



Matkalla menetelmien yhtenäiseen käyttöön >> sivu 8

Stakes ja Kansanterveyslaitos saman katon alle >> sivu 3

Tunnistetaanko PKU-lapset ajoissa? >> sivu 12

Sisältö



Dynamic Graphics

HTA-METODOLOGIA

Taluspäällikön uusi työväline	4
Tukeeko menetelmien arviointi päättäjiä?	6
Menetelmien arvioinnin haasteita	7

HALO

Sairaanhoitopiirit ohjaavat uusien menetelmien käyttöä	8
--	---



Klaus Witt

HTA-VERKOSTO

Silmänpohjan nesteinen ikärappeuma puhutti	10
Suomalaiset artikkelit huipulla	22

FINOHTAN TOIMINTAA

Mitä Ohtanen minulle tarjoaa?	11
-------------------------------	----

FINOHTAN HANKKEET

Löydetäänkö kaikki PKU-vauvat	12
Ministeriö kysyy, Finohta selvittää	14

HTA-UUTUUKSIA

15

HTA LYHYESTI

16

UUTISET

Korealaiset tutustuivat Finohtaan	23
-----------------------------------	----



Ingram

IMPAKTI

Impakti-lehti ilmestyy kuusi kertaa vuodessa. Lehden painosmäärä on 7 500 kappaletta.

TIETOA TERVEYDENHUOLLON MENETELMIEN ARVIOINNISTA

Julkaisija

Terveydenhuollon menetelmien arviointiyritys Finohta

Toimitus

Päätoimittaja **Marjukka Mäkelä**, puh. (09) 3967 2290
Toimitussihteeri **Ella Kuula**, puh. (09) 3967 2285
Toimitussihteeri **Kerttuli Korhonen** (äitiyslomalla)
Ylilääkäri **Kristian Lampe**, puh. (09) 3967 2180
Tutkijalääkäri **Iris Pasternack**, puh. (09) 3967 2100
Toimituksen sihteeri **Terhi Ilonen**, puh. (09) 3967 2297

Toimituksen postiosoite PL 220, 00531 Helsinki
Käyntiosoite Lintulahdenkuja 4, 00530 Helsinki
Puhelin (09) 396 71 (vaihe), Faksi (09) 3967 2278
Sähköposti etunimi.sukunimi@stakes.fi
Internet <http://finohta.stakes.fi>
Taitto Ella Kuula, Terhi Ilonen
Kannen kuva Marjukka Mäkelä
Painopaikka KS Paino Oy, Kajaani 2008

ISSN 1455-7940
11. vuosikerta

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



Päivi Tapiovaara

Stakesin ja KTL:n yhdistäminen vahvistaa palvelujärjestelmän kehittämistä

Valtion sektoritutkimus on ollut viime vuosina aikamoisessa pyörityksessä. Työryhmät ja selvitysmiehet toisensa perään ovat pohtineet sektoritutkimuksen ja sektoritutkimuslaitosten kehittämistä ja kohtaloita. On perustettu uusia ohjausjärjestelmiä, kuten opetusministeriön sektoritutkimuksen neuvottelukunta. On suunniteltu laitosten tai niiden osien muuttamista liikelaitoksiksi, mikä tosin pysähtyi EU:n säännöksiin. Merentutkimuslaitos on päätetty lakkauttaa ja toiminnat pilkkoa sisarlaitoksille.

Myös sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonala on saanut osansa myllerryksestä. Vuoden vaihteessa heiluu oma virkapallini, kun eduskunta odotetusti päättäne lakkauttaa sekä Stakesin että KTL:n ja perustaa tilalle uuden, tällä hetkellä vielä nimettömän sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämislaitoksen.

Sektoritutkimuksen myllerryksen syistä on esitetty monenlaisia ajatuksia. Tärkeä taustatekijä on oikeutettu huoli siitä, miten tutkimustietoa kyetään hyödyntämään yhteiskunnan kehittämässä. Suomi ei ole huolen kanssa yksin, vaan tutkimus- ja kehittämistoiminnan merkitys yhteiskunnallisen päätöksenteon tukena ja keino palvelujen kehittämisessä tuntuu kasvaneen muuallakin. Suomalaista terveysalan sektoritutkimusta vastaavia toimintoja onkin järjestelty tavalla tai toisella uudelleen monessa maassa. Tutkimus- ja kehittämistoiminnan vaikuttavuutta halutaan parantaa. Päätöksentekijät tarvitsevat luotettavaa tietoa, joka on sujuvasti sovellettavissa.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisen sekä päätöksentekoa tukevan soveltavan tutkimuksen vahvistaminen ovat julkilausuttuja painopisteitä myös Stakesin ja KTL:n yhdistämisessä. Vaikka yhdistymisprosessia ohjaavassa sosiaali- ja terveysministeriössä ei lopullisia ehdotuksia uuden laitoksen toiminnasta ole vielä tehtykään, niin näiden painopisteiden perusteella Finohtan edustama terveydenhuollon menetelmien arviointi kuulunee niihin nykyisten laitosten kruununjalokiviin, jotka halutaan turvata yhdistymisprosessissa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelmassa KASTEessa on päätetty, että Stakesiin perustetaan perusterveydenhuollon kehittämisyksikkö. Sen, Finohtan sekä muiden Stakesin ja KTL:n terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämistoimintojen pohjalta uudesta laitoksesta on mahdollista muodostaa vahva, hyvän keskinäisen synergian omaava terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämislaitos. Se kyennee entistä paremmin vastaamaan sekä terveydenhuollon kentän että päätöksentekijöiden tarpeisiin. Uudella laitoksella onkin hyvät mahdollisuudet tulla palvelujärjestelmän kehittämisen tärkeäksi yhteistyökumppaniksi kunnille, perusterveydenhuollolle, sairaaloille ja terveydenhuollon ammattilaisille. ◀



ILMO KESKIMÄKI

Talouspäällikön uusi työväline



Budjettivaikutusanalyysin avulla lasketaan uuden lääkkeen käyttöön ottamisen vaikutuksia sairaanhoitopiirille.

Päätökset terveydenhuollon menetelmien käyttöön otosta ja rahoituksesta ovat perinteisesti pohjautuneet teho- ja turvallisuusarviointeihin. Modernit päättäjät ovat nyt siirtymässä arvioimaan kustannusvaikuttavuutta suhteessa jo käytössä oleviin hoitovaihtoehtoihin. Menetelmiin liittyy kuitenkin rajoituksia, joten ne eivät yksin anna kattavaa kuvaa uuden hoidon vaikutuksista esimerkiksi sairaalan tasolla. Näitä voidaan kuitenkin arvioida budjettivaikutusanalyysin avulla¹.

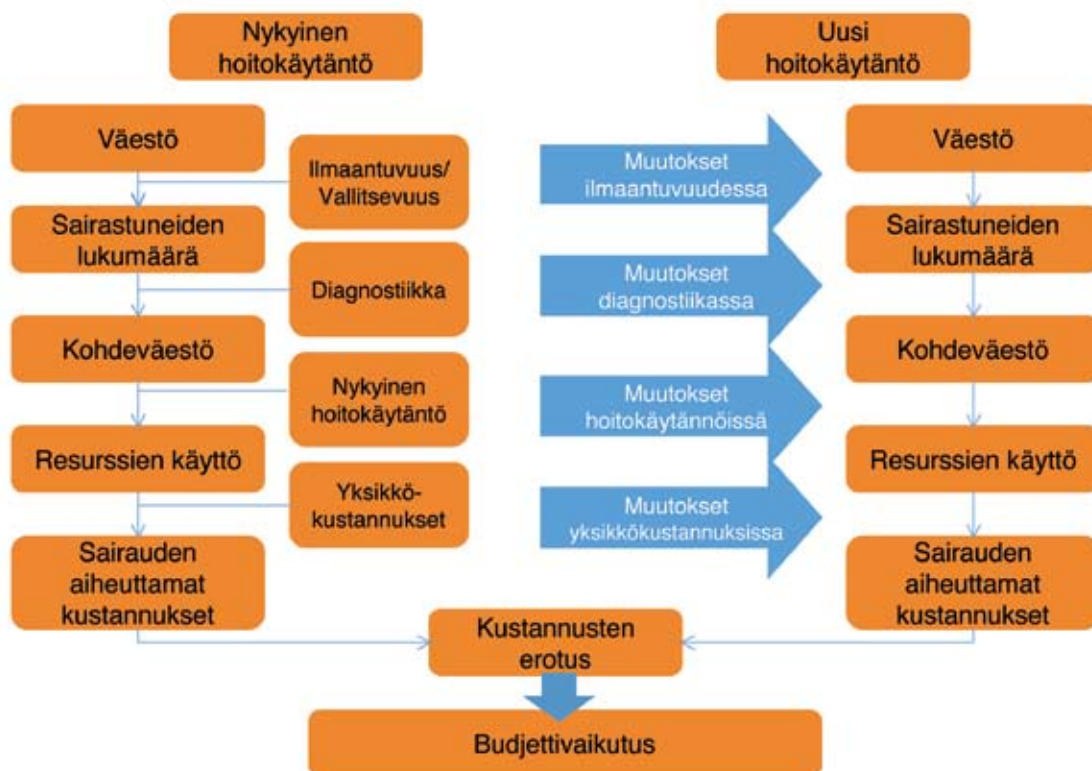
Kustannusvaikuttavuus- ja budjettivaikutusanalyysit ovat toisiaan täydentäviä keinoja, joilla haetaan vastauksia eri kysymyksiin. Kustannusvaikuttavuusanalyysillä (KVA) arvioidaan uuden hoitomenetelmän aiheuttamien lisäkustannusten

ja lisäterveyshyötyjen välistä suhdetta, siis vastinetta rahalle.

Budjettivaikutusanalyysi taas kuvaa uuden hoidon nettovaikutuksia maksajan, esim. yksittäisen sairaanhoitopiirin, budjettiin. Sen käyttö rinnakkain KVA:n kanssa antaa mahdollisuuden arvioida hoidon terveystaloudellisia vaikutuksia kokonaisvaltaisemmin käyttöönottopäätöksen yhteydessä.

MALLI ON AINA EPÄTARKKA

Budjettivaikutusanalyysien tavoitteena ei ole tuottaa absoluuttisen tarkkaa ennustetta uuden hoitomenetelmän nettokustannuksista. Se toimii arviointikehikkona eli ennustemallina siitä, miten kustannuslaskelmissa huomioitavat eri tekijät ja



Kuvio 1. Budjettivaikutusanalyysin yleinen rakenne ja budjettivaikutuksen keskeiset kustannusajurit (Mukaiillen Mauskopf ym.¹).



Dynamic Graphics

niissä tapahtuvat muutokset vaikuttavat menetelmän käyttöön otosta syntyviin nettokustannuksiin.

Kuvio 1 havainnollistaa budjettivaikutusanalyysiin vaikuttavia keskeisiä kustannusajureita ja niiden välisiä suhteita. Esimerkiksi ehkäisevien toimenpiteiden keskeinen kustannusajuri on muutos ehkäistävän taudin ilmaantuvuudessa. Kun sairastuneiden lukumäärä laskee, vähenee taudin hoitoon käytettävien palvelujen kysyntä ja myös hoidon kustannukset laskevat. Vastaavia vaikutuksia kokonaiskustannuksiin voivat aiheuttaa myös diagnostiikassa, hoitokäytännöissä tai yksikkökustannuksissa tapahtuvat muutokset.

