



## SISÄLTÖ

- [Tieto perille](#)
- [Pelastus taivaalta?](#)
- [Sappikivitaudin hoito](#)
- [Verenpainelääkitys ja ikääntyminen](#)
- [Vanhusten kaatumisten torjunta kannattaa](#)
- [...mutta miten ehkäistä lasten tapaturmia?](#)
- [Terveystaloustieteellistä osaamista tarvitaan lisää](#)
- [FinOHTAn ihmisiä ja tapahtumia](#)
- [Uudet tutkimushankepäätökset](#)
- [Evidence-Based Medicine -lehdestä poimittua:](#)
  - [Jälkiehkäisy](#)
  - [Beetasalpaajat ja sydämen vajaatoiminta](#)
  - [Hepariinit](#)
- [Sattumia](#)
  - [Syövästä selviäminen ei ole arpapeliä](#)
  - [Bella Cosa](#)
- [Yrttivoiteet ja kortisoni - kiinalainen juttu](#)
- [Saapuneita raportteja](#)
- [Ilmoitustaulu](#)



FinOHTA  
TERVEYDENHUOLLON MENETELMIEN ARVIOINTIYKSIKÖ  
Finnish Office for Health Care Technology Assessment



STAKES  
SOSIAALI- JA TERVEYSALAN TUTKIMUS- JA  
KEHITTÄMISKESKUS



## Tieto perille?

Tänä infoähkyn aikana tulee väkisinkin ajoittain huono omatunto siitä, että on itse myös ähkyä aiheuttamassa. Mutta sitten, kun taas lueskelee uuteen lehteen tyrkyllä olevia juttuja, niin huono omatunto häipyy. Tarjolla on tietoa monenlaisista tekijöistä, jotka vaikuttavat erilaisissa terveydenhuollon päätöksentekotilanteissa.

Kun tehtyjä päätöksiä siunaillaan - puoleen tai toiseen - on hyvä muistaa se tosiasia, että terveydenhuollon päätöksentekoympäristö on erittäin monimutkainen (klusteroitunut) ja tällöin

päätöksenteko tapahtuu epävarmuuden vallitessa. Eli mitä useampi asia vaikuttaa päätökseen, sen vaikeampaa on ennustaa tai arvioida päätöksen onnistuneisuutta. Päätöksenteon odotetaan olevan rationaalista. Sitä se onkin, mutta päätöksentekijän kantaan vaikuttaa oma tausta ja oma tilanne. Voimavarapäätöksiä tekevän henkilön suhtautuminen muuttuu, mitä omakohtaisemmin asia koskettaa. Kollektiivinen päätöksenteko perustuu myös yksittäisten ihmisten näkemyksiin.



Terveydenhuollon menetelmien arvioinnilla pyritään helpottamaan juuri päätöksentekoa tuottamalla monipuolista ja mahdollisimman objektiivista tietoa kaikkien osapuolien käyttöön. Systemaattinen tutkimustiedon arviointi on tärkeää ja sillä voidaan mm. määritellä niitä alueita, joihin tulee kohdistaa lisää alkuperäistutkimusta. Meille saapuneista arviointiraporteista suuri osa on kirjallisuuskatsauksia ja niistä moni toteaa yhteenvedossa, että johtopäätöksiä ei voi tehdä, koska näyttö on heikko joko julkaistujen tutkimusten puutteellisten tutkimusasetelmien vuoksi tai tutkimusten vähäisyyden vuoksi. Työtä riittää tunnollisille tutkijoille.

Toivon tämänkin Impaktin tuovan lukijoille käyttökelpoista tietoa ja erityisesti toivon, että lehti löytäisi tiensä tilaajilleen. Näinhän ei käynyt kakkosnumeromme kohdalla, vaan tietotekniikka sotki nimet, työpaikat ja osoitteet täysin mielivaltaisesti. Se aiheutti monella työpaikalla melkoista hämminkiä. Tämä haulikkojakelu toi toki uusia lukijoita, mutta sen verran konservatiivisia olemme,

että pyrimme palaamaan entiseen jakelujärjestelmään. Antakaa palautetta, jos tämän numeron postituksessa on ongelmia.

*Virpi Semberg*



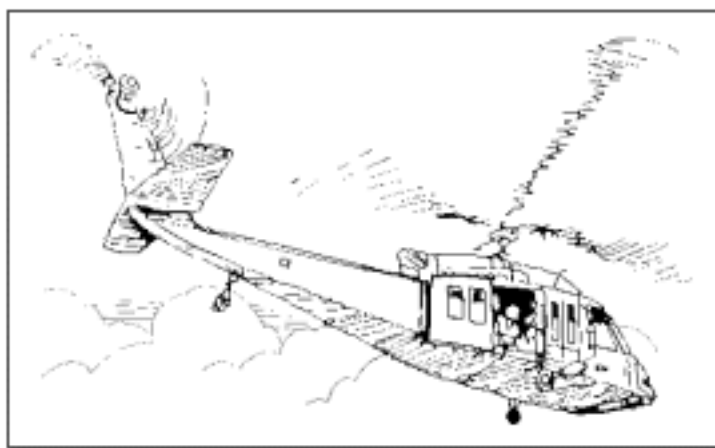
[Copyright](#) © 1999 [FinOHTA](#) / [STAKES](#). All rights reserved.



## Pelastus taivaalta?

*Verta, kuolemaa ja kallista metallia romuna tiellä. Mutta pelastus saapuu ylhäältä helikopterin muodossa. Tällaisen palvelun tarjoaminen edellyttäisi Suomeen perustettavaksi kattavaa pelastushelikopteriverkostoa. Pikasilmäys kirjallisuuteen helikopteripelastustoiminnan vaikuttavuudesta ei kuitenkaan yksiselitteisesti tue tällaisen kalliin järjestelmän pystyttämistä.*

Pelastushelikopterien tarpeellisuudesta on keskusteltu viime aikoina vilkkaasti, ja niiden hyödyllisyyttä on pidetty jopa itsestäänselvyytenä. Hanketta ajavat tahot ovat lehdistössä kampanjoineet määrärahojen saamiseksi, ja sisäasiainministeriön työryhmä on sanonut oman sanansa pelastushelikopterien käytöstä. Lausuntokierroksella olevan työryhmäraportin mukaan maassamme tulisi olla monitoimikopterit ensisijaisesti yliopistosairaalapaikkakunnilla sekä lääkärihelikopteri pääkaupunkiseudulla.



Terveystieteiden prioriteetteja asetettaessa helikopterit ovat suosittuja. Kun Norjassa kysyttiin kansalaisilta, tulisiko rahaa sijoittaa helikoptereihin, ohitusleikkauksiin vai lonkkaproteeseihin, osoittautui kopteri kansalaismielipiteessä tärkeimmäksi.

## Pelastushelikoptereita on monenlaisia

Helikoptereista saatavien hyötyjen arvioiminen on vaativa tehtävä. Ensinnäkin, pelastushelikopterilla tarkoitetaan eri paikoissa eri asioita: joko pelkkää sairaankuljetuskopteria, monitoimikopteria tai varsinaista lääkärihelikopteria. Ja pelastuskoptereita on niitäkin monenlaisia riippuen valmiustasosta. Olennaisin kysymys on kuitenkin helikopterimiehistön koulutustaso ja ensihoitovalmiudet. Kovatasoisin miehitys on luonnollisesti lääkärihelikopterissa. Miehistöstä riippumatta pelastushelikopterin hyödyllisyys on sidoksissa maantieteellisiin tekijöihin, asutuksen tiheyteen, tiestöön, sairaalaverkostoon sekä maa-

ambulanssien määrään, jakaumaan ja valmiustasoon. Koptereiden toimintaa rajoittavat pimeys, huono sää ja kerrostalot. Toisaalta tiestön puuttuessa helikopteri on verraton apuväline. Näin ollen kopterin hyödyllisyydestä tehdyt arviot eivät sellaisenaan ole siirrettävissä maasta toiseen tai samassa maassa alueelta toiselle.

## Tutkimustietoa toistaiseksi lähinnä helikopterikuljetuksista

Pelastushelikoptereita koskevissa tutkimuksissa on saatu ristiriitaisia ja huomattavan usein vain marginaaliseen vaikuttavuuteen viittaavia tuloksia. Tutkimusten painopisteenä on kylläkin yleensä ollut helikopterin käyttö ensisijaisesti kuljetusvälineenä. Eräs tuoreimmista kopteritutkimuksista on tehty Pennsylvaniassa Yhdysvalloissa, Suomea muistuttavalla alueella (Brathwaite ym. 1998). Tutkimuksessa verrattiin 16 000:n helikopterikuljetuksen saaneen vammapotilaan selviytymistä 6 500:aan maa-ambulanssilla tapahtumapaikalta siirrettyyn potilaaseen. Aineistot vakioitiin monimuuttujamenetelmin potilaiden taustamuuttujien suhteen. Tulos oli, että vakioinnin jälkeenkään ei voitu todeta helikopterin lisänneen potilaiden selviytymismahdollisuuksia. Toisessa vastaavassa yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa, joka toteutettiin Pohjois-Carolinassa samaa suuruusluokkaa olevalla aineistolla (Cunningham ym. 1997), saatiin samanlainen tulos.

Norjalaiset tutkivat Tromssassa helikopterin hyödyllisyyttä analysoimalla 370 tapauselostusta ja etsien tietoa, oliko nimenomaan helikopteri ollut pelastava tekijä (Hotvedt ym. 1996). Asiantuntijaryhmä totesi, että 41:ssä tapauksessa (11 %) helikopterista oli hyötyä. Suurimman hyödyn saaneiden yhdeksän potilaan joukossa kuusi oli lapsia. Sairauksina olivat verenvuoto, infektio, astma, hukkuminen, myrkytys ja hengitysteiden vierasesine. Hyötyneiden joukossa ei ollut yhtään sydänpotilasta. On kuitenkin huomattava, että alue rajoittuu osittain saaristoon ja maitsekin ambulanssin matkat ovat pitkät vuonoja kierrettäessä.

Hieman vanhemmissa tutkimuksissa tulokset ovat olleet samantapaisia. Lontoossa verrattiin maa-ambulanssia ja helikopteria toisiinsa todeten, ettei helikopteri lisännyt tilastollisesti selviytymismahdollisuuksia. Mahdollinen hyöty rajoittui vaikeimpiin tapauksiin (Nicholl ym. 1995). Samat tutkijat selvittivät pelastushelikopterin taloudellista kannattavuutta Cornwallissa (Nicholl ym. 1994). Helikopteri osoittautui keskimäärin 10 minuuttia nopeammaksi, vaikka maa-ambulanssi useimmiten ehtikin ensin tapahtumapaikalle. Kustannuserot kopterin ja maa-ambulanssin välillä olivat suuret, kun taas potilaiden selviytymisessä ei ollut eroa.

## Ja taas tarvitaan menetelmien arviointia...

Tässä referoidut tutkimukset näyttävät viittaavan siihen, että ainakin kuljetusjärjestelmänä pelastushelikopterien vaikutus potilaiden selviytymiseen on tilastollisesti vähäinen, eikä helikopteri lisää paljoakaan potilaan mahdollisuuksia

selvitä hengissä. Kuitenkin aineistosta löytyy potilaita, jotka ovat saaneet ratkaisevan avun.

Helikopteri on pelastusvälineenä uusi ja se saa väestön keskuudessa dramaattisuutensa vuoksi suuren kannatuksen. Kopterin kaltainen uusi kallias menetelmä tulee kuitenkin asettaa monitahoisen tutkimuksen kohteeksi ennen varojen kohdentamista tarkoitukseen, vaikkapa käynnistämällä toiminta ehdollisena etenevän arviointitutkimuksen sisällä.

*Olli-Pekka Ryytänen*

## Lähteet

Brathwaite CEM ym. A critical analysis of on-scene helicopter transport on survival in a statewide trauma system. J Trauma 1998;45:140-146.

Cunningham P ym. A comparison of the association of helicopter and ground ambulance transport with the outcome of injury in trauma patients transported from the scene. J Trauma 1997;43:940-945.

Hotvedt R ym. Which groups of patients benefit from helicopter evacuation? Lancet 1996;347:1362-1366.

Nicholl JP. Effects of London helicopter emergency medical service on survival after trauma. BMJ 1995;311:217-222.

Nicholl JP ym. A comparison of the costs and performance of an emergency helicopter and land ambulances in a rural area. Injury 1994;25:145-153.



Copyright © 1999 [FinOHTA](#) / [STAKES](#). All rights reserved.



# Sappikivitaudin hoito

*Tanskalainen terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö on laatinut järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen sappikivitaudin hoidosta. Kansainvälisesti vertaillen Tanskassa tehdään paljon sappirakon poistoleikkauksia, ja raportissa esitetäänkin valtakunnallisten hoitosuosittelujen ja laadunvarmistusjärjestelmän kehittämistä sappikivitaudin hoitoperiaatteiden yhtenäistämiseksi.*

- [Sappirakon poisto pienestä viillosta suositeltavin](#)
- [Tulehtunut sappirakko](#)
- [Kivet sappiteissä](#)
- [Ennaltaehkäisy](#)
- [Kustannustarkastelu](#)
- [Suositukset](#)

Sappikivitautia on esiintynyt kautta ihmiskunnan historian. Suomessa sitä arvioidaan esiintyvän noin 6-10 %:lla väestöstä<sup>1</sup>. Sappikivet syntyvät sapen ainesosista. Yleisimpiä ovat kolesterolikivet, jotka muodostuvat kolesterolista ja sappisuoloista; harvinaisempia ovat pigmenttikivet, jotka muodostuvat kalsiumista ja sappiväriaineesta (bilirubiinista). Ylipainoisille henkilöille muodostuu useammin sappikiviä kuin normaalipainoisille. Naisilla raskaus on erityinen sappikivitaudin riskitekijä. Liikunta ja kohtuullinen alkoholinkäyttö vähentävät sappikivien syntymistä. Taipumus sappikivien muodostumiseen on perinnöllinen.

