australiassa](#)
- [Pakina BMJ:ssa nosti myrskyn](#)
- [Monta näkökohtaa vammojen vähenemiseen](#)
- [Opetus](#)

Laki Australiassa

British Medical Journalin lukijasivuilla leiskui alkuvuodesta voimakkaana debatti pyöräilykypärän käytön tarpeellisuudesta ja siitä, voidaanko ihmiset pakottaa lain voimalla käyttämään kypärää. Laki tuli voimaan Australiassa, Viktorian osavaltiossa viitisen vuotta sitten.

Nyt käydyn keskustelun pohjana on N.C. Unwinin kirjoitus vajaa vuotta aikaisemmin Journal of Medical Ethics- lehdessä (J.Med.Eth. 1996;22:41) "Cycle helmets-when is legislation justified ?" Siinä todetaan, että aiheena kypäräpakko on kovan luokan kiistakysymys. Kirjoittaja ei halunnut asettua puolesta eikä vastaan, vaan ainoastaan tuoda esiin näkökohtia, joita pitäisi punnita, ennen kuin kypäräpakko määrätään. Kirjoittaja esitti kriteereiksi pyöräilykypärän vaikuttavuuden, henkilökohtaisen vapauden, yleisön hyväksynnän ja pyöräilyn tuomat terveyshyödyt. Kirjoittajan tietopohja perustui 15 vuotta sitten Englannissa pakolliseksi määrättyjen autojen turvavöitten aiheuttamaan informaatioisotaan.

Pakina BMJ:ssa nosti myrskyn

BMJ:n pakinoitsija "Minerva" tarttui aiheeseen ja ilmaisi pakinassaan, ettei halunnut käyttää kypärää pyörällä ajaessaan. Kaksi tutkijaa julkaisi voimakkaan vastakirjoituksen: "Evidence shows that cyclists should wear helmet" (R.Davis a. B.Pless, BMJ 1996;313:629) eli heidän mielestään näyttöä kypärän vaikuttavuudesta on riittävästi. Tästäkö sota syttyi koko vanhan British Commonwealthin alueella. Kirjoittajia tuntui sapettavan varsinkin se, että australialaisen osavaltion lain laatijat eivät olleet sittenkään valmisteluvaiheessa ottaneet huomioon kaikkia yhteiskunnallisia, terveyshyödyn ja kustannusvaikuttavuuden osasia arvioitaessa myöhemmin esimerkiksi päätöksen kokonaisvaikuttavuutta tai yksilötason terveyskehitystä. Asia liittyi kylläkin vaikeaan kohdealueeseen - liikenteeseen.

Kritisoijat hyväksyivät perustietona Viktorian osavaltion tutkimukset, joissa todettiin 40 % alenema pyöräilijöiden pään alueen vammojen määrässä, laskettuna sairaalaanottojen vähenemänä kuluneen viiden vuoden aikana. Mutta, mutta: tilastotieteilijät pystyivät myös näyttämään toteen sen, että samaan aikaan pyöräilyn käyttö liikennemuotona oli vähentynyt melkein saman suuruisena (noin 38 %). Vähenemää oli niin pyöräteiden käytössä (noin 30 %) kuin kouluteilläkin, jopa 45 %. Tarkemmin

tutkittuna todettiin niinkään, että päävammat olivat vähentyneet selvästi myös alle 12 vuotiaiden jalankulkijoiden joukossa. Johtopäätöksenä todettiinkin: kypärälaki ei rohkaisutkaan pyöräilijöitä käyttämään kypärää - vaan varoittaa pyöräilemisestä.

Monta näkökohtaa vammojen vähenemiseen

Asiaa spekuloiitiin lukijavastineissa monelta kannalta. Pyöräilijöistä ja heidän vanhemmistaan oli tullut varovaisempia - jopa ylivarovaisia. Kypärälain kanssa samoihin aikoihin ajoittui massiivinen valtakunnallinen valistuskampanja, jossa varoitettiin ylinopeuksista niin pyöräillessä kuin autoillessa, rattijuoppoudesta kuin huonoista ajotavoista (esimerkiksi pysähtymisen piittaamattomuudesta pyöräteitä ylitettäessä jne.) Eräs kirjoittaja korosti sitä, että eihän kypärää ole kehitetty toisia ajoneuvoja päin törmäämistä varten. Myös Suomessa esiintuotu epäily otettiin esille eli, että pyöräilykypärän käyttäjät luulevat päänsä olevan suojassa ja ajavat kaahaamalla, tuntien täten väärää turvallisuuden tunnetta ja ovat vaaraksi liikenteelle toisin kuin ei-kypärää käyttävät. Kyse on myös ns. kulttuurisissa syissä, koska - kuten yleisesti tiedetään - Tanskassa ja Alankomaissa vain harvat käyttävät kypärää pyöräillessään ja silti näissä maissa on pyörätapaturmia vain 10 % esimerkiksi brittien tasosta. Englantia puhuvien maiden edustajat olivatkin suosittelemassa perustettavaksi asiaansopivia pyöräilijöiden keskeisiä yhdistyksiä tai muita edunvalvontaverkostoja kevyen liikenteen olojen parantamiseksi.