TIEDON PUUTTUESSA OLETETAAN

Kaikki päätösten tukena käytettävät taloudellisen arvioinnin menetelmät ovat herkkiä analyysissä käytetyille oletuksille. Tulokset voivat muuttua paljonkin sen mukaan, miten luotettavan tiedon varaan malli on rakennettu. Oletuksia joudutaan tekemään varsinkin arvioitaessa uusia hoitoja, joista tutkimustietoa ja käyttökokemusta on saatavissa vain rajallisesti. Käytettyjen oletusten tulee luonnollisesti olla perusteltuja ja peräisin mahdollisimman luotettavista lähteistä. Lisäksi oletusten oikeellisuutta on syytä tarkastella herkkyysoletusten avulla.

Kuopion yliopistossa tutkitaan budjettivaikutusanalyysin käytännön toteuttamiseen liittyviä tekijöitä. Pilottihankkeessa, jossa arvioidaan rintasyövän hoidossa käytetyn trastutsumabin budjettivaikutusta sairaanhoitopiiritasolla, on mukana myös Kuopion yliopistollinen sairaala. Ensimmäisiä tuloksia julkaistaan kansainvälisessä lääketaloustieteen kongressissa syksyllä 2008. Pilottihanketta ovat tukeneet Finohta ja Lääketeollisuuden Tutkimussäätiö. ─

TIMO PURMONEN
Tutkija, proviisori, KTM
Timo.Purmonen@uku.fi

JANNE MARTIKAINEN
Tutkimuspäällikkö, FT
Janne.Martikainen@uku.fi

Lääkepolitiikan ja -talouden tutkimuskeskus
Sosiaalfarmasian laitos
Kuopion yliopisto

1. Mauskopf JA, Sullivan SD, Annemans L. ym. *Principles of Good Practice for Budget Impact Analysis: Report of the ISPOR Task Force on Good Research Practices—Budget Impact Analysis. Value in Health* 2007;10:336–347.

EU-maiden käytäntöjä vertailtu

Tukeeko menetelmien arviointi päättäjiä?

HTA
Metodologia

Alati lisääntyvien kalliiden terveysteknologioiden aiheuttama huoli sysäsi liikkeelle terveydenhuollon menetelmien järjestelmällisen arvioinnin Yhdysvalloissa 1970-luvulla. Parissa vuosikymmenessä arviointitoiminta on levinnyt ja saanut tukevan jalansijan jo lähes kaikissa EU-maissa.

On siis aika tarkastella, mitä eri maissa arviointitoiminnalta odotetaan ja miten sitä toteutetaan. London School of Economicsin tutkija Corinna Soren-

son on yhdessä kahden kollegansa kanssa verrannut terveydenhuollon menetelmien arvioinnin asemaa EU-maissa, erityisesti Ruotsissa, Hollannissa, Suomessa, Ranskassa, Saksassa ja Britanniassa.

Vertailun tuloksena on syntynyt joukko johtopäätöksiä, jotka kiinnostanevat niin päätöksentekijöitä, arviointiorganisaatioita, valmistajia, terveydenhuollon ammattilaisia kuin potilasjärjestöjäkin.

>>

Klaus Witt



Menetelmien arvioinnin haasteita

Sorenson ym. mukaan

1. Menetelmien arvioinnilla on **tärkeä asema** näyttöön perustuvassa päätöksenteossa. Ilman näyttöä terveydenhuollon menetelmien käyttöönottoa ohjaavat monet epätarkoituksenmukaiset seikat, voimavarojen käyttö on tehotonta ja terveystyö jää saavuttamatta.
2. **Innovaation** ja terveydenhuollon todellisten tarpeiden tulisi kohdata toisensa paremmin. Hyödyllisimmät innovaatiot tulisi tunnistaa, niiden kehittämistä tukea ja kehittäjät palkita.
3. Menetelmien arviointi on monissa maissa jakautunut eri toimijoille, joiden **roolit ja vastuut** ovat josain määrin hämääviä. Kun korvaus- ja hinta-asioista päättävät ovat erillään arviointiyksiköistä ja kliinisen ohjauksen kehittäjistä, on vaarana, että päätöksen teon tehokkuus kärsii ja tehdään päällekkäistä työtä.
4. Arviointiprosessien parantamiseksi ja tulosten toimeenpanon edistämiseksi tulisi myös potilaille ja teollisuuden edustajille antaa **mahdollisuus vaikuttaa** arviointiprosesseihin.
5. Terveydenhuollon menetelmien arviointihankkeet ovat hyödyllisiä vain silloin kun niiden **aiheet** ovat kliinisesti merkityksellisiä tai terveystalouden kannalta tärkeitä.
6. Arviointiprosessien tulisi olla nykyistä **läpinäkyvämpiä** (alkaen arviointiaiheiden priorisoinnista ja yltäen aina kaikkien asianosaisten mukaan ottamiseen), jotta päätöksenteko ei vääristyisi.
7. Arvioinnin tulisi aikaisempaa enemmän suuntautua myös hyödyttömien ja vanhentuneiden menetelmien saattamiseen **pois käytöstä**.
8. Menetelmien arvon ja niiden tuottaman hyödyn arvioinnissa tulisi huomioida myös **potilaiden** mielipyydet, laatu, tasa-arvo, teho ja hyväksyttävyydet. Tätä varten tarvitaan sekä terveydenhuollon ammattilaisten että potilaiden näkemyksiä ja kokemuksia.
9. Tekniset vaatimukset ovat eri maissa erilaisia, joten arvioinnissa käytettyjen parametrien ja menetelmien tulee olla perusteltuja ja hyvin **dokumentoituja**. Arviointimallin ja analyysien tulisi olla mahdollisimman läpinäkyviä ja kaikkien niiden kehittämiseen osallistuneiden saatavilla.
10. Arviointeihin liittyy edelleen monia teknisiä ja metodologisia **ongelmia**, joita tulisi tutkia. Tällaisia ovat mm. tulosmittareiden kyky tunnistaa potilaiden ja suuren yleisön kannalta tärkeät hyödyt, arviointitulosten yleistettävyydet ja uusien, kalliiden teknologien vaihtoehtokustannusten määrittäminen. Kustannusvaikuttavuuden mallintamisen käytössä yhä monimutkaisemmaksi täytyy uusien arviointimenetelmien tutkimiseen panostaa.
11. Myös **epäsuorat** hyödyt ja kustannukset tulisi huomioida. Esimerkiksi vapaa-ajan arvottamisesta tulisi sopia.
12. Arvioinnin **ajotus** voi vaikuttaa merkittävästi päätöksentekoprosessiin ja potilaiden pääsyyn uuden hoidon piiriin. Uusien, ajankohtaista informaatiota tuottamaan pyrkivien arviointiohjelmien vaikuttavuutta tulee seurata.
13. Tulosten **uudelleen arviointi** uuden tiedon valossa on tärkeää. Monista menetelmistä saadaan kunnollista vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustietoa vasta kun ne ovat käytössä. Arviointeihin tulisi rakentaa järjestelmä, jolla uusi tieto voidaan helposti huomioida.
14. Terveydenhuollon menetelmien arvioinnin käytäntöön **soveltamisen** vaikutuksista puuttuu näyttöä. Tällaista tarvitaan sekä prosessinäkökulmasta (päättökenteko) että lopputulosnäkökulmasta (terveys-tulos, hoidon tarjonta, kustannukset, tutkimusinvestaatiot).
15. Menetelmien arviointi on monissa maissa keskittynyt pääosin lääkkeisiin, harvemmin muihin terveydenhuollon teknologioihin kuten laitteisiin. Taloudellisen arvioinnin periaatteita ja menetelmiä tulisi soveltaa myös **ennaltaehkäisevien** toimien arviointiin.

Kirjoittajat päättelevät, että menetelmien arvioinnilla voi olla arvokas asema terveydenhuollon päätöksenteossa. Arviointiprosessin tulee olla läpinäkyvä ja oikea-aikainen, ja sen tulee pureutua aiheisiin, jotka ovat tärkeitä. Parhaimmillaan menetelmien arviointi vähentää päätöksiin liittyvää epävarmuutta, ja auttaa tekemään ratkaisuja, joiden seurauksena uusien teknologioiden ja innovaatioi-

den tuottamat hyödyt saadaan rajallisista voimavaroista huolimatta täysimääräisinä käyttöön. ☺

RISTO ROINE

Lähde: Sorenson C ym. Ensuring value for money in health care. The role of health technology assessment in the European Union. European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series No 11.



Klaus Witt

Sairaanhoitopiirit ohjaavat uusien menetelmien käyttöä

Yhtä vaille kaikkien sairaanhoitopiirien edustajat oli saatu saman pöydän ääreen, kun uusien terveydenhuollon menetelmien hallitun käyttöönoton neuvottelukunta kokoontui ensimmäistä kertaa toukokuussa 2008.



Uusia diagnoosi-, toimenpide-, hoito- ja kuntoutuslaitteita ja -menetelmiä tulee markkinoille vauhdilla. Sairaalat ja klinikot ovat hankalassa tilanteessa yrittäessään yksin ottaa selvää, onko uusi menetelmä entistä parempi. Tähän pulmaan HALO-ohjelma pyrkii tuomaan helpotusta.

Neuvottelukunnan tehtävänä on päättää, mitkä ehdotetuista aiheista valitaan toteutettavien arviointihankkeen joukkoon.

ARVIOINNIT PUOLESSA VUODESSA

Arvioinneissa keskitytään vaikuttavuuteen ja kustannusvaikuttavuuteen. Sen sijaan esimerkiksi organisatoriset näkökohdat jäävät HALO-arvioinneissa vähälle huomiolle, sillä tarkoituksena on saada raportti puolesta vuodessa ulos, jotta se olisi riittävän nopea hyödyttääkseen hankintapäätöksiä.

Tutkimustulokset esitellään neuvottelukunnalle, joka voi tehdä sairaanhoitopiireille suosituksen siitä, millä ehdoilla tutkittu menetelmä kannattaa ottaa käyttöön.

ENSIMMÄISET LINJAUKSET

Ensimmäisessä HALO-neuvottelukunnan kokouksessa tehtiin linjaus maksan ulkoisesta tukihoidosta. Neuvottelukunta totesi, että laitteesta hyötyvät potilasmäärät ovat pieniä. Hoito kannattaakin keskittää niihin sairaaloihin, joihin laite on jo hankittu.

Keinomaksaa koskeva arviointihanke ja sitä seurannut neuvottelukunnan suositus ovat osoitus sii-

tä, että HALO-prosessi toimii. Neuvottelukunnan arvion mukaan jo hankitut laitteet riittävät Suomen tarpeisiin.

Vagushermostimulaattorista todettiin, että massan hoidossa tutkimusnäyttö on vielä riittämätöntä. HALO-neuvottelukunta päätti suositella, että menetelmän käyttäjien olisi syytä seurata laitteen vaikutuksia tieteellisen tutkimuksen keinoin.

Aorttaläpän asennus tähystimellä herätti runsaasti keskustelua. Suomessa on iso joukko aorttaläppästennoosipotilaita, joita ei hoideta keino- ja lääkityksellä. Toisaalta uudesta menetelmästä ei ole riittävä näyttöä. Kokouksessa päädyttiin suosittelemaan, että kun menetelmä jossain otetaan käyttöön, tehdään se kontrolloidun tutkimuksen puitteissa.