## Sappirakon poisto pienestä viillosta suositeltavin

Kivuliiden sappirakkokivien hoidossa perusmenetelmä on sappirakon poistoleikkaus eli kolekystektomia. Valittavana on kolme leikkaustapaa:

- laparoskooppinen eli tähystyskirurginen leikkaus (leikkausviilto 3-4 cm),
- avoin leikkaus pienestä viillosta eli minilaparotomia (leikkausviilto 3-6 (-10) cm), sekä
- perinteinen avoin laparotomialeikkaus (leikkausviilto >10 cm)

Pienestä viillosta tehty sappirakon poistoleikkaus näyttää tutkimusten perusteella olevan vaihtoehdoista varmin ja edullisin, kun huomioidaan kustannukset, tarvittava sairaalassaolo- ja toipumisaika sekä sappitievaurioiden riski. Suomessa tehtiin 1997 sappirakon poistoleikkauksia yhteensä 8 585, joista 2/3 naisille. 68 %

leikkauksista tehtiin tähystysleikkauksina<sup>2</sup>.

Vaihtoehtona sappirakon poistolle voidaan poistaa pelkät sappirakkokivet joko leikkaamalla, murskaamalla tai joissakin tapauksissa lääkkeellisesti liuottamalla. Kivien kokoon ja koostumukseen liittyvien rajoitusten vuoksi murskaushoito soveltuu vain noin 20 %:lle sappikivipotilaista, ja hoito edellyttää 1/2-2 vuoden jatkohoitoa sappisuoloilla. Noin puolelle potilaista kehittyy kivien poiston jälkeen uudelleen sappikiviä, useimmiten viiden vuoden sisällä.



Tutkimusten mukaan potilaat ovat yleensä hyvin tyytyväisiä suoritettuun sappikivitaudin hoitoon - hoitotavasta riippumatta. Heti hoidon jälkeen tyytyväisyys näyttäisi olevan suurempaa niiden potilaiden joukossa, joille on tehty sappirakon poisto tähystysleikkauksella tai joilta kivet on poistettu kehonulkoisella

kivenmurskauksella, verrattuna potilaisiin, joille on tehty avoin leikkaus. Henkilökunnan asenteet uusiin hoitomuotoihin saattavat kylläkin vaikuttaa potilaiden mielipiteisiin. Vuoden seuranta-ajan kuluttua potilastyytyväisyydessä ei ole enää havaittu mitään eroa eri hoitomenetelmien välillä. Liian varhainen kotiuttaminen sinänsä aiheuttaa tutkimusten mukaan potilaissa usein tyytymättömyyttä.

## Tulehtunut sappirakko

Akuutin komplisoitumattoman sappirakkotulehduksen hoito sappirakon poistolla 7-10 päivän sisällä oireiden alkamisesta on tutkimusten mukaan parempi vaihtoehto kuin sappirakon poisto rauhallisessa vaiheessa muutaman kuukauden kuluttua. Jos kuitenkin 7-10 päivän aikaraja ylittyy, leikkausta on syytä lykätä rauhalliseen vaiheeseen. Kaikuohjattu sappirakon tyhjennys voi olla riittävä hoito erityisen sairaille potilailla, jotka eivät kestä leikkausta heti akuutin vaiheen jälkeen.

## Kivet sappiteissä

Sappiteissä sijaitsevia kiviä voidaan jäljittää sappi- ja haimatiehjeiden tähystyskuvauksella (ERCP eli endoskooppinen retrogradinen kolangiopankreatografia) tai magneettikuvauksella. Magneettikuvauksen diagnostisen tarkkuuden riittävydestä ei olla kuitenkaan vielä täysin vakuuttuneita. Sappirakon poistoleikkauksen yhteydessä tehty rutiininomainen sappiteiden kuvantaminen kivien löytämiseksi ei tutkimusnäytön perusteella ole aiheellista. Osalle potilaista kuitenkin tehdään tarpeettomasti tällainen tutkimus.



Kivien löytyminen johtaa päinvastoin turhiin hoitotoimenpiteisiin, koska valtaosa sappitiekivistä poistuu itsestään.

Suosittelut toimenpiteet oireilevissa sappiteiden kivissä on heti akuutin vaiheen jälkeen tehty ERCP-tutkimus, johon liittyy sapenjohtimen sulkijalihaksen katkaisu (sfinkterotomia) ja kivien poisto. Vain erittäin harvoille potilaille, joilla sappiteiden kivet on poistettu endoskooppisessa tähystyksessä, kehittyi myöhemmin oireita sappirakon kivistä. Sappirakon rutiinimaista poistoa ei tämän vuoksi suositella tehtäväksi potilaille, joilta sappitiekivet saadaan poistettua onnistuneesti.

Sappiteiden kivien poistoa laparoskopiossa eli vatsanpeitteiden läpi tehdyllä tähystysleikkauksella ei nykyisen tutkimusnäytön perusteella suositella yleiseen käyttöön.

## Ennaltaehkäisy

Sappikivien synty on yhteydessä sellaisiin elämäntapatekijöihin kuin rasvainen ruoka, liikunnan puute, tupakointi ja ylipaino. Näitä samaisia riskitekijöitä pyritään väestötasolla vähentämään ensisijaisesti sydän- ja verisuonitautien sekä syövän ehkäisemiseksi. Tämä panostus voi mahdollisesti vähentää myös sappikivitaudin esiintymistä.

Huomattavan ylipainoisilla henkilöillä, jotka pyrkivät merkittävään painonpudotukseen, on erityinen riski sappikivien muodostumiseen, koska osa ylimääräisestä kolesterolista poistuu sapenerityksen kautta. Heillä voidaan primaariseen ennaltaehkäisyyn käyttää sappisuoloja (urso-, kenodeoksikoolihappo), mutta tällaisen hoidon kliinistä merkitystä ja taloudellisia vaikutuksia ei kuitenkaan ole riittävästi tutkittu.

Potilaille, joilla on todettu sappikiviä, mutta joilla ei ole tyypillisiä oireita, ei suositella tehtäväksi sappirakon poistoa ennaltaehkäisevässä mielessä.

## Kustannustarkastelu

Tanskassa yksinkertaisen, ilman komplikaatioita sujuvan sappirakon poistoleikkauksen hinnaksi lasketaan Suomen markoissa pyöreästi 7 400,- tähystysleikkauksella, 5 000,- avoimella leikkauksella pienestä viillosta eli minilaparotomialla sekä 12 200,- perinteisellä avoimella laparotomialla. Kahdeksan suomalaisen sairaalan kuntahinnastoissa sappirakonpoiston keskiarvohinta tähystysleikkauksella on 8 600,- markkaa ja avoimella leikkauksella 11 300,- markkaa<sup>3</sup>.

Kustannus-vaikuttavuusanalyysien perusteella minilaparotomialla tehty sappirakon poisto on sekä halvempi että parempi kuin tähystysleikkauksella tehty. Suhde säilyy hyvin samana herkkyyssanalyyseissä, joissa oletusarvoja muutellaan. Mikäli ero sairaalahoidon pituudessa ylittää kaksi päivää, tulee tähystysleikkauksesta kuitenkin halvempi kuin minilaparotomiasta.

Perinteisellä avoimella leikkauksella tehty sappirakon poisto on vähemmistä sappitievaurioista johtuen tähystysleikkausta parempi, mutta myös kalliimpi menetelmä. Avoimesta leikkauksesta tulee herkkyysanalyysien perusteella halvempi vaihtoehto vasta, jos sairaalan vuosittainen leikkausmäärä laskee alle kahdenkymmenen.

Kirjallisuudessa julkaistut taloudelliset vertailut osoittavat, että tähystysleikkauksella tehty kolekystektomia on kustannusvaikuttavuudeltaan parempi kuin kivien poisto kehonulkoisella kivenmurskauksella ja siihen liitettyllä sappisuolahoidolla. Murskaushoito on puolestaan kustannusvaikuttavuudeltaan jonkin verran parempi kuin perinteinen avoin kolekystektomia. Murskaushoidon ja minilaparotomian välisiä kustannusvertailuja ei ole julkaistu.

## Suosituksset

Sappiteiden tauteja sairastavien potilaiden hoidon laadunvarmistuksen parantamiseksi raportissa esitetään laadittavaksi kansalliset suositukset sappikivitaudin diagnostiikasta, hoidon indikaatioista ja rutiinihoitomenetelmistä. Sappikivipotilaita hoitavilla sairaalaosastoilla tulee suositusten noudattamista seurata säännöllisin väliajoin toteutettavilla paikallisilla auditoinneilla tai tietoverkkojärjestelmällä, johon syötetään tiedot kaikista sappikivipotilaista ja joka antaa ajantasaista tietoa osastolla noudatettavan käytännön suhteesta suosituksiin. Tähystyskirurgialla suoritettavat sappirakonpoistot suositellaan keskitettäväksi nykyistä harvempiin keskuksiin. Tähystysleikkauksen ja pienestä viillosta tehtävän avoimen leikkauksen (minilaparotomian) eroja sappirakon poistossa on tutkittava lisää, huomioiden myös potilaiden ennakkotoiveet leikkaustavan suhteen.

*Martti Teikari*

## Viitteet

<sup>1</sup> von Smitten K. Koska sappileikkaus tulisi suorittaa endoskopioteitse? Duodecim 1992;108(7): 619 (pääkirjoitus)

<sup>2</sup> Rasilainen J, Nenonen M. Toimenpiteelliset hoitajaksot vuonna 1997. Tilastoraportti 21/1998. Stakes.

<sup>3</sup> Kirurgian palveluhinnastot 1999 [sivut noudettu 27.4. 1999]: Uudenmaan shp <<http://www.ushp.fi/>>, päiv. 1.2.1999. Etelä-Pohjanmaan shp <<http://www.epshp.fi/hinnasto/>>, päiv. 26.4.1999. Kanta-Hämeen shp <<http://www.htk.fi/asteri/khshp/>>, päiv. 8.1.1999.

## Alkuperäinen raportti:

Jørgensen, T. *Behandling af patienter med galdesten*. En medicinsk

teknologivurdering. DIKE (Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi) / Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering. København 1999.

Tilaus: Komiteen for Sundhedsoplysning, Østbanegade 55, 5. Sal, DK-2100 København Ø. Puh. +45 35265400, fax: +45 35430213. Internet: [www.sundkom.dk/](http://www.sundkom.dk/) e-mail: [kfs@sundkom.dk](mailto:kfs@sundkom.dk). Raportti on maksullinen.

Raportin tiivistelmä on julkaistu suomeksi FinOHTAn Arviointiseloste-sarjassa (2/99). Selosteen voi tilata maksutta FinOHTAn toimistosta (Stakes/FinOHTA, PL 220, 00531 Helsinki, puh. 09-3967 2297, sähköposti [finohta@stakes.fi](mailto:finohta@stakes.fi)) ja se on luettavissa myös internetissä: <http://www2.stakes.fi/finohta/>. Ruotsinkielinen yhteenveto löytyy SBU:n kotisivulta <http://www.sbu.se/>



Copyright © 1999 [FinOHTA](#) / [STAKES](#). All rights reserved.



# Verenpainelääkkeistä hyötyvien potilaiden yläikäraja edelleen hämärän peitossa

Lievästikin kohonneen verenpaineen lääkehoito on osoittautunut hyödylliseksi. Erityisesti yli 60-vuotiailla riski sairastua vakaviin sydän- ja verisuonitauteihin on ilman hoitoa suurempi kuin nuoremmilla potilailla. Yli 80-vuotiaiden potilaiden lääkehoidon hyödyllisyydestä on kuitenkin esitetty epäilyksiä - hoitoa on epäilty jopa haitalliseksi.

Aiheesta on käynnissä tutkimuksia (mm. HYVET), mutta niiden tuloksia odotellessa kansainvälinen INDANA -tutkijaryhmä kartoitti verenpaineen hoidosta julkaistut satunnaistetut kontrolloidut tutkimukset ja analysoi ne uudelleen yli 80-vuotiaiden tutkimuspotilaiden osalta. Ensisijaiseksi tulostittariksi otettiin aivohalvaus (*stroke*). Toissijaisina mittareina käytettiin tiettyjä sydän- ja verisuonitapahtumia sekä kuolleisuutta. Analyysi tehtiin seitsemästä tutkimuksesta, joissa oli yhteensä 1 670 potilasta, näistä 76% naisia. Koehenkilöiden keski-ikä vaihteli eri tutkimuksissa 80:sta 85:een.

Lääkehoitoa saaneilla potilailla oli noin kolmannesta pienempi riski saada aivohalvaus kuin verrokeilla. Myös merkittävien sydän- ja verisuonitapahtumien sekä sydämen vajaatoiminnan kohdalla hoito näytti hyödylliseltä. Nämä erot olivat tilastollisesti merkitseviä. Huolta aiheutti havainto, jonka mukaan kokonaiskuolleisuus oli hoitoa saaneessa ryhmässä hieman suurempi kuin verrokipotilaiden ryhmässä. Tämä ero ei tosin ollut tilastollisesti merkitsevä.

Meta-analyysiin valittuja tutkimuksia ei ollut alun perin suunniteltu testaamaan hoidon hyödyllisyyttä nimenomaan iäkkäillä potilailla, minkä vuoksi tuloksiin on suhtauduttava varauksella. Tutkijat huomauttavat myös, että meta-analyysin tulokset eivät olleet kovin vahvoja: yksikin hypoteettinen tutkimus, jossa eroa hoitoryhmien välillä ei olisi saatu aikaan, olisi muuttanut heidän löydöksensä tilastollisesti merkityksettömiksi.

