



Elämänlaatu vaikuttaa päätöksentekoon

>> 4

Ensimmäiset HALO-arviointiaiheet valittu >> sivu 8

Nopeille arvioille on kova kysyntä >> sivu 9

Tutkimuksen voi raportoida selkeästi >> sivu 12

Sisältö



FINOHTAN RAPORTTI

Laatupainotettu elinvuosi mittaa hoitomuotojen vaikuttavuutta 4

HALLITTU-OHJELMA

Viisi nopean katsauksen aihetta valittiin erikoissairaanhoidosta 8
Kalliita lääkkeitä arvioitava HALOssa? 11

ARTIKKELI

Fysioterapiatutkimusten raportoinnin laatua selvitetty 12



HTA UUTUUKSIA

7

COCHRANE-YHTEISTYÖ

Ruokavalio-ohjaus ehkäisee sydän- ja verisuonitautien riskejä 14

HTA LYHYESTI

Lonkan pinnoiteproteesileikkauksesta hyötyä? 17

Äitien masennusta ehkäistään kotikäynneillä 17

Sydämen perkutaani läppätoimenpide 17

Laskimokanyyli vaihdetaan vain tarvittaessa 18

Yhdistelmäinhalaattori astmapotilaalle 18

Miten kylmälasertä hoitaa haavoja? 18

Satunnaistaminen on usein tuntematon 19

Aromataasin estäjät rintasyövän hoidossa 19

Pneumokokkrokotus hyväksi tietyille lapsille 19

Sepsiksen hoito nielee rahaa 20

Masennuslääkkeiden valinta ja kustannustehokkuus 20



UUTISET

21

IMPAKTI

Impakti-lehti ilmestyy
kuusi kertaa vuodessa.
Lehden painosmäärä
on 7 000 kappaletta.

ISSN 1455-7940
9. vuosikerta

TIETOA TERVEYDENHUOLLON MENETELMIEN ARVIOINNISTA

Julkaisija

Terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö FinOHTA

Toimitus

Päätoimittaja **Marjukka Mäkelä**, puh. (09) 3967 2290

Viestintälääkäri **Kristian Lampe**, puh. (09) 3967 2180

Toimitussihteeri **Kerttuli Korhonen**, puh. (09) 3967 2285

Toimituksen sihteeri **Terhi Ilonen**, puh. (09) 3967 2297

Toimituksen postiosoite PL 220, 00531 Helsinki

Käyntiosoite Lintulahdenkuja 4, 00530 Helsinki

Puhelin (09) 396 71 (vaihde), Faksi (09) 3967 2278

Sähköposti etunimi.sukunimi@stakes.fi

Internet <http://finohta.stakes.fi>

Taitto Kerttuli Korhonen, Terhi Ilonen

Painopaikka Kainuun Sanomat Oy, Kajaani 2006

Impaktin voi tilata FinOhtasta ja se on tilaajalle maksuton. Lehdessä julkaistut kirjoitukset eivät edusta FinOhtan tai Stakesin virallista kantaa, ellei nimenomaan toisin mainita.



Kerttuli Korhonen

Potilaan elämänlaadulla on merkitystä

Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan hiljattain julkaistussa kannanotossa vuoden 2015 terveydenhuoltoon yksi suurimmista huolenaiheista on, miten hallita erikoissairaanhoidon ja lääkitysten nopeasti kasvavia kustannuksia. Huoli ei ole uusi. Jo ainakin parin vuosikymmenen ajan asia on puhuttanut terveydenhuollosta vastaavia. Kustannusten hallintakeinot ovat kuitenkin olleet kiven alla ja terveydenhuolto osin markkinavoimien armoilla, kun mahdollisuudet vertailla uusien hoitomuotojen vaikuttavuutta yli lääketieteen eri erikoisalojen ovat olleet rajalliset.

Yhden ratkaisun hoitomuotojen vertailuun tarjoaa laatupainotteisen elinvuoden, QALYn käsite. Se perustuu viime vuosina yhä laajemmin hyväksytyyn tosiasiaan, että elämän pituuden lisäksi myös sen laadulla on merkitystä. Laatupainotteinen elinvuosi yhdistää terveyteen liittyvän elämänlaadun odotettavissa olevaan elinaikaan ja tarjoaa hoidon vaikuttavuuden arvioimiseen yksiselitteisen, yli erikoisalojen ja jopa lääketieteen ulkopuolella toimivan mittarin.

Kaivattu mittari on otettu hyvin vastaan. Sen osoittaa kasvava tieteellisten tutkimusten joukko, joissa laatupainotteinen elinvuosi on hoidon vaikuttavuuden päätulosmittari. Ison-Britannian terveydenhuoltoa ohjaava National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) käyttää sitä jopa tärkeimpänä hoidon vaikuttavuuden mittarina. Myös Suomessa on käynnissä useita tutkimushankkeita, joissa terveydenhuollon vaikuttavuutta arvioidaan laatupainotteisten elinvuosien avulla.

Kehittämisen varaa kuitenkin on. Tässä Impaktin numerossa esiteltävä järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus osoittaa, että terveyteen liittyvän elämänlaadun arvio perustuu aivan liian usein terveydenhuollon ammattilaisten käsityksiin hoidon tuloksesta. Potilaan arvio omasta terveydestä jää tutkijoilta usein kysymättä. Vaikka terveydenhuollon henkilöstö on varmasti tietoinen eri sairauksien kliinisestä luonteesta, eivät ammattilaiset tutkimusten mukaan yleensä pysty ilman oma-kohtaista sairauskokemusta asettumaan potilaan asemaan ja arvioimaan oikein potilaan kokema elämänlaatua.

Terveydenhuollossa pitää uskaltaa kohdata tosiasiat ja kuunnella potilaan subjektiivista arviota. Jos potilas ei koe hyötyvänsä hoidosta, on hoito, ammattilaisen käsityksestä riippumatta, usein turhaa. On siis välttämätöntä seurata terveyteen liittyvää elämänlaatua potilaiden itsensä arvioimana ennen ja jälkeen hoidon.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin tutkimushankkeessa on jo usean vuoden ajan kysytty potilaan kokemuksia hoidon tuottamasta hyödyistä. Näin voidaan jatkuvasti seurata hoidon vaikuttavuutta laatupainotteisina elinvuosina. Saatu tieto suhteutetaan hoidon kustannuksiin ja luodaan näin perusta järkevälle, kustannusvaikuttavuustietoon perustuvalle terveydenhuollon päätöksenteolle. Laatupainotteinen elinvuosi onkin tällä hetkellä yksi parhaista välineistä terveydenhuollon kustannusten oikeudenmukaiseen ja tasa-arvoiseen hallintaan. ☺



Risto P. Roine



Ingram

Finohtan raportti:

Laatupainotetut elinvuodet terveydenhuollon vaikuttavuuden arvioinnissa

FINOHTAN
RAPORTTI

Laatupainotetut elinvuodet (Quality Adjusted Life Years, QALYt) ovat yksi tärkeimmistä terveydenhuollon vaikuttavuuden mittareista. QALYista on myös hyötyä, kun päätetään terveydenhuollon voimavarojen kohdentamisesta.

Terveydenhuoltoon panostetaan yhteiskunnan voimavaroja, vaikka näyttö hoitojen vaikuttavuudesta on usein puutteellista. Päätöksiä voidaan tehdä myös varsin epävakaa pohjalla ja selvittämättä, miten toimenpiteet vaikuttavat potilaiden kokemaan elämänlaatuun.

Erytyisesti puutetta on tiedosta, joka mahdollistaa eri toimenpiteiden vaikuttavuuden vertailun yli lääketieteen erikoisalojen. Useimmissa tutkimuksissa vaikuttavuuden arviointiin käytetään vain sairausspesifisiä mittareita.

Elämän pituuden lisäksi myös sen laadulla on merkitystä. Viime vuosina on kehitetty mittareita, jotka huomioivat potilaan omat arvostukset hoidon tulosten arvioinnissa. Laatupainotetun elinvuoden, QALYn, avulla terveydenhoidon vaikuttavuus ilmaistaan siten, että sekä elämän pituus että laatu tulevat huomioituiksi.

Isossa-Britanniassa kansallisia hoitosuosituksia antava National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) käyttää QALYja terveysvaikutusten tärkeimpinä mittareina. Myös Medline-tietokannasta QALY-hakusanalla löytyy jo tuhansia kirjallisuusviitteitä.

KATSAUKSEEN VALIKOITUI 72 TUTKIMUSTA
Finohtan uutuusraportti perustuu järjestelmällisen katsauksen, jonka kirjallisuushaku tehtiin viidestä tietokannasta toukokuussa 2004. Hyväksymiskriteereiden mukaan terveyteen liittyvä elämänlaatu (HRQoL) oli mitattu geneerisellä, QALYn laskemisen mahdollistavalla mittarilla tai suoralla arvottamismenetelmällä ennen ja jälkeen intervention.

Haku tuotti 4 878 julkaisua, joista 3 882 oli alkuperäistutkimuksia. Tiivistelmien perusteella lähempään tarkasteluun päätyi 624 artikkelia. Vain

**QALY = Quality Adjusted
Life Year = Laatupainotettu
elinvuosi**

72 artikkelissa (70 erillistä tutkimusta) hoidon vaikuttavuutta oli arvioitu ennen–jälkeen-asetelmassa potilaan itsensä arvioimana pätevällä terveyteen liittyvällä elämänlaadun mittarilla, joka mahdollistaa laatupainotettujen elinvuosien laskemisen.

Tutkimukset arvioitiin kuvaamalla niiden kliininen erikoisala, interventio, tavoite, tutkimuspopu-

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim suosittaa, että QALYsta käytetään suomenkielistä sanaa *laatupainotettu elinvuosi*. Koska Finohtan raportti oli jo painossa, kun Duodecim antoi suosituksensa, käytetään tässä Impaktin artikkelissa sanaa *laatupainotettu elinvuosi*.

laatio, käytetty arviointimenetelmä, taloudellisen arvioinnin näkökulma, tutkimuksessa käytetyt kustannustiedot, elämänlaadun tulokset, toimenpiteen tuottamien laaturaportteiden lisäelinvuosien määrä ja kustannukset, tutkimuksen laatu sekä menetelmälliset tai muut rajoitukset.

LÄÄKEHOITOA JA KIRURGISIA TOIMENPITEITÄ TUTKITTU ENITEN

Artikkeleista 71 prosenttia oli julkaistu oman erikoisalalan tieteellisissä sarjoissa, 20 prosenttia yleisissä lääketieteellisissä aikakauslehdissä ja 8 prosenttia pääasiassa terveystaloustieteen, terveydenhuollon menetelmien arvioinnin tai terveydenhuollon hallinnon aikakauslehdissä. Yksi tutkimus oli julkaistu väitöskirjana. Vain kolme artikkelia oli muun kuin englanninkielisiä.

Tutkimuksista 31 prosenttia käsittelee pääasiassa lääkehoitoa ja 26 prosenttia kirurgisia interventioita. Loput keskittyivät erilaisiin konservatiiv-

visiin hoitoihin, kuntoutukseen, lääketieteelliseen kuvantamiseen ja sekundaariseen ehkäisyyn.

Tutkimusinterventiot olivat moninaiset – elinsiirtokirurgiasta kylpyläterapiaan. Yleisimmin tutkitut toimenpiteet olivat sepelvaltimotaudin hoito, lonkan tekonivelleikkaus ja sisäkorvaistute.

Näytön vahvuutta arvioitiin ottamalla huomioon sekä tutkimuksen asetelma että sen toteutus. Noin puolet artikkeleista perustui satunnaistettuihin kontrolloituihin kokeisiin. Vertaileva asetelma oli myös varsin yleinen.

Puolet tutkimuksista arvioitiin laadultaan hyväksi ja yhtään tutkimusta ei arvioitu huonolaatuiseksi. Neljä tutkimusta perustui taloudelliseen mallinnukseen.

LAATUPAINOTETUISSA VUOSISSA EROA JOPA MILJOONA EUROA

Laaturaportteiden elinvuosien vaikuttavuusmittarina oli eniten käytetty EQ-5D-mittaria. Eri tut-

Sisäkorvaistute vaikuttaa myös mielialaan

Kuuloaisti on ainoa ihmisen aisteista, joka voidaan lääketieteen keinoin palauttaa. Kuulon palauttaminen on mahdollista, kun leikkauksessa sisäkorvaan asennetaan pysyvästi kuulolaite, sisäkorvaistute. Sisäkorvaistute voidaan asentaa joko syntymäkuurolle lapselle tai aikuiselle, joka on kuuroutunut puheen oppimisen jälkeen.

Finohtan *Laaturaportteiden elinvuodet terveydenhuollon vaikuttavuuden arvioinnissa* -raportissa on mukana neljä tutkimusta, joissa käsitellään sisäkorvaistutteen vaikuttavuutta. Kahdessa arvioitiin menetelmän vaikutusta lapsipotilaiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun ja kaksi muuta tutkimusta oli tehty aikuisilla.

Terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaaminen on hankalampaa lapsilta kuin aikuisilta. Aikuisen terveyden elämänlaatumittarit eivät sovellu lapsille. Kovin pienet lapset eivät myöskään itse kykene arvioimaan elämänlaatuunsa. Usein joudutaan turvautumaan lasten vanhempien tai terveydenhuollon ammattilaisten tekemiin arvioihin, jotka eivät aina ole kovin luotettavia.

Tutkimustulosten mukaan sisäkorvaistutteen asentaminen vaikuttaa myönteisesti lasten terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Esimerkiksi Wongin ym. tutkimuksessa sisäkorvaistutteen asentaminen vaikutti kuulon lisäksi myönteisesti puhumiseen, tavanomaisiin toimintoihin, masentuneisuuteen ja ahdistuneisuuteen¹.

Sisäkorvaistute on hyvä esimerkki teknologiasta, jolla ei juuri ole vaikutusta eloonjäämiseen, mutta

sen vaikutukset potilaan elämänlaatuun ovat suuret. Chengin ym. tekemän tutkimuksen mukaan syntymästään saakka kuurojen lasten terveyteen liittyvä elämänlaatuindeksi HUI-mittarilla mitattuna nousi peräti 0,39 yksikköä (asteikolla 0–1)². Myös suhteutettuna kustannuksiin sisäkorvaistutteen asentaminen arvioitiin järkeväksi. Laaturaportteiden elinvuoden hinnaksi tuli vain 5 197 dollaria (noin 4 000 euroa). Kun laskelmiin sisällytettiin myös epäsuorat kustannukset, kuten kuulovammaisen erityistarpeet koulunkäynnissä, katsottiin sisäkorvaistutteen asentamisen tuottavan yhteiskunnalle nettosäästöä.

Kolme tutkimusta piti sisäkorvaistutetta yhteiskunnallisesti hyväksyttävänä toimenpiteenä, kun saavutettu terveyteen liittyvän elämänlaadun muutos suhteutettiin toimenpiteen kustannuksiin. Yksi tutkimuksista ei ottanut hyväksyttävyyteen kantaa.

Vaikeasti kuulovammaisten hoidon kustannusvaikuttavuus on erittäin tärkeä tutkimusaihe. Ei pelkästään sisäkorvaistutteen suhteellisen korkean hinnan vuoksi, vaan myös siksi, että sisäkorvaistutteen asema on muutenkin edelleen kiistanalainen. Tällaisessa tilanteessa potilaan oma arvio menetelmän vaikuttavuudesta onkin välttämätön. ■ PR

KIRJALLISUUS

- 1 Wong BYK, Hui Y, Au D, Wei W. Economic evaluation of cochlear implantation. *Adv Otorhinolaryngol* 2000;57:377–81.
- 2 Cheng AK, Rubin HR, Powe NR. ym. Cost-utility analysis of the cochlear implant in children. *JAMA* 2000;284:850–6.



Ingram

kimuksissa saavutettujen laatu-painotettujen elin-vuosien keskiarvo vaihteli suuresti, mikä oli seurausta interventiosta ja siitä kuinka pitkälle aikavälille laatu-painotetut elinvuodet oli arvioitu.

Katsaukseen hyväksytyistä artikkeleista 86 prosenttiin sisältyi taloudellinen arviointi. Laatu-painotettujen elin-vuosien keskimää-räiset kustannukset vaihtelivat paljon – alle tuhannesta eurosta yli miljoonaa euroon. Lähes puolessa tutkimuk-

Reuman hoidon ja elinsiirtojen vaikutuksia voi vertailla QALYn avulla.

sista intervention arvioitiin olevan kustannusvai-kuttava yhteiskunnallisen hyväksyttävyyden kannalta.

VAIKUTTAVUUDEN PARAS ASIAANTUNTIJA ONKIN POTILAS

Useimmissa tutkimuksissa elämänlaatu-tiedot oli saatu huonosti määritellyistä lähteistä tai tiedot perustuivat arvioihin, jotka tekivät terveydenhuollon ammattilaiset. Työntekijät ovat kyllä tietoisia sairauden kliinisestä luonteesta ja siitä taa-kasta, jonka se potilaalle aiheuttaa. Pystyvätkö he ilman omakohtaista sairauden kokemista arvioimaan potilaan kokemaa elämänlaatua? Katsauksen mukaan eivät pysty.

Tutkimukset, jotka perustuvat todelliseen, potilaalta kysytyyn tietoon, ovat voimavarojen jakoa pohtivalle päätöksentekijälle paljon hyö-

dyllisempiä kuin ammattilaisen antamiin arvioihin perustuvat tutkimukset.

Finohtan katsauksen kirjallisuushaku tuotti myös tutkimuksia, joissa elämänlaatua oli arvioitu kelvollisessa ennen–jälkeen-asetelmassa. Niistä QALY-termiä ei löytynyt, vaikka laatu-painotettujen elin-vuosien laskeminen olisi kyllä ollut mahdol-lista. Koska näin ei menetelty, ei tutkimuksia voitu sisällyttää katsaukseen.

On mahdollista, että tutkimukset, joissa inter-ventiolla ei ole lainkaan tai on vain vähäisiä vaiku-tuksia terveyteen liittyvään elämänlaatuun, saat-tavat jättää QALYt raportoimatta. Jos tulokset ovat myönteisiä, raportoidaan laatu-painotettuja elin-vuosia ehkä herkemmin.

MYÖS SEULONNAN VAIKUTTAVUUDESTA KAIVATAAN TIETOA

Kun terveydenhuollon ammattilaiset ja päättäjät kohdentavat terveydenhuollon rajallisia voimava-roja, he tarvitsevat tietoa eri interventioiden hyödyistä ja niiden mahdollisuuksista tuottaa hyvinvointia.

Tutkimustulokset, joissa hoidon vaikuttavuus ilmaistaan laatu-painotettuina elin-vuosina, mah-dollistavat eri hoitomuotojen vertailtavuuden päätöksiä tehtäessä.

Finohtan järjestelmällisestä katsauksesta oli rajattu pois ennaltaehkäisyyn ja seulontaan liit-tyvät tutkimukset, sillä niiden kysymyksenaset-telu on toisenlainen. Vaikka vertailukelpoisuuden takia olisi järkevää, että niissäkin käytettäisiin vai-kuttavuuden mittarina QALYja, ei terveyteen liit-tyvän elämänlaadun mittaaminen useimmiten ole mahdollista samanlaisessa asetelmassa kuin saira-uksien hoidon kohdalla. Finohtassa onkin alusta-vasti suunniteltu hanketta, jossa tehdään kattava yhteenveto seulonnan ja ehkäisevien menetel-mien vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta koskevasta tutkimustiedosta. ☺

PIRJO RÄSÄNEN

pirjo.rasanen@stakes.fi

Räsänen P, Roine E, Sintonen H, Semberg-Kont-tinen V, Rynnänen OP, Roine RP. Laatu-painotetut elinvuodet terveydenhuollon vaikuttavuuden arvi-oinnissa: järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Use of Quality-Adjusted Life Years for the Estimation of Effectiveness of Health Care: A Systematic Literature Review. Finohtan raportti 29/2006. Stakes. Verkko-osoitteessa <http://finohta.stakes.fi>.

Katsaukseen sisällytyt tutkimukset on esitetty yksityiskohtaisesti raportin liitteenä olevassa taulukossa 2.

Tutkimus on julkaistu myös alkuperäisartikkelina (suppeampi versio ilman liitetaulukoita) International Journal of Technology Assessment in Health Care 2006;22(2):235–41.

Tällä palstalla julkaistaan valikoitujen, äskettäin ilmestyneiden HTA-raporttien lähdetiedot. Raportit on julkaistu otsikon kielellä, ja niissä on englanninkielinen yhteenveto.

LAITTEET

Bypass materials in vascular surgery. DAHTA, 2006. http://gripsdb.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta120_summary_en.pdf

Chimiohyperthermie intrapéritoneale. CEDIT, 2005. <http://cedit.aphp.fr/servlet/siteCedit?Destination=reco&numArticle=04.11/Re>

Contribution of BRCA1/2 Mutation Testing to Risk Assessment for Susceptibility to Breast and Ovarian Cancer. Summary report. AÉTMS, 2006. <http://www.aetmis.gouv.qc.ca/site/index.php?id=250,653,0,0,1,0>

Destruction endometriale par un système contrôle par impédance (NOVASURE®). CEDIT, 2006. <http://cedit.aphp.fr/servlet/siteCedit?Destination=reco&numArticle=05.09/Re>

Elastic robust intramedullary nailing for forearm fracture in children. DAHTA, 2006. http://gripsdb.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta121_summary_en.pdf

Electromagnetic Fields: Annual Update 2005. GR, 2005. <http://www.gr.nl/pdf.php?ID=1281&p=1>

LÄÄKKEET

B Vitamins and Berries and Age-Related Neurodegenerative Disorders. AHRQ, 2006. <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/berry/berry.pdf>

Botulinum Toxin A in the Treatment of Upper and Lower Limb Spasticity: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. CCOHTA, 2006. <http://www.cadth.ca/index.php/en/hta/reports->

Cardiovascular disease - statins: Guidance. NICE, 2006. <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=TA094guidance>

COX-2 Inhibitors for Dysmenorrhea. AHFMR, 2005. <http://www.ahfmr.ab.ca/download.php/bc7c56a2bbe949ea913e2e12becbd9a6>

Gefitinib and Erlotinib for Non-Small Cell Lung Cancer. AHRQ, 2005. <http://www.ahrq.gov/clinic/ta/nonsmall/nonsmall.pdf>

Health-based calculated occupational cancer risk values of benzo[a]pyrene and unsubstituted non-heterocyclic polycyclic aromatic hydrocarbons from coal-

derived sources. GR, 2006. <http://www.gr.nl/pdf.php?ID=1334&p=1>

TOIMENPITEET

Cardiac Catheterization in Freestanding Clinics. AHRQ, 2005. <http://www.cms.hhs.gov/determinationprocess/downloads/id15a.pdf>

Cesarean Delivery on Maternal Request. AHRQ, 2006. <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/cesarean/cesarreq.pdf>

Non-physicians Performing Screening Flexible Sigmoidoscopy: Clinical Efficacy and Cost-effectiveness. CCOHTA, 2006. <http://www.cadth.ca/index.php/en/hta/reports->

Physiotherapy -Preserving motor function in frail elderly people living at home. ANAES, 2005. [http://www.anaes.fr/anaes/nouveautes.nsf/\(webnouveautesParu\)?](http://www.anaes.fr/anaes/nouveautes.nsf/(webnouveautesParu)?)

Pre-implantation genetic diagnosis. GR, 2006. <http://www.gr.nl/adviezen.php?ID=1333>

Primary postpartum haemorrhage. ANAES, 2004. [http://www.anaes.fr/anaes/nouveautes.nsf/\(webnouveautesParu\)?](http://www.anaes.fr/anaes/nouveautes.nsf/(webnouveautesParu)?)

Prognostic Value of B-Type Natriuretic Peptide For Congestive Heart Failure. AHFMR, 2005. <http://www.ahfmr.ab.ca/download.php/b80c021e22888692ab23cd841b33e16>

The 13C-Urea Breath Test for Detection of Helicobacter pylori: Potential Applications in Québec. AÉTMS, 2005. <http://www.aetmis.gouv.qc.ca/site/download.php?708aebb0649b329815b19b9f83bd31d5>

The effects of psychosocial interventions in cancer and heart disease: a review of systematic reviews. CRD, 2005. <http://www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/report30.pdf>

TUKIJÄRJESTELMÄT

Costs and Benefits of Health Information Technology. AHRQ, 2006. <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/hitsyscosts/hitsys.pdf>

Institutional Medical Incident Reporting Systems: A Review. AHFMR, 2005. www.ahfmr.ab.ca/download.php/4f24e4657dfa2c802920f2deada867cd

Patient Safety - Review of Incident and Near-Miss Reporting.