VAIKUTUSKANAVIA KAIVETAAN

Neuvottelukunnan puheenjohtaja Turkka Tunturin mielestä HALO on hyvä yhteistyöfoorumi.

– Koko ajan tulee uutta, kallista teknologiaa ja pitää päättää, mikä otetaan käyttöön. Jotta hankintatarpeista saisi objektiivisen kuvan, on hyvä, että on kansallinen elin, joka ottaa kantaa, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin johtajaylilääkärinä toimiva Tunturi perustelee.

– Tässä aloituskokouksessa olivat hienosti edustettuina lähes kaikki sairaanhoitopiirit. Keskustelu oli vilkasta, ja kuulimme monenlaisia näkemyksiä, Tunturi kiittelee. – Toimintatapoja ja vaikutuskanavia pitää vielä kehittää, hän jatkaa.

Tunturi näkee, että vaikutusreittejä on kaksi. Toisaalta neuvottelukunnan jäsenet ovat itse tois-sä sairaanhoitopiireissä, monet johtajina, joten sitä kautta pystytään vaikuttamaan. Vaikutuskanavina tärkeitä ovat myös esimerkiksi erikoislääkäriyhdistykset, joihin lähes kaikki lääkärit kuuluvat. Yhdistykset järjestävät koulutuksia, joiden kautta myös HALO-suosituksia voidaan jalkauttaa lääkärikul-nalle.

VIISAIDEN RAATI KOKOONTUU

Kaikkien sairaanhoitopiirien edustajat ovat mukana neuvottelukunnassa, mutta asioiden valmistelijaksi on valittu seitsemän hengen asiantuntijaneuvosto, eräänlainen viisaiden raati.

Uuden asiantuntijaneuvoston ensimmäinen ko-kous pidettiin elokuun puolivälissä. Asiantuntija-neuvoston tehtävänä on kerätä ja priorisoida arvi-oitavia aiheita. Asiantuntijaneuvoston puheenjohta-jana toimii Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin johtajaylilääkäri Aino-Liisa Oukka. Hän toivoo, et-tä asiantuntijaneuvosto olisi mahdollisimman pro-aktiivinen.

– Olisi toivottavaa, että arvioitaisiin todella uu-sia menetelmiä, jotka eivät ole vielä käytössä mis-sään Suomessa, hän tähdentää.

UUSIA AIHEITA KASAPÄIN

Uusia arvioitavaksi ehdotettuja aiheita oli touko-kuussa noin 30, joista neuvottelukunta valitsikin



Ella Kuula

HALO:n asiantuntijaneuvoston puheenjohtaja Aino-Liisa Oukka ja neuvottelukunnan puheenjohtaja Turkka Tunturi olivat tyytyväisiä ensimmäiseen HALO-neuvottelukunnan kokoukseen.

neljä. Finohta kerää työryhmät, joka alkavat työs-tää uusia arvioiteja.

– Olisi hyvä katsoa, miten arvioidut menetel-mät otetaan käyttöön ja noudatetaanko HALO-neuvottelukunnan suosituksia. Suosituksia voisi myös päivittää, kunhan lisää tutkimustietoa ja ko-kemuksia uusista menetelmistä saadaan, Oukka suunnittelee.

– Koko terveydenhuollon kannalta arviointien tekeminen on tärkeää. Arvioinnit edistävät talou-dellisesti kannattavia päätöksiä ja potilasturvalli-suuttakin, Oukka miettii.

– Luen juuri uutta terveydenhuoltolakia, joka on lausuntokierroksella. Lakiehdotus ottaa kantaa HALO-prosessiin. On hienoa, että lainsäädäntö vi-rallistaa HALO:n aseman.

HALO:n ohjelmapäällikön Minna Kailan mu-kaan sosiaali- ja terveysministeriön pitää olla sel-villä HALO-suosituksista. Sairaanhoitopiirit tekevät kuitenkin itsenäisesti päätöksensä, joissa ne voivat nojata HALO-suosituksiin. ☺

ELLA KUULA

Asiantuntijaneuvosto 2008-2010

Jyl Aino-Liisa Oukka, PPSHP, pj
 Oyl Teuvo Antikainen, KSSHP
 Ayl Matti Niemelä, OYS
 El Outi Paija, VSSHP
 Jyl Jorma Penttinen, KYS
 Arviointiyh Risto P. Roine, HUS
 Oyl Matti Vuorialho, VSHP
 Yl Minna Kaila, Finohta, siht.



Klaus Witt

Montrealin HTAi-konferenssi:

Silmänpohjan nesteinen ikärappeuma puhutti



HTAi -järjestön viides kokous pidettiin Montrealissa heinäkuun alussa. Paikalla olivat terveydenhuollon menetelmien arvioinnin huiput 50 maasta. Eräs kuuma aihe oli silmänpohjan nesteyksen ikärappeuman hoito silmään ruiskutettavilla lääkkeillä. Siitä ovat menetelmien arviointiyksiköt tehneet katsauksen useissa maissa, myös Suomessa¹.

Tauti on maassamme tavallisin näkövammaisuuden aiheuttaja. Uusia lääkkeitä silmänlääkäri ruiskuttaa lasiaiseen toistuvasti steriileissä olosuhteissa. Hoidot perustuvat verisuonten liikakasvua aiheuttavan välittäjäaineen estoon. Satunnaistetuissa koeasetelmissa tutkittu ranibitsumabi on vaikuttava hoito, jonka ongelma on kallis hinta.

Halvempi hyvin samankaltainen lääke, bevasitsumabi, on hyväksytty käytettäväksi mm. paksusuolen syövän hoitoon. Kun hoidon kohde onkin silmän ikärappeuma, määrätään sitä siis aivan eri tautiin, niin sanottuna off-label -lääkkeenä. Eri maissa ollaan päätyvässä tai päädytty hyvin erilaisiin ratkaisuihin hoitolinjoissa, perusteluina mahdollisuus saada hoitoa tai hoidon turvallisuus.

Satunnaistetuissa tutkimuksissa vertaillaan nyt mainittujen kahden lääkkeen vaikutuksia. Montrealissa esitellyn kansainvälisen selvityksen mukaan tutkimuksia on meneillään Euroopassa (Saksa, Norja, Hollanti, Espanja, Britannia, Ranska) ja Yhdysvalloissa. Bevasitsumabia ei korvata silmien hoitoon neljässä maassa, muutama maa korvaa vain ranibitsumabin käytön ja toisissa käyttö vaihtelee sen mukaan, miten tiukasti kiellettyä tai sallittua off-label -määräminen on.

Keskustelua herätti selvityksen tulos, että samanaikaisesti on tehty ainakin 10 järjestelmällistä katsausta, mukana myös suomalainen HALO-katsaus. Norjalaiset jättivät oman katsauksen tekemättä saatuaan tämän selville. Kaksin- ja moninkertaista työtä on tehty runsaasti. Tärkeintä on oppia, miten kansainvälinen HTA-yhteisö voisi seuraavan vastaavan tilanteen tullen toimia paremmin ja tehokkaammin yhdessä. ☺

MINNA KAILA

1. Palosaari T ym. Silmänpohjan nesteinen ikärappeuma: Mitä tiedämme lasiaisen sisäisestä angiogeneesin estosta? *Suom Lääkäril* 2008;63:2229-36.

Tietokanta testissä:

Mitä Ohtanen minulle tarjoaa?

Muulla maailmassa julkaistuista, mielenkiintoisista menetelmä-arvioinneista tehdään Finohtassa suomenkielinen tiivistelmä verkkoon. Pyysimme paria kliinikkoa testaamaan, miten Ohtanen-tietokanta heitä palvelee.



Finohta seuraa, mitä terveydenhuollon menetelmiä maailmalla arvioidaan. Kerran kahdessa viikossa kokoontuva kirjallisuustoimikunta päättää, mistä arviointiraporteista tehdään suomenkielinen tiivistelmä www.ohtanen.fi -sivustolle.

Ohtasessa on jo 376 suomenkielistä tiivistelmää. Lisäksi sieltä löytyy 1046 raportin perustiedot ja linkit alkuperäisten arviointiraporttien nettiversioihin.

Sisältö on tarkoitettu ensisijaisesti terveydenhuollon ammattilaisille ja päättäjille, vaikkakin sivusto on vapaasti kaikkien käytössä.

Uusista raporteista Finohta tiedottaa muun muassa erikoisalojen postilistoilla, joille voi liittyä Ohtasen etusivulla olevan linkin kautta. Listalaiset saavat sähköpostitiedotteita uusista arviointiraporteista suunnilleen kerran kuukaudessa. ☺

ELLA KUULA



GEORG MACHAREY
naistentauteihin ja synnytyksiin erikoistuva lääkäri

1. Potilaani ovat odottavia äitejä ja synnyttäjiä. Useimmiten hoidan synnytyksen aikaisia komplikaatioita.
2. Käytän internetiä tiedonhakuun useita kertoja päivässä. Yleensä käytän Terveysporttia ja siellä esimerkiksi Pharmaca Fennican nettiversiota.
3. Äidinkieleni on saksa, joten käytän saksankielisiä lähteitä kaikista mieluiten.
4. En ole.
5. Testasin, löytyykö Ohtasesta tietoa synnytyksen jälkeisen vuodon embolisaatiohoidosta. Tein englanniksi haun sanoilla ”bleeding after delivery”. Hakukone löysi 12 osumaa, joista kaksi on otsikon perusteella selvästi hyödyllisiä ja aionkin perehtyä niihin nyt tarkemmin. Myös kaksi muuta hakukoneen tarjoamaa raporttia vaikutti yleisesti kiinnostavilta, vaikka ne eivät hakeamani aiheeseen yhtä osuvia olekaan.
6. Kyllä.

NÄITÄ KYSYTTIIN:

1. Ketkä ovat tyypillisiä potilaitasi?
2. Käytätkö internetiä tiedonhakuun, kun kaipaat lisätietoa jostain terveydenhuollon menetelmästä?
3. Miten tärkeää sinulle on, että tieto on suomeksi?
4. Oletko koskaan käyttänyt www.ohtanen.fi-tietokantaa?
5. Mieti jokin aihe, josta olet hakenut lisätietoa viime aikoina. Testaa, löytyykö Ohtasesta sinulle hyödyllistä tietoa.
6. Uskotko, että voisit jatkossakin käyttää Ohtasta?



RIIKKA LEHTISALO
terveyskeskuslääkäri

1. Hoidan perusterveydenhuollon potilaita, joilla on esimerkiksi ylähengitysteiden infektioita, alaselkäkipuja tai kroonisia sairauksia.
2. Käytän Terveysporttia monta kertaa päivässä. Univadista käytän viikottain - siellä on hieno anatomiasovellus.
3. Tiedon suomenkielisydestä on toisinaan etua. Suomenkielisiä potilasohjeita on kätevää tulostaa potilaalle mukaan. Tiedon kotimainen alkuperä on oleellista, kun mietin, miten jonkin taudin hoitoketju menee.
4. En ole tutustunut Ohtaseen, mutta tiedän, mikä on Finohta.
5. Etsin tietoa iskemiasta. Tein haun ensiksi sanoilla ”alaraaja + iskemia” ja sen jälkeen ”alaraajaiskemia”. Ensimmäisellä haulla tuli kaksi osumaa. Toisella haulla tuli vain yksi osuma, molemmissa tämä sama: Alaraajojen valtimosairaudet – diagnostiikka ja hoito. Luin ensin suomalaisen tiivistelmän ja perehdyin sitten alkuperäiseen ruotsalaisraporttiin, joka osoittautui hyvin hyödylliseksi.
6. Kyllä.