Tutkijat toivovat, että nyt saadut tulokset varmistettaisiin vielä erityisesti tätä varten suunnitellulla kokeella. Nykytiedolla ei voida määritellä ikärajaa, jonka jälkeen verenpaineen lääkehoidosta tulisi selkeästi pidättäytyä. Tutkijat muistuttavat myös, että vaikka iäkkäiden potilaiden hoito lisäisi kokonaiskuolleisuutta, potilaat saattavat olla valmiita hyväksymään riskin, mikäli hoito suojaa paljon pelätyltä

aivohalvaukselta.

*Kristian Lampe*

**Lähde:**

Gueyffier F, Bulpitt C, Boissel J-P, Shcron E et al. For the INDANA Group. Antihypertensive drugs in very old people: a subgroup meta-analysis of randomised controlled trials. Lancet 1999;353:793-6.



[Copyright](#) © 1999 [FinOHTA](#) / [STAKES](#). All rights reserved.



# Vanhusten kaatumisten torjunta kannattaa

*Brockehurstin geriatrian raamatun mukaan vanhuslääketiede joutuu kohtaamaan neljä jättiläistä: dementian, kaatumisen, inkontinenssin ja heikentyneen liikkumiskyvyn. Usein lääkärikunnan asenne näiden ongelmien torjuntaan on ollut pessimistinen. Vanhusten kaatumistapaturmista julkaistu kirjallisuus on jo melkoisen mittava. Sen perusteella kaatumistapaturmat eivät tule kohtalon oikusta, vaan ovat torjuttavissa.*

Tuoreessa brittiläisessä tutkimuksessa kaatumistapaturmaan joutuneet vanhukset satunnaistettiin kahteen ryhmään. Toiselle ryhmälle (n=184) suunnattiin kuntoutusohjelma, jossa vanhusten terveydentila arvioitiin kiinnittäen erityistä huomiota näköön, tasapainoon, henkisiin kykyihin, masennukseen ja lääkkeisiin. Jos näissä ilmeni ongelmia, asiat pyrittiin hoitamaan parhaalla mahdollisella tavalla. Ympäristön vaaratekijät kartoitettiin kotikäynnillä. Koehenkilöille annettiin ohjausta kotiturvallisuuteen liittyvissä asioissa. Kontrolliryhmä (n=213) sai vakiohoidon. Seuranta-aika oli yksi vuosi.

Tulokset olivat dramaattiset. Interventoryhmässä oli 183 kaatumista ja kontrolliryhmässä 510 (OR 0.39, 0,23-0,66). Myös uusintatapaturmat ja sairaalaan joutumiset vähenivät merkittävästi.

Viime aikoina on julkaistu useita interventioita, joissa eri menetelmin on pyritty torjumaan vanhusten kaatumisia, mukana myös oululaisten tutkijoiden työt. Useassa tutkimuksessa on todettu kaatumistapaturmien torjuntaohjelmien merkittävä vaikutus. Sairaiden vanhusten hoidon muuttuessa yhä ongelmallisemmaksi tulee Suomessakin ennakkoluulottomasti kehittää menetelmiä vanhusten terveydentilan ylläpitämiseksi. Kaatumistapaturmien torjunta kannattanee ottaa mukaan ohjelmiin.

Close J ym. Prevention of falls in the elderly trial (PROFET): a randomised controlled trial. Lancet 1999;353:93-97.

*Olli-Pekka Ryytänen*



[Copyright](#) © 1999 [FinOHTA](#) / [STAKES](#). All rights reserved.



## ...mutta miten ehkäistä lasten tapaturmia?

*Terveysthuolto-ohjelmissa erilaisilla ehkäisevillä toimenpiteillä on entistä keskeisempi asema. Vaikka ehkäiseminen on jo kansanviisaudenkin mukaan hoitoa huokeampaa, myös vammoja ja sairauksia ehkäiseviltä hankkeilta on voitava odottaa osoitettua näyttöä. Luulo ei tässäkään korvaa tietoa.*

Tapaturmat ovat ensimmäisen ikävuoden jälkeen lasten johtava kuolinsyy ja merkittävä pitkäaikaisen vammaisuuden aiheuttaja kaikissa teollisuusmaissa. Tiedetään myös, että ainakin hengenvaarallisten vammojen ilmaantuvuuteen on viimeisten vuosikymmenien aikana voitu vaikuttaa hyvin tuntuvasti myös Suomessa, joka aikaisemmin tunnettiin lasten tapaturmien ongelmamaana. Vammakuolleisuus pienentyi vajaaseen neljännekseen parissakymmenessä vuodessa, mutta tällä vuosikymmenellä tilanne ei ole paljon muuttunut. Koska sekä elämää, elämän laatua että rahaa menetetään lasten tapaturmien kautta paljon, kaikki tarjolla olevat keinot vammojen vähentämiseksi on yritettävä hyödyntää.

Britanniassa selvitettiin lapsiperheille annetun informaation, kodin turvatarkastusten, huokeiden turvajärjestelmien ja ensiapukoulutuksen vaikutusta esikouluikäisten lasten vamma-alttiuteen (BMJ 1999; 318:981). Ohjelman vaikuttavuutta mitattiin vammojen ilmaantuvuudella ja vakavuudella. Satunnaistetun etenevän tutkimuksen seuranta-aika oli yli kahden vuoden mittainen.

Tutkimuksessa ei voitu havaita, että näin toteutettu interventio olisi vähentänyt lasten tavanomaisten eli lievien kotitapaturmien vaaraa. Vakavien tapaturmien ehkäisyn osalta tutkijat päätyivät pitämään havaintoaineistoaan mahdollisesti liian pienenä. Ehkäisyohjelmat toimisivat ehkä tehokkaammin, jos ne suunnattaisiin tiettyjen tapaturmien torjuntaan. Omasta maastamme on näyttöä tällaisen politiikan vaikuttavuudesta. Esimerkiksi kelpaa polkupyörä, jonka puolien väliin jäi vielä parikymmentä vuotta sitten noin tuhannen suomalaislapsen kantapää. Kiitos väestön valistustyön ja verraten huokeiden turvaistuimien, vamma on käynyt suorastaan harvinaiseksi. Lipeävammojen kohdalla tämä pitää vielä paremmin paikkansa.

*Martti Kekomäki*





[Copyright](#) © 1999 [FinOHTA](#) / [STAKES](#). All rights reserved.



# Terveystaloustieteellistä osaamista tarvitaan lisää

Alkukesästä 1998 toteutettiin Suomessa osana eurooppalaista Euromet-yhteishanketta kysely, jolla selvitettiin, miten hyvin terveydenhuollossa tunnetaan ja osataan taloudellisia arviointimenetelmiä sekä kuinka paljon niiden antamaa tietoa todella käytetään päätöksenteossa. Ja jos ei käytetä, niin miksi ei? Mikä edesauttaisi olemassa olevan tutkimustiedon käyttöä?

Tutkimus toteutettiin postikyselynä. Se kohdennettiin niille tahoille, joiden terveydenhuollossa tiedetään tekevän tai valmistelevan päätöksiä, joilla on merkittäviä taloudellisia seuraamuksia. Lomake postitettiin hiukan yli tuhannelle henkilölle. Kyselyllä pyrittiin kattamaan terveydenhuollon sekä julkinen että yksityinen sektori, perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon. Lääkärikunnasta tehtiin otanta terveystieteellisten, sairaalalääkäreistä ja yksityislääkäreistä. Erilaisista organisaatioista kyselyn saivat sairaalanjohtajat, hallintojohtajat, talouspäälliköt, johtajaylilääkärit, johtavat ylihoitajat, apteekkarit, tekniset johtajat. Kyselyyn vastasi noin puolet, joista yli 70 % oli julkisen sektorin lääkäreitä. Tulos on lievästi kohtuullinen ottaen huomioon kiireiset vastaajat. Osa kysymyksistä myös koettiin vaikeiksi. Ehkä myös koko asia koetaan vaikeaksi, ja siksi oli helpompaa jättää kokonaan vastaamatta.

Vastauksista kävi selvästi ilmi, että päätöksenteon perusteena ei taloudellisia arvioiteja kovinkaan paljon käytetä, mikä johtuu siitä, että taloudellinen koulutus ja sen vuoksi arviointitekniikoiden tuntemus on vähäistä. Tarve, osaaminen ja todellinen käyttö eivät kyselynkään perusteella ole mitenkään samassa mittaluokassa. Tarve lisäkoulutukselle ja taloudellisen arviointitiedon saatavuuden parantamiselle on ilmeistä. Voi olla niinkin, että taloudellisen arvioinnin ymmärtäminen ja käyttö suomalaisessa päätöksenteossa on todellisuudessa vielä vähäisempää kuin mitä Euromet-kysely osoitti, mikä voi osaltaan heijastua matalassa vastausprosentissa.

Euromet-hankkeen Suomen osuus toteutettiin Kuopion yliopiston terveyshallinnon ja -talouden laitoksen ja FinOHTAn yhteistyönä. Hankkeessa oli mukana yhdeksän Euroopan maata. Suomi oli taas kerran kansainvälisessä hankkeessa mallioppilas ja keräsi tietoa kattavimmin. Tulokset olivat kuitenkin kaikkialla saman suuntaiset: vaikka taloudellinen arviointi koettiin tärkeäksi ja hyväksyttäväksi, sitä kuitenkin tunnettiin hyvin huonosti ja käytettiin vähän päätöksenteossa. Ilmeistä siis on, että tarvitaan lisää taloudellisen arvioinnin taitoja niin tutkijoille kuin

päättäjillekin.

*Harri Sintonen*  
*Virpi Semberg*



[Copyright](#) © 1999 [FinOHTA](#) / [STAKES](#). All rights reserved.



## FinOHTAn ihmisiä ja tapahtumia

**FinOHTAn vakituinen tulosjohtaja**, tutkimusprofessori *Pekka Karp* palaa ensi vuoden alussa hieman yli kolmen vuoden virkavapauden jälkeen Brysselistä EU-komissiosta takaisin FinOHTAan. Siihen saakka FinOHTAn tulosjohtajana toimii edelleen ylilääkäri *Risto Roine*.

**Makropilotin arviointia** vetämään on FinOHTAan palkattu projektipäällikkö, terveydenhuollon lisensiaatti *Jukka Ohtonen*. Hän aloitti työt toukokuun alusta. Satakunnan alueella toteutettava Makropilotti on tällä hetkellä laajin eurooppalainen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishanke, jossa toimialoja pyritään kehittämään hyödyntämällä uutta teknologiaa. FinOHTAn rooli Makropilotissa on arvioinnin kansallinen koordinointi. Varsinaiset interventiot Satakunnan alueella ovat määrittelyvaiheessa, joten myös arviointiosioiden ja -hankkeiden määrittely on vielä kesken. Kerromme Makropilotista ja sen arvioinnista tarkemmin Impaktin seuraavissa numeroissa.

FinOHTA kokoaa **käytännön kokemuksia tutkimushankkeiden läpiviennistä**. Selvitystä tekee LL *Markus Torkki*. Tietoa kerätään FinOHTAn tukihankkeista, jotka kohdentuvat tai ovat kohdentuneet tuki- ja liikuntaelinsairauksiin. Selvitykseen halutaan koota kokemuksia tutkimuksen arjesta, joka useimmiten jää dokumentoimatta. Käytännön kokemukset ovat kuitenkin arvokkaita uusia hankkeita suunnitellessa, käynnistettäessä ja toteutettaessa. Tutkijahaastattelut tehdään toukokuussa ja selvitys valmistuu kuluvan vuoden aikana.

**Telelääketiedesovellusten päivitys** on käynnistetty. FinOHTAn ensimmäisessä raportissa kartoitettiin telelääketiedesovellukset Suomessa 1996. Raportin tekijä oli tuolloin dosentti *Mårten Kvist*. Raportin päivitystä on toivottu monelta taholta. Ensi vaiheessa selvitetään, mitä kuuluu vuonna 1996 käytössä olleille sovelluksille ja myöhemmin tänä vuonna kartoitetaan tarkemmin, millaisia uusia sovelluksia on otettu käyttöön. Päivityksen tekee LL, DI *Heikki Lamminen*. Kyselyt tehdään toukokuussa ja syksyllä. Raportti valmistunee tämän vuoden aikana.

**Pohjoismainen arviointiyksiköiden yhteistyö** tiivistyy. Tanskan DIHTA, Norjan SMM, Ruotsin SBU ja Suomen FinOHTA pitivät toisen yhteispalaverin 19.5. 1999 Helsingissä. Tapaamisessa sovittiin yhteisen, kaikkia neljää maata kiinnostavan tutkimushankkeen käynnistämisestä. Aiheeksi sovittiin aikuisten huonokuuloisuus. Yhteishankkeen yksityiskohtainen suunnittelu käynnistyy heti. FinOHTA vastaa hankkeen hallinnollisesta koordinaatiosta.

**"FinOHTAn strategiaseminaari"** (työnimi) järjestetään joulukuun 9. päivänä 1999. Seminaarissa tulevat esittäytymään mm. edellä mainittujen muiden Pohjoismaiden arviointiyksiköiden edustajat. Seminaarista tiedotetaan tarkemmin alkusyksystä. Seminaariin kutsutaan mm. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen menetelmien arvioinnin neuvottelukunta (myös varajäsenet), tieteellinen toimikunta ja FinOHTAn asiantuntijaverkoston jäsenet.



Copyright © 1999 [FinOHTA](#) / [STAKES](#). All rights reserved.