NHS QIS, 2006. <http://www.nhshealthquality.org/nhsqis/files/Safe%20today.pdf>

Stuegang - en medicinsk teknologivurdering med fokus på vidensproduktion. Udgivet i samarbejde med CEMTV. DSI, 2006. http://www.dsi.dk/frz_publicationer.htm

MUUT

BaP and PAH from coal-derived sources Health-based calculated occupational cancer risk values of benzo[a]pyrene and unsubstituted non-heterocyclic polycyclic aromatic hydrocarbons from coal-derived sources. GR, 2006. <http://www.gr.nl/pdf.php?ID=1334&p=1>

Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé. ANAES, 2006. <http://www.anaes.fr/anaes/anaesparametrage.nsf/Page?ReadForm&Section=/anaes/anaesparametrage.nsf/accueilpresse?readform&Default=y&>

Bridging the Gap: The Use of Research Evidence in Policy Development. AHFMR, 2005. <http://www.ahfmr.ab.ca/download.php/603bfe472b366f45f74232a52d798039>

Comparing Health in the US and Canada: Low Income Groups Are Less Disadvantaged in the Frozen North. IHE, 2005. <http://www.ihe.ca/publications/papers/index.cfm?show=Paper&id=88>

Construct Validity of the Health Utilities Index Mark 3 in Type 2 Diabetes: Evidence from a Nationally Representative Sample of Canadians. IHE, 2005. <http://www.ihe.ca/publications/papers/index.cfm?show=Paper&id=85>

Consumer Involvement in Health Technology Assessment. AHFMR, 2005. <http://www.ahfmr.ab.ca/download.php/0d03c612b3abbe53678982a352601d77>

Elektromagnetische velden: Jaarbericht 2005. Electromagnetic Fields: Annual Update 2005. GR, 2005. <http://www.gr.nl/pdf.php?ID=1281&p=1>

Epidemiologic and Cost Trends in Diabetes in Saskatchewan, 1991 To 2001. IHE, 2005. <http://www.ihe.ca/publications/papers/index.cfm?show=Paper&id=87>

Hallittu-ohjelmalta toivotaan selkeitä kannanottoja

Ensimmäiset HALO-arviointiaiheet valittu

Finohtan ja sairaanhoitopiirien yhteistyön tavoitteena on kehittää pysyvä toimintamalli uusien menetelmien arviointiin. Tärkeimpiin kysymyksiin vastataan muutamassa kuukaudessa.

**HALLITTU
OHJELMA**

Suomen sairaanhoitopiireistä jo 18 on nimennyt Hallittu-yhdyshenkilönsä. Myös johtajaylilääkärin ovat sitoutuneita valtakunnalliseen ohjelmaan. Yhteinen tavoite on luoda puitteet uusien terveydenhuollon menetelmien käyttöönotolle, kun arvioinnin perustana on paras mahdollinen tieto vaikuttavuudesta ja turvallisuudesta.

Hallittu-ohjelma (HALO) käynnistyi puoli vuotta sitten ja olen nyt käynyt lähes jokaisessa sairaanhoitopiirissä. Kaikissa yliopistollisissa sairaaloissa ja suurimmassa osassa keskussairaaloista on pidetty Hallittu-kokoukset. Pääosa kokouksista on ollut ylilääkärikokouksia. Kaikkiaan kokoustilaisuuksiin on osallistunut noin 450 terveydenhuollon ammattilaista.

VÄLINEITÄ MARKKINAVOIMIA VASTAAN

Kokouksissa keskusteltiin terveydenhuollon uusista menetelmistä, jotka ensin kaipaavat arviointia. Sairanhoitopiireissä yleinen henki on ollut varovaisen myönteinen ja utelias, ja ilmassa on ollut myös paljon odotusta.

Markkinavoimien hallitsemattomuuden vuoksi toivottiin yhteisiä pelisääntöjä muun muassa siihen, miten Suomessa uusia laitteita tuodaan kokeiltavaksi sairaaloihin. Käypä hoito -suositusten tärkeys on ollut yksi toistuvista puheenaiheista. Monissa puheenvuoroissa on myös todettu, että HALOssa ei saa tehdä kaksinkertaista työtä. Kansainväliset Cochrane-katsaukset ja HTA-raportit on katsottu arviointityössä käyttökelpoisiksi lähteiksi.

Kokonaistaloudellisuus on ollut aihe, joka on mainittu useampaan otteeseen. Kustannusvaikut-

tavuuden tarpeellisuus on osoittautunut tärkeäksi teemaksi.

Sidosryhmiä listattiin suuri joukko, alkaen erikoislääkäriyhdistyksistä ja professorikunnasta aina jokaiseen yksityisvastaanottoa pitävään klinikkaan asti. Kävi myös ilmi, että nopeus on suhteellinen käsite; jos koottu tieto saadaan luotettavasti käyttöön 3 kuukaudessa, ei mikään ole myöhäistä. Myös päätöksenteko puhutti; tuleeko keskitetty organisaatio antamaan kansallisen suosituksen, ja mitä päätetään paikallistasolla? Olenaisena toivottiin laaja-alaisia kannanottoja ja ”selkänöjää” päätöksille.



Kerttuli Korhonen

50 AIHETTA NOPEAAN PUNTAROINTIIN

Sairanhoitopiiri-kierroksen keskusteluissa nousi lukuisia aihe-ehdotuksia ja arviointia varten esitettiin kaikkiaan yli 50 aihetta. Arviointiehdotuksia ei vielä yritetty muotoilla PICO-muotoon (Patient–Intervention–Control–Outcome).

Ehdotetut aiheet lähetettiin aakkostettuna listana johtajaylilääkäreille ja HALO-yhdyshenkilöille, jotta arviointia tarvitsevat menetelmät asetetaan tärkeysjärjestykseen. Ohjeen mukaan jokainen valitsi listalta 10 tärkeintä aihetta. Valintaa vaikeuttivat tiivis aikataulu ja ehdotusten ylimalkaisuus.

Nopeiden katsausten viisi aihetta päätettiin toukokuun työseminaarissa. HALO-seminaarissa keskustelu kävikin vilkkaana, ovatko nämä viisi nyt ne Suomen erikoissairaanhoidon kaikkein olennaisimmat aiheet. Johtopäätös on, että eivät ole, mutta näiden kanssa pääsemme alkuun. ☺

MINNA KAILA
minna.kaila@pshp.fi

VIISI NOPEAN KATSAUKSEN AIHETTA

Hallittu-ohjelma valitsi viisi terveydenhuollon menetelmää, jotka Suomessa ensimmäisenä tarvitsevat järjestelmällistä arviointia. Arvioinnin tuloksena valmistuu nopeita katsauksia vuoden loppuun mennessä.

Nopeiden katsausten aiheet ovat:

- pitkäkestoinen (1 kk) trombiprofylaksia postoperatiivisesti,
- VAC-tyhjiö haavanhoidossa,
- monirivi-TT koronaaritaudin diagnostiikassa,
- suonikohjutaudin hoitojen vertailu, ja
- keinomaksahoito (MARS).



Pekka Punkari

Hallittu-ohjelman II työseminaari:

Nopeille arvioinneille on nyt kova kysyntä

Milloin hoito on vielä uusi? Onko vuosi liian pitkä aika odottaa hankintapäätöstä? Kiihtyvällä vauhdilla markkinoille tulevien uusien menetelmien on yleistyttävä hallitusti – ei ilman harkintaa.

**HALLITTU
OHJELMA**

Tämä on tarpeellista toimintaa, jota on vietävä eteenpäin, on se keskeisin viesti, jonka HALOn ohjelmapäällikkö **Minna Kaila** on kuullut, kun on kiertänyt lähes kaikki Suomen sairaanhoitopiirit ja tavannut piirien Hallittu-yhdyshenkilöt.

Yhteistyö on koettu hyvin ajankohtaiseksi, sillä lähes päivittäin sairaanhoitopiireissä mietitään, onko uusi miljoonalaite vaikuttava vai ei.

– Hallittu on järkevä ja kauan odotettu hanke, totesi myös Lääkelaitoksen osastopäällikkö **Petri Pommelin** HALOn II työseminaarissa.

Hallittu-ohjelman käynnistyseseminaarissa joulukuussa 2005 oli mukana kiinnostunut ja sitoutunut joukko sairaanhoitopiirien ja Finohtan väkeä (ks. Impakti 1/2006).

Nyt puoli vuotta myöhemmin pidetyssä seminaarissa oli läsnä myös muiden keskeisten tahojen edustajia.

– Mieli- ja terveysministeriön johtajat on saatava mukaan Hallittu-ohjelmaan. Muuten sairaaloissa jää käytäntöjen muutos toteutumatta, analysoi Kuntaliiton ylläpitäjä **Liisa-Maria Voipio-Pulkki**.

Myös lääkintöneuvos **Erna Snellman** sosiaali- ja terveysministeriöstä (STM) katsoi, että johtamiskysymys on tärkeä, kun uutta toimintamallia viedään käytäntöön Suomen terveydenhuollossa.

Sairaanhoitopiirien kliinisillä asiantuntijoilla on tärkeä rooli Hallittu-ohjelmassa; he tunnistavat

uudet menetelmät, joiden vaikuttavuus ja turvallisuus on tarpeen arvioida. Sairaanhoitopiirit valitsevat arvioitavat menetelmät.

MITÄ HYÖTYÄ HALOSTA SAIRAALALLE JA KLIINIKOLLE?

Hallittu-seminaarissa pohdittiin konkreettisia kysymyksiä, joiden parissa klinikot päivittäin askartelevat. Lääkkeiden arviointia kaivattiin useamassa puheenvuorossa, mutta lääkearvioinnit eivät ole ensimmäisten arviointiaiheiden listalla. Tämä herätti paljon keskustelua – eikä aivan syyttä.

– Ensimmäinen on tiedettävä yhteinen linja, missä organisaatiossa Suomessa lääkkeitä arvioidaan, perusteli **Minna Kaila**.

Yhteistä sairaanhoitopiirien puheenvuoroissa oli myös huoli Hallittu-ohjelman etenemisestä. Tärkeänä pidettiin, että aiheet rajataan mahdollisimman selkeästi. Näin yhteistyö koetaan alusta lähtien motivoivaksi ja luotettavaksi.

Pohdittavaksi jäi, mitä kautta myös erikoislääkäriyhdytysten asiantuntemus huomioidaan yhteistyössä parhaiten. Seuraava Hallittu-ohjelman työseminaari pidetään marraskuussa 2006. ◀

KERTTULI KORHONEN
kerttuli.korhonen@stakes.fi

Timo Keistinen:

Kustannusvaikuttavuus on eettinen velvollisuus

– Kustannusvaikuttavuus on terveydenhuollon eettinen velvollisuus. Rahan käyttöä on mietittävä tarkkaan ja yhä harkitummin, toteaa johtajaylilääkäri Timo Keistinen Vaasan sairaanhoitopiiristä.

Kalliiden ja tehottomien hoitojen käyttö voi kuntatasolla merkitä vaikkapa kyläkoulujen lopettamista, kun kuntapalveluja joudutaan priorisoimaan.

– Terveydenhuollon menetelmien hallittu käyttöönotto on osa yhteiskunnan tasapainoista kehittämistä. Hoitomenetelmät kehittyvät jatkuvasti ja teknologialla on evoluutionsa, sanoo Timo Keistinen.



Kerttuli Korhonen

Mitä eroa on hoitosuosituksella ja HTA-katsauksella?

Hoitosuositusten ja HTA:n (Health Technology Assessment) keskeinen tarkoitus on tutkimustiedon järjestelmällinen kokoaminen ja tiivistäminen. Julkaisut kohdennetaan hieman eri tarpeisiin ja eri kohderyhmille. HTA on suunnattu lähinnä terveydenhuollon päättäjille. Hoitosuosituksella on laadittu käytännön hoitotilanteisiin.

HTA-näkökulma on usein kapea ja se voi keskittyä vain yhteen menetelmään. Hoitosuosituksessa taas tyypillisesti käsitellään tietyn sairauden hoito taudinmäärityksestä kuntoutukseen. HTA-katsaus voi olla hoitosuosituksen yksi rakennuspalikka. Hoitosuositus ei voi kuitenkaan löytyä HTA-katsauksen rakennuspalikoista.

Eri maissa HTA-katsaukset ja hoitosuosituksella eivät kuitenkaan ole aina selvästi toisistaan eroteltavissa ja niitä voivat tuottaa myös samat organisaatiot. Suo-

messä kliinisiä hoitosuosituksia tuotetaan Duodecimin Käypä hoito -organisaatiossa, HTA-katsauksia taas tuotetaan Finohtassa.

Yhteinen haaste järjestelmällisille katsauksille, HTA-katsauksille ja hoitosuosituksille, on tulosten käyttöönotto tai toimeenpano. Se ratkaisee lopulta myös vaikuttavuuden. Jos primaari- tai sekundaaritutkimus vain julkaistaan, sen vaikutukset käytäntöön ovat yleensä olemattomat. Implementoinnin parhaat menetelmät ovat nyt intensiivisen tutkimuksen kohteena. Hoitosuosituksilla vaikutetaan ensisijaisesti kliiniseen ja HTA-raporteilla usein myös terveyspoliittiseen päätöksentekoon, esimerkiksi laitehankintoihin. Näiden prosessien lainalaisuudet tunnetaan vielä puutteellisesti. ☹

ILONA AUTTI-RÄMÖ
MINNA KAILA

50 UUTTA MENETELMÄÄ LISTATTIIN NOPEAN KATSAUKSEN AIHEEKSI

Hallittu-ohjelmalle ehdotettiin arvioitavaksi jo 50 perus- ja erikoissairaanhoidon menetelmää. Aihe-ehdotukset kerättiin sairaanhoitopiirikerroksen aikana keväällä 2006. Hallittu-ohjelma jatkaa arviointitarpeiden kokoamista lomakkeella, joka tullaan julkaisemaan myös ohjelman [www-sivuilla](http://www.sivuilla).