Löydetäänkö kaikki PKU-vauvat?

Fenyylketonuria (PKU) on peittyvästi periytyvä aineenvaihduntahäiriö. Hoitamaton PKU johtaa vaikeaan kehitysvammaan, mutta varhain aloitetulla ruokavaliohoidolla vammautuminen voidaan estää.

**FINOHTAN
HANKKEET**

Ravinnosta saatava fenyylialaniini on suurina pitoisuuksina vahingollista aivoille. PKU-taudissa fenyylialaniinia kertyy elimistöön maksan entsyymipuutoksen takia.

Hoidon riittävän varhaisen aloittamisen edellytys on seulonta. Ilman seulontaa PKU todetaan yleensä vasta kehitysviiveen ilmaannuttua yli kuuden kuukauden iässä, jolloin palautumaton aivo- vaurio on jo ehtinyt syntyä.

PKU:ta seulotaan vastasyntyneiltä monissa maissa. Suomessa PKU-seulonnasta ei kuitenkaan ole tehty valtakunnallista päätöstä, koska tauti on suomalaisilla paljon harvinaisempi kuin muilla väestöillä.

Sosiaali- ja terveysministeriön seulontatyöryhmä pyysi Finohtaa arvioimaan vastasyntyneiden, geeniperimältään ulkomaalaisten vauvojen PKU-seulonnan vaikuttavuutta ja kustannuksia Suomessa. Arviointityö on nyt saatu valmiiksi¹.

VIIDEN TAUDIN SEULONTA JO ARVIOITU

Seulontatyöryhmän pyynnöstä Finohta on jo aiemmin selvittänyt PKU:n ja neljän muun harvinaisen aineenvaihduntataudin yhdistettyä seulontaa. Raportti julkaistiin vuonna 2004², ja sen mukaan Suomessa löydettäisiin vuosittain 5–10 vastasyntyntä, joilla on aineenvaihduntatauti. Kaikkien lasten seulonnalla estettäisiin 1–3 ennenaikaista

kuolemaa ja 1–5 vammautumista. PKU:n lisäksi seulottaviin tauteihin lukeutuisivat synnynnäinen lisämunuaisen liikakasvu (CAH), rasvahappojen mitokondriaaliset hapettumishäiriöt (MCAD ja LCHAD) ja glutaarihappovirtsaisuus (GA 1).

Näiden viiden taudin seulonnan vuosikustannuksiksi arvioitiin noin 2,5 miljoonaa euroa, aloituskustannukset mukaan lukien. Seulonnan lisäkustannukset Suomessa olisivat noin 5 500–25 000 euroa laatupainotettua elinvuotta kohden.

Seulontatyöryhmä päätti, ettei näiden viiden taudin yhdistelmäseulontaa käynnistetä. Se kuitenkin pyysi vielä erillistä arviota PKU-seulonnasta, vaikka PKU onkin geeniperimältään suomalaisilla hyvin harvinainen. Suomessa syntyy nimittäin yhä enemmän lapsia, joiden vanhemmat ovat kotoisin muualta kuin Suomesta.

ÄIDINKIELI TUNNISTAMISEN APUNA

Muun kuin suomalaisen geeniperimän tunnistaminen ei ole yksinkertaista. Nyt tehdyssä selvityksessä päädyttiin arvioimaan ulkomaalaistaustaisten lasten määrää heidän vanhempiansa äidinkielen perusteella.

Yhdistämällä Tilastokeskuksen väestörekisterin ja syntymärekisterin tiedot selvitettiin niiden Suomessa syntyneiden lasten määrä, joiden kummankin vanhemman äidinkieli oli jokin muu



Klaus Witt

kuin suomi tai vanha suomalainen vähemmistökieli (ruotsi, saame, tataari). Rekisteritiedot poimitiin seitsemän vuoden jaksolta 2000–2006. Näin määritellen kaikista vuonna 2000 syntyneistä ulkomaalaistaustaisia oli 2,3 %, mutta vuonna 2006 jo 3,4 % eli noin kaksituhatta. Tutkitulla ajanjaksolla ulkomaalaistaustaisten vastasyntyneiden osuus siis kasvoi selvästi.

NYKYKÄYTÄNNÖT KIRJAVIA

Synnytyssairaaloille lähetetyllä kyselyllä selvitettiin Suomen nykyiset PKU-seulontakäytännöt. Maan 34 synnytyssairaalaista 20, mm. kaikki yliopistosairaalat, ilmoittivat jo seulovansa PKU:ta.

17 sairaalaa seuloi PKU:ta vastasyntyneiltä, joiden molemmat vanhemmat tunnistettiin ulko-

maalaisiksi, ja 3 sairaalaa vauvoilta, joiden vanhemmista ainakin toinen oli ulkomailta. Yksikään sairaala ei seulonut PKU:ta kaikilta vastasyntyneiltä. PKU:ta ulkomaalaistaustaisilta seulovissa sairaaloissa syntyy noin 80 % lapsista.

PKU:n esiintyvyyttä Suomessa selvitettiin etsimällä sairaaloiden hoitoilmoitusrekisteristä 0–15-vuotiaiden PKU-diagnoosilla kirjatut hoitajaksot vuosilta 2000–2006. Lisäksi kerättiin tiedot sairaaloiden ravitsemusterapeuttien hoitamista PKU-potilaista.

Vuosina 2000–2006 Suomessa syntyi vain yksi PKU:ta sairastava lapsi, ja hänen vanhempansa olivat ulkomaalaistaustaisia. Lapsen PKU-diagnosi tehtiin varhain, koska hän syntyi sairaalassa, jossa PKU:ta seulottiin.

>>

Taulukko 1. PKU-seulontavaihtoehtojen vaikutukset ja kustannukset Suomessa 10 vuotta kohden vuoden 2007 hintatasolla.

Seulontavaihtoehto	Seulottavien lasten määrä	Löydetty PKU-tapaukset	Löydetty muut tautitapaukset	Seulontakustannukset (euroa)	Kustannukset / löydetty tapaus (euroa)
Ei seulontaa	0	0	0	0	0
Ulkomaalaistaustaisilta PKU	20 000	2	0	960 000	480 000
Kaikilta PKU	580 000	3	0	28 000 000	9 300 000
Kaikilta PKU + 4 muuta tautia	580 000	3	50-100	29 000 000	290 000 -580 000

Vuositain on oletettu syntyvän 58 000 lasta, joista ulkomaalaistaustaisia on noin 2000. Vaihtoehtoissa 2-4 oletetaan, että Suomeen ei perusteta seulontalaboratoriota, vaan näytteet lähetetään analysoitaviksi ulkomaille. Seulontojen käynnistämiseen liittyviä koulutuskustannuksia ei ole huomioitu.

EETTINEN ERITYISPULMA

Ulkomaa-laistaustaisiin vastasyntyneisiin kohdistettu PKU-seulonta nostaa esiin haastavan eettisen pulman: Miten määritellään ja tunnistetaan muu kuin suomalainen geeniperimä?

Etnisen alkuperän tunnistaminen kysymällä potilailta voi olla epäluotettavaa. Etnisesti kohdennettu seulonta voidaan kokea epäoikeudenmukaiseksi ja eriarvoistavaksi; positiivista erityiskohtelua voidaan toisaalta vähemmistövaltuutetun mukaan pitää hyväksyttävänä.

YHDISTELEMÄLLÄ KUSTANNUKSET KURIIN?

Taulukossa 1 esitetään PKU:n seulonnan arvioidut vaikutukset ja kustannukset Suomessa kymmentä vuotta kohden. Pelkän PKU:n seulonta Suomessa ei ole kustannusvaikuttavaa edes ulkomaa-laistaustaisiin, saati kaikkiin vastasyntyneisiin kohdennettuna. Toisaalta PKU-seulonta yhdistettynä vähintään yhden muun aineenvaihduntataudin seulontaan on arvioitu kustannusvaikuttavaksi eräissä maissa.

Suomessa seulotaan kaikilta vastasyntyneiltä kilpirauhasen vajaatoimintaa napaverinäytteistä. Uudella tekniikalla voidaan seuloa useita aineenvaihduntatauteja samasta, muutamien vuorokau-



sien iässä otetusta miniverinäytteestä. Pohdittaessa PKU-seulonnan käynnistämistä Suomessa tulisikin arvioida, miten muiden seulontojen yhdistäminen siihen vaikuttaisi. ☹

JAANA LEIPÄLÄ

1. Leipälä JA ym. Fenyylketonurian seulonta Suomessa. Helsinki: Stakes; 2008. *Finohtan nopea katsaus 1/2008.*

2. Autti-Rämö I ym. Vastasyntyneiden harvinaisten aineenvaihduntatautiin seulonta. Helsinki: Stakes; 2004. *Finohtan raportti 22.*

Ministeriö kysyy, Finohta selvittää

Sosiaali- ja terveysministeriö käyttää Stakesin kokoaamia tietoja eri tilanteissa. Varsinkin suurten linjausten edellä ministeriö usein tilaa selvityksen pohjaksi julkiselle keskustelulle ja sitä seuraaville terveyspoliittisille ratkaisuille. Tietotarpeita on sekä lakin valmistelussa että nopeammin etenevissä ratkaisuissa.

Jopa yksittäisiä potilaita koskevat tilanteet antavat STM:lle tai lääninhallituksille toisinaan aihetta terveydenhuollon menetelmien vaikuttavuutta koskeviin kyselyihin. Aihetta parhaiten tunteva Finohtan senioritutkija selvittää kysyjältä, kuinka nopeasti tietoa tarvitaan ja miten laaja selvitys siis voidaan tehdä. Laajoja arviointiraportteja toivotaan varsinkin seulontoja koskevien päätösten tueksi.

Vauvojen aineenvaihduntatautiin seulonnan vaikutuksia selvitettiin ensin pari vuotta kestäneessä ar-

vointihankkeessa. Tulosten nojalla ministeriön seulontatyöryhmä ei pitänyt PKU:n tai muiden harvinaisten tautien seulontaa kyllin hyödyllisenä Suomen väestössä.

Jo parin vuoden kuluttua STM kuitenkin pyysi täydennystä selvitykseen: muista maista Suomeen muuttaneiden määrä lisääntyi, joten PKU:n esiintyvyyden odotettiin kasvavan vastasyntyneiden joukossa. Työn alla Finohtassa oli pari muuta laajaa selvitystä, joten ministeriö tyytyi odottamaan päivityksen käynnistymistä.

Uusi PKU-arvio tulee syksyllä STM:n seulontatyöryhmän käsittelyyn. Työryhmä on yhtenäistänyt käytäntöjä useiden seulontojen osalta - saadaankohan tällainen ratkaisu myös PKU:n kohdalla? ☹

MARJUKKA MÄKELÄ

DIAGNOSTIIKKA

Endoscopic ultrasound guided fine-needle aspiration for the staging of non-small cell lungcancer and the diagnosis of mediastinal masses. MSAC, 2008.

HPV RNA-test for livmorhalskreft. NOKC, 2008.

Impact of gene expression profiling tests on breast cancer outcomes. AHRQ, 2008.

Point-of-care testing in the private Sector. AETMIS, 2008.