## Tutkimushankkeet

---

FinOHTA on päättänyt seuraavien tutkimushankkeiden tukemisesta:

---

### Jatkohankkeet

---

#### **Leikkaushoidon vaikuttavuus spinaalistennoosissa - satunnaistettu, kontrolloitu hoitotutkimus ja kustannus-vaikuttavuusanalyysi**

Tutkimuksen johtaja: prof. Pär Slätis, Orton Invalidisäätiö

Lumbaalinen spinaalistennoosi eli lannerangan selkäydinkanavan ahtauma on yleistynyt selkäsairaus, joka aiheuttaa alaraajojen hermojen toimintahäiriöitä ja merkittävää toimintakyvyn heikkenemistä. Vaikeimmat spinaalistennoosipotilaat hyötyvät dekompressiivisesta leikkauksesta, mutta keskivaikean spinaalistennoosin parhaasta hoitomenetelmästä ei ole varmuutta. Asian tutkimiseksi ja spinaalistennoosin eri hoitovaihtoehtojen kustannusvaikuttavuuden arvioimiseksi käynnistettiin v. 1997 laaja suomalainen monikeskustutkimus, johon tällä hetkellä osallistuu neljä yliopistosairaala ja yksi kaupunginsairaala. Alkuperäisen rekrytointisuunnitelman potilasaineiston pitäisi olla koossa vuoden 2000 loppuun mennessä.

---

#### **Reisiluunkaulan murtuman leikkaushoitoa seuraavan kuntoutuksen kustannus-vaikuttavuus**

Tutkimuksen johtaja: apul.prof. Pekka Jalovaara, Oulun yliopisto

Reisiluun kaulan murtuma on tavallisin ikääntymiseen liittyvän luun haurastumisen komplikaatio. Onnistuneella leikkaushoidolla luodaan edellytykset murtuman hoidon hyvälle lopputulokselle. Jatkokuntoutuksella on kuitenkin ratkaiseva osuus siinä, tuleeko potilaasta kävelevä ja itsenäiseen elämään pystyvä vai ei. Tällä hetkellä jatkokuntoutus ei aina onnistu ja merkittävä osa potilaista laitostuu.

Tämän satunnaistetun tutkimuksen tarkoituksena on verrata kolmen erilaisen jatkokuntoutusmuodon vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta murtuman jälkeisen laitostumisen ehkäisyssä. Tutkimusaineiston keruu jatkuu vuoden 2000 loppuun asti. Analyysivaihe ajoittuu vuosille 2000-2002. Lopullisten tutkimustulosten, joiden perusteella voidaan toivottavasti päättää koko maan laajuisesti optimaalinen murtuman jälkeinen kuntoutuskäytäntö, on arvioitu valmistuvan vuoden 2002 lopussa.

---

## **Selektiivinen hermojuuripuudutus iskiaskivun hoidossa - Hermojuuripuudutuksen kustannusvaikuttavuus ja sen vaikutus iskiaspotilaiden työssä selviytymiseen**

Tutkimuksen johtaja: erik.lääkäri Jaro Karppinen, OYS

Iskiasoireyhtymä on hyvin tavallinen sairaus, joka aiheuttaa yksilötasolla toimintakyvyn rajoituksia ja yhteiskunnalle runsaasti kustannuksia sairauslomien ja ennenaikaisen eläköitymisen takia. Tutkimuksessa verrataan satunnaistetussa, sokkoutetussa koeasetelmassa hermojuureen injisoitavan kortisoni +puuduteyhdistelmän vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta iskiasoireyhtymän hoidossa. Tutkimus on aloitettu v. 1996 ja tarvittava potilasmateriaali on jo kokonaan kerätty. Kaikki kontrollit saadaan loppuun kevään 1999 aikana, jonka jälkeen tutkimuskoodit avataan ja tulosten varsinainen analysointi voi alkaa.

---

## **MIKSTRA-ohjelma**

Tutkimuksen johtaja: dosentti Pentti Huovinen, Kansanterveyslaitos

MIKSTRA on useista hankkeista koostuva laajapohjainen ohjelma, jossa kehitetään keinoja avohoidon tavallisimpien infektioiden määrittämisen ja lääkehoidon optimoimiseksi. Ohjelma on alkanut syksyllä 1998 ja jatkuu vuoteen 2003. MIKSTRA-ohjelmasta on kerrottu tarkemmin Impaktin edellisessä numerossa 2/99.

---

## **Eturauhassyövän PSA-seulonnan taloudellinen arviointi**

Tutkimuksen johtaja: professori Matti Hakama, Syöpäsäätiö

Eturauhassyöpä on ilmaantuvuudeltaan suomalaisten miesten yleisin syöpä ja siten maassamme sekä kansanterveydellisesti että kansantaloudellisesti merkittävä sairaus. Eturauhassyövän seulontaan on kehitetty useita erilaisia menetelmiä, joista erityisesti prostaspesifisen antigeenin (PSA) määrittämiseen

perustuva menetelmä on nopeasti yleistymässä, vaikka satunnaistettuihin tutkimuksiin perustuvaa tietoa seulonnan hyödyllisyydestä ei toistaiseksi ole. Seulonnan kustannusten sekä sen tuottamien terveydellisten hyötyjen ja haittojen sekä elämänlaatuvaikutusten selvittämiseksi on suomalainen tutkijaryhmä aloittanut v. 1996 osana yhteiseurooppalaista tutkimusta 15-vuotisen kliinisen seurantatutkimuksen eturauhassyövän PSA-seulonnasta. Tämän tutkimushankkeen osana tehdään nyt tukea hakevan tutkijaryhmän toimesta PSA-seulonnan kustannusvaikuttavuusanalyysi sekä tarkastellaan seulonnan pitkän aikavälin elämänlaatuvaikutuksia.

---

## Uudet tukihankkeet

---

### **Kohonneen verenpaineen lääkkeettömän hoidon toteutettavuus ja vaikutukset kansanterveystyössä**

Tutkimustyön johtaja: LL Mika Kastarinen, Kuopion yliopisto

Kohonneen verenpaineen hoito on yksi kansanterveystyön keskeisistä työalueista. Suomessa erityiskorvattaviin verenpainelääkkeisiin oikeutettuja on lähes puoli miljoonaa ja esimerkiksi v. 1994 vuosittaiset verenpainelääkekustannukset olivat maassamme 680 milj. mk. Ongelma-alueita verenpaineen hoidossa Suomessa ovat lääkehoidon tehokkuus ja varsinkin lääkkeettömän hoidon, jolla pienehköillä ryhmillä on osoitettu olevan selvä verenpainetta alentava vaikutus, toteutuminen. Lääkkeettömän intervention siirtäminen käytännön kansanterveystyöhön ei kuitenkaan ole toistaiseksi riittävästi onnistunut, vaikka esim. KELA vaatii verenpainelääkkeiden korvattavuudesta päättäessään, että potilasta on hoidettu lääkkeettömin keinoin ainakin 6 kk ennen lääkityksen aloittamista. Tämän jo v. 1996 alkaneen tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kohonneen verenpaineen tehostetun lääkkeettömän hoito-ohjelman toteutettavuus, vaikutukset ja kustannusvaikuttavuus kansanterveystyössä Itä-Suomessa. Tutkimuksen tuloksilla on suuri merkitys verenpaineen hoidon käytännön järjestelyihin tulevaisuudessa. Tulosten analysointi alkaa syksyllä.

---

### **Olkaniivelen kurovan nivelkapselitulehduksen (Capsulitis adhesiva) satunnaistettu manipulaatiohoidon vaikuttavuustutkimus**

Tutkimuksen johtaja: LKT Jorma Kivimäki, Jorvin sairaala

Olkaniivelen kurova nivelkapselitulehdus on kohtalaisen yleinen, paranemisennusteeltaan hyvänlaatuinen vaiva, joka hoitamatta saattaa kuitenkin kestää 1-3 vuotta. Oireena on olkapääkipu ja muutaman viikon aikana asteettain



lisääntyvä olkanivelen liikerajoitus. Yleisimmin vaivaa hoidetaan erilaisin fysikaalisin hoidoin ja kortisonipistöksin, joiden teho on kuitenkin kyseenalainen. Tarkkaa tietoa taudin esiintyvyydestä ei ole. Kapselitulehdukselle altistavat mm. diabetes ja hemiplegia. Jorvin sairaalassa on saatu viime vuosien aikana lupaavia kokemuksia kurovan nivelkapselitulehduksen manipulaatiohoidosta narkoosin aikana. Tieteelliseen tutkimukseen perustuvaan tietoa menetelmän hyödystä ei kuitenkaan ole. Tutkimus toteutetaan Jorvin ja Peijaksen sairaaloiden fysiatrian poliklinikan potilailla. Hankkeeseen kuuluu myös kustannusvaikuttavuustarkastelu. Mikäli narkoosimanipulaatiohoito osoittautuu tutkimuksessa tavanomaista hoitoa tehokkaammaksi ja kustannusvaikuttavaksi, on se suhteellisen helppo ottaa käyttöön kaikissa maamme sairaaloissa, joissa hoidetaan olkapään nivelkapselitulehduksia. Hanke on alkanut 1998, ja sen on tarkoitus valmistua vuoden 2001 aikana.

---

*Virpi Semberg, Risto Roine*



[Copyright](#) © 1999 [FinOHTA](#) / [STAKES](#). All rights reserved.



# Evidence-Based Medicine -lehdestä poimittua

toimittanut Martti Teikari

- [Levonorgestreeli tehokkaampi kuin yhdistelmäehkäisytabletit jälkiehkäisyssä](#)
- [b-salpaajista hyötyä sydämen kroonisessa vajaatoiminnassa](#)
- [Pienimolekyylisellä hepariinilla perinteistä hepariinia parempi kustannusvaikuttavuus syvän laskimoveritulpan hoidossa](#)

## Levonorgestreeli tehokkaampi kuin yhdistelmäehkäisytabletit jälkiehkäisyssä

Jälkiehkäisyyn mahdollisuus on eräs tärkeä osa nykyaikaisissa raskaudenehkäisyohjelmissa. Alun perin Lancetissa ilmestyneessä satunnaistetussa kontrolloidussa kaksoissokkotutkimuksessa verrattiin toisiinsa kahta jälkiehkäisy menetelmää, keltarauhashormonijohdannaisista levonorgestreelia ja yhdistelmäehkäisytabletteja eli ns. Yuzpe-menetelmää. Tutkimus toteutettiin WHO:n organisoimana kansainvälisenä monikeskustutkimuksena, 21 kaupungissa 14 maassa. Siihen osallistui 1 998 naista, iältään keskimäärin 27 - vuotiaita, joilla oli ollut suojaamaton yhdyntä edeltävien 72 tunnin aikana. Naiset saivat kaksi samannäköistä tablettia, jotka sisälsivät joko levonorgestreelia 0,75 mg ja lumelääkettä (n=1001) tai etinyyliestradiolia 50 mg ja levonorgestreelia 0,25 mg (Yuzpe-menetelmä, n=997). Naiset ottivat ensimmäisen annoksen valvotusti klinikalla ja toisen annoksen kotona 12 tuntia myöhemmin. Kolmas annos annettiin, jos nainen oli oksentanut neljän tunnin sisällä annoksen otosta. Naiset pysyivät mukana tutkimuksessa lähes sataprosenttisesti. Levonorgestreeli - ryhmässä ilmeni vähemmän ei-toivottuja raskauksia (1,1 %) kuin Yuzpe-ryhmässä (3,2 %, p=0.002). Mitä aikaisemmin hoito annettiin, sitä tehokkaampi se oli. Levonorgestreeli aiheutti vähemmän pahoinvointia, oksentelua, huimausta ja väsymystä kuin yhdistelmäehkäisytabletit.

Kommentissa todetaan tutkimuksen antama näyttö vakuuttavaksi ja tervetulleeksi, koska maailmalla yleisesti käytettyyn Yuzpe-menetelmään liittyy usein

epämiellyttäviä sivuvaikutuksia. Valmistajien tulisi vain tarjota tarkoitukseen sopivampia levonorgestreelitabettivahvuuksia: nykyinen Suomessakin yleisin 30 mg:n vahvuus vaatii naisia popsimaan tabletteja kymmenittäin jälkiekhäisyvaikutuksen aikaansaamiseksi. Tärkeä viesti perhesuunnittelusta vastaaville on myös näyttö, että mitä aikaisemmin jälkiekhäisy toteutetaan, sitä paremmat ovat tulokset, riippumatta siitä, mitä hormonaalista menetelmää käytetään. Viiveen lyhentäminen edellyttää, että jälkiekhäisytabletteja saa soveltuvista paikoista muutoinkin kuin lääkärin määräyksellä. Saatavuuden helpottamisen on havaittu lisäävän jälkiekhäisyn käyttöä ilman, että muiden ehkäisykeinojen käyttö olisi vähentynyt.

### Lähde:

Levonorgestrel was more effective than combined oral contraceptives for emergency contraception [abstrakti]. Evidence-Based Medicine. 1999 March-April;4:45. Abstrakti artikkelista: Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Lancet 1998 Aug 8;352:428-33. Kommentit: P. Hannaford, RCGP Centre for Primary Care Research and Epidemiology, Aberdeen, Scotland, UK.