- Heikosti hengittävien ja limaisten ”yskimisavustuslaitteet” (CoughAssist)
- Tromboosin ehkäisy riskiryhmillä alaraajojen ”puristelulaitteella”
- Ylipainehappihoito syöpäpotilaiden suun ennaltaehkäisevässä hoidossa
- T4-leikkaussuojapukineet infektioiden ehkäisyssä
- Streptokinaasin käyttö pleuraempyeeman hoidossa aikuisilla
- PDT-laite (Photocure) ihosyöpien hoidossa vs. vanhat menetelmät
- PDT-laite (Photocure) rakkosyvän hoidossa
- RFTA kuorsauksen hoidossa
- Radiofrekvenssi kivun hoidossa
- Vaille MRI-diagnoosia jäävien, MS-tautiepäiltyjen kuvantaminen 3 kuukauden välein
- Kaularangan taivutuskuvat MRI:llä kipututkimuksena
- Selkäimplantit selkäydinkanavassa kivun hoidossa
- Maksametastaasien hoito radiofrekvenssillä
- Erilaiset keinoaineet: verkot kohdunlaskeumaleikkauksissa
- Prostatahyperplasiahoidot vrt. höyläykseen TUMT ja TUNA päiväkirurgiassa
- Afereesin teho reumapotilailla
- Afereesin teho inflammatorisissa suolisairauksissa
- Skooppien kehittäminen suolistotähystyksiin
- Syöpälääkkeet tautikokonaisuuksina, esimerkiksi rintasyövän hoito
- Uudet hematologiset lääkkeet
- Muut lääkkeet tautikokonaisuuksina, esimerkiksi reuman biovaste-muuntajat
- Lääkestit koronaaritaudin hoidossa
- PET-tutkimukset; paljonko hyödyttää, jos esimerkiksi marssimurtuma todetaan jo ennen oireita?
- Pään viilennys tehohoidossa

Kalliita lääkkeitä arvioitava HALOssa?

**Sairaanhoitopiirien asiantuntemuksen ja ajankoh-
taisten tarpeiden kuuleminen on tärkeää, kun val-
takunnallista Hallittu-ohjelmaa suunnitellaan
ja HALOn toteuttaminen käynnistyy ensimmäi-
sin nopein arvioin. Impaktin toimitus laati koos-
teen toukokuun Hallittu-työseminaarissa esitetyistä
näkemysistä.**

Aino-Liisa Oukka (Länsi-Pohja): Tarvitaan proaktii-
vistä yhteistyötä ja nopeita arvioita markkinoille ilmaan-
tuvista menetelmistä.

Peter Baumann (Lappi): Arvioinnin konkreettisuus ja
jatkuvuus ovat tärkeitä. Kaikkien on myös haluttava sitou-
tua yhteistyöhön.

Timo Keistinen (Vaasa): Toivon ohjelman vakiintuvan
pysyväksi toiminnaksi. Tarvitaan myös selkeää organisaa-
tiota ja työnjakoa esim. yliopistosairaaloiden kanssa.

Olli Wanne (Satakunta): Selkeää toimintamallia kaiva-
taan nyt. Koska kyseessä on kulttuurimuutos, sen etene-
minen ei voi tapahtua nopeasti. Myös ERVA-yhteistyö on
tärkeää.

Juha Viitala (Itä-Savo): Ennen kaikkea yliopistosairaalo-
iden on tarpeen sitoutua Hallittuun. Toimintasuunnitelmaa
ja konkretiaa kaivataan.

Jaakko Karvonen (HUS): Varsinkin syöpälääkkeiden
arviointiin kysytään ”selkänöjää”. Ohjelma voisi myös
ottaa käyttöön sähköisen lomakkeen, jolla johtaville yli-
lääkäreille raportoidaan kaikki uudet käyttöön tulevat tai
tulossa olevat menetelmät.

Jorma Penttinen (Pohjois-Savo): Kustannusvaikutta-
vuus tietoa on saatava lisää. Tutkimustieto ihanneolosuh-
teissa ja reaaliolosuhteet ovat kaksi ihan eri asiaa.

Marja-Riitta Ståhlberg (Varsinais-Suomi): Nopeille ja
dynaamisille arvioinneille on kysyntää. Erikoislääkäriyh-
distykset olisi hyvä saada mukaan ohjelmaan.

Tommi Torkkeli (Etelä-Savo): Yliopistosairaalat aktii-
visemmin mukaan, sillä sieltä on saatu hyvää esimerkkiä
aiemminkin.

Heikki Numminen (Etelä-Karjala): Uudet lääkkeet
olisi hyvä saada arviointiin. Arvioinnin tietty läpinäky-
vyys olisi myös tarpeen, jotta yhteistyöhön sitoudutaan. Ja
ennen sitoutumista tarvitaan konkretiaa.

Tuija Viitanen (Etelä-Pohjanmaa): Hanke on vastaan-
otettu meillä innostuneesti. Johtajayliääkäreiden terveiset:
kallit lääkkeet on otettava mukaan.

Teuvo Antikainen (Keski-Suomi): Arviointi edellyttää
vankkaa asiantuntemusta. Kustannusvaikuttavuuden mit-
taamiseen tarvitaan kansalliset pelisäännöt.

Pentti Lohela (Kanta-Häme): Ilmapiiri on muuttunut
yhteistyöhankkeelle hyvin myönteiseksi. Uusia tutkimus-
menetelmiä tulee runsaasti lisää, esim. CT-PET ja digitaalinen
mammografia.

Pasi Pöllänen (Kymenlaakso): Tärkeää olisi arvioida,
millä teho- ja turvallisuusnäytöllä on eettistä käyttää uutta
menetelmää, varsinkin jos potilasta ei erikseen informoida
menetelmän epävarmuudesta. **KK**

Hallittu-ohjelmalle avataan www-sivut

Hallittu-ohjelmalle suunnitellaan ja toteutetaan
omat www-sivut, joilta löytyy muun muassa
tietoa aihe-ehdotuksista ja yhteenvedoista. Verk-
koon tulevat myös sähköiset lomakkeet ja keskus-
telupalsta, jolla voidaan pohtia ajankohtaisia arvi-
oinnin aiheita. HALO-sivusto julkaistaan Finohntan
www-sivujen yhteydessä.

- Aivoinfarktipotilaan pään viilennyshoito
- Silmänpohjarappeumataudin hoito lasiaisinjektioilla
- Botox-hoidot, esimerkiksi tic-tyyppisiin oireisiin
- Sydämen vajaatoiminnan tahdistinhoito
- Veritulppien ehkäisy (1 kk) leikkausten jälkeen
- Vatsaontoleikkausten jälkeinen M-siteen käyttö
- Suonikohjujen hoidossa laserin, radiofrekvenssin menetelmän ja suonikohjuvaahtoruiskutuksen edut ja haitat
- Melanooman leikkausten yhteydessä vartijaimusolmuketutkimus
- Keuhkosyöpäleikkauksen yhteydessä medistinumin imusolmukkeiden poisto
- Onko ihonsiirrosta apua venösiin säärähaavan hoidossa?



- Mikä on oikea sukan puristus-
paine venösiin säärähaavan hoidossa?
- Apuvälineet: ympäristön hallinta-
välineet
- Apuvälineet: kommunikaattorit
- Liikkumisen apuvälineet

- Onko ventraalihernioiden leikka-
uksesta hyötyä?
- Aikuisten ADHD-häiriön hoito
perusterveydenhuollossa
- Katastrofipsykiatrian hoitomenet-
elmät perusterveydenhuollossa
- Keisarinleikkauksen hoidon järjes-
täminen sairaalassa
- Synnytyksen käynnistyskeinot
- Lyövän sydämen sepelvaltimo-
ohituskirurgia
- Happisaturaatiotavoitteet happi-
hoitoa annettaessa
- Mikroodialyysilaitteisto
- Ovarioleikkauksen hoito
- Sikiön doppler-tutkimukset
- Laparoskooppinen radikaali
prostataktomia
- Pitkittyneen kouristuksen hoito:
aivopaine
- Periytyvän syöpäalttiuden enna-
koiva DNA-diagnostiikka



Kerttuli Korhonen

Finohta analysoi satunnaistettujen tutkimusten laatua

Mutkikkaan tutkimuksen voi raportoida selkeästi

CONSORT-kriteerien huomioiminen helpottaa tutkimuksen raportointia, todetaan Finohtan katsauksessa, jossa arvioidaan satunnaistettujen vertailututkimusten laatua CP-lapsilla.

HTA
METODOLOGIA

Terveystieteiden menetelmän vaikuttavuudesta saadaan luotettavin näyttö satunnaistetuista vertailututkimuksista. Kun tutkimus on satunnaistettu, osallistujat arvotaan ryhmiin, joissa annetaan erilaiset interventiot. Tutkittavien terveyttä ja toimintakykyä mitataan ennen ja jälkeen toimenpiteen. Lopuksi pohditaan, löytyykö ryhmien välillä eroa, ja kuinka suuri oli mahdollinen ero.

Onnistuuko kokeellinen satunnaistettu asetelma antamaan luotettavan arvion hoidon vaikuttavuudesta? Lopputuloksen luotettavuutta voivat heikentää erilaiset harhat tutkimuksen toteuttamisessa. Siksi onkin tärkeää, että tutkijat raportoivat tarkasti koko tutkimusprosessin kulun.

KANSAINVÄLISET CONSORT-KRITEERIT YHTENÄISTÄVÄT TUTKIMUKSIA

Kansainvälinen tutkijaryhmä on vuonna 1996 antanut ohjeet siitä, miten raportoidaan satunnaistettuja vertailututkimuksia. Ohje on nimeltään CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials).

CONSORT-julkilausumaan kuuluu tutkimuksen kulun vuokaaviomalli ja 22-kohtainen tarkistuslista. Lista sisältää selkeät ohjeet, miten kuvataan tutkimusartikkelin tärkeimmät sisällöt, joita ovat tiivistelmä, johdanto, menetelmät, tulokset ja johtopäätökset. Julkilausuman tavoitteena on helpottaa ja yhtenäistää tutkijoiden työtä.

Nykyään monet johtavat tieteelliset lehdet vaativat tutkijoilta CONSORT-kriteerien huolellista toteutusta. Kriteerit on täytettävä ennen kuin tutkimusartikkeli lähetetään lehden toimitukseen.

FYSIOTERAPIAN RAPORTOINTI NYT KRIITISESSÄ SEULASSA

Kun tutkimus ei ole yksinkertainen, korostuu laadukkaan ja selkeän raportoinnin merkitys. Fysioterapiainventiot CP-lapsilla ovat tyypillisesti hyvin monimuotoisia ja monitekijäisiä.

Finohtan tutkimuksessa arvioitiin CP-lasten fysioterapiassa käytettyjen interventioiden raportoinnin laatua. CONSORT-julkilausumasta johdettiin 33 kysymystä, joiden täyttymistä selvitettiin 15 satunnaistetussa vertailututkimuksessa.

Noin joka toiseen CONSORT-kysymykseen löytyi tutkimusartikkeleissa selkeä vastaus. Monen tutkimuksen luotettavuus ja sovellettavuus jäivät kuitenkin arvailujen varaan. Asianmukainen ja selkeä raportointi olisi kuitenkin ollut mahdollista.

RAPORTTIEN JOHDANNOT LAADITAAN SELKEIMMIN

Arvioinnissa löytyi myös muutama verrattain hyvin raportoitu tutkimus. Seitsemän tutkimusraporttia täytti ainakin puolet CONSORT-kysymyksistä.

Selkeimmin oli kirjoitettu johdannot, joissa määriteltiin tavoitteet, osallistujat ja tutkimuksen



Heli Ramula

Ruokavalio-ohjaus ehkäisee sydän- ja verisuonitautien riskejä

Terveellisen ruuan helppo saatavuus ja kuluttajaystävällinen hinta motivoivat ruokavaliomuutokseen, kertoo Cochrane-katsaus.



Tuore Cochrane-katsaus selvitti ruokavalio-ohjauksen vaikutusta terveen aikuisväestön sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöihin sekä ruokavalion laatuun. Interventiona oli suullisesti tai kirjallisesti annettu ohjaus, joka sisälsi yksinomaan ruokavalioneuvontaa. Kattavammat elämäntapain-terventiot oli poissuljettu tutkimuksesta.

Katsaus käsitti 23 satunnaistettua, 3–48 kuukauden pituista koetta. Kuusi tutkimusta satunnaistiryhmiä ja loput 17 yksittäisiä koehenkilöitä, joita oli yhteensä yli 24 000. Seurannan tuli tutkimuksessa onnistua vähintään 80-prosenttisesti, keskimäärin se kesti 9 kuukautta.

Koehenkilöiden ruokavalio-ohjaus vaihteli intensiivisestä henkilökohtaisesta neuvonnasta ryhmäohjaukseen. Verrokkit eivät saaneet lainkaan tai vain hyvin vähän ohjausta.