Opetus

Kypärälakien kritisoijien mielestä tavallisen pyöräilyn terveyshyöty, saavutettuina lisäelinvuosina mitaten, on kuitenkin osoittautunut suuremmaksi kuin pyöräilijöiden liikennekuolemista koituva elinvuosiodotteen väheneminen. Täten kriitikot olivat sitä mieltä, että edellä kuvattu kypärälaki - jopa suositukset käyttää kypärää, on suurempi riski kuin niiden pyöräilijöiden päät, joissa ei ole kypärää.

Lehdessä käyty keskustelu tuo hyvin esiin ilmiöiden ja muutosten taustalla olevat monimutkaiset tekijät. Johtopäätösten teko yhden tekijän perusteella voi johtaa harhateille.

Kalevi Lauslahti

Edellinen

Seuraava

Alkuun

Tietokannat arvioinnin avaimina

- [MEDLINE](#)
- [Cochrane Database of Systematic Reviews and Protocols](#)
- [HealthSTAR](#)
- [AHCPR Supported Guidelines](#)
- [Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness \(DARE\)](#)
- [INAHTA Abstracts](#)
- [EMBASE](#)
- [CANCERLIT](#)
- [CINAHL \(Nursing & Allied Health\)](#)
- [PsycINFO \(PsycLIT\)](#)
- [SciSearch \(Science Citation Index\)](#)
- [Cochrane Controlled Trials Register](#)
- [NEED \(NHS Economic Evaluation Database\)](#)

Arviointiin tarvittavien tietojen löytäminen on tärkeä askel monissa menetelmien arviointiprojekteissa. Tällaista tietoa on INAHTAn julkaisemassa uutiskirjeessä sekä listassa meneillään olevista projekteista. Muita arviointiin tarvittavan tiedon lähteitä ovat seuraavat tietokannat, joista monet ovat saatavilla myös Internetin kautta tai CD-Rom -levykkeellä:

MEDLINE

Tuottaja: National Library of Medicine (NLM), USA.

Medline on usein paras tietokanta kansainvälisen kirjallisuuden etsimiseen. Se sisältää tietoa noin 3700 terveyttä ja biolääketiedettä käsittelevästä julkaisusta.

Cochrane Database of Systematic Reviews and Protocols

Tuottaja: Cochrane Collaboration.

Säännöllisesti päivitettävä elektroninen julkaisu, jossa systemaattisia katsauksia satunnaistetuista kontrollitutkimuksista (randomized control trials).

Elektroninen versio CD-Rom -levyllä "Cochrane Library" (Windows-käyttöjärjestelmälle - 4 osaa vuodessa). Tilauksia hoitaa BMJ Publishing Group, BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JR, UK. Fax +44 171 383 6662.

HealthSTAR

Tuottaja: National Library of Medicine (NLM), USA.

Keskittyy sekä terveydenhuollon kliinisiin (hoidon tuloksellisuuden sekä toimintojen ja tuotteiden arviointi) että ei-kliinisiin (terveydenhuollon hallinto, suunnittelu ja linjaukset) kysymyksiin.

AHCPR Supported Guidelines

Tuottaja: Agency for Health Care Policy and Research, USA.

Internetissä kokotekstinä (NLM:n HSTAT osoitteessa <http://text.nlm.nih.gov>) ja HealthSTAR:ssa bibliografiana.

Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE)

Tuottaja: CDR, the Centre for Reviews and Dissemination - NHS, UK.

Saatavissa CD-Rom -levyllä "Cochrane Library" sekä on-line Internetin kautta (vaatii telnet-yhteyden). Yhteystiedot ja ohjeet osoitteessa <http://www.york.ac.uk/inst/crd/info.htm>.

INAHTA Abstracts

Tuottaja: INAHTA Network.