## b-salpaajista hyötyä sydämen kroonisessa vajaatoiminnassa

b-salpaajat kuuluivat aikoinaan kiellettyjen lääkeaineiden listaan sydämen vajaatoimintaa sairastavilla. Viime vuodet on väiteltä viikokkaasti niiden mahdollisista hyödyistä näille potilaille. Circulation -lehti on julkaissut ranskalaisen tutkijaryhmän tekemän meta-analyysin b-salpaajien asemasta kroonisesta sydämen vajaatoimintaa sairastavien hoidossa. 18 satunnaistettua lumekontrolloitua kaksoissokkotutkimusta täytti sisäänottokriteerit. Seurattavina muuttujina olivat potilaan lääkitys, vajaatoiminnan syy, NYHA-luokitus, hoidon kesto, vajaatoiminnan vaatima sairaalahoito, toiminnallinen status ja vasemman kammion ejektiofraktio. Kokonaiskuolleisuudelle ja vajaatoiminnan vaatimalle sairaalahoidolle muodostettiin myös yhdistetty lopputilamuuttuja.

Hoidon kesto tutkimuksissa vaihteli puolestatoista 44:ään kuukauteen. Useimmilla potilailla oli NYHA-luokkien II tai III oireita, kun lääkityksenä käytettiin diureetteja, ACE-estäjiä ja digoksiinia. Meta-analyysissä tutkimusten tulokset yhdistettiin ja todettiin, että lumelääkkeeseen verrattuna b-salpaajat vähensivät kuolleisuutta ja vajaatoiminnan vaatimia sairaalahoitoja, paransivat potilaiden suorituskykyä NYHA-luokituksella mitattuna sekä suurensivat vasemman kammion ejektiofraktiota. Epäselektiivisillä b-salpaajilla, kuten karvedilolilla, kuolleisuus väheni enemmän kuin selektiivisillä; muiden hoitotulosten suhteen nämä lääkeytyypit eivät poikenneet toisistaan.

Lehden kommentaattori kysyy, hyötyvätkö sitten kaikki vajaatoimintapotilaat b-salpaajista. Vastaus on: todennäköisesti eivät. Näyttö erilaisten alaryhmien osalta

jää puutteelliseksi, sillä tähänastisiin tutkimuksiin on liittynyt väistämätön valikoitumisharha. Niin tai näin, karvedilolista sydämen vajaatoiminnan hoidossa on joka tapauksessa kertynyt jo enemmän tietoa kuin digitaliksesta sadassa vuodessa.

### Lähde:

Review: b-blockers benefit patients with chronic heart failure [abstrakti]. Evidence-Based Medicine. 1999 March-April;4:49. Abstrakti artikkelista: Lechat P, Packer M, Chalon S, et al. Clinical effects of b-adrenergic blockade in chronic heart failure. A meta-analysis of double-blind, placebo-controlled, randomized trials. Circulation. 1998 Sep 22;98:1184-91. Kommentit: J.F. Schmedtje Jr., Wake Forest University Baptist Medical Center, Winston-Salem, North Carolina, USA.

## Pienimolekyylisellä hepariinilla perinteistä hepariinia parempi kustannus-vaikuttavuus syvän laskimoveritulpan hoidossa

Kanadalaisessa yliopistosairaalassa tutkittiin eri hepariinien kustannus-vaikuttavuutta syvän laskimoveritulpan hoidossa neljässä erilaisessa kliinisessä asetelmassa. Potilaat saivat joko fraktioimatonta hepariinia tai pienimolekyylistä hepariinia asetelmasta riippuen. Tutkimukseen otettiin kaikki potilaat, jotka olivat aineistonkeräysaikana olleet sairaalahoidossa syvän laskimoveritulpan vuoksi, yhteensä 105. Runsas puolet potilaista olisi sairaustietojen perusteella voitu hoitaa poliklinisesti. Potilaskertomusten perusteella koottiin tiedot hoitotuloksista sekä laskennalliset kustannukset eri hoitostrategioissa. Kaikkia potilaita seurattiin kolme kuukautta. Kustannuslaskennassa huomioitiin kaikki alkuvaiheen hoitokustannukset sekä merkittävien verenvuotojen ja tulpan uusiutumisten aiheuttamat kustannukset kolmen kuukauden kuluessa.

Pienimolekyylinen hepariini vähensi fraktioimattomaan hepariiniin verrattuna veritulpan uusiutumiseriskiä (4,4% vs. 7,0%,  $p < 0.05$ ) ja kuolleisuutta (4,1% vs. 6,0%,  $p < 0.05$ ). Perustason kustannusten vertailussa vuodeosastohoito tuli fraktioimattomalla hepariinilla n. 600 markkaa kalliimmaksi, kun pienimolekyylisellä hoitokustannus oli pyöreästi 12 000 markkaa potilasta kohti. Johtopäätöksenä on, että sekä vuodeosasto-, poliklinikka- että kotihoidossa pienimolekyylisen hepariinin kustannusvaikuttavuus on parempi kuin fraktioimattoman hepariinin syvän laskimoveritulpan hoidossa.

Lehden kommentissa todetaan, että pienimolekyyliset hepariinit on jo lukuisissa aikaisemmissa tutkimuksissa osoitettu vähintään yhtä tehokkaiksi kuin fraktioimaton hepariini, komplikaatioita on vähemmän, hoitoajat ovat lyhyempiä ja laboratoriomonitorointia tarvitaan vähemmän. Avoimiksi kysymyksiksi jää edelleen, alenevatko syvän laskimoveritulpan hoitokustannukset lisää, kun pienimolekyylistä hepariinia annetaan kerran päivässä, tai voidaanko nyt saatua kustannus-vaikuttavuushavaintoa laajentaa muihin tilanteisiin, kuten epästabiliin

angiinaan tai keuhkoveritulppaan, joissa pienimolekyyliset hepariinit on jo osoitettu kliinisesti tehokkaiksi.

**Lähde:**

Low-molecular-weight heparin was more cost-effective than unfractionated heparin for treating deep venous thrombosis in several clinical settings [abstrakti]. Evidence-Based Medicine. 1999 March-April;4:64. Abstrakti artikkelista: Rodger M, Bredeson C, Wells PS, et al. Cost-effectiveness of low-molecular-weight heparin and unfractionated heparin in treatment of deep vein thrombosis. CMAJ 1998 Oct 20;159:931-8. Kommentit: J-F Bergmann, Hôpital Lariboisière, University Paris VII, Paris, France.

---

*"Kun ynnätään kaikki sydäntutkijoiden riskiarvot yhteen, jää viisikymppisen suomalaismiehen ainoaksi järkeväksi elämäntavaksi maata hiljaa sängyssä ja odottaa puristavaa rintakipua - kohta se kumminkin tulee."*

*Marjut Lindberg, Helsingin Sanomat*



Copyright © 1999 [FinOHTA](#) / [STAKES](#). All rights reserved.



## Sattumia

---

- [Syövästä selviäminen ei ole arpapeliä](#)
  - [Bella Cosa](#)
- 

### Syövästä selviäminen ei ole arpapeliä

Tuore englantilaisraportti, jossa tarkastellaan syöpätautien hoitotuloksia maassa, ei sokeroi sanojaan: "Vastoin yleistä luuloa, syövästä selviäminen ei ole arpapeliä. Arpapelit ovat tasapuolisia kaikille osallistujille, mutta mahdollisuudet jäädä syöpätaudin saatuaan henkiin eivät ole samat kaikille samaa syöpätyyppiä sairastaville tai maan eri osissa asuville potilaille." Raportin ovat laatineet London School of Hygiene and Tropical Medicine, Cancer Research Campaign sekä paikallinen tilastokeskus.

Raportissa esitetään suhteellisia yhden ja viiden vuoden eloonjäämislukuja lähes kolmesta miljoonasta syöpäpotilaasta, joiden syöpädiagnoosi on tehty vuosien 1971 ja 1990 lopun välillä. Suhteellinen eloonjäämisluku huomioi myös kilpailevat kuolinsyyt eri ikäryhmissä muussa väestössä. Kaikkia potilaita seurattiin vähintään viisi vuotta, monia yli 20 vuotta.

Jokainen potilas ryhmitettiin diagnoosiajankohdan asuinpaikan mukaisesti yhteen viidestä sosioekonomisesta kategoriasta, jotka muodostettiin paikkakunnan väestölaskentapohjaisten tunnuslukujen perusteella. Useimpien keskeisten syöpätyyppien kohdalla voitiin osoittaa, että vauraammilla alueilla asuvilla on paremmat mahdollisuudet selvitä hengissä kuin potilailla, joiden kotiseutu on kovaosaisempaa, eikä tätä selitä pelkkä sattuma tai erot taudin levinneisyydessä diagnosihetkellä.

Raportin hyvät uutiset ovat jo olleet tiedossa: muun muassa lasten keskeisten syöpätyyppien sekä aikuisilla kivessyövän ja Hodgkinin taudin eloonjäämisluvut ovat parantuneet merkittävästi. Viimeisten kolmenkymmenen vuoden aikana myös rintasyövän ja eturauhassyövän kohdalla edistys on ollut kohtalaista. Jälkimmäisen osalta tilanne ei tosin ole enää paljonkaan parantunut 1980-luvun puolivälin jälkeen. Huonotkin uutiset ovat tuttuja: esim. keuhkosyövässä, joka on miesten yleisin syöpä, eloonjäämisluvut ovat pysyneet alhaisina.

Ison-Britannian terveydenhuoltojärjestelmälle huolestuttavin viesti on kuitenkin hoitotulosten alueellisissa eroissa. 44:ssä tutkituista 47:stä syöpätyypistä oli jonkinasteista, usein melko vahvaa näyttöä, että alhaisempiin sosioekonomisiin kategorioihin kuuluvilla alueilla eloonjäämisluvut olivat huonommat kuin vauraammilla alueilla. Eräiden harvinaisten syöpien kohdalla ero köyhimmän ja vauraimman alueen välillä oli yli 10 %, merkiten näillä syöpätyypeillä viisivuotisjaksossa toistakymmentä tuhatta ennenaikaista kuolemaa, joiden keskeiseksi selittäjäksi jäivät erot alueiden välisissä hoitotuloksissa. Rintasyövänkin kohdalla ero suhteellisessa viiden vuoden eloonjäämisluvussa alueiden välillä oli 7 %.

Raporttia Lancetissa arvioivat kirjoittajat eivät pidä tuloksia viestinä brittiläisen sairaanhoidon puutteellisesta asiantuntemuksesta. Taustalla nähdään edelleen kummittelemassa thatcherismi ja sen edistämä epätasa-arvoisuus. Ensisijaisesti tulosten katsotaan kuitenkin olevan jälleen yksi merkki kansallisen terveyspalvelun NHS:n kroonisesta ja merkittävästä rahoitusvajeesta.

Ozonoff D, Clapp R. Cancer survival is no lottery. Lancet 1999; 353: 1379-80.

---

## Bella Cosa

Di Bellan tapaus saa italialaiset lääkärit kieriskelemään syyllisyydentunnossa Lancetin palstoilla. Kysehän on liki 90-vuotiaasta fysiologian professorista, joka oli vuosia hoitanut syöpäpotilaita omalla sekoituksellaan, johon sisältyi somatostatiinia, melatoniinia, vitamiineja ja pieni määrä syklofosfamidia. Di Bella väitti parantaneensa tuhansia potilaita tällä terapialla ilman tavanomaisten syöpähoitojen sivuvaikutuksia. Hoitomenetelmästä ei ollut kuitenkaan olemassa yhtään julkaistua tutkimusta, ei edes anekdoottitason artikkelia lääketieteellisessä kirjallisuudessa.

Vuoden 1997 lopulla Di Bella joutui, ilmeisesti tahtomattaan, julkisuuden valokeilaan. Hänen potilaansa, jotka olivat perustaneet oman yhdistyksen, yrittivät saada hoitomuodon julkisin varoin korvattavaksi. Hoito nimittäin saattoi maksaa jopa lähemmäs 30 000 markkaa potilasta kohden kuukaudessa. Viranomaiset eivät hyväksyneet hoitoa korvattavaksi, mutta hämmästys oli suuri, kun oikeusistuimet vaativat päätöstä muutettavaksi "hoitomuotojen valinnanvapauden" nimissä. Määrätietoisin näistä tuomareista nostettiin lehdistössä moderniksi sankariksi, joka taistelee lääketieteellistä luutuneisuutta ja lääketeollisuuden intressejä vastaan.

Pelikenttä oli valmis: media rummutti asiaa ennennäkemättömän laajasti, Di Bellan kannattajat järjestivät mielenosoituksia Roomassa, ja poliitikot tajusivat heti loistavan julkisuussuunnan, oikeisto-opposition kannattaessa Di Bellaa ja vasemmistohallituksen seistessä terveysministerin takana. Tässä keskustelussa lääketieteen asiantuntijat syrjäytettiin kokonaan, ja tieteellistä näyttöä peräivät

tehtiin naurunalaisiksi ja leimattiin "potilaiden vihollisiksi". Hallitus antoi periksi myöntämällä rahaa hoitomuotoa koskevien kliinisten tutkimusten käynnistämiseen.

Nyt, vuotta myöhemmin on käsissä kymmenen kiireesti kyhättyä kliinistä tutkimusta, joiden asetelmat sinänsä ovat saaneet osakseen kritiikkiä, mutta jotka ovat kuitenkin osoittaneet, ettei hoito estä syövän etenemistä ja että hoidolla on väitettyä enemmän sivuvaikutuksia. Lasku tutkimuksista ja tuomarien päätöksellä joillekin potilaille määrätystä somatostatiinista on noussut 100 miljoonaan markkaan. Lasku potilaissa herätetyistä turhista toiveista ja niiden murskaantumisesta ei ole rahallinen.