KOLESTEROLI JA VERENPAINELASKIVAT

Ruokavalio-ohjaus alensi koehenkilöiden veren kokonais- ja LDL-kolesterolia molempia 0,13 mmol/l. HDL-kolesterolissa ei tapahtunut muutosta. Systolinen verenpaine laski 2,1 mmHg ja diastolinen 1,6 mmHg.

Koehenkilöt lisäsivät muun muassa vihanneksia ja hedelmiä annoksen päivässä sekä vähensivät rasvojen osuutta kokonaisenergiasta 6 prosenttia. Ero verrokkiryhmään oli tilastollisesti merkitsevä.

Toteutuneet ruokavaliomuutokset perustuivat koehenkilöiden omaan raportointiin.

Kolesterolin ja verenpaineen lasku tuntuu varsin pieneltä, mutta katsauksen mukaan se kuitenkin laskennallisesti pienentää koehenkilöiden

sepalvelimotaudin riskiä 12 prosenttia ja sydänkohtauksen riskiä 11 prosenttia, jos ruokavalio muuttuu pysyvästi. Katsauksessa ei löydetty eroa neuvonnan tehokkuudessa, tapahtui se perusterveydenhuollossa tai sen ulkopuolella, kuten työpaikkaruokaloissa.

TYÖPAIKKARUOKALA MOTIVOI TERVEELLISEMPÄÄN RUOKAVALIOON

Kaikkein kiinnostuneimpia ruokavalio-ohjauksesta olivat naiset ja ne, joilla oli kohonnut sydän- tai syöpäsairauksien riski.

Väestön ruokavalion muutos edellyttää katsauksen kirjoittajien mukaan huomion kiinnittämistä työpaikkaruokaloiden tarjontaan ja erityisesti teollisesti tuotettuun ruokaan natriumin lähteenä. Terveellisten ruoka-aineiden helppo saatavuus ja kuluttajaystävällinen hinta voisivat motivoida ruokavaliomuutokseen neuvonnan ohella.

Avoimena on edelleen kysymys, millaista olisi tehokkain ruokavalio-ohjaus koko väestön terveysvaikutusten kannalta, ja paljonko se vaatisi terveydenhuollon resursseja. Korkealaatuisia ravitsemustutkimuksia vähintään vuoden seurannalla tarvitaan myös Yhdysvaltojen ulkopuolelta. ☺

HELI RAMULA
ramula@truemail.co.th

KIRJALLISUUS

Brunner EJ, Thorogood M, Rees K, Hewitt G. Dietary advice for reducing cardiovascular risk. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.: CD002128. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002128.pub2>.

NICE:n tutkimus: Statiinien tehokkuutta arvioitiin Britanniassa

HTA
LÄÄKKEET

Statiinit ovat kliinisesti tehokkaita ja kustannusvaikuttavia sepelvaltimotautia sairastavilla potilailla, käy ilmi Ison-Britannian NICE:n raportista.

HTA-arvioinnissa selvitettiin viiden markkinoilla olleen statiinin – atorvastatiini, fluvastatiini, pravastatiini, rosuvastatiini ja simvastatiini – kliinistä tehoa ja kustannusvaikuttavuutta.

Kliininen teho arvioitiin järjestelmällisessä kirjallisuuskatsauksessa ja meta-analyysissä. Katsauksen hyväksyttiin 31 RCT-tutkimusta, joissa statiinia verrattiin lumelääkkeeseen tai toiseen statiiniin. Tutkimusten tulokset oli ilmoitettu kliinisinä päätepahtumina. Meta-analyysi tehtiin 28 lumekontrolloidusta tutkimuksesta.

Taloudelliseen analyysiin käytettiin Markovin mallia, jolla voitiin verrata statiinien kustannusvaikuttavuutta ja laatupainotettujen elinvuosien (QALY) kustannuksia, kun käytettiin erilaisia hoitostrategioita.

KOKONAISKUOLLEISUUS VÄHENI KAIKISSA TUTKIMUSRYHMISSÄ

Statiinit osoittautuivat kliinisesti tehokkaiksi ja kustannusvaikuttaviksi sekundaariehkäisyssä eli potilailla, joilla oli todettu sepelvaltimotauti tai jokin muu sydän- ja verisuonisairaus hoidon alkaessa. Ne vähensivät tämän ryhmän sydän- ja verisuonisairastuvuutta, kokonaiskuolleisuutta ja kuolleisuutta sydän- ja verisuonisairauksiin.

Statiinit vähensivät kokonaiskuolleisuutta sekä sairastumisia ja kuolleisuutta sydäninfarktiin myös primaariehkäisyssä. Sydän- ja verisuonisairauksiin liittyvä kokonaiskuolleisuus ja aivohalvaukset eivät tässä ryhmässä vähentyneet tilastollisesti merkitsevästi.

Kolmen suurimman sepelvaltimotautipotilaiden hoitotutkimuksen NNT-luvut olivat 12, 29 ja 34 laskettuna yhden sepelvaltimotautikuoleman tai eifataalin sydäninfarktiin estämiseksi 5–6 vuoden statiinihoidolla. Suurimmasta primaaripreventio-tutkimuksesta laskettu vastaava NNT-luku kolmelle vuodelle oli 95.

Käytettävissä olevien tutkimusten perusteella ei voitu todeta eroja statiinien kliinisessä tehossa. Rosuvastatiini vähensi seerumin kokonais- ja LDL-kolesterolia tehokkaammin kuin atorvastatiini, pravastatiini ja simvastatiini. Rosuvastatiinista ei löytynyt yhtään tutkimusta, jossa hoidon tehoa olisi mitattu kliinisillä päätetapahtumilla. ◀

EEVA MÄKINEN
eeva.makinen@stakes.fi



Kerttuli Korhonen

NICE:n suositukset statiinien käytöstä aikuispotilailla

Statiinihoitoa suositellaan potilaille, joilla on kliinisesti todennettu sydän- ja verisuonisairaus sekä sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyyn niille potilaille, joilla on vähintään 20 prosentin sairastumisriski kymmenen vuoden aikana.

Sairastumisriski tulee arvioida käyttöön soveltuvalla riskilaskurilla tai kliinisin perustein, jos sopivaa laskuria ei ole käytettävissä. Lääkitystä aloitettaessa hoidon hyödyistä ja riskeistä tulisi keskustella potilaan kanssa. Hoito tulisi yleensä aloittaa kustannuksiltaan edullisimmalla valmisteella.

Raportin liitteenä on NICE:n kehittämä kustannuslaskuri, jolla voidaan arvioida uuden suosituksen taloudellisia vaikutuksia Englannin terveydenhuoltojärjestelmälle. Työn alla on myös sydän- ja verisuonisairauksien riskiarviointiin keskittyvä hoitosuositus, jonka on määrä valmistua syyskuussa 2007.

KIRJALLISUUS

Statins for the prevention of cardiovascular events. Technology appraisal 94 and related costing template and report. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2006. [viitattu 7.6.2006]. Saatavissa: www.nice.org.uk/page.aspx?o=TA094guidance

Dialektinen käyttäytymisterapia epävakaan persoonallisuuden hoidossa

Dialektinen käyttäytymisterapia on kognitiivisen terapian muoto, joka on kehitetty kroonisesti itsemurha-altteille epävakailla persoonallisuuksille. Terapiaan kuuluu menetelmiä tunteiden hyväksymiseen.



Epävakaalle persoonallisuudelle on tyypillistä tunteiden hallinnan vaikeus, puutteellinen impulssikontrolli, ihmissuhdevaikeudet ja huono itsetunto. Potilaiden on vaikea käsitellä tunteita; heillä on impulsiivista toimintaa, aggressiivisuutta, toistuvaa itsetuhoista käyttäytymistä ja itsemurhayrityksiä. Epävakailla persoonallisuuksilla on usein myös muita persoonallisuushäiriöitä tai sairauksia, kuten masennusta, syömishäiriöitä, päihteiden väärinkäyttöä ja ahdistuneisuushäiriöitä.

DIALEKTISESSÄ KÄYTTÄYTYMISTERAPIASSA NELJÄ VAIHETTA

Dialektisessa käyttäytymisterapiassa (DKT) on neljä vaihetta. Kaikki tutkimustieto koskee toistaiseksi ensimmäistä vaihetta, jonka tavoitteena on vakauttaa potilasta ja auttaa häntä saamaan kaottinen käyttäytyminen hallintaansa. Erityisesti pyritään itseä vahingoittavan ja terapiaa häiritsevän käyttäytymisen vähentämiseen. DKT:n toinen vaihe keskittyy käsittelemään traumoja, kolmas vahvistamaan itsetuottamusta ja selviytymään arjen ongelmista. Neljännessä eli viimeisessä vaiheessa tavoitteena on saada mielekäs elämä.

Dialektinen käyttäytymisterapia toteutetaan aina siihen koulutettujen ammattilaisten ryhmätyönä. Potilasta tuetaan monin tavoin: yksilöterapiassa, ryhmäterapiassa ja puhelimitse.

AUTTAAKO KÄYTTÄYTYMISTERAPIA ITSETUHOISUUTEEN?

Ruotsin HTA-yksikkö SBU teki järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen selvittääkseen, vähentääkö DKT epävakaiden persoonallisuuksien itsetuhoista käyttäytymistä ja päihteiden väärinkäyttöä.

Dialektista käyttäytymisterapiaa oli verrattu muuhun psykiatriseen hoitoon kuudessa satunnaistetussa

kontrolloidussa tutkimuksessa. Muu hoito oli tavallista hoitoa, joka saattoi vaihdella, mutta joka yleensä oli lääkettä yhdistettynä tukea antavaan keskusteluhoitoon tai psykoterapiaan.

Suurin osa potilaista oli naisia. Hoidon pituus oli useimmiten vuosi. Tulokset vaihtelivat eri tutkimuksissa, mikä osin johtui erilaisista potilasalaryhmistä.

MYÖS SAIRAALAHOIDON TARVE VÄHENI

DKT:lla itsetuhoisen käyttäytyminen väheni ja myös hoidon keskeytyksiä oli yhä harvemmin. Hoidon teho säilyi kahden vuoden seuranta-ajan. Käyttäytymisterapian myötä myös sairaalahoidon tarve väheni, samoin kuin väärinkäyttäjillä päihteiden käyttö. Potilaan samanaikainen päihteiden väärinkäyttödiagnoosi ei vaikuttanut hoidon tuloksellisuuteen. DKT:n kustannuksia raportoitiin yhdessä ruotsalaisessa tutkimuksessa. Hoidon kokonaisvuosikustannus potilasta kohti oli ennen DKT:n aloitusta 320 000 Ruotsin kruunua (noin 34 000 euroa) ja laski 210 000 kruunuun (noin 23 000 euroon) hoidon aikana. Kustannukset laskivat, kun sairaalahoidon tarve pieneni.

Niukka tieteellinen näyttö tukee sitä, että dialektinen käyttäytymisterapia vähentää itsetuhoista käyttäytymistä ja terapian vaikutus säilyy kahden vuoden seuranta-ajan. Myös sairaalahoidon tarve vähenee, samoin väärinkäyttäjien päihteiden käyttö. DKT vaikuttaa lupaavalta hoitomuodolta epävakailla persoonallisuuksille. ☺

MERJA VIKKI
merja.viikki@stakes.fi

KIRJALLISUUS

Dialektisk beteendeterapi (DBT) vid borderline personlighetsstörning. SBU Alert-rapport nr 2005-07. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) [viitattu 7.6.2006]. Saatavissa: www.sbu.se

TOIMENPITEET

Lonkan uudesta pinnoiteproteesi-leikkauksesta hyötyä?

Allicon C. Minimally Invasive Hip Resurfacing. CCOHTA, 2005. https://www.ccohta.ca/publications/pdf/353_mi_hip_resurfacing_cetap_e.pdf

Lonkkanivelen metalli-vastaanmetalli-pinnoitteesta toivotaan elinikäistä apua 40–65-vuotiaille lonkkakulumapotilaille. Pinnoiteproteesileikkauksessa reisiluun pää säästetään, jolloin jää tarvittaessa enemmän uusintakorjausmahdollisuuksia kuin perinteisen keino-nivelleikkauksen jälkeen.

Uudenlainen, ns. mini-invasiivinen, leikkaustekniikka mahdollistaa vähemmän kajoavan lonkka-leikkauksen, jolloin leikkausviilto on 7,5–11 cm, kun perinteisessä tekniikassa viilto on 15–30 cm. Uuden tekniikan hyötyjä ovat pienet kudosaauriot, pieni leikkausvuoto, lyhyt hoitoaika ja nopea kuntoutuminen. Pitkän aikavälin tekijöistä ja kustannuksista ei vielä ole tietoa.