Structural neuroimaging in psychosis: a systematic review and economic evaluation. NCCHTA, 2008.

The clinical and cost effectiveness of thromboelastography/thromboelastometry. NHS QIS, 2008.

Utility of monitoring mycophenolic acid in solid organ transplant patients. AHRQ, 2008.

LAITTEET

Computer-assisted surgery in knee surgery – a health technology assessment. DACEHTA, 2007.

Oral health with fixed appliances orthodontics. DAHTA, 2008.

LÄÄKKEET

Erythropoiesis-stimulating agents for anemia of chronic kidney disease: systematic review and economic evaluation. CADTH, 2008.

Ezetimibe for the treatment of hypercholesterolaemia: a systematic review and economic evaluation. NCCHTA, 2008.

Hydroxyurea for the treatment of sickle cell disease. AHRQ, 2008.

Management of neovascular age-related macular degeneration: systematic drug class review and economic evaluation. CADTH, 2008.

Ranibizumab and pegaptanib for the treatment of age-related macular degeneration: a systematic review and economic evaluation. NCCHTA, 2008.

Summary of published health economic studies of cetuximab as third line treatment for patients with metastatic colorectal cancer. NOKC, 2008.

Tällä palstalla julkaistaan valikoitujen, äskettäin ilmestyneiden HTA-raporttien otsikot. Yleensä raportit on julkaistu otsikon kielellä ja niissä on englanninkielinen yhteenveto. Osasta on tehty myös suomenkielinen tiivistelmä. Linkit raportteihin ja yhteenvetoihin löytyvät Ohtanen-tietokannasta: www.ohtanen.fi

Topical or oral ibuprofen for chronic knee pain in older people. The TOIB study. NCCHTA, 2008.

ROKOTTEET

Health technology assessment: Heptavalent pneumococcal conjugate vaccine (PCV7). DAHTA, 2008.

TOIMENPITEET

A prospective randomised comparison of minor surgery in primary & secondary care. The MiSTIC trial. NCCHTA, 2008.

A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression treated by selective serotonin reuptake inhibitors. The ADAPT trial. NCCHTA, 2008.

Diabetes education for children with type 1 diabetes mellitus and their families. AHRQ, 2008.

Effekt av tiltak for å fremme et sunnere kosthold og økt fysisk aktivitet, spesielt i grupper med lav sosioøkonomisk status. NOKC, 2008.

Fremdspenderstammzell-transplantation bei erworbener schwerer aplastischer Anämie. IQWiG, 2008.

Health Technology Assessment of laparoscopic compared to conventional surgery with and without mesh for incisional hernia repair regarding safety, efficacy and cost-effectiveness. DAHTA, 2008.

Hyperbaric oxygen therapy: a rapid assessment. KCE, 2008.

Methods of prediction and prevention of pre-eclampsia: systematic reviews of accuracy and effectiveness literature with economic modelling. NCCHTA, 2008.

Minimally invasive arthroplasty in the management of hip arthritic disease: systematic review and economic evaluation. CADTH, 2008.

Psychosocial interventions for non-professional carers of people with Parkinson's disease: a scoping review. CRD, 2008.

Radioterapia intraoperatoria en sarcomas de partes blandas. AVAlIA-T, 2008.

Stapled haemorrhoidectomy (haemorrhoidopexy) for the treatment of haemorrhoids: a systematic review and economic evaluation. NCCHTA, 2008.

Stepped treatment of older adults on laxatives. The STOOL trial. NCCHTA, 2008.

The clinical effectiveness of diabetes education models for type 2 diabetes: a systematic review. NCCHTA, 2008.

The effectiveness of interventions targeting young men aimed at increasing condom-use. NOKC, 2008.

TUKITOIMET

Asynchronous telehealth: systematic review of analytic studies and environmental scan of relevant initiatives. CADTH, 2008.

Determining the most clinically and cost-effective way of implementing digital mammography services for breast screening in NHSScotland. NHS QIS, 2008.

Organizational and economic issues in the management of patients with acute st-segment elevation myocardial infarction (STEMI): summary. AETMIS, 2008.

Part I: reprocessing of single-use medical devices: national survey of canadian acute-care hospitals. CADTH, 2008.

Quality development in general practice in Belgium: status quo or quo vadis? KCE, 2008.

Real-time (synchronous) telehealth in primary care: systematic review of systematic reviews. CADTH, 2008.

Service delivery organization for acute low back pain. NHS QIS, 2008.

Telehealth for acute stroke management (telestroke): systematic review of analytic studies and environmental scan of relevant initiatives. CADTH, 2008.

The use of economic evaluations in NHS decision-making: a review and empirical investigation. NCCHTA, 2008.

MUUT

Expertise zum Thema: Endometriose. IQWiG, 2008.

TERVEYSPALVELUT

Kotikäynnit paransivat kipupotilaiden elämänlaatua

Zwisler A-D ym. *Cardiac rehabilitation – a health technology assessment evidence from the literature and the DANREHAB trial. DACEHTA, 2006. www.cemtv.dk*

Kööpenhaminassa tarjottiin kipukuntoutuksesta kotiutuville henkilöille kivun hoitoon erikoistuneiden sairaanhoitajien tekemiä kotikäyntejä. Ohjelman vaikutusta terveyteen liittyvään elämänlaatuun tutkittiin kontrolloidulla kokeella, johon osallistui 102 potilasta, heistä 50 vertailuryhmässä. Kotikäynnit tehtiin joka neljäs kuukausi kahden vuoden ajan. Elämänlaadun lisäksi selvitettiin potilaiden asenteita ja arvostuksia sekä sitä, vähentääkö ohjelma terveydenhuoltopalveluiden käyttöä.

Aiemmin tehdyt tutkimukset koottiin kirjallisuuskatsaukseen. Reumasairauksia tai diabetesta sairastavien potilaiden ja vanhusten luokse tehdyistä kotikäynneistä löytyi tutkimuksia, mutta kipupotilaiden luokse tehdyistä ei.

Tanskalaistutkimuksessa päätettiin siihen, että kotikäynnit ehkäisivät terveyteen liittyvän elämänlaadun heikkenemistä ja vähensivät terveydenhoitopalveluiden käyttöä. Tosin potilasryhmien pienen koon vuoksi ryhmien välille ei saatu merkitseviä eroja. Potilaat olivat tyytyväisiä seurantakäynteihin ja valmiita maksamaan niistä.

Kirjoittajien kanta oli, että kivunhoitoon erikoistuneiden sairaanhoitajien kotikäyntejä pitkäaikaista kipua potevien luokse kannattaisi jatkaa. Käyntien vaikutusten ja kustannusten järjestelmällistä seurantaa tulisi samalla jatkaa. Kotikäyntien tarve tulisi myös arvioida potilaskohtaisesti.

PÄIVI REIMAN-MÖTTÖNEN

Telesovellukset mielenterveyspalveluissa

Hailey D ym. *Evidence of benefits from telemental health: A systematic review. Institute of Health Economics, 2007. www.ihe.ca*

Voiko psykiatrisia potilaita hoitaa videoneuvottelulaitteiden välityksellä? Finohtan ja kanadalaisen arviointiyksikön (IHE) yhteistyöprojektin tavoitteena oli arvioida telespsykiatrian hyödyllisyyttä mielenterveystyössä.

Järjestelmälliseen katsaukseen sisällytettiin 77 telespsykiatrian kliinisiä tai taloudellisia vaikutuksia käsittelevää artikkelia sekä 18 tarkkuutta tai soveltuvuutta käsittelevää tutkimusraporttia. Telespsykiatria todettiin puolessa tutkimuksista kliinisesti käyttökelpoiseksi. Neljäsosassa tutkimuksista menetelmä näytti lupaavalta, mutta vielä tarvitaan seurantatutkimusta. Puolet (49 %) kliinisiä tuloksia käsittelevistä raporteista oli laadultaan korkea- tai hyväntasoisia, viidesosa (20 %) kohtalaisia ja loput välttäviä (15 %) tai heikkoja (15 %). Telespsykiatrian sovellusten käytöstä aiheutuvia kustannuksia oli tarkasteltu 12 tutkimuksessa. Puolessa niistä analyysien laatu vaihteli hyvästä kohtalaiseen,



lopun kuusi olivat heikkolaatuisia.

Tutkimusnäyttö telespsykiatrian käyttösovellusten eduista on yhä vähäistä. Telespsykiatrian rutiinikäytöstä tarvitaan yksityiskohtaisempaa ja korkeatasoisempaa taloudellista arviointitutkimusta. Lisääntyvä internetsovellusten käyttö on tärkeä osa-alue, jota on syytä tutkia lisää.

HELI RAMULA

Kanadalainen opas internetin HTA-tietolähteisiin päivitetty

Chan L ym. *Health technology assessment on the net: A guide to internet sources of information, 9th edition. IHE, 2007. www.ihe.ca*

Terveydenhuollon menetelmien arviointi (HTA) välittää hyödyllistä tutkimustietoa, kun halutaan tehdä päätöksiä menetelmän käyttöönotosta, voimavarojen kohdentamisesta tai kustannusvaikuttavasta käytöstä. HTA on tiedon synteesi useista eri tietolähteistä.

HTA on alana kasvanut voimakkaasti, ja samalla tietolähteiden määrä on lisääntynyt. Netistä löytyvä kansainvälinen tieto saattaa tuntua ylitykselliseksi; lisäksi joillakin sivustoilla voi olla tutkimusharhaa, sivut saattavat olla vanhentuneita tai tutkimukset heikkolaatuisia. Tehokas tiedon haku edellyttää, että hakija tietää, mistä luotettava ja relevantti tieto on löydettävissä.

Kanadalaisluettelosta löytyy erilaisten bibliografisten tietokantojen lisäksi HTA-yksiköiden sekä ministeriöiden ja tutkimuslaitosten sivustoja. Lisäksi siinä on aihepiireittäin listattu sivustoja, joilta voi hakea tietoa esimerkiksi kliinisistä kokeista, hoitosuosituksista, vaihtoehtoisista hoidoista, terveystaloustieteestä tai HTA-metodologiasta.

Tietolähteiden valinnassa ei ole

käytetty muodollisia kriteerejä, vaan perusteena ovat käytännön kokemukset sivujen käyttökelpoisuudesta. Useimmat luettelon sisällytetyt sivustot kuitenkin täyttävät seuraavat kriteerit: lähteen luotettavuus, sivuston ajantasaisuus ja sovellettavuus sekä sivuilla esitettyjen tutkimusten validius.

Sivustoilla esitetyn tiedon kriittinen arviointi jätetään lukijan vastuulle. Tähän tarkoitukseen voi käyttää internetistä löytyviä apuvälineitä kuten lääke- ja terveystieteellisten web-sivustojen arviointiin tarkoitettua Health On the Net -ohjeistoa (<http://www.hon.ch/HONcode/Conduct.html>).

EVA KIURA

LÄÄKKEET

Limuusi- ja kortisonivoiteita verrattu lapsilla

Fröschl B, ym. Topische antientzündliche Behandlung der Neurodermitis im Kindesalter. DAHTA, 2007. www.dimdi.de

Ihon tulehdusreaktiota hillitsevät kalsineuriinin estäjät takrolimuusi ja pimekrolimuusi (ns. limuusi-voiteet) eivät näyttäisi olevan kliinisesti vaikuttavampia tai kustannusvaikuttavampia kuin ulkoisesti käytettävät kortikosteroidit lasten atooppisen ihottuman hoidossa. Limuusi-voiteita voidaan kuitenkin käyttää herkkien ihoalueiden paikallishoitoon tai silloin, kun kortisonivoiteilla ei saada hoitovastetta tai ne eivät sovi lapselle.