Italialaiskirjoittajat osoittavat sormella ensisijaisesti tiedotusvälineitä. Jutussa onkin täydelliset etusivu-uutisen ainekset: henkeä uhkaava sairaus; vanha professori, joka huokuu luotettavuutta; lääkäreiden epäluuloinen asenne; yleisön yleinen vastenmielisyys kansallista terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan; ja kiihdyttimenä vielä potilaiden asianajajien innokas julkisuushakuisuus. Tämä surullinen tarina on paljastanut, kuinka huonosti joukkotiedotusvälineet (joitakin merkittäviä poikkeuksia lukuun ottamatta) ymmärtävät - vai sanotaanko haluavat ymmärtää - lääketieteellisiä asioita. Toisaalta se paljastaa myös, kuinka huonosti suuri yleisö ymmärtää tieteentekemisen perusteita.

Mutta kirjoittajat korostavat, että niin moitittavia kuin toimittajia, tuomarit ja poliitikot tässä tapauksessa ovatkin, lääketieteellisellä yhteisöllä ja syöpälääkäreillä on oma osuutensa: heidän olisi pitänyt pontevammin asettua julkista elämöintiä vastaan ja käyttää myös enemmän aikaa selittääkseen potilaille, miksi he vastustivat Di Bellan hoitomenetelmää. Tämäkin esimerkki osoittaa, että lääkärin ja potilaan välistä kommunikaatiota on pyrittävä kaikin tavoin parantamaan: tutkimuksen mukaan potilaat, jotka olivat saaneet runsaammin informaatiota omalta syöpälääkäriltään, olivat vähemmän alttiita Di Bellan vetovoimalle. Mutta tiedotusvälineiden sensaationälän hillitseminen onkin jo aivan toinen juttu.

Remuzzi G, Schieppati A. Lessons from the Di Bella affair. *Lancet* 1999;353:1289-90.

Passalacqua R, Campione F, Caminiti C, Salvagni S, Barilli A, et al. Patients' opinions, feelings, and attitudes after a campaign to promote the Di Bella therapy. *Lancet* 1999;353:1310-14.

*Martti Teikari*







# Yrttivoiteet ja kortisoni - kiinalainen juttu

*Osa kroonisia ihotauteja sairastavista etsii vaihtoehtoisia hoitomuotoja, kun koululääketieteen keinot eivät auta tai kun ei haluta käyttää kortisonivalmisteita. Britanniassa on keskusteltu jo pidempään kiinalaisten lääkkeiden vaikutuksista ihotauteihin. Potilaat pitävät yrttihoitoja luonnonmukaisina eivätkä usko niiden aiheuttavan sivuvaikutuksia.*

Lontoolaisen *King's College Hospital* -sairaalan ihotautilääkärit kiinnostuivat kiinalaisista yrttivoiteista, kun useampi heidän ekseemaa sairastavista potilaistaan kertoi hyötynensä voiteista. Potilaat palasivat silti sairaalan hoitoon, sillä heillä ei ollut varaa jatkaa jopa 300 markkaa viikossa maksavaa yrttihoitoa.

Potilailta saatiin tutkittavaksi kaikkiaan 11 yrttivoidetta, joiden koostumus selvitettiin kaasukromatografian avulla. Selvitys osoitti, että voiteista kahdeksan sisälsi deksametasonia, joka kuuluu keskivahvoihin kortikosteroideihin, eli kansankielellä "kortisoneihin". Deksametasonin keskimääräinen pitoisuus kiinalaisvoiteissa oli niin suuri, että voiteiden voidaan arvioida vastaavan keskivahvoja tai vahvoja länsimaisia kortisonivoiteita. Nämä aiheuttavat väärin käytettyinä sivuvaikutuksia ja vaativatkin aina lääkärin reseptin. Erityisesti herkkien ihoalueiden (esim. kasvot, kainalot, taipeet) sekä infektio- ja lapsipotilaiden hoidossa kortikosteroideja on käytettävä varoen.

Kiinalaisvoiteita käyttäneet eivät olleet tietoisia voiteen sisältämästä kortikosteroidista, eikä heitä ollut varoitettu mahdollisista sivuvaikutuksista. Potilaat olivat sivelleet voiteita myös kasvoihin ja taifeisiin, usein monta kertaa päivässä. Lapsille määrätyt voiteet sisälsivät yli viisinkertaisen annoksen deksametasonia aikuisten voiteisiin verrattuna. Kaikkein vahvin voide oli määrätty nelikuukautisen lapsen kasvojen ihottuman hoitoon.

Tutkijat esittävät tarkempaa säännöstelyä ja rajoituksia yrttihoitojen tarjontaan sekä tällaisten hoitojen sivuvaikutusten jatkuvaa seurantaa.

*Kristian Lampe*

**Lähde:**  
FM Keane, SE Munn, AWP du Vivier, NF Taylor, EM Higgins. Analysis of Chinese

herbal creams prescribed for dermatological conditions. BMJ 1999;318:563-4.



[Copyright](#) © 1999 [FinOHTA](#) / [STAKES](#). All rights reserved.



## Ilmoitustaulu

### The 3rd International Conference on the Scientific Basis of Health Services

EVIDENCE INTO HEALTH PRACTICE, ORGANIZATION AND POLICY

1.-3. lokakuuta 1999 Torontossa

Abstraktit on jätettävä viimeistään 15. kesäkuuta 1999.

Lisätietoja: The Paragon Conference & Event Group Inc.  
205 Richmond Street West, Suite 704  
Toronto, Ontario, Canada M5V 1V3  
email: [paragon.will@sympatico.ca](mailto:paragon.will@sympatico.ca)

Kopioita ohjelmasta ja abstraktiromakkeista saa myös FinOHTAsta.

### Virheitä postituksessa!

Moni on varmaan ollut ihmeissään, kun posti toi edellisen Impaktin (2/99) väärällä vastaanottajanimellä tai katkaistulla katuosoitteella, tai sitten lehti ei saapunut ollenkaan. Kaikki johtuu kirjapainossa sattuneesta virheestä osoitetulostuksessa. Lehdestä postitettiin vielä uusintapainos, mutta ilmeisesti toinenkaan lähetys ei tullut moitteetta perille kaikille tilaajille. Pahoittelemme harmeja, joita nämä osoitesekaannukset ovat aiheuttaneet. Tilanne on nyt korjattu ja tämä käsissä oleva numero on toivon mukaan tullut tilaajille oikeilla osoitetiedoilla. Eikä niin paljon pahaa, ettei jotain hyvääkin: saimme tätä sotkua selvitellessä myös aivan uusia lukijoita.

*Toimitus*



[Copyright](#) © 1999 [FinOHTA](#) / [STAKES](#). All rights reserved.



# Saapuneita raportteja

*toimittanut Martti Teikari*

Tällä palstalla kuvaillaan lyhyesti FinOHTAan saapuneita uusia ulkomaisten arviointiyrityksiköiden raportteja. Lisätietoja saa toimistostamme.

- [Emergency Department Attendance - A critical appraisal of the key literature](#)
- [Endovascularly placed grafts for infrarenal abdominal aortic aneurysms: a systematic review of published studies of effectiveness.](#)
- [Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials](#)
- [Informed decision making: an annotated bibliography and systematic review](#)
- [Cord blood transplantation](#)
- [Immunoglobulines intraveineuses polyvalentes \(IGIV\). Rapport sur la consommation 1997 à l'AP-HP](#)
- [Excimer laser photorefractive keratectomy: the correction of myopia and astigmatism](#)
- [Ambulatory blood pressure monitoring](#)
- [Coronary stenting](#)
- [Ondt i ryggen: Forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv](#)
- [Screening for ovarian cancer: a systematic review](#)
- [Clopidogrel<sup>\(TM\)</sup>: An Alternative to Acetylsalicylic Acid and Ticlopidine in Antiplatelet Therapy?](#)
- [Assessment of attention deficit/hyperactivity disorder therapy: A Canadian perspective.](#)
- [The role of expectancies in the placebo effect and their use in the delivery](#)



- [of health care: a systematic review](#)
  - [Handling uncertainty when performing economic evaluation of healthcare interventions](#)
  - [Ecografía en atención primaria \(Ultrasonography in primary health care\)](#)
  - [Getting Evidence into Practice](#)
  - [Dental restoration: what type of filling?](#)
  - [Systematic reviews of trials and other studies](#)
  - [Predictive genetic testing for breast and prostate cancer](#)
  - [Asbestos diseases: Asbestosis.](#)
  - [Methods for evaluating area-wide and organisation-based interventions in health and health care: a systematic review](#)
  - [A randomised controlled trial of different approaches to universal antenatal HIV testing: uptake and acceptability](#)
  - [Cooperatives and their primary care emergency centres: organisation and impact](#)
  - [Insulin lispro: a critical evaluation](#)
  - [Thermography](#)
  - [The use of abciximab \(c7E3 Fab\) as a therapeutic adjunct to balloon angioplasty](#)
  - [In vivo magnetic resonance spectroscopy.](#)
- 

## Emergency Department Attendance - A critical appraisal of the key literature

New Zealand Health Technology Assessment Clearing House (NZHTA). NZHTA Report 8, November 1998. Kirjallisuuskatsaus. 36 sivua + liitteitä. Kieli: englanti. Saatavilla www-muodossa: <URL: <http://nzhta.chmeds.ac.nz/emergency.htm>>

Raportissa tarkastellaan sairaalan **ensiapukäyntien** asianmukaisuutta. Julkaistuissa tutkimuksissa arviot **tarpeettomien** käyntien osuudesta vaihtelevat välillä 3 %-59 %, määrittelystä riippuen. Näyttö tällaisten käyntien vähentämistoimenpiteiden tehokkuudesta on heikkolaatuista ja perustuu lähinnä amerikkalaisiin käytäntöihin. Koska monet potilaat joka tapauksessa valitsevat sairaalan ensiapupoliklinikan ensisijaiseksi hoitopaikaksi, suositellaan perusterveydenhuollon osuutta sairaalapäivystyksessä vahvistettavaksi.

---

Bertram DA

## Endovascularly placed grafts for infrarenal abdominal aortic aneurysms: a systematic review of published studies of effectiveness.

Department of Veterans Affairs: Technology Assessment Program. Report no. 9. May 1998. Kirjallisuuskatsaus. 28 sivua. Kieli: englanti. Saatavilla www-muodossa: <URL: <http://www.va.gov/resdev/prt>>

Katsauksessa käsitellään suonensisäisesti l. endovaskulaarisesti asetettujen **verisuoniproteesien** käyttöä munuaisvaltimon alapuolisten vatsa-aortan pullistumien korjaamiseen. Lämpimitaltaan alle 5 cm:n pullistumien optimaalisesta hoidosta on vaihtelevia käsityksiä. Niiden repeämiskiriski viidessä vuodessa on 1-2 %, kun yli 5 cm läpimittaisilla riski on 20-40 %. Potilaille, joilla on oireita tai pullistuma laajenee, tehdään avoin kirurginen korjaus. Endovaskulaarisessa menetelmässä proteesi viedään ohjauskatetrilla sisäänmenosuonesta korjattavaan kohtaan. Korjaus onnistuu tutkimusten mukaan 48-95 %:ssa leikkauksista. Leikkauskuolleisuus on vaihdellut välillä 0-36 %. Tutkimusnäyttö on toistaiseksi menetelmällisesti heikkoa ja huonosti vertailtavaa. Tulokset viittaavat vähäisempään verenhukkaan, lyhyempään tehohoitoarpeeseen sekä lisääntyneisiin paikallisiin verisuonikomplikaatioihin verrattuna perinteiseen kirurgiaan. Menetelmän leviäminen saattaa johtaa ylikäyttöön potilailla, joilla leikkausindikaatiot ovat marginaaliset.

---

**Fitzpatrick R, Davey C, Buxton MJ, Jones DR.**

## **Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials**

Health Technology Assessment 1998;2 (14). NHS R&D HTA Programme. Kirjallisuuskatsaus. 74 sivua. Kieli: englanti. Saatavilla www-muodossa: <URL: <http://www.soton.ac.uk/~hta>>

Raportissa kuvataan kliinisissä tutkimuksissa käytettävien **potilasperustaisten lopputulosmittareiden** moninaisuutta ja esitetään kriteereitä tällaisten mittareiden valintaperusteiksi tutkimusta suunniteltaessa. Käsitteet, määritelmät ja teorit siitä, mitä tällaiset instrumentit mittaavat, vaihtelevat. Edes avaintermien, kuten "elämänlaatu" ja "terveyteen liittyvä elämänlaatu", sisällöstä ei ole yhtenäistä sopimusta. Tulostittarien valinnassa esitetään sovellettavaksi kahdeksaa kriteeriä: asianmukaisuus, reliabiliteetti, validiteetti, herkkyys, tarkkuus, tulkittavuus, hyväksyttävyyys ja toteuttamiskelpoisuus.

---

**Bekker H, Thornton JG, Airey CM, Connelly JB, Hewison J, Robinson MB, et al.**

## **Informed decision making: an annotated bibliography and systematic review**

Health Technology Assessment 1999;3 (1). NHS R&D HTA Programme.  
Kirjallisuuskatsaus. 156 sivua. Kieli: englanti. Saatavilla www-muodossa: <URL:  
<http://www.soton.ac.uk/~hta>>

Katsaukseen on koottu tutkimuksia, joissa jollakin interventiolla on vaikutettu potilaan **päätöksentekoon** ja käyttäytymiseen terveyttään koskevissa asioissa. Interventiona voi olla esim. muutos informaation tarjontatavassa, palvelujen tarjonnassa tai kustannuksissa ja potilaan päätöksenä elämäntapamuutos, osallistuminen seulontaan, käynti lääkärissä tai tietyn hoidon valinta. Potilaalle tarjottu informaatio ja opetus näyttäisivät olevan suhteellisen tehottomia keinoja tukemaan tietoon perustuvaa päätöksentekoa, verrattuna asian muihin yhteyksiin ja sosiaalisiin vaikutteisiin. Palautteen tarjoaminen ja päätöksenteon analysointi lisäsi intervention vaikutusta. Mm. graafisten ja tietokoneavusteisten päätöksenteon välineiden arviointi vaatii lisää perustutkimusta.