Pinnoiteproteesimenetelmä on teknisesti vaativa, ja sen toimenpideaika saattaa olla pidempi kuin perinteisen toimenpiteen. Lisäksi lyhyempi leikkausviilto ja rajoittunut näkyvyys tuovat haasteita, joiden voittamiseksi vaaditaan paljon harjaannusta ja erikoislaitteistoa. Mahdolliset haitat ovat samantyyppisiä kuin perinteisessä menetelmässä: erilaiset kudosaauriot, reisiluun murtuma ja proteesin virheasento. Kehitteillä oleva tietokoneavusteinen ohjausjärjestelmä ja läpivalaisun hyödyntäminen saattavat tulevaisuudessa lisätä uuden menetelmän käyttökelpoisuutta.

Mini-invasiivisen pinnoiteproteesileikkauksen hyötyihin ja haittoihin liittyviä tutkimuksia tai tapausselesteita ei vielä ole, ja ilman tieteellistä näyttöä menetelmän vaikuttavuutta on mahdotonta arvioida.

HELENA TUKIA

Kotikäynnit ehkäisevät äitien masennusta

Larun L. ym. Svangerskap og psykisk helse. Kvinners psykiske helse i forbindelse med svangerskap og første året etter fødsel. Kunnskaps-senteret, 2005. http://www.kunns-kapssenteret.no/filer/05_svangerskap_og_psykisk_helse_revidert_utg.pdf

Raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen naisilla esiintyy eriasteisia masennusoireita ja ahdistuneisuutta: puhutaan ”Baby Bluesista”, synnytyksen jälkeisestä masennuksesta ja lapsivuodepsykoosista. Arviot synnytyksen jälkeisen masennuksen esiintyvyydestä vaihtelevat 5–20 prosentin välillä.

Äitiyshuollon tehtävänä on löytää naiset, joilla on suurentunut riski saada vakavia masennusoireita. Poikkeavan reaktion erottaminen normaalista voi olla vaikeaa. Riskiryhmään kuuluvat odottavat äidit, joilla on aiemmin esiintynyt masentuneisuutta, takanaan vaikeita elämäntapahtumia tai parisuhdeongelmia.

Norjalaisraportissa arvioidaan psykologisten, psykososiaalisten ja biologisten toimenpiteiden käyttökelpoisuutta synnytyksen jälkeisen masennuksen ehkäisyssä ja hoidossa. Toimenpiteitä tarkastellaan kolmesta näkökulmasta: kaikille kohdennettuina, riskiryhmille suunnattuina ja hoidollisina.

Kaikille odottaville ja vastasyntyneille äideille suunnatut toimenpiteet eivät vähentäneet synnytyksen jälkeisen masennuksen esiintymistä. Sen sijaan riskiryhmiin kohdennetuilla psykososiaalisilla ja psykologisilla toimenpiteillä pystyttiin ehkäisemään masennusoireita.

Terveydenhoitajan tai kättilön intensiiviset ja yksilölliset kotikäynnit synnytyksen jälkeen edistivät äitien mielenterveyttä. Masennusta vähensi myös synnytyksen jälkeen saatu vertaistuki ja ohjailmaton neuvonta (non-directive counselling).

EVA KIURA

Sydämen perkutaani läppätoimenpide

Topfer LA. Percutaneous Heart Valve Replacement. CCOHTA, 2005. https://www.ccohta.ca/publications/pdf/390_No28_heartvalve_replacement_e.pdf

Yleisin hoitomuoto vakaville ja oireita aiheuttaville sydämen läppäsairauksille on avosydänleikkaus, jossa vioittunut läppä korvataan proteesilla. Kuitenkin osa läppäpotilaista on niin monisairaita, että heille ei käy tämä hoito. Myös osalle potilaista läppätoimenpide voi olla pelkästään elämänlaatua parantava hoito, joka ei välttämättä pidennä elinikää. Nämä potilaat hyötyisivät kevyemmästä ja vähemmän kajoavasta hoitomuodosta.

Sydänlääkäri tekee perkutaanin läppätoimenpiteen sydämeen ohjaamansa katetrin kautta. Toimenpiteen kulkua seurataan röntgenlaitteilla. Menetelmä ei vaadi rintalastan avausta eikä sydämen pysäytystä. Menetelmä on kuitenkin teknisesti monimutkainen ja keino-läpän tarkka paikalleen asetus on haastavampaa kuin avosydänleikkauksessa.

Maailmassa on asennettu vasta noin 100 keino-läppää perkutaanilla menetelmällä. Niinpä aihetta käsitteleviä tutkimusjulkaisuja ei vielä ole, ja näyttö perustuu toistaiseksi vain tapausselesteisiin. Edes lyhyeltä aikaväliltä ei ole näyttöä menetelmän hyödyistä ja haittoista. Koska toiminta on vielä vaikiintumatonta, todellisista kustannuksistaakaan ei ole tietoa. On myös epäselvää, vaikuttavatko lyhentyneet toimenpide-, toipumis- ja sairaalassaoloajat todella potilaiden elämän laatuun, hoitokustannuksiin ja kirurgisten toimenpiteiden jonoihin.

Perkutaani keino-läppätoimenpide on kehityksen alussa. On liian aikaista ennustaa, tarjoaako se kliinistä etua, ja tuleeko siitä kirurgisen toimenpiteen vaihtoehto.

HELENA TUKIA

TOIMENPITEET

Laskimokanyyli
vaihdettava vain
tarvittaessa

Idvall E. Regelbundet byte av perifer venkater (PVK) för att förebygga tromboflebit. SBU, 2005. http://www.sbu.se/Filer/Content0/publikationer/3/SBU_Alert_Regelbundet_byte_av_perifer_venkater_PVK_for_att_forebygga_tromboflebit_200505.pdf

Perifeerinen laskimokanyyli on yleinen menetelmä, jolla annostellaan nesteitä, ravintoaineita, verit tuotteita tai lääkkeitä potilaille. Kanyylin komplikaationa potilaan suoneen voi kehittyä laskimontulehdus, tromboflebiitti, jonka riski on sitä suurempi mitä kauemmin laskimokanyyli on suoneessa. Tulehdus aiheuttaa kipua ja se voi johtaa jopa yleisinfektioon tai irronneen hyttymän aiheuttamaan syvään laskimotulehdukseen. Toisaalta kanyylin tiheämpi vaihtaminen tuottaa potilaalle lisää kipua ja rasittaa hänen suoniaan.

Ruotsalaiskatsauksessa selvitettiin, voidaanko tromboflebiitin ilmaantuvuutta ja vaikeusastetta vähentää, jos perifeerinen laskimokanyyli vaihdetaan säännöllisesti – jo ennen kuin suoneessa tai iholla ilmenee tulehdusoireita. Arvioituissa tutkimuksissa kanyylin vaihtoväli oli 12–48 tuntia.

Laskimon tukkotulehduksen arviointikriteerit vaihtelivat eri tutkimuksissa. Tutkimusten otanta oli pieni, mikä heikensi tulosten luotettavuutta.

Kanyylin säännöllisestä vaihtamisesta aiheutuvia kustannuksia suhteessa komplikaatioiden määrään ja niistä aiheutuviin kustannuksiin ei katsauksessa arvioitu perusteellisesti. On siis olemassa vain niukkaa tieteellistä näyttöä siitä, että laskimokanyylin säännöllinen vaihtaminen vähentäisi tromboflebiitin ilmaantuvuutta ja vaikeusastetta.

MAIJA SAIJONKARI



Ingram

LAITTEET

Yhdistelmäinhalaattori
astmapotilaalle

Mayers I. ym. Role of Combination Inhaled Corticosteroids and Long Acting Beta Agonists in the Treatment of Adult Asthma. CCOHTA, 2005. https://www.ccohta.ca/publications/pdf/321_combo_therapy_cetap_e.pdf

Astman hoidossa käytetään ensisijaisesti inhaloitavia kortikosteroideja, jotka vähentävät tulehdusta. Lisäksi voidaan määrätä keuhkoputkia laajentavia lyhyt- tai pitkävaikutteisia beeta₂-agonisteja. Kanadassa inhalaatiosteroidin ja pitkävaikutteisen beeta₂-agonistin yhdistelmähoitoa sovitellaan silloin, kun astman hoitosapaino on huono jatkuvana lääkityksenä käytettävästä matala-annoksisesta kortikosteroidista huolimatta.

Markkinoilla on nykyään saatavilla myös inhalaattoreita, joissa nämä lääkeaineet on yhdistetty: flutikasoni/salmeteroli tai budesonidi/formoteroli. Raportissa arvioidaan yhdistelmäinhalaattorin käyttöä eri astmatyyppien hoidossa.

Pitkäkestoisissa seurantatutkimuksissa todettiin, että yhdistelmäinhalaattorin säännöllinen käyttö vähensi ilmasteiden ahtautumista ja paransi kliinisiä tuloksia potilailla, jotka oireilivat jatkuvasti. Yleisimmin raportoidut sivuvaiku-

tukset olivat suun sieni-infektiot, äänen käheys ja kurkkukipu.

Joissakin tutkimuksissa löytyi näyttöä siitä, että yhdistelmäinhalaattori saattaa soveltua aloitushoidoksi myös lievässä astmassa tai sellaisilla astmapotilailla, jotka eivät ole aiemmin käyttäneet kortikosteroideja. Laitteen käytöllä voi myös olla vaikutusta hoitomyöntyvyyteen. Ajoittain oireilevan astman yhdistelmähoitosta ei löytynyt näyttöä. Merkittävimpänä hidasteena yhdistelmäinhalaattorien laajempaan käyttöön pidetään hoidon kustannuksia.

EVA KIURA

Miten kylmälaser
hoitaa haavoja?

Simon A. Low level laser therapy for wound healing: An update. AHFMR, 2004. www.ahfmr.ab.ca/hta/hta-publications/infopapers/ip22.pdf

Kanadalaistutkijat ovat päivittäneet haavojen matalaenergistä laserhoitoa (low level laser therapy, LLLT) käsittelevän katsauksensa. Aineistona ovat 1999–2004 julkaistut yhdeksän kliinistä tutkimusta, ja huomiota kiinnitetään erityisesti näiden tutkimusten laatuun ja tulosten luotettavuuteen. Arviotavina ovat laserhoidon teho, turvallisuus ja vaikuttavuus kroonisten haavojen, kuten säärihaavojen ja painehaavaumien, hoidossa. Raportin ilmestymisajankohtana Kanadan terveysviranomaiset ja Yhdysvaltain FDA (Federal Drug Administration) eivät olleet antaneet hyväksyntäänsä LLLT:n käyttöön haavojen hoidossa.

LLLT:n eli kylmälaserin käyttö perustuu säteilyvaikutukseen. Laserit määritellään neljän päämuuttujan mukaan: aallonpituus, säteilyn voimakkuus ja kesto, annostelu ja lämpövaikutus. Merkittäviä eroja esiintyy hoitotavoissa, esimerkiksi käytettyjen aallonpituuksien määrässä. Käsittelyajat voivat vaihdella 35 sekunnista 20 minuuttiin. Haavahoidossa on käytetty pieninä

annoksina lähinnä gallium-arsenidi (GaAs) ja gallium-alumiini-arsenidi (GaAlAs) lasereita.

Järjestelmällisen katsauksen aineistosta kuusi oli satunnaistettuja kontrolloituja kokeita. Vain kaksi näistä tutkimuksista ylsi hyvään tieteelliseen näyttöön: koehenkilöiden määrä oli riittävä (65 ja 86) ja koesuunnittelu sekä metodi hyväksyttävää. Kummankaan tulokset eivät osoittaneet laserilla olevan merkittävää vaikutusta haavojen paranemisessa. Raportin laatijat suosittelivatkin laserhoitoa käytettäväksi ainoastaan tutkimustarkoituksissa ja potilaille, jotka ovat resistenttejä muille tavanomaisille hoidoille.

PÄIVI REIMAN-MÖTTÖNEN

METODOLOGIA

Satunnaistamisen ideaa ei tunneta

Robinson EJ. ym. Lay public's understanding of equipoise and randomisation in randomised controlled trials. NCCHTA, 2005. <http://www.ncchta.org/fullmonomon908.pdf>

Eri hoitojen keskinäistä paremmuutta ei useinkaan tunneta. Tästä syntyvä epätietoisuus ja satunnaistaminen koetilanteissa voivat olla maallikoille vaikeasti ymmärrettäviä. Oikea tieto on kuitenkin tärkeää, kun päätetään osallistumisesta tutkimukseen. NCCHTA:n järjestelmällisessä katsauksessa ja 9 kokeessa selvitetään, miten aiemmat käsitykset ja koejärjestelyistä annettava yksityiskohtaisempi tieto vaikuttavat ymmärtämiseen.

Koehenkilöt värvättiin mukaan lisäkoulutus- ja harrastuskursseilta. Kuhunkin kokeeseen osallistui 67–130 koulutustaustaltaan erilaista 18–82-vuotiasta henkilöä. Osallistujat tutustuivat hypoteettiin tapauselostuksiin ja vastasivat niitä koskeviin kysymyksiin. Selostukset käsittelivät mm. lääketieteellisiä hoitoja ja kliinisiä kokeita. Osa haastateltiin tarkemmin.