Vaikka kortisonivoiteet ovat arkipäivää lasten atooppisen ihottuman hoidossa, aiheesta löytyy yllättävän vähän tutkimustietoa. Katsauksen yhdeksästätoista satunnaisesti tutkimmuksesta vain seitsemässä käsiteltiin kortisonivoiteita. Näistä kahdessa tutkimuksessa tak-



Marjukka Mäkelä

D-vitamiini ja luuston terveys

Cranney A ym. Effectiveness and safety of vitamin D in relation to bone health. AHRQ, 2007. www.ahrq.gov

D-vitamiinin kokonaissaantia kuvaa parhaiten seerumista mitattava 25-hydroksivitamiini D, josta käytetään lyhennettä 25(OH)D. Yhdysvaltalainen järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus löysi näyttöä seerumin 25(OH)D-pitoisuuden yhteydestä riisitautiin, seerumin lisäkilpirauhashormonin pitoisuuteen, vanhusten kaatumisriskiin ja luuntiheyteen.

Yli seitsemässäkymmenessä tutkimuksessa käsiteltiin D3- ja D2-vitamiinien vaikutusta seerumin 25(OH)D-tasoon. Suurimmasa osassa käytettiin D3-vitamiinia ikääntyneillä. Kolmessa tutkimuksessa todettiin, että D3-vitamiini nosti seerumin 25(OH)D-tasoa D2-vitamiinia paremmin.

Useimmissa tutkimuksissa ei pystytty erottamaan D-vitamiinin ja kalsiumin vaikutuksia toisistaan. D3-vitamiini yli 700 KY:n päivittäisellä annostuksella yhdistettynä kalsiumlisään paransi jonkin verran luuntiheyttä sekä pienensi murtumien ja kaatumisten riskiä lumelääkkeeseen verrattuna.

Tutkimuksissa ei löytynyt näyttöä siitä, että D-vitamiinin suositeltujen annostusten ylittämisestä olisi haittaa. Toisaalta D-vitamiinia suurilla annoksilla käyttäneet tutkimukset oli suunniteltu siten, että niiden perusteella ei voitu arvioida haittavaikutuksia pitkällä aikavälillä. Seerumin tai virtsan kalsiumpitoisuuksien nousu eivät olleet kliinisesti merkittäviä.

Yhdessäkään järjestelmällisessä katsauksessa ei arvioitu auringonvaloaltistusta, joka ylläpitäisi seerumin 25(OH)D-tasoa ja olisi samalla turvallinen melanooman ja muiden ihosyöpien riskin kannalta.

EVA KIURA

rolimuusi oli vaikuttavampaa kuin hydrokortisoniasetaatti keskivaikeaa tai vaikeaa atooppista ekseemaa sairastavilla lapsilla.

Kirjallisuudesta ei löytynyt yhtään tutkimusta, jossa olisi suoraan verrattu kortikosteroidivoiteita pimekrolimuusiin lasten atooppisen ekseeman hoidossa. Pimekrolimuusin jaksottainen käyttö näytti kuitenkin vähentävän kortisonivoiteiden tarvetta. Kahden taloudellisen arvioinnin mukaan pimekrolimuusi-voiteen käyttö tuli kortikosteroidihoitoa kalliimmaksi ja oli vähemmän vaikuttavaa lievää tai keskivaikeaa atooppista ihottumaa sairastavilla lapsilla.

Kalsineuriinin estäjien haittavaikutuksena raportoitu ihon kuumotus hävisi yleensä hoidon jatkuessa. Pisin seuranta-aika oli vain 12 viikkoa, joten pitkäaikaisvaikutuksista ei voida tehdä johtopäätöksiä. Tutkimustietoa puuttuu myös kalsineuriinin estäjien mahdollisesta syöpää aiheuttavasta vaikutuksesta ihmisillä.

EVA KIURA

Tupakasta eroon pikku hiljaa?

Wang D ym. 'Cut down to quit' with nicotine replacement therapies in smoking cessation: a systematic review of effectiveness and economic analysis. NCCHTA 2008. www.hta.ac.uk

"Cut down to quit" -ohjelman tavoitteena on tupakoinnin lopettaminen siten, että tupakointia ensin vähennetään nikotiinikorvaushoidon avulla. Iso-Britanniassa ohjelma on suunnattu henkilöille, jotka eivät edes suunnittele tupakoinnin lopettamista, mutta haluavat vähentää runsasta sauhutteluaan.

Arviointiraportissa tarkasteltiin nikotiinikorvaushoidon kliinistä vaikuttavuutta ja kustannusvaikutavuutta tupakoinnin vähentämisen tukena tavoitteena tupakkalakko vuoden aikana. Nikotiinikorvaushoitoa käyttäneistä tupakoitsijoista 6,75 % lopetti tupakoinnin, lumehoitoryhmässä siihen pystyi 3,29%. "Cut down to quit"-ohjelma oli tehokkain tutkimuksissa, joissa tupakoinnin lopettamista tuettiin tupakkaklinikka-tyylisen palvelun avulla.

Kustannusvaikuttavuuden arvioimiseksi luotiin päätösanalyttinen malli, jossa tulosuuttujana käytettiin laatupainotteista elinaikaa (QALY). Nikotiinikorvaushoidon inkrementaalinen kustannusvaikuttavuussuhde vaihteli 1 500 ja 7 700 punnan välillä QALYä kohti (2 200–11 300 euroa) riippuen tupakoinnin lopettaneen henkilön iästä ja ohjelman toteutustavasta.

Raportissa arvioidaan "cut down to quit"-ohjelman olevan kustannusvaikuttava, koska nämä tupakoitsijat eivät muuten edes yrittäisi tupakkalakkoa. Jatkokutkimusta tarvitaan "cut down to quit" -ohjelmaan parhaiten sopivien nikotiinikorvaushoitomuotojen vertailusta sekä siitä, kuinka ohjelma olisi implementoitava Ison-Britannian terveydenhuoltoon.

HELI RAMULA



Marjukka Mäkelä

Diureetit kustannusvaikuttavin lääkeryhmä verenpainetautiin

Tran K ym. Thiazide diuretics as first-line treatment for hypertension: meta-analysis and economic evaluation. CADTH, 2007. www.cadth.ca

Kanadalaisraportissa verrataan tiatsididiureetteja muihin verenpainetta alentaviin lääkkeisiin essentiaalisen verenpainetaudin aloitushoitona. Tulosuuttujina tässä 44 tutkimukseen perustuvassa meta-analysissä olivat kokonaiskuolleisuus, sydän- ja verisuonitapahtumat, munuaissairaudet, systolisen ja diastolisen verenpaineen muutos sekä elämänlaatu.

Komplisoitumattomassa verenpainetaudissa tiatsididiureetit pienensivät kaikkien sydän- ja verisuonitapahtumien riskiä verrattuna lumelääkkeeseen tai siihen, ettei potilasta hoidettu lainkaan.

Sydän- ja verisuonitauteihin liittyvässä sairastuvuudessa tai kuolleisuudessa ei havaittu merkitseviä eroja tiatsididiureeteilla ja muilla verenpainelääkkeillä hoidettujen potilai-

den välillä. Tiatsididiureetit kuitenkin pienensivät aivohalvauksen riskiä tehokkaammin kuin ACE-estäjät ja sydämen vajaatoiminnan riskiä paremmin kuin kalsiumkanavan salpaajat.

Taloudellisessa mallinnuksessa tiatsididiureetit olivat kustannusvaikuttavin vaihtoehto aloitushoitona kaikissa tutkituissa potilasryhmissä. Kalsiumkanavan salpaajat ovat kustannusvaikuttavia vain, jos yhteiskunnan maksuhalukkuus yhdestä laatupainotteisesta lisäelinvuodesta ylittää 400 000 Kanadan dollaria (273 000 euroa).

Pieni määrä tutkimuksia osoitti, että verenpaineen intensiivinen alentaminen matalammalle tasolle kuin standarditavoitteena pidetty <140/90 mmHg ei verenpainetautiin sairastavilla pienentänyt kokonaiskuolleisuutta, riskiä kuolla sydän- ja verisuonitapahtuman seurauksena tai riskiä sairastua munuaisten vajaatoimintaan.

EVA KIURA

Sinakalseetti dialyysipotilaiden lisäkilpirauhasten liikatoiminnassa

Garside R, ym. The effectiveness and cost-effectiveness of cinacalcet for secondary hyperparathyroidism in end-stage renal disease patients on dialysis: a systematic review and economic evaluation. NCCHTA, 2007. www.hta.nhs.uk

Munuaisten toiminnan heikentyessä seerumin kalsiumpitoisuus laskee. Seurauksena on lisäkilpirauhasten liikatoiminta niiden pyrkiessä ylläpitämään kalsiumtasapainoa parathormonin (PTH) välityksellä. Sinakalseettiä käytetään loppuvaiheen munuaistautia sairastavien sekundaarisen hyperparatyreoosin hoitoon. Lääke vaikuttaa suoraan lisäkilpirauhasten kalsiumreseptoreihin lisäämällä niiden herkyyttä seerumin kalsiumille ja ehkäisemällä si-

ten PTH:n liikatuotantoa. Korkea PTH lisää sydän- ja verisuonitapah- tumien sekä luunmurtumien riskiä näillä potilailla.

Raporttiin on koottu seitsemän tutkimusta, joista useimmat pe- rustuivat lääkevalmistajan (Am- gen) neljään kontrolloituun kokee- seen. Sinakalseetilla hoidettuja oli yhteensä 846. PTH:n tavoitetason saavuttamisella mitattuna sinakal- seetti oli vaikuttavampi kuin lume- lääke (40 % vs. 5 % potilaista). Tut- kimuksen keskeytys haittavaikutus- ten takia oli yleisempää sinakalsee- tilla hoidetuilla (15 % vs. 8 %). Va- kavien haittojen yhdistetty esiinty- mistiheys oli sama molemmissa ryh- missä. Sinakalseetin lisääminen ta- vanomaiseen hoitoon lisää kustan- nuksia noin 31 400 euroa, ja tuottaa 0,34 laatupainotettua elinvuotta po- tilasta kohden.

Sinakalseetti tavanomaiseen hoitoon yhdistettynä normalisoi PTH:n useammin kuin lumelääke, mutta vähäinen tutkimustieto ja ly- hyet seuranta-ajat rajoittavat tulos- ten yleistettävyyttä. Sinakalseettia ei todennäköisesti voida pitää kus- tannusvaikuttavana hoitona sekun- daarisessa lisäkilpirauhasten liika- toiminnassa loppuvaiheen munuais- tautia sairastavilla dialyysipotilailla.

PÄIVI REIMAN-MÖTTÖNEN

KUNTOUTUS

Potilaat tyytyväisiä sydänkuntoutukseen - vaikuttavuudesta tarvitaan lisänäyttöä

Zwisler A-D ym. Cardiac re- habilitation – a health technology assessment evidence from the literature and the DANREHAB trial. DACEHTA, 2006. www.cemtv.dk

Useissa maissa suositellaan nyky- ään sydänkuntoutusta osana sydän- potilaan kokonaisvaltaista hoitoa.