---

**Kwankam MMY, Hailey D, Jacobs P**

## **Cord blood transplantation**

Alberta Heritage Foundation for Medical Research, HTA 13, December 1998.  
Kirjallisuuskatsaus. 39 sivua. Kieli: englanti. Saatavilla www-muodossa: <URL:  
[http://www.ahfmr.ab.ca/TA\\_reports/hta13.html](http://www.ahfmr.ab.ca/TA_reports/hta13.html) >

Katsauksessa käsitellään **napaverisiirteitä** (cord blood transplantation, CBT) koskevaa tutkimusnäyttöä. Menetelmä on vaihtoehto luuydinsiirrolle verenmuodostuksen palauttamiseksi erilaisissa hematologisissa sairauksissa. Hylkimisreaktiot ovat napaverisiirteillä harvinaisempia ja lievempiä. Näyttö CBT:n tehosta ja turvallisuudesta on vielä rajoitettua, ja sen käyttöön liittyy myös joukko eettisiä ja juridisia kysymyksiä. Menetelmän yleistyminen edellyttää sopivia luovuttajia ja suuria napaveripankkeja.

---

**Courtay A, Couturon-Sauret I, Charpentier E**

## **Immunoglobulines intraveineuses polyvalentes (IGIV). Rapport sur la consommation 1997 à l'AP-HP**

CEDIT (Comité d'Evaluation et de Diffusion des Innovations Technologiques)/ AP-HP (Assistance Publique Hôpitaux de Paris). Mars 1998. Tilasto. 49 sivua. Kieli: ranska.

Raportissa on tilastoitu laskimonsisäisesti annettavien polyvalenttien **immunoglobuliinien** käyttö Pariisin julkisissa sairaaloissa vuonna 1997 sekä



kulutuksen muutostrendit.

---

## **Excimer laser photorefractive keratectomy: the correction of myopia and astigmatism**

Conseil d'évaluation des technologies de la santé (CÉTS). CÉTS 97-5 RE. Montréal 1997. Asiantuntijakatsaus. 53 sivua. Kieli: englanti. Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://www.msss.gouv.qc.ca/cets/en/index.htm >](http://www.msss.gouv.qc.ca/cets/en/index.htm)

**Fotorefraktiivisella keratektomiolla (PRK)** korjataan silmän taittovirheitä, lähinnä likitaittoisuutta ja hajataittoisuutta, poistamalla excimer-laserilla ohut kerros sarveiskalvon pinnalta. Katsauksessa käsitellään menetelmän kehitystä, käyttöä, tehoa, turvallisuutta ja potilastyytyväisyyttä. Menetelmä on levinnyt hyvin nopeasti, vaikka se on monessa suhteessa vielä kokeiluasteella. Useissa maissa menetelmän käyttö on säänneltyä tai sääntelyn käyttöönottoa harkitaan. Valtaosa potilaista on ollut tyytyväisiä toimenpiteeseen, mutta merkittävä osa kokee myös haittavaikutuksia, kuten yöhäikäisyä. Voimakkaan likitaittoisilla henkilöillä toimenpide voi johtaa näöntarkkuuden laskuun. Menetelmän pitkäaikaisvaikutuksia sarveiskalvolle ei vielä tiedetä. Menetelmän arviointiin on panostettava, sillä kyseessä on peruuttamaton toimenpide, johon liittyy tiettyjä riskejä, ja se tehdään yleensä pääasiassa esteettisin perustein.

---

## **Ambulatory blood pressure monitoring**

Australian Health Technology Advisory Committee (AHTAC), September 1997. Kirjallisuuskatsaus. 28 sivua. Kieli: englanti.

**Verenpaineen pitkäaikaisrekisteröinnissä** seurataan kannettavalla automaattisella mittarilla verenpaineen vaihtelua yleensä 24 tunnin ajan potilaan normaalissa toimintaympäristössä. Raportissa tarkastellaan menetelmän tieteellisiä perusteita, tehoa, kustannus-vaikuttavuutta ja vaikutusta terveydentilamuuttujiin. Käytettävissä oleva näyttö on puutteellista eikä menetelmän hyötyjä ole vahvistettu satunnaistetuissa tutkimuksissa, joten sitä ei voida suositella osaksi rutiinikäytäntöä. Menetelmä tarjoaa lisäinformaatiota potilailla, joilla on labiili verenpaine, erillinen korkea systolinen verenpaine tai asentoon liittyvä hypotensio. Käsitykset mm. kliinisessä päätöksenteossa käytettävistä referenssiarvoista vaihtelevat.

---

## **Coronary stenting**

Australian Health Technology Advisory Committee (AHTAC), September 1997.

Kirjallisuuskatsaus. 35 sivua. Kieli: englanti.

**Stentti** on proteettinen metallituki, joka pitää verisuonen avoimena tukoskohdassa. Niitä käytetään mm. **sepelvaltimoiden** pallolaajennuksen (PTCA) tehon varmistamiseen. Käyttö vaihtelee sairaaloittain. Tutkimusnäyttö osoittaa, että stenttien käyttö parantaa lyhyellä ja keskipitkällä aikavälillä pallolaajennuksen tuloksia sekä angiografisesti että kliinisesti ja vähentää uudelleenahautumista ja uusintaleikkauksen tarvetta. Verihiutaleiden yhteenliittymistä estävä lääkitys on korvaamassa antikoagulanttihoitoa. Verisuonikomplikaatioiden ja uudelleenahautumisten väheneminen parantavat menetelmän kustannusvaikuttavuutta.

---

## Ondt i ryggen: Forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv

Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering. Medicinsk Teknologivurdering Serie B 1999;1(1). Kirjallisuuskatsaus. 107 sivua. Kieli: tanska.

Katsaus käsittelee **selkäkivun** diagnostiikkaa, hoitoa ja ehkäisyä koskevaa näyttöä tanskalaisesta näkökulmasta. Alaselkävivuista yhteiskunnalle aiheutuvat kustannukset arvioidaan 10 miljardiksi kruunuksi, josta 3 miljardia on suoria kustannuksia. Johtopäätöksissä korostetaan potilaan perusteellisen kliinisen tutkimisen merkitystä ja potilasta aktivoivien hoitostrategioiden käyttöä. Yleisesti suositeltavia hoitomenetelmiä ovat kipulääkitys, manipulaatiohoito, selkäharjoitukset sekä nosto- ja istuinergonomian parantaminen. Menetelmiä, joita nykyisen näytön perusteella ei voida suositella missään tilanteissa, ovat venytyshoito, tukiliivi, ultraääni-, laser- tai UKW-hoito sekä lihaksia relaksoivat lääkkeet. Taloudellisten säästöjen aikaansaamiseksi on ratkaisevaa välttää kalliiksi tulevia odotteluaikoja, parantaa eri hoitotahojen välistä tiedonvaihtoa sekä välttää ylimitoitettujen tai tehottomien diagnoosi- ja hoitomenetelmien käyttöä.

---

## Screening for ovarian cancer: a systematic review

The University of York. NHS Centre for reviews and dissemination. CRD Report 13, October 1998. Kirjallisuuskatsaus. 107 sivua. Kieli: englanti.

**Munasarjasyöpä** on seitsemänneksi yleisin naisten syöpä maailmassa. Viisivuotiseloonjäämisluku on n. 30 %, eikä se ole juuri parantunut viimeisten 20-30 vuoden aikana. Ennuste on parempi, jos diagnoosi tehdään munasarjoihin rajoittuneessa vaiheessa, mutta Englannissa vain neljännes syövistä havaitaan näin varhain. Eniten arvioidut **seulontamenetelmät** ovat kaikututkimus sekä CA125-merkkiaineen mittaaminen seerumista. Seulonnan ei ole osoitettu parantavan munasarjasyöpää sairastavien naisten selviytymistä, joten yleisten

seulontaohjelmien käynnistämistä ei suositella. Seulonnan hyödyistä ei ole näyttöä myöskään naisilla, joilla perhehistorian perusteella on merkittävästi kohonnut munasarjasyöpäriski.

---

## **Clopidogrel<sup>(TM)</sup>: An Alternative to Acetylsalicylic Acid and Ticlopidine in Antiplatelet Therapy?**

Issues in Emerging Health Technologies; Issue 6, Jan 1999. CCOHTA (The Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment). Kirjallisuuskatsaus. 4 sivua. Kieli: englanti. Saatavilla www-muodossa: <URL: <http://www.ccohta.ca>>

**Klopidogreeli on verihutaleiden** yhteenliittymistä ehkäisevä lääkeaine. Se on äskettäin hyväksytty Kanadassa käytettäväksi verisuonitautitapahtumien sekundaariseen ehkäisyyn potilailla, joilla on oireinen sepelvaltimotauti. Lääkkeen pitkäaikainen käyttö vähentää suhteellista riskiä saada aivohalvaus, sydäninfarkti tai kuolla sydän- ja verisuonitauteihin. Muita markkinoilla olevia samalla tavoin vaikuttavia lääkeaineita ovat asetyyliisalisyylihappo (ASA), tiklopidiini, dipyridamoli ja sulfiinipyratsoni, joista ASA on eniten tutkittu ja käytetty. Klopidogreeli on turvallisempi kuin tiklopidiini. Sekä tiklopidiini että klopidogreeli ovat kalliimpia kuin ASA eivätkä tarjoa siihen verrattuna mitään erityisiä etuja ensisijaislääkkeinä.

---

**Shukla VK, Otten N**

## **Assessment of attention deficit/hyperactivity disorder therapy: A Canadian perspective.**

Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA); 1999. Kirjallisuuskatsaus. 11 sivua. Kieli: englanti. Saatavilla www-muodossa: <URL: <http://www.ccohta.ca> >

**Tarkkaavaisuushäiriö/ylivilkkaus (ADHD)** on yleisin lasten neuropsykiatrinen diagnoosi Pohjois-Amerikassa. Psykostimulantteja, kuten metyyliifenidaattia (MPH), dekstroamfetamiinisulfaattia ja magnesiumpemoliinia käytetään yleisesti sen hoidossa. MPH:n kustannus-vaikuttavuus on vertailulääkkeistä paras. MPH:n käyttö on viime vuosina lisääntynyt merkittävästi Kanadassa ja USA:ssa, mikä on herättänyt myös epäilyjä epäasianmukaisesta tai laittomasta käytöstä. Koska tarkkaavaisuushäiriödiagnosille ei ole objektiivisia kriteereitä, on vaikea määritellä MPH:n käytön oikea taso, mutta käytön lisääntyminen ei muihin lääkkeisiin verrattuna näyttäisi epäasialliselta. MPH:n tehosta käytösongelmien hoidossa lapsilla ja nuorilla on riittävästi näyttöä, joskin tieto pitkäaikaisesta tehosta puuttuu.

**Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Thomas H**

## **The role of expectancies in the placebo effect and their use in the delivery of health care: a systematic review**

Health Technology Assessment 1999;3 (3). NHS R&D HTA Programme.  
Kirjallisuuskatsaus. 96 sivua. Kieli: englanti. Saatavilla www-muodossa: <URL:  
<http://www.soton.ac.uk/~hta>>

Katsauksessa arvioidaan **lumevaikutuksen** luonnetta ja sen käyttöä hoidon laadun parantamisessa. Laajasti määritellen lumevaikutus liittyy jossain määrin kaikkiin terveydenhuollon toimintoihin. Lumevaikutuksen teoriamalli perustuu odotusmekanismiin. Odotukset voivat liittyä hoidolta odotettaviin tuloksiin tai potilaan odotuksiin omasta suoriutumisestaan. Myönteisiä odotusarvoja voidaan tehostaa lisäämällä potilaan tietämystä eri hoitojen hyödyistä, parantamalla tiedonvaihtoa ja kehittämällä potilaan itsehoitotaitoja.

---

**Briggs AH, Gray AM**

## **Handling uncertainty when performing economic evaluation of healthcare interventions**

Health Technology Assessment 1999;3 (2). NHS R&D HTA Programme.  
Kirjallisuuskatsaus. 134 sivua. Kieli: englanti. Saatavilla www-muodossa: <URL:  
<http://www.soton.ac.uk/~hta>>

Katsaus käsittelee **epävarmuuden** huomioimista **taloudellisissa** arvioinneissa. Epävarmuuden hallinnassa on käytetty lähes ainoastaan yksisuuntaista herkkyyssanalyysiä. 17 %:ssa katsaukseen otetuista tutkimuksista ei ollut käytetty mitään analyysiä epävarmuuden tutkimiseksi. Raportissa esitetään useita vaihtoehtoisia menetelmiä, joilla estimoida luottamusvälejä kustannus-vaikuttavuussuhdeluvuille sekä annetaan yksityiskohtaisia suosituksia käytettävistä tilastollisista analyyseistä. Talousanalyttikkojen tulisi tuloksia julkaistessaan käyttää aina vähintään yhtä menetelmällistä referenssitutkimusta tutkimusten vertailukelpoisuuden parantamiseksi. Tutkimusten välinen vertailu ei saa olla valikoivaa.

---

**Campillo Artero C, Conde Olasagasti JL**

## **Ecografía en atención primaria (Ultrasonography in primary**

## health care)

AETS (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias). Madrid, Diciembre de 1998. Kirjallisuuskatsaus. 35 sivua. Kieli: espanja; englanninkielinen abstrakti.