Sisältyy DARE:een ("Cochrane Library":ssa ja on-line Internetissä). INAHTAN abstraktit löytyvät helposti DARE:sta; osa löytyy myös HealthSTAR:sta.

EMBASE

Tuottaja: Elsevier Science BV, Netherlands.

Voidaan käyttää tehokkaasti Medlinen lisänä, erityisesti etsittäessä muita kuin englanninkielisiä artikkeleita (erityisesti eurooppalaiset kielet) tai lääketutkimuksia käsitteleviä artikkeleita.

CANCERLIT

Tuottaja: NLM.

Sisältää kaikki MEDLINE:ssä olevat onkologian julkaisut sekä lisäksi syöpää käsitteleviä konferenssijulkaisuja (conference proceedings) ja monografioita. Eri julkaisutyypit ovat helposti identifioitavissa.

CINAHL (Nursing & Allied Health)

Tuottaja: CINAHL Information Systems, USA.

Erikoistunut hoitotutkimukseen ja täydentää Medlinea.

PsycINFO (PsycLIT)

Tuottaja: American Psychological Association, USA.

Täydentää Medlinea psykiatrisissa ja psykologisissa tutkimuksissa.

SciSearch (Science Citation Index)

Tuottaja: Institute for Scientific Information (ISI), USA.

SciSearch:n avulla on mahdollista tehdä hakuja "Science Citation Index" -lähdeviitehakemistosta.

Cochrane Controlled Trials Register

Tuottaja: Cochrane Collaboration.

Sisältyy Cochrane Libraryyn. Täydentää Medlinea kontrolloitujen kliinisten tutkimusten suhteen.

NEED (NHS Economic Evaluation Database)

Tuottaja: NHS, UK.

On-line Internetissä (vaatii telnet-yhteyden). Yhteystiedot ja ohjeet osoitteessa

<http://www.york.ac.uk/inst/crd/info.htm>.

INAHTAn uutiskirjeestä (INAHTA Newsletter) suomentanut ja muokannut Kristian Lampe.

Edellinen

Seuraava

Alkuun

Arviointiraportit

- [TA-seloste 1/97: ESTROGEENIHOITO](#)
- [Längre liv och bättre hälsa - en rapport om prevention](#)

TA-seloste 1/97: ESTROGEENIHOITO

Suomennettu yhteenveto SBU:n raportista *Behandling med östrogen*. Tiedustelut: FinOHTAn tsto.

Längre liv och bättre hälsa - en rapport om prevention

SBU:n raportti nro 132. Tiedustelut: FinOHTAn tsto

Edellinen

Alkuun

Seuraava

FinOHTAn hankkeet ja selvitykset

- [Käynnissä olevat hankkeet](#)
- [Uusia tutkimushankkeita](#)
- [Käynnissä olevat selvitykset](#)
- [Uusia selvityksiä](#)

Käynnissä olevat hankkeet

- Astmaatikon potilasohjauksen kustannus-vaikuttavuusvertailu
Projektivastaava: LL Ritva Kauppinen/Etelä-Karjalan keskussairaala
- Lanneselän välilevytyrän operatiivisen hoidon ja konservatiivisen hoidon vaikuttavuus
Projektivastaava: LKT Seppo Seitsalo/Jorvin sairaala
- Lääkintälaitteiden elinkaarikustannukset ja tilavaatimukset
Projektivastaava: Tekn.lis. Tarja Tuomainen/Tampereen teknillinen korkeakoulu/
Rakentamistalouden laitos
- Rintasyöpäseulonnan kustannus-vaikuttavuus tutkimus
Projektivastaava: LL, Ktm Tiina Leivo, Helsingin yliopisto/Kansanterveystieteen laitos
- Prospektiivinen, randomisoitu nilkkamurtumien hoitotutkimus
Projektivastaava: LL Hannu Lehtonen, TAYS
- Vanhusten reisiluun yläosien murtumisen ehkäisy lonkkasuojaimen avulla
Projektivastaava: Dosentti Pekka Kannus, UKK-instituutti
- Telelääketieteen arviointimallin rakentaminen (Pohjois-Pohjanmaan ja Varsinais-Suomen shpt)
Projektivastaava: Erikoislääkäri Jarmo Reponen, PPshp
- Diabeteksen ennustaminen ja ehkäisy: Diabeteksen kustannusten mallintaminen
Projektivastaava: Professori Olli Simell/Turun yliopisto