Tanskalaisessa raportissa arvioitiin, minkälaista tutkimusnäyttöä on sai- raalassa toteutettavan laaja-alaisen sydänkuntoutuksen vaikutuksista. Järjestelmällisen kirjallisuuskatsaus tehtiin vuosilta 1966–2005. Aineis- toon kertyi 49 satunnaistettua tut- kimusta.

Sydänkuntoutukseen osallistu- neet potilaat ovat siihen tyytyväi- siä, ja kuntoutuksella on myönteinen vaikutus potilaiden elämäntapoihin ja riskitekijöihin. Joissakin tutki- muksissa sydänkuntoutus on vähen- tänyt sairaalahoidon tarvetta, joten kuntoutuksella voidaan mahdol- lisesti vähentää terveydenhuollon kokonaismenoja.

Koko aineistosta tehty meta-ana- lyyysi osoitti sydänkuntoutuksen vä- hentävän kokonaiskuolleisuutta ja sydänkuolemia. Tutkimukset olivat kuitenkin osin heikkolaatuisia. Kun analysoitiin erikseen kolme hyväta- soista tutkimusta, ei havaittu tilas- tollisesti merkitseviä eroja em. pää- tetapahtumissa kuntoutettujen ja vertailuryhmän välillä. Sydänkun- toutuksen ei ole osoitettu vähentä- vän uusintainfarkteja tai sydäntoi- menpiteitä (pallolaajennukset, ohi- tusleikkaukset), eikä sen ole osoitet- tu parantavan potilaiden elämänlaa- tua tavanomaiseen hoitoon verrattu- na.

Tutkimuksiin on osallistunut enimmäkseen alle 65-vuotiaita sydäninfarktiin sairastaneita miehiä, joten tulosten yleistettävyyden muihin kohderyhmiin on epävarmaa. Tar- vitaankin vielä laajoja hyvätasoisia tutkimuksia ennen lopullisia johto- päätöksiä sydänkuntoutuksen vai- kuttavuudesta.

EEVA MÄKINEN

Toimintakykyä ei vielä voi käyttää fysioterapian korvauserusteena

Thonnard J ym. Functional status of the patient: a potential tool for the reimbursement of physiotherapy in Belgium? KCE, 2006. kce.fgov.be

Toimintakyvyn arviointiin ei mo- nissa sairauksissa ole olemassa päte- viä mittareita. Näin ollen toiminta- kykyä ei voi käyttää terveystakuu- tuskorvauksen myöntämisen kritee- rinä. Esteenä ovat myös eettiset tekijät, mahdolliset eturistiriidat pal- velujen tarjoajien kesken ja se, että hoitotulosten arviointi on vaikeaa. Näihin johtopäätöksiin tultiin bel- gialaisraportissa, jossa oli kaksi jär- jestelmällistä kirjallisuuskatsausta, kysely Belgian fysioterapeuteille ja selvitys fysioterapiapalveluista kuu- dessa muussa maassa.

Fysioterapeutit hoitavat Belgias- sa yli sataa erilaista sairautta tai ter- veydentilaan vaikuttavaa ongelmaa. Yleisimpiä näistä ovat tuki- ja lii- kuntaelimistön sairaudet sekä neu- rologiset sairaudet. Näyttöön pe- rustuvia fysioterapiamenetelmiä on käytössä joissakin sairauksissa, ku- ten aivohalvauksessa ja alaselkäki- vussa. Käytännössä potilaan toi- mintakyvyn arviointi perustuu har- voin vakioituun mittariin.

Tuki- ja liikuntaelimistön sairauksien, aivohalvauksen ja aivovam- man hoitoon sekä vanhusten kun- toutukseen löydettiin kirjallisuus- desta korkeatasoisia toimintakyky- testeitä. Useimmat näistä testeistä ovat laajasti käytettyjä, validoituja kysymyskaavakkeita. Monista ylei- sistä sairauksista, kuten nilkan ve- nähdyksestä, bronkioliitista tai lym- faturvotuksesta, ei löytynyt yhtään pätevää toimintakykymittaria. Jul- kaistua tietoa ei löytynyt siitä, mi- ten toimintakykyarviointia on käy- tetty fysioterapian rahoituspäätös- ten perusteena.

MAIJA SAIJONKARI

TOIMENPITEET

Polven nivelrikon hoidosta tarvitaan lisää tutkimuksia

Samson DJ ym. Treatment of primary and secondary osteoarthritis of the knee. Evidence report/technology assessment NO. 157. AHRQ 2007. www.ahrq.gov

Polven nivelrikon yleisten hoitomenetelmien teho on epävarmaa. Yhdysvaltalaisessa arviointiraportissa ei todettu varmaa näyttöä minkään menetelmän kliinisesti merkittävää vaikuttavuudesta lumehoitoon verrattuna. Myöskään vaikuttamattomuuden varmaan päättelyyn ei ollut riittävästi näyttöä. Hoitomenetelmien pätevyyden selvittämiseksi tarvitaan lisää hyvin tehtyjä tutkimuksia ja uusien menetelmien kehittämistutkimusta on priorisoitava.

Polven nivelrikko on yleinen, kipua ja toiminnanvajausta aiheuttava ja voimakkaasti elämänlaatua huonontava sairaus. Myös suomalaisissa nivelrikkoa käsittelevissä Käypä hoito -suosituksissa todetaan, että monien yleisten hoitomenetelmien vaikuttavuudesta ei ole varmuutta.

Arviointiraportin järjestelmällisessä kirjallisuuskatsauksessa oli satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia hyaluronaattiruiskeista (42 tutkimusta ja 6 meta-analyysia), glukosamiinista ja kondroitiinista (21 tutkimusta ja 6 meta-analyysia) ja artroskooppisesta huuhtelusta (23 tutkimusta). Useimmissa tutkimuksissa ja analyyseissa oli huomattavia puutteita. Arviointi osoittaa jälleen, että lukuisatkaan puutteelliset tutkimukset eivät tuota pätevää näyttöä. Niiden sisällyttäminen meta-analyysiin ei korjaa lähteaineistojen puutteita vaan pikemminkin johtaa vaikeasti tulkittaviin tuloksiin.

ILKKA VUORI



Ella Kuula

kariesalueelle suunnataan otsonikaasua ja mineraalipitoisuutta lisäävää liuosta. On esitetty, että tämä voisi korjata, pysäyttää ja hidastaa kariesen etenemistä. Britit arvioivat menetelmän vaikuttavuutta purupinta- ja juurikarieksiin. Kirjallisuushaku tehtiin 14 sähköisestä tietokannasta vuosilta 1966 - 2004. Sisäänottokriteerit läpäisi 10 tutkimusta, joista kaksi oli julkaistuja satunnaistettuja kokeita. Kaikkiaan tutkimusten laatu arvioitiin vaatimattomaksi eikä kvantitatiivista analyysiä voitu tehdä.

Hampaita säilyttävät ja paikkaamisen välttävät hoidot ovat tervetulleita kariesen hoidossa. Näyttöön perustuva tieto HealOzone® vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta on kuitenkin riittämätöntä. Taloudellista analyysiä rajoittaa kliinisen vaikuttavuuden epävarmuus. HealOzone® pitkäaikaisvaikutuksia ei tunneta ja oletus siitä, että hoidettu karies säilyisi inaktiivisena, on epävarma.

MINNA SARELAHTI

Karies - otsonihoitoa vai ei?

Brazzelli M ym. Systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of HealOzone® for the treatment of occlusal pit/fissure caries and root caries. NCCHTA, 2006. www.hta.ac.uk

Karies on yleinen krooninen mikrobisairaus, jossa hampaan kruunun ja juuren kovakudoksen mineraalipitoisuus vähenee paikallisesti. Sen aiheuttavat hapot, joita bakteerit tuottavat ravinnon hiilihydraateista. Kariesen kehittymiseen vaikuttavat sosiaaliset, geneettiset ja ympäristötekijät. Teollisuusmaissa yhä lähes 80 %:lla alle 18-vuotiaista sekä 90 %:lla aikuisista on ollut kariesta.

Alkuvaiheen kavitoitumattoman (hampaan pinta vielä ehjä) purupinta- ja juurikariesen sekä helposti puhtaana pidettävän kavitoituneen juurikariesen hoitona on nykyisin ennaltaehkäisy: suuhygienia- ja ruokavalioneuvonta sekä paikallisten fluorivalmisteiden ja pinnoitteiden käyttö. Kavitoituneet purupinnat ja vaikeasti puhdistettava juurikaries paikataan.

HealOzone® on uusi hoito, jossa

Kyfoplastia sopii ei-traumaattisten selkärankamurtumien hoitoon

Vluyen J ym. Evaluation rapide de technologies émergentes s'appliquant à la colonne vertébrale: remplacement de disque intervertébral et vertébrocyphoplastie par ballonnet. KCE, 2006. kce.gov.be

Selkärangan murtumat aiheuttavat akuuttia ja kroonista alaselkikipua sekä selän virheasentoja. Konservatiivinen hoito toteutetaan kipulääkkeillä, vuodelevolla, ulkoisilla korseteilla sekä bifosfonaatti- ja kaltsitoniiniiläkkeillä. Leikkausmenetelminä on viime aikoina käytetty entistä enemmän mini-invasiivisia menetelmiä, kuten vertebroplastiaa ja 1990-luvun lopulta lähtien kyfoplastiaa laajentavaa palloa käyttäen. Molemmassa menetelmissä selkä-

nikaman solmuun ruiskutetaan luumementtiä.

Vertebroplastian hyöty ei-traumaattisten selkärankamurtumien hoidossa on epävarmaa. Tällä hetkellä vertebroplastiaa tulee pitää kokeellisena, mieluiten kliinisten kokeiden yhteydessä annettavana hoitona. Kyfoplastia näyttäisi olevan hyödyllinen hoito ei-traumaattisten selkärankamurtumien hoidossa. Se lievittää kipua enemmän kuin konservatiivinen hoito ja vaikuttaa suhteellisen turvalliselta hoitomuodolta.

Katsauksessa arvioitiin myös välilevyproteesia välilevyrappeumasta johtuvan kroonisen alaselkäkivun hoidossa. Kirurgisista hoidoista lannerangan artrodeesi eli luudutusleikkaus on kultainen standardi, johon välilevyproteesia verrattiin. Ainoastaan potilastyytyväisyys oli proteesiryhmässä parempi kahden vuoden kuluttua leikkauksesta. Kivussa, toimintahäiriöissä tai neurologisessa statuksessa ei ollut eroja. Belgialaisen mukaan välilevyproteesia tulisi tällä hetkellä pitää kokeellisena hoitomuotona.

JAANA ELBERKENNOU

Klaus Witt



DIAGNOSTIIKKA

Alaraajojen valtimonkovettumistaudin kuvantaminen

Collins R ym. A systematic review of duplex ultrasound, magnetic resonance angiography and computed tomography angiography for the diagnosis and assessment of symptomatic, lower limb peripheral arterial disease. NCCHTA, 2007. www.ncchta.org

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli määrittää duplexi-kaikukuvausten, magneettiangiografian ja tietokonetomografialla tehdyn angiografian diagnostinen tarkkuus ja kustannusvaikuttavuus alaraajojen oireisen, perifeerisen valtimonkovettumistaudin arvioinnissa. Vertailuna käytettiin tavanomaista angiografia-tutkimusta.