Tutkimuksia **yleislääkärien** tekemien **kaikututkimusten** hyödyistä on hyvin niukasti. Julkaistut tutkimukset ovat menetelmällisesti niin heikkoja, ettei voida myöskään tehdä johtopäätöksiä väitetystä kustannusten alenemisesta, kun yleislääkärit tekevät kaikututkimuksia. Yleislääkärien kaikututkimustaitojen harjaannuttamiseen tähtäävien koulutusinterventioiden tehokkuudesta ei ole tutkimusnäyttöä.

---

## Getting Evidence into Practice

Effective Health Care, February 1999; 5 (1). NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York. Kirjallisuuskatsaus. 16 sivua. Kieli: englanti. Saatavilla www-muodossa: <URL: <http://www.york.ac.uk/inst/crd>>

Katsauksessa käydään läpi periaatteet, joilla **tieteellinen näyttö** saadaan **vaikuttamaan** käytännön päätöksentekoon terveydenhuollossa. On osoitettu, että oikein valituilla interventioilla voidaan muuttaa ammatillista käyttäytymistä sopivissa olosuhteissa. Ammatilliseen käyttäytymiseen vaikuttavat paitsi yksilölliset uskomukset, mielipiteet ja tietämys, myös organisatoriset, taloudelliset ja työyhteisöön liittyvät tekijät. Käytäntöjen muuttamisessa on käytettävä menestykselliseksi osoitettuja strategioita, jotka on resursoitava riittävästi. Strategiaan on sisällytettävä suunnitelma siitä, miten muutosta monitoroidaan, arvioidaan, ylläpidetään ja vahvistetaan.

---

## Dental restoration: what type of filling?

Effective Health Care, April 1999; 5 (2). NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York. Kirjallisuuskatsaus. 12 sivua. Kieli: englanti. Saatavilla www-muodossa: <URL: <http://www.york.ac.uk/inst/crd>>

Yli 60% kaikesta hampaiden paikkaushoidosta on aikaisempien paikkojen uusimista. Uusien **paikka-aineiden** markkinointi perustuu usein vähäiselle tieteelliselle näytölle niiden ominaisuuksista pitkäaikaisessa käytössä. Amalgaami on edelleen ensisijainen suora paikka-aine, elleivät esteettiset syyt ole ensisijaisia. Se kestää kauimmin ja on halvinta. Hammasluuhun sitoutuvien paikka-aineiden pysyvyys on parantunut kehitystyön myötä. Cermet-sementit sekä muovio- ja lasi-ionomeeria yhdistävä kerrostekniikka ovat osoittautuneet epäluotettaviksi II-luokan reikien hoidossa eikä niitä voida suositella. Hammaslääkärien päätöksentekoperusteet hoitotapojen valinnassa vaihtelevat suuresti. Paikkausten

uusimisiin olisi laadittava selkeät kriteerit, jos halutaan vähentää tarpeettomia toimenpiteitä ja parantaa laatua.

---

**Sutton AJ, Abrams KR, Jones DR, Sheldon TA, Song F**

## **Systematic reviews of trials and other studies**

Health Technology Assessment 1998; 2 (19). NHS R&D HTA Programme. Kirjallisuuskatsaus. 276 sivua. Kieli: englanti. Saatavilla www-muodossa: <URL: <http://www.soton.ac.uk/~hta>>

Katsauksessa tarkastellaan **järjestelmällisten katsausten ja meta-analyyttisten** menetelmien sovellutuksia terveydenhuollon menetelmien arvioinnissa. Lisäksi kuvataan mm. menetelmiä tutkimustulosten kriittiseen tarkasteluun ja alkuperäistutkimusten laadun arviointiin sekä pohditaan lopputulosmittareiden heterogeenisyyden merkitystä järjestelmällisten katsausten teossa. Heterogeenisyyden hallintaan ei ole nykyisin yhtenäistä strategiaa, ja katsauksen tekijältä edellytetään huomattavaa subjektiivisuutta. Meta-analyysien tekijöiden ongelmista merkittävimpiä ovat julkaisuharha ja puuttuvien tietojen käsittely. Edelleen raportissa pohditaan mm. herkkyysanalyysien käyttöä, prospektiivista meta-analyysiä sekä vaihtoehtoja perinteiselle meta-analyysille.

---

**Noorani HZ, McGahan L**

## **Predictive genetic testing for breast and prostate cancer**

Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA); Issue 4, January 1999. Kirjallisuuskatsaus. 82 sivua. Kieli: englanti. Saatavilla www-muodossa: <URL: <http://www.ccohta.ca/>>

Katsauksessa kuvataan tämänhetkinen tietämys **rinta- ja eturauhassyövän** perinnöllisen alttiuden **molekyyligeneettisestä** perustasta ja kliinisestä merkityksestä. Siinä pohditaan myös geneettiseen testaamiseen liittyvää neuvontaa sekä eettisiä ja psykososiaalisia kysymyksiä.

---

## **Asbestos diseases: Asbestosis.**

Health Council of the Netherlands: Committee on Asbestos protocols. Publication no. 1999/04. The Hague, 1999. Asiantuntijakatsaus. 67 sivua. Kieli: hollanti; englanninkielinen abstrakti.

Raportissa esitetään suositus työperäisestä altistuksesta johtuvan asbestoosin diagnoosikäytännöksi.

---

**Ukoumunne OC, Gulliford MC, Chinn S, Sterne JAC, Burney PGJ**

## **Methods for evaluating area-wide and organisation-based interventions in health and health care: a systematic review**

Health Technology Assessment 1999;3 (5). NHS R&D HTA Programme. Kirjallisuuskatsaus. 98 sivua. Kieli: englanti. Saatavilla www-muodossa: <URL: <http://www.soton.ac.uk/~hta>>

Raportissa tarkastellaan menetelmiä, joilla voidaan arvioida maantieteellisten **alueiden** tai terveydenhuollon organisaatioyksiköiden **tasolla** tehtäviä interventioita, kuten terveydenedistämiskampanjoita tai seulontaohjelmia. Yksittäinen alue tai organisaatioyksikkö muodostaa yhden klusterin, johon interventio kohdistuu. Raportissa esitetään 12-kohtainen tarkistuslista tutkijoille klusteripohjaisten arviointien toteuttamisesta. Siinä korostetaan mm. asianmukaisia perusteita klusterikäytännölle sekä riittävää klustereiden määrää. Tutkimukset, joissa kontrolli- ja interventioryhmässä on kummassakin vähemmän kuin neljä klusteria tuskin tuottavat tilastollisesti merkittäviä tuloksia. Klusterikäytännöllä ei saada samalla henkilömäärällä yhtä vahvaa näyttöä kuin perinteisillä kliinisillä tutkimuksilla, joissa jokainen yksilö on satunnaistettu.

---

**Simpson WM, Johnstone FD, Boyd FM, Goldberg DJ, Hart GJ, Gormley SM, et al.**

## **A randomised controlled trial of different approaches to universal antenatal HIV testing: uptake and acceptability**

Health Technology Assessment 1999;3 (4). NHS R&D HTA Programme. Alkuperäistutkimus. 112 sivua. Kieli: englanti. Saatavilla www-muodossa: <URL: <http://www.soton.ac.uk/~hta>>

Satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa verrattiin erilaisia tapoja tarjota **raskaudenaikaisen HIV-infektion testausta** äitiyspoliklinikalla käyville naisille. Interventioryhmälle annettiin kirjallista ja suullista informaatiota erilaisina yhdistelminä ja sen jälkeen tarjottiin HIV-testausta. Kontrolliryhmälle testaus tehtiin vain, jos nainen sitä erikseen pyysi. Interventioryhmässä testaukseen osallistui 35 % naisista, kontrolliryhmässä vain 6 %. Informaation tarjoamistapa ei vaikuttanut osallistumiseen, mutta informoivan kättilön omilla asenteilla oli merkittävä vaikutus. Interventioryhmässä yksi HIV-testi oli positiivinen,

kontrolliryhmässä ei yhtään. Anonyymi jälkitestaus osoitti, että kolme HIV-positiivista äitiä jäi havaitsematta, yksi interventioryhmässä, kaksi kontrolliryhmässä. Informaation ja HIV-testauksen suora tarjoaminen ei tutkimuksen perusteella tehosta HIV-positiivisten äitien löytymistä raskaana olevien joukosta.

---

**Hallam L, Henthorne K**

## **Cooperatives and their primary care emergency centres: organisation and impact**

Health Technology Assessment 1999;3 (7). NHS R&D HTA Programme. Yhteisraportti seitsemästä tapaustutkimuksesta. 98 sivua. Kieli: englanti. Saatavilla www-muodossa: <URL: <http://www.soton.ac.uk/~hta>>

Raportissa kuvataan seitsemän tapaustutkimuksen kautta **osuustoiminnallisten lääkärinvastaanottojen** kehittymistä, organisaatioita ja taloutta sekä toimintaan liittyviä asenteita ja odotuksia. Useimmat lääkärit olivat liittyneet osuustoiminnallisiin vastaanottoihin vähentääkseen päivystyssidonnaisuuttaan ja parantaakseen elämänlaatuaan. Tämän vastaanottomuodon kehittyminen nähtiin myös tärkeänä lisäämässä yleislääkärin uran houkuttelevuutta. Potilaat olivat vastaanottomuotoon yhtä tyytyväisiä kuin tavanomaiseen perhelääkäripalveluun. Laaja vaihtelu hoidon tarjonnassa ja vasteajoissa johtaa kysymyksiin tasa-arvosta ja turvallisuudesta, mikä edellyttää lisää tutkimusta.

---

**Shukla VK, Otten N**

## **Insulin lispro: a critical evaluation**

Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA); Issue 5, Feb 1999. Kirjallisuuskatsaus. 19 sivua. Kieli: englanti. Saatavilla www-muodossa:<URL: <http://www.ccohta.ca>>

**Lispro** on synteettinen **insuliinianalogi**, joka imeytyy nopeammin kuin perinteiset insuliinit. Sillä voidaan jäljitellä elimistön omaa insuliinieritystä ja vähentää heilahteluja verensokeritasossa. Lispron ja tavanomaisen insuliinin välillä ei ole merkittäviä eroja sivuvaikutuksissa, immunologisissa ominaisuuksissa tai hypoglykemian oireissa. Lispron edullista vaikutusta pitkäaikaiseen sokeritasapainoon ei ole yhtenäisesti osoitettu. Tutkimuksia kustannusvaikutuksista ei ole julkaistu. Ainoa osoitettu etu lisprosta on, että se voidaan antaa välittömästi ennen ateriala. Tämä lisää joustavuutta diabeetikon ajankäyttöön.



## Thermography

Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (CETS). Technology Brief (CETS 98-5 NE). Montréal: CETS, 1999. Asiantuntijakatsaus. 16 sivua. Kieli: englanti.

**Termografia** on diagnostinen tekniikka, joka perustuu **ihon lämpötilan** rekisteröintiin. Sillä voidaan havaita lämpöä tuottavia ihonalaisia prosesseja, kuten tulehdusprosesseja tai hermoston ja verisuonten sairauksia. Menetelmää esitettiin alun perin rintasyövän seulontaan, mutta sen tarkkuus on paljon huonompi kuin esim. mammografian. Myös hermopinteiden ja verisuonisairauksien diagnosointiin on käytössä parempia menetelmiä. Termografialla ei ole käyttöä diagnostisiin tarkoituksiin.

---

## The use of abciximab (c7E3 Fab) as a therapeutic adjunct to balloon angioplasty

Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (CETS). (CETS 98-8 RE). Montréal: CETS, 1998. Kirjallisuuskatsaus ja terveystaloustieteellinen analyysi. 56 sivua. Kieli: englanti.

Raportissa tarkastellaan hyötyjä ja kustannuksia, kun sepelvaltimoiden **pallolaajennushoitoon** liitetään **abciximab**-lääke. Abciximab (c7E3 Fab) estää verihiutaleiden yhteenliittymistä. Neljässä satunnaistetussa tutkimuksessa on osoitettu, että suhteellisen korkeariskisillä potilailla abciximabin liittäminen pallolaajennushoitoon vähentää toimenpiteen jälkeisten sydäninfarktien määrää ja tarvetta uusintalaajennukseen tai ohitusleikkaukseen. Kanadalaislaskelmien mukaan nettokustannus yhtä ehkäistävä infarktia kohti olisi Suomen rahassa vajaat 170 000 markkaa (44 073 Kanadan dollaria, vaihtelu eri oletusarvoilla 28 800-70 800 dollaria). Luotettavat arviot todellisista kustannuksista ja terveyshyödyistä eivät kuitenkaan ole mahdollisia, koska pallolaajennuksiin liittyvien komplikaatioiden määrä vaihtelee. Uusi tutkimustieto voi piankin edellyttää johtopäätösten tarkistamista.

---

## In vivo magnetic resonance spectroscopy.

Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (CETS). Technology Brief (CETS 98-6 NE). Montréal: CETS, 1999. Asiantuntijakatsaus. 16 sivua. Kieli: englanti.

**Magneettiresonanssispektroskopia (MRS)** on in vivo -diagnostinen tekniikka,

jolla voidaan määrittää biokemiallisten komponenttien pitoisuuksia kudoksissa käyttäen hyväksi magneettikuvauslaitteistoa. Menetelmää on käytetty noin 15 vuoden ajan, mutta se on edelleen katsottava ensisijaisesti tutkimuksissa käytettäväksi kokeelliseksi menetelmäksi. Sillä ei ole osoitettu olevan itsenäistä asemaa diagnostisena menetelmänä eikä vaikutusta kliiniseen päätöksentekoon rutiinikäytännössä. Selkeää hyötyä siitä on saatu lähinnä leikkausta edeltävässä kohtausfokuksen sijainnin varmistamisessa partiaalista epilepsiaa sairastavilla.



[Copyright](#) © 1999 [FinOHTA](#) / [STAKES](#). All rights reserved.