Tutkimuksissa mitattiin muun muassa suhtautumista sattumaan perustuvaan hoitomuodon valintaan. Suurella osalla käsitykset satunnaistetun ja satunnaistamattoman valintatilanteen eroista osuivat kohdalleen. Kuitenkin vain 45 prosenttia koehenkilöistä hyväksyi sattuman hoitomuodon jakoperusteena. Yli 70 prosenttia osallistujista ei tunnistanut satunnaistamisella saavutettavaa tieteellistä hyötyä verrattuna tilanteeseen, jossa hoito määrätään lääkärin tai potilaan valinnan mukaan.

Myöhemmin kokeissa helpotettiin satunnaistamisen tieteellisten syiden ymmärtämistä syventämällä koejärjestelyistä annettavaa etukäetietoa. Lisätiedosta oli hyötyä, jos osallistujat tunnistivat koetilanteet tilaisuutena lisätietämystään hoitojen vaikuttavuudesta.

PÄIVI REIMAN-MÖTTÖNEN

•••••
Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportit
arviointiyrityksien julkaisemista
raporteista ovat tiivistelmiä
toimittaneet Finohdan
lääketieteelliset kirjoittajat.
Arviointiraporttien tiivistelmät
ovat tarkastaneet Anneli
Ahovuo-Saloranta, Ilona Autti-
Rämö, Minna Kaila, Pekka
Kuukasjärvi, Antti Malmivaara,
Iris Pasternack, Ulla-Maija
Rautakorpi ja Olli-Pekka
Ryynänen.
 •••••

LÄÄKKEET

Aromataasin estäjät rintasyövän hoidossa

Aromatashämmande läkemedel vid bröstcancer. SBU, 2005. http://www.sbu.se/Filer/Content0/publikationer/3/SBU_Alert_Aromatashammande_lakemedel_vid_brostdancer_200503.pdf

Rintasyöpäpotilaista arviolta 60 prosenttia on läpikäynyt menopausin. Munasarjojen toiminnan lakattua estrogeenia muodostuu perifeerisissä kudoksissa mieshormoneista, ja aromataasi-entsyymi vaikuttaa hormonimuunnokseen. Aromataasin estäjät heikentävät entsyymin toimintaa ja pienentävät estrogeenin määrää. Syöpäkasvaimista noin 70 prosenttia on hormoniherkkä. Estrogeenihormoni voi stimuloida syöpäkasvaimen kasvua.

SBU:n katsauksessa selvitetään aromataasin estäjien (anastrolosoli, letrotsoli, eksemestaani) tehokkuutta. Estäjiä verrattiin estrogeeni-reseptorisaalpaajiin, jotka ovat käytössä toisen linjan hoitona varhaisvaiheen rintasyövässä ja ensimmäisen linjan hoitona pitkälle edenneessä rintasyövässä. Lähteenä käytettiin tutkimuksia, joissa esitettiin uusia indikaatioita entsyymin toimintaa estävien lääkeaineiden käytölle. Tutkimusten rintasyöpäpotilaat olivat ohittaneet menopausin.

Pitkälle edenneessä rintasyövässä estäjät hidastivat taudin etenemistä, joskin tulosten tulkintaa vaikeutti aineistojen epäyhtenäisyys. Näiden potilaiden kohdalla aromataasin estäjien käyttöön näyttäisi yleisesti liittyvän vähemmän sivuvaikutuksia verrattuna estrogeeni-reseptorisaalpaajaan (tamoksifeeni).

Rintasyövän varhaisvaiheen hoidossa uudelleen sairastumisen riski pieneni viiden vuoden seuranta-aikana. Anastrolosolin käyttöön yhdistettiin viiden vuoden seurannassa alentunut luuntiheys ja lisääntynyt murtumariski. Nämä muutokset edellyttävät vielä pitempää seuranta-aikaa.

PÄIVI REIMAN-MÖTTÖNEN

Pneumokokkirokotus hyväksi tietyille lapsille

Anthony K. ym. Effectiveness and Cost-Effectiveness of general immunisation of infants and young children with the heptavalent conjugated pneumococcal vaccine. DAHTA@DIMDI, 2005. http://gripsdb.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta114_summary_en.pdf

Pneumokokkibakteerit aiheuttavat tulehdussairauksia, joista esimerkiksi aivokalvontulehdus on erityisen vaarallinen lapsille. Aikuisille ja isommille lapsille on kehitetty pneumokokkirokote jo 80-luvulla, mutta alle 2-vuotiaiden heptavalentti pneumokokkirokote tuli markkinoille vasta vuonna 2001. Saksalaiset selvittivät järjestelmällisen kirjallisuushaun avulla kaikkien alle 2-vuotiaiden pneumokokkrokottamisen tehokkuutta ja kustannusvaikuttavuutta. Katsauksen aineisto on vuosilta 1999–2004.

Kalifornialaistutkimuksessa pienten lasten rokote todettiin tehokkaaksi invasiivisten pneumokokkisairauksien ehkäisyssä. Suomalaisistutkimuksessa rokotteen teho oli vähäisempi välikorvatulehduksen ja keuhkokuumeen ehkäisyssä. Rokotteen tehokkuus eroaa maittain, sillä pneumokokkibakteerien serotyypin esiintyvyydessä on alueellisia eroja. Kustannusvaihtavuuden vaihteluun vaikuttaa muun muassa terveydenhuoltojärjestelmien ja antibioottiresistenssitilanteiden erilaisuus.

Tällä hetkellä Saksassa suositellaan vain suuren riskin ryhmään kuuluvien lasten pneumokokkirokotusta. Käytäntöä ei katsauksen perusteella suositeltu muutettavan. Kaikkien lasten rokottamista ei todettu kustannusvaikuttavaksi. Rokotteen edut saattavat kuitenkin ylittää kustannukset, kun asiaa katsotaan laajemmin yhteiskunnalliselta kannalta. Kustannusvaikuttavuutta suositeltiin vielä tutkitavaksi huomioiden esimerkiksi joukkoimmunisaation ja antibioottiresistenssitilanteen muutos.

MINNA KÄRKKÄINEN

Sepsiksen hoito nielee rahaa

Green C. ym. Clinical effectiveness and cost effectiveness of drotrecogin alfa (activated) (Xigris) for the treatment of severe sepsis in adults: a systematic review and economic evaluation. NCCHTA, 2005. <http://www.ncchta.org/fullmono/mon911.pdf>

Järjestelmälliseen katsaukseen löytyi kaksi vaikuttavuutta arvioivaa satunnaistettua tutkimusta, joissa sepsispotilaista puolet sai tavanomaisen tehohoidon ja toiselle puolelle hoitoon lisättiin drotrekogiini alfa. Vakavan verenmyrkytyksen eli sepsiksen kriteerinä oli vähintään kolme yleisinfektion merkkiä. Tutkimuksista poissuljettiin potilaat, joilla oli vuotohäiriö, veritulppariski tai muista syistä huono ennuste. Faasin III tutkimuksessa oli 1 728 vakavimpaan tehohoito- luokitukseen kuuluvaa potilasta. Jokaisella oli sepsiksen aiheuttama elinikäriö ja 75 prosentilla oli monielinikäriö. Hoito aloitettiin 24 tunnin sisällä. Faasin II tutkimuksessa oli 135 potilasta, joista 40 prosentilla oli monielinikäriö. Hoito aloitettiin 36 tunnin sisällä.

Drotrekogiini alfa vähensi 28 päivän kuolleisuutta 6,5 prosentilla (95 %:n luottamusväli -10,7 – -2,2). Vaikutus kesti 3 kk ja tasoittui 9 kk sisällä. Selvimmin hoidosta hyötyivät huonokuntoisimmat potilaat, joilla oli monielinikäriö; hoito antoi heille 1,1–1,3 lisäelinvuotta. Kustannusvaikuttavuudesta oli kolme julkaisua. Yhdysvalloissa ja Kanadassa hoito maksoi 8 300–13 300 euroa/potilas. Britit arvioivat kustannuksiksi 7 300–9 600 euroa/potilas ja QALYn hinnaksi 9 600–5 700 euroa.

Sepsispotilaiden hoito vie suuren osan tehohoidon resursseista ja kuolleisuus on korkea. Katsauksen mukaan drotrekogiini alfa -hoito aiheuttaisi Isossa-Britanniassa yli 114 miljoonan euron vuotuiset lisäkustannukset. Sen käyttö tulisikin rajata potilaisiin, joilla on äkillinen vakava sepsis ja monielinikäriö.

HELENA LAASONEN

Masennuslääkkeiden valinta ensilinjalla

Peveler R. ym. A randomised controlled trial to compare the cost-effectiveness of tricyclic antidepressants, selective serotonin reuptake inhibitors and lofepramine. A randomised controlled trial. NCCHTA, 2005. <http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/fullmono/mon916.pdf>

Brittiläisessä satunnaistetussa kontrollitutkimuksessa arvioitiin kolmen eri masennuslääkeryhmän kustannusvaikuttavuutta perusterveydenhuollossa. Arvioitavia lääkkeitä olivat trisykliset antidepressantit (amitriptyliini, dotiepiini ja imipramiini), serotoniin takaisinoton estäjät (fluoksetiini, sertraliini ja paroksetiini) ja modifioitu trisyklisen antidepressantti (lofepramiini).

Tutkimuksessa oli 327 potilasta, joilla yleislääkäri oli diagnosoinut ensimmäisen masennusjakson. Potilaat tai heidän lääkärinsä saivat valita lääkehoidon tai muun vaihtoehdoisen hoidon välillä. Seuranta-aika oli 12 kuukautta, jonka kuluttua tutkimuksessa oli mukana 52 prosenttia potilaista. Hoidon tehokkuutta mitattiin oireettomien viikkojen määrällä ja kustannuksia suorien hoitokulujen lisäksi muun muassa QALYina.

Serotoniinin takaisinoton estäjät, SSRI-lääkkeet, olivat kustannusvaikuttavia, kun hoitotuloksia ja kustannuksia analysoitiin yhdessä. Trisykliset antidepressantit olivat todennäköisesti vähiten kustannusvaikuttava valinta masennuksen ensilinjan lääkkeeksi. Lofepamiinin valinta johti selvästi useammin lääkityksen vaihtoon jo hoidon alussa.

Merkitsevien erojen todennäköisyys kustannusvaikuttavuudessa oli kuitenkin niin pieni, että tutkijoiden mukaan ensilinjan masennuslääkityksen valinta on asianmukaista tehdä potilaan ja hoitavan lääkärin mieltymysten mukaan. Tutkijaryhmä suosittelee, että masennuksen hoitokäytäntöjä perusterveydenhuollossa tutkittaisiin lisää.

MINNA KÄRKKÄINEN



LL Ulla-Maija Rautakorpi väitöskirjansa tarkistustilaisuudessa Tampereen yliopistolla. Vastaväittäjänä toimi professori Risto Huupponen Kuopion yliopistosta (vas.) ja kutsuksena professori Kari Mattila Tampereen yliopistosta.

Mikstra-ohjelman tuloksista valmistui väitöstutkimus: COMMON INFECTIONS IN FINNISH PRIMARY HEALTH CARE

Ulla-Maija Rautakorven väitöstutkimuksen mukaan turhia antibiootteja määrätään Suomessa yhä vähemmän. Noin neljäsosa hengitystieinfektioiden hoitoon määrätystä antibiootihoidosta oli täysin hoitosuosituksen mukaisia vuosina 1998–2002. Terveyskeskuksissa hoitokäytäntöjä muokataan täydennyskoulutuksella ja infektiopotilaiden tutkimus- ja hoitokäytäntöjä noudatetaan melko hyvin, mutta korjattavaakin on. Esimerkiksi välikorvatulehduksessa diagnoosin varmistamiseksi tarvittava tympanometri-laite puuttuu useimmista yleislääkärin vastaanottotiloista.

Ulla-Maija Rautakorpi on toiminut Mikrobilääkehoidon strategiat MIKSTRA -ohjelman projektipäällikkönä vuodesta 1998. Mikrobilääkkeiden käytön muuttuminen on edellyttänyt suositukseen perustuvan tiedon leviämistä myös koko väestön keskuudessa. Näyttöön perustuvia kansallisia Käypä hoito -suosituksia on valmisteltu Lääkäriseura Duodecimin ja erikoislääkäriyhdistysten yhteistyönä.

Rautakorpi UM. Common infections in Finnish primary health care. (Tavalliset infektiot suomalaisessa perusterveydenhuollossa). Tampere: Tampereen yliopisto, 2006. Acta Universitatis Tamperensis; 1137. Verkko-osoitteessa <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6572-5.pdf>

EU:lle avattiin terveystietoportaalit

EU:n virallinen terveystietoportaalit lanseerattiin Malagassa 10.–12. toukokuuta pidetyssä eHealth-kongressissa. Tulevaisuudessa on tavoitteena välittää terveystietoa jäsenmaista kaikilla EU:n virallisilla kielillä.