Varjoainetehosteisen magneettiangiografian herkkyys oli 92–99,5 % ja spesifisyys 64–99 %. Sen yleinen diagnostinen tarkkuus vaikuttaisi paremmalta kuin tietokonekuvauksen tai duplexi-kaikukuvausten. Lisäksi potilaat kokevat, että tavanomaisen angiografia on epämiellyttävämpi tutkimusmenetelmä kuin varjoainetehosteinen magneettiangiografia.

Kuvantamistutkimusten vaikutavuudesta löytyi vain yksi kontrolloitu tutkimus. Sen mukaan duplexi-kaikukuvaus oli yhtä hyvä kuin tavanomainen angiografia kirurgisessa suunnittelussa ja lopputulosta mitattaessa. Tämä löydös on ristiriidassa diagnostista tarkkuutta kuvaavien tutkimusten kanssa, joiden mukaan duplexi-kaikukuvausten tarkkuus on huonompi kuin tavanomaisen angiografian.

Taloudellisen mallinnuksen mukaan koko alaraajaa kuvattaessa duplexi-kaikukuvausten aiheuttamat kustannukset laatupainotteista elinvuotta kohden ovat alhaisimmat. Kaksiulotteinen (2D) time-of-flight-tekniikalla tehty magneettiangiografia näyttäisi olevan kustannusvaikut-

tavin leikkausta edeltävä tutkimus, jos kuvaus rajataan vain polven ylä- tai alapuolelle.

JAANA ELBERKENNOU

PCR:llä tarkka ruokapatogeenidiagnoosi

Abubakar I ym. A systematic review of the clinical, public health and cost-effectiveness of rapid diagnostic tests for the detection and identification of bacterial intestinal pathogens in faeces and food. NCCHTA, 2007. www.ncchta.org

Noin 20 % Ison-Britannian väestöstä sairastuu ruokamyrkytykseen joka vuosi. Yleensä tauti parantuu itsestään ilman erityistä hoitoa, mutta osalla potilaista se voi kehittyä vakavaksi. Hoito riippuu taudinaiheuttajasta, minkä vuoksi se on tärkeää pyrkiä selvittämään.

Bakteerien aiheuttamien ruokamyrkytysten diagnosointiin yleisesti käytetyn uloste- tai ruokanäytteenäytteen tuloksen saamiseen voi mennä jopa viikko. Uudet diagnostiset testit, immuunimääritykset ja polymeerasiketjureaktiot (PCR) sen sijaan ovat varsin nopeita. Ne voivat lyhentää huomattavasti aikaa, joka kuluu patogeenien toteamiseen uloste- tai ruokanäytteestä. Britit pyrkivät katsauksessaan määrittämään bakteerien aiheuttamien ruokamyrkytysten diagnosointiin käytettyjen nopeiden testien diagnostista tarkkuutta ja kustannusvaikuttavuutta perinteiseen bakteeriviljelyyn verrattuna.

Nopeat diagnostiset testit, erityisesti kampakyobakteerien ja salmonellojen sekä E. coli O157:n havaitsemisessa käytetyt PCR-tekniikat ovat erittäin tarkkoja, monissa tapauksissa jopa viljelyä parempia. B. cereuksen, Cl. perfringensin ja S. aureuksen testausten hyödystä on vähemmän tietoa. Enemmän tietoa tarvitaan myös siitä, mitä hyötyä nopeammista ja tarkemmista testituloksista on

>>

taudin parantumisen kannalta.

Testien käytännön kustannuksista on saatavilla huonosti tietoa. Nopeiden testien käyttö yhdessä viljelyn kanssa ei todennäköisesti ole kustannusvaikuttavaa. Nopeiden testien hinnan alentuessa niillä voidaan ehkä kuitenkin kokonaan korvata viljelytekniikat.

JAANA ELBERKENNOU

SEULONTA

Riskiryhmien diabetesseulonta kannattaa

Waugh N ym. Screening for type 2 diabetes: literature review and economic modelling. NCHTA 2007. www.hta.ac.uk

40–70-vuotiaiden diabetesseulonta oli kustannusvaikuttavaa brittiraportissa. Vanhimpien ikäluokkien tai riskiryhmien seulonta antoi parhaan tuloksen. Kirjoittajat toteavat seulonnan kustannusvaikuttavuuden riippuvan enemmän seulontaposiitivisten henkilöiden seurannan ja jatkohoidon toteutuksesta kuin itse seulontaohjelmasta.

Henkilöillä, joilla aterian jälkeinen verensokeriarvo on koholla (impaired glucose tolerance, IGT), sydänsairauksien riski on 60 % suurempi kuin normaaliväestöllä. Dia-

beteksen seulontaa on perusteltu sillä, että tyypin 2 diabetes voi olla pitkään täysin oireeton, jolloin hoidon aloittaminen viivästyy ja lisätautien riski kasvaa. IGT-positiivisten henkilöiden sydän- ja verisuonitautien riskiä voitaisiin vähentää statiinilääkityksellä. Osalla heistä myös diabeteksen puhkeaminen saadaan oikealla hoidolla ehkäistyä.

Raportissa päädyttiin kaksivaiheiseen seulontaan. Ensi vaiheessa etsittäisiin ne henkilöt, joilla on kohonnut verenpaine tai ylipainoa. Toisessa vaiheessa mitattaisiin tähän riskiryhmään kuuluvien verensokeriarvot. Paras seulontatesti oli oraallinen glukosikoe (glukoosirasituskoe), mutta se on kallein, asiakkaalle hankala ja toistettavuudeltaan huono testi. Paastoplasman glukosin (fP-Gluk) mittauksella ei löydetä niitä, joilla on heikentynyt glukosin sietokyky. Glykoituneen hemoglobiinin (B-GHb-A1C) mittausta ei vaadi paastoamista ja saattaa olla paras kompromissi.

MAIJA SAIJONKARI

Tällä palstalla esitellään äskettäin ilmestyneitä HTA-raportteja. Tarkeimmat tiedot ja verkko-osoitteet ovat saatavilla osoitteessa www.ohtanen.fi.



Ingram



Jaana Isojärvi

Suomalaiset artikkelit huipulla

HTAi-kongressissa jaetaan kirjoituspalkinto parhaasta artikkelista, joka on ilmestynyt järjestön tieteellisessä julkaisussa edellisenä vuonna. International Journal of Technology Assessment in Health Care -lehteen lähetetään vuosittain kolmisensataa artikkelia, joista noin 60 julkaistaan. Lähetetyistä kirjoituksista noin 5% tulee Suomesta - olemme siis HTA-julkaisujen kuuden suurvallan joukossa!

Raati lukee kaikki edellisenä vuonna julkaistut kirjoitukset, valitsee niistä 12 parasta ja äänestää niiden joukosta voittajan. Finohtalaisten kirjoitukset ovat päässeet loppukilpailuun jo kolmena peräkkäisenä vuonna. Vuosikerran 2005 parhaana kirjoituksena palkittiin Pirjo Räsänen ym. kirjoitus. Vuoden 2006 loppukilpailuun pääsi peräti kaksi suomalaista artikkelia, kirjoittajinaan Pekka Kuukasjärvi ym. sekä jälleen Pirjo Räsänen ym., ja vuonna 2007 listalle ylsi Ilona Autti-Rämön ym. kirjoitus.

MM

LUKIJAPALAUTE 4/2008

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)

Korealaiset tutustuivat Finohtaan

Etelä-Korean Souliin on perustettu terveydenhuollon menetelmiä arvioiva yksikkö. Sen edustajat vierailivat kesäkuun lopulla Suomessa hakemassa tietoa toimintamalleista.

– Kuka tahansa voi lähettää meille aihe-ehdotuksia: teollisuus, lääkärit ja kansalaiset, kertoo Etelä-Korean HTA-ohjausryhmän puheenjohtaja Young-Jin Om.
– Terveysministeriö päättää terveydenhuollon käytännöistä ja tähän työhön se tarvitsee HTA-tietoa.

Korealaisten seitsenhenkkinen ryhmä tutustui Finohtan arkeen ja osallistui muun muassa henkilöstön toimistokokoukseen, jossa käsiteltiin ajankohtaisia, yhteisiä asioita kuten hankkeiden etenemistä ja tulevia kongresseja. Kokous pidettiin poikkeuksellisesti englanniksi.

Kokouksen yhteydessä HTA-ryhmän vetäjä Seong-Hi Park piti esitelmän Korean HTA-yksikön rakenteesta ja toimintamalleista. Koreassa on jo saatu valmiiksi muutamia arviointiraportteja, joista esimerkkinä esiteltiin maksakasvaimen poistoon soveltuvan menetelmän arviointi.



Ella Kuula

Finohtan päälikkö Marjukka Mäkelä sekä ylilääkäri Jaana Leipälä toivottivat menestystä HTA-työhön Koreassa. Kuvassa lakimies Kyung Hwan Lee (keskellä), professori Sang Seol Jung ja Korean HTA-ohjausryhmän puheenjohtaja Young-Jin Om.

Vierailu kesti kaksi päivää, joiden aikana korealaiset saivat tutustua useisiin finohtalaisiin ja kuulla muun muassa Finohtan hankkeista, työn organisoinnista, sidosryhmäsuhteista sekä HALO-toiminnasta. EK

IMPAKTI

Terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikön lehti

Kansainvälinen hoitosuositus-konferenssi Helsingissä

Guidelines International Network eli G-I-N järjestää yhdessä Duodecimin Käyvän hoidon kanssa kansainvälisen konferenssin Finlandia-talossa, Helsingissä 1.–3.10.2008. G-I-N-verkoston tavoitteena on parantaa terveydenhuollon laatua edistämällä hoitosuositusten systemaattista kehittämistä ja niiden soveltamista käytäntöön. Ilmoittaudu viimeistään 10.9.2008.

Lisätietoja: www.gin2008.org

Laadullinen tutkimus terveydenhuollon päätöksenteon tukena

Miten laadullista tutkimustietoa voidaan hyödyntää terveydenhuollon päätöksenteossa? Tähän paneudutaan G-I-N:in konferenssin satelliittisymposiumissa, joka pidetään Helsingissä 1.10.2008. Pääjärjestäjänä on Joanna Briggs -instituutti, joka tekee hoitotyön menetelmäarvioiteja.

Lisätietoja: www.joannabriggs.edu.au/events/2008Finland/

Cochrane-kollokvio Freiburgissa

Cochrane-yhteistyön XVI tapaaminen järjestetään Saksan Freiburgissa 3.–7. lokakuuta 2008. Teemana on "Evidence in the era of globalisation" eli maapalloistumisen tarjoamat haasteet ja mahdollisuudet järjestelmällisen tiedon kokoajille.

Lisätietoja: www.colloquium.info

EUnetHTA-verkoston konferenssi Pariisissa

EUnetHTA-verkosto kokoontuu Pariisiin marraskuun 20. päivänä teemanaan "HTA's Future in Europe". EUnetHTA yhdistää alueellisia ja kansallisia HTA-yksiköitä, tutkimuslaitoksia ja terveysministeriöitä.

Lisätietoja: www.eunetha.net



Terveydenhuollon 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.

Terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö Finohta tuottaa tietoa päätösten tueksi.

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

Finohta

Terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö
Finnish Office for Health Technology Assessment

YHTEYSTIEDOT

Sähköposti etunimi.sukunimi@stakes.fi

Helsingin toimisto:

Postiosoite
Stakes/Finohta
PL 220, 00531 Helsinki