Uusia tutkimushankkeita

- Leikkaushoidon vaikuttavuus spinaalistennoosin hoidossa
Projektivastaava: Professori Pär Stätis / Orton
- Telelääketieteen arviointitutkimus
Projektivastaava: Professori Lauri Nuutinen, Pohjois-Pohjanmaan shp
- Telepatologia
Projektivastaava: Dosentti Hannu Kalimo, Varsinais-Suomen shp

Käynnissä olevat selvitykset

- Selvitys kliinisistä laaturekistereistä
Projektivastaava: Kehittämispäällikkö Marjukka Mäkelä/ PALA, STAKES
- Teknologian arviointi hoitotyössä
Projektivastaava: Erikoistutkija Marja-Leena Perälä/THTY, STAKES

Uusia selvityksiä

- Suun terveydenhuollon teknologia
Projektivastaava: HLT Raili Vehmanen
- Finnvasc-verisuonirekisterin luotettavuus
Projektivastaava: LL Ilkka Kantonen, HYKS
- Lääketieteellisten laitteiden vaikutukset tiloihin ja toimintakustannuksiin sairaaloissa (jatko)
Projektivastaava: Tekn. lis. Tarja Tuomainen, Tampereen Tekn. korkeakoulu
- Elämänlaadun mittaamismahdollisuuksien selvittäminen erikoissairaanhoidossa
Projektivastaava: FT Marja Blom, Päijät-Hämeen shp
- Vanhusten tuetun sairaalasta kotiutumisen ja tavanomaisen kotiutumisen kustannus-
vaikuttavuus-vertailu
Projektivastaava: LKT Sari Anttila, Tampereen ks

Edellinen

Seuraava

Alkuun

FinOHTAn hankekriteerit

- Tutkimushanke-ehdotus (a)
 1. Onko arviointikohteena kansantaloudellisesti merkittävä terveydenhuollon menetelmä?
 2. Onko kyseessä kansanterveydellisesti merkittävä ongelma?
 3. Onko tutkimusasetelma uskottava?
 - Onko kohde ylipäättään tutkittavissa?
 - Onko tutkimusasetelma järkevä?
 4. Sisältääkö tutkimusehdotus hyvän arviointihankkeen osiot ja tavoitteet?
 - Tähtääkö hanke menetelmän vaikuttavuuden arviointiin?
 - Tähtääkö hanke menetelmän kustannus-vaikuttavuudenarviointiin?
 - Huomioidaanko hankkeessa menetelmän sosiaaliset, eettiset ja elämänlaatuvaikutukset?
 5. Onko tutkimusmenetelmä laadukas?
 - Käytetäänkö hyviä tieteellisiä tutkimusmenetelmiä?
 - Kuuluuko suunnitelmaan kattava esitutkimus?
 - Onko tutkimusaiheesta tehty systemaattinen kirjallisuuskatsaus?
 - Onko kliininen tutkimusosuus etenevä, kontrolloitu ja satunnaistettu?
 6. Ovatko tutkimustulokset konkreettisesti hyödynnettävissä?
 - Johtaako tutkimus siihen, että terveydenhuollon voimavaroilla saadaan enemmän terveyttä kansalaisille?
 - Onko tutkimukseen uhrattu panos järkevässä suhteessa mahdollisesti saavutettaviin säästöihin?
 - Ovatko tutkimustulokset innovatiivisia johtaen uusien tuotteiden kehittämiseen?
 - Ovatko tulokset hyödynnettävissä muissa hankkeissa parempina tutkimusmenetelminä tai tietopohjana?
- Tutkimuksen tekijä/tekijät (b)
 - Ovatko tekijät päteviä tutkimaan kyseistä aihetta?
 - Pystyykö tutkimusryhmä toteuttamaan suunnitelman?
- Rahoitus (c)
 - Onko hankkeen rahoitus oikeassa suhteessa hankkeen tavoitteisiin?
 - Onko FinOHTAlle ehdotettu osuus oikeassa suhteessa hankkeen sisältöön?
- Tiedottaminen, implementaatio, seuranta (d)
 - Miten tutkimustuloksista aiotaan tiedottaa?
 - Miten varmistetaan, että tutkimustulokset todella johtavat muutokseen terveydenhuollon toimintatavoissa?
 - Miten tämä muutos voidaan osoittaa? (kyselyt?, rekisteritiedot?, muu?)

Lisätietoja antavat kaikki FinOHTAlaiset.

VERKKOEXTRA

Edelläolevat hankekriteerit olivat voimassa lehden ilmestyessä. Katso myös [tuoreimmat hankekriteerit](#).

Edellinen

Alkuun

Seuraava

[Copyright](#) © 1997 FinOHTA / STAKES. All rights reserved.