Terveystietoportaalit löytyy osoitteesta http://ec.europa.eu/health-eu/index_en.htm

Terveydenhuollon menetelmiä arvioidaan myös Tampereella

Finohtan Tampereen toimipiste vakiintuu, kun Stakesin alueyksikön toiminta virallisesti käynnistyy syksyllä 2006. Finohtan toimipisteen yhdyshenkilönä toimii asiantuntijalääkäri **Ulla-Maija Rautakorpi**. Tampereella tehdään erityisesti valtakunnallisen Hallittu-ohjelman (HALO) arvioita ja menetelmien kehittämistä. Hallitun ohjelmapäällikkönä toimii dosentti **Minna Kaila**.

Stakesin alueyksiköiden perustamisen taustalla on valtioneuvoston alueellistamisohjelma. Stakes on vuonna 2005 perustanut alueyksikön Jyväskylään ja vuoden 2006 maaliskuussa Vaasaan. Finohtalla on ollut toimipiste Tampereella jo puoli vuotta.



Finohtan arviointiselosteet on tarkoitettu terveydenhuollon päättäjille. Tutustu uutuuksien julkaisuun Finohtan verkkosivuilla, joiden uusi osoite on <http://finohta.stakes.fi>.

Oikomishoidosta ja purennan poikkeamista saatavilla tiivis tietopaketti

Finohta jatkaa arviointiseloste-sarjansa julkaisemista. Huhtikuussa ilmestyi ensimmäinen ulkoasultaan uudistunut arviointiseloste, jossa tarkastellaan purennan poikkeamia ja hampaiden oikomishoitoa. Järjestelmällisen katsauksen johdopäätöksissä muun muassa arvioidaan oikomishoidon valintaa, hoitomenetelmiä ja hoidon kustannuksia. Arviointiseloste antaa tiivistettyä tietoa myös hoitamattomuuden ja hoidon riskeistä.

Seuraava Finohtan arviointiseloste käsittelee ahdistuneisuushäiriöiden hoitoa. Molemmat arviointiselosteet perustuvat järjestelmällisiin kirjallisuuskatsauksiin, jotka on tuottanut Ruotsin terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö SBU.

Stakesin uudet verkkosivut: ”Verkosta tietoa – tiedosta hyvinvointia”

Osoitteesta www.stakes.fi löytyvä täysin uusiutunut palvelu tarjoaa hyödyllistä tietoa sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille ja muille aiheesta kiinnostuneille. Sivut on julkaistu suomeksi, englanniksi ja ruotsiksi.

Verkkokirjakaupasta voi tilata Stakesin julkaisuja. Valikoimassa on noin 400 sosiaali- ja terveysalan toimijoille, opiskelijoille ja päättäjille suunnattua teosta. Haulla voi etsiä kirjoja teeman tai muun valitun kriteerin mukaan. Kaikki julkaisut ovat löytyvät sivuston julkaisutietokannasta.

Finohtan julkaisut löytyvät myös arviointiyksikön omilta sivuilta, joiden visuaalinen ulkoasu ja rakenne on myös modernisoitu. Julkaisujen tilauslomake löytyy sivulta <http://finohta.stakes.fi/FI/julkaisut/tilaukset/>.

Stakesin sivuston osoite on www.stakes.fi. Finohtan www-sivut toimivat osoitteessa <http://finohta.stakes.fi>.

Kanadalainen CCOHTA vaihtoi nimensä

Kanadalainen arviointiyksikkö CCOHTA tunnetaan nyt nimellä The Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health **CADTH**. Itsenäisen HTA-organisaation perustamisen takana ovat Kanadan liittovaltion, provinssien ja territorioiden hallitukset. CADTH tarjoaa terveydenhuollon päättäjille luotettavaa ja puolueetonta tietoa terveydenhuollon menetelmien vaikuttavuudesta ja tehosta.

Tutustu kanadalaisen HTA-yksikön toimintaan verkko-osoitteessa www.cadth.ca.

Finohtan tiimit panostavat arviointiin, menetelmäosaamiseen ja tiedonvälitykseen

Finohtan toiminta kehittyi, kun arviointiyksikkö jaetaan kolmeen uuteen toiminnalliseen tiimiin. Tiimijako selkeyttää kooltaan suurentuneen Finohtan toimintaa ja helpottaa yhteistyötä eri sidosryhmien kanssa muun muassa arviointihankkeiden menetelmällisessä tukemisessa ja tiedonvälityksessä.

Arviointitiimiä luotsaa ylilääkäri, dosentti **Ilona Autti-Rämö** ja viestintätiimiä viestintälääkäri, LL **Kristian Lampe**. Finohtan päällikkö, tutkimusprofessori **Marjukka Mäkelä** vetää kolmatta tiimiä, johon on koottu menetelmätuki ja toimistopalvelut. Myös Finohtan konsultit kuuluvat tähän tiimiin, johon uudeksi asiantuntijaksi etsitään parhaillaan lääketieteen etiikan ammattilaista.

Tällä hetkellä Finohtassa työskentelee noin 30 terveydenhuollon menetelmien arvioinnin ja viestinnän asiantuntijaa Helsingissä ja Tampereella.

Lymfaterapia-hanke käynnistyy Finohtassa

Finohtassa käynnistyy hanke, jossa selvitetään lymfaterapian vaikuttavuutta. Lisäksi kartoitetaan lymfaterapeuttien työkäytäntöjä, terapian määrää, kustannuksia ja korvauskäytäntöjä. Lymfaterapia-hankkeen tuloksista laaditaan suomenkielinen yhteenveto, joka on tarkoitettu lääkäreille, lymfaterapeuteille ja potilaille. Tulokset julkaistaan syksyllä 2006.

NIMITYKSIÄ



HuK **Eva Kiura** on nimitetty Finohtan tieteelliseksi toimittajaksi 1.4.2006 alkaen. Kiura on lääketieteen erikoisalalan kielenkääntäjä ja sisätauti-kirurginen sairaanhoitaja. Aiemmin hän on toiminut mm. tulkkina, mainostoimiston copywriterina sekä sairaanhoitajana Norjassa,

Ruandassa, Tshetsheniassa, Bosniassa ja Sudanissa. Eva Kiura aloitti Finohtassa 1.10.2005. Tällä hetkellä hänen työtehtäviinsä kuuluu kansainvälisten HTA-raporttien suomenkielisten tiivistelmien tekeminen Impaktiin ja Finohtan uuteen HTA-tiivistelmätietokantaan.



FM **Leena Raustia** on nimitetty Finohtan informaattikoksi 1.5.2006 alkaen. Ennen Finohtaan tuloaan Raustia työskenteli useita vuosia erilaisissa terveydenhuollon tietojärjestelmien suunnittelu- ja kehittämistehtävissä Oulussa ja Kuopiossa. Hän on opiskellut biologiaa

Oulun yliopistossa ja sittemmin täydentänyt koulutustaan informaatiotutkimuksen opinnoilla. Leena Raustia tuli Finohtaan joulukuussa 2005 kehittämään ja koordinoimaan HTA-raporteista tehtyjen tiivistelmien julkaisuprosessia ja siihen liittyviä toimintoja. Hänen toimenkuvaansa kuuluvat myös web-aineiston metadatan kehittäminen ja HTA-tiedonhaut.

LUKIJAPALAUTE 3/2006

Mitkä artikkelit ovat mielestäsi numeron kiinnostavimmat?

Toivomuksia lehden sisällöstä

TILAUS

Tilaan lehden työpaikalle kotiin

Nimi/työyhteisön nimi _____

Ammattinimike _____

Jakeluosoite _____

Postinumero ja -toimipaikka _____

Puhelin _____ Telefax _____

Sähköposti _____

Muu viesti (esim. osoitteenmuutos)

NIMITYKSIÄ



TtM **Pirjo Räsänen** on nimetty Finohtan tutkijaksi 1.3.2006 alkaen. Räsänen on suorittanut terveystieteiden maisterin tutkinnon Kuopion yliopistossa 2002 pääaineenaan terveystaloustiede. Peruskoulutukseltaan hän on erikoissairaanhoitaja ja uro-terapeutti. Aiemmin hän on työskennellyt tutkijana Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä. Finohtassa hän on työskennellyt syyskuusta 2005 lähtien. Erityisenä kiinnostuksen kohteena ovat elämänlaatumittaukset erikoissairaanhoitoon kustannusvaikuttavuuden arvioinnissa. Räsänen toimenkuvaan Finohtassa kuuluvat terveystaloudellisten arviointitutkimusten suunnittelu, toteutus ja seuranta sekä asiantuntijatehtävät.



FM, bioanalytikko AMK, **Maija Saijonkari** on nimetty Finohtan lääketieteelliseksi kirjoittajaksi 17.4.2006 alkaen. Saijonkarin erityisosaamisaloja ovat lääketieteellinen tekniikka ja kliinisten laboratoriodien laatujärjestelmät. Hän kuuluu Finohtan tiedonvälitystiimiin pääasiallisena tehtävänään suomenkielisten tiivistelmien kirjoittaminen ulkomaisista arviointiraporteista. Tehtäviin sisältyy myös osallistuminen arviointihankkeisiin; erityinen kiinnostuksen kohde on diagnostisten menetelmien vaikuttavuuden arviointi.

IMPAKTI

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen lehti

G-I-N-symposium Tonavalla

Guidelines' International Network (G-I-N) on kansainvälinen yhteistyöverkosto, johon kuuluu 53 hoitosuosituksia tuottavaa organisaatiota 27 eri maista. G-I-N järjestää 3-päiväisen symposiumin Euroopan sydämessä, Wienissä ja Budapestissä 9.–11. lokakuuta 2006. Tilaisuuden teemana on Guidelines on the Danube.

Lisätietoja verkko-osoitteessa www.g-i-n.net.

Cochrane Colloquim Dublinissa

Cochrane XIV kollokvio järjestetään tänä vuonna Dublinissa 23.–26. lokakuuta. Maailmanlaajuinen Cochrane-verkosto toimii korkeatasoisten järjestelmällisten katsausten puolesta. Vuosittainen tieteellinen keskustelutilaisuus tarjoaa useita luentoja, workshoppeja ja posteresityksiä.

Lisätietoja verkko-osoitteesta www.colloquim.info.



Terveystieteiden menetelmien arvioinnissa (Health Technology Assessment, HTA) selvitetään järjestelmällisesti menetelmien käytön lyhyt- ja pitkäaikaisia vaikutuksia.

Arviointi tehdään eri tieteiden yhteistyönä. Siihen kuuluu myös menetelmien käytöstä koituvien sosiaalisten ja eettisten seuraamusten sekä kustannusten tarkastelu.

Terveystieteiden menetelmien arviointiyksikkö FinOHTA tuottaa tietoa päätösten tueksi.

Yksikkö on perustettu vuonna 1995 ja se toimii Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämisselityskeskuksessa.

FinOHTA Terveystieteiden menetelmien arviointiyksikkö

Finnish Office for Health Technology Assessment

Postiosoite Stakes/FinOHTA, PL 220, 00531 Helsinki, Käyntiosoite Lintulahdenkuja 4, 00530 Helsinki

Puhelin (09) 39 671 (vaihe)/ (09) 3976 2297, Faksi (09) 3967 2278, Sähköposti etunimi.sukunimi@stakes.fi

RYHMÄPÄÄLLIKKÖ

Marjukka Mäkelä
tutkimusprofessori

RYHMÄSIHTEERI
Terhi Ilonen

Heidi Anttila
suunnittelija
Ilona Autti-Rämö
ylilääkäri

Riitta Grahm
informaatikko

Eva Kiura
tieteellinen toimittaja
Kerttuli Korhonen
toimitussihteeri
Niina Kovanen
kehittämispäällikkö

Pia Kärki
toimistosihteeri
Kristian Lampe
viestintälääkäri
Antti Malmivaara
ylilääkäri

Iris Pasternack
Cochrane-yhdyshenkilö

Leena Raustia
informaatikko
Pirjo Räsänen
tutkija
Ulla Saalasti-Koskinen
suunnittelija
Maija Saijonkari
lääketieteellinen kirjoittaja
Harri Sintonen
tutkimusprofessori

PYSYVÄT ASIANTUNTIJAT

Arviointitutkimus
Risto Roine
risto.p.roine@hus.fi

Kliininen lääketiede
Olli-Pekka Rynänen
ollipekka.rynanen@uku.fi

Tilastotiede/biometria
Esa Läärä
esa.laara@oulu.fi

FinOHTA Tampereen toimipiste

Postiosoite Stakes/FinOHTA
Lääketieteen laitos/ B-rakennus,
33014 Tampereen yliopisto

Käyntiosoite Medisiinärinkatu 3,
33520 Tampere

Puhelin (03) 35 5111 (vaihe)

Faksi (03) 3551 4150

Sähköposti
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Anneli Ahovuo-Saloranta
tutkijalääkäri

Pekka Kuukasjärvi
ylilääkäri

Ulla-Maija Rautakorpi
asiantuntijalääkäri

**FinOHTA:n www-sivut toimivat verkko-osoitteessa <http://finohta.stakes.fi>.
Tutustu uudistuneeseen FinOHTA:n sivustoon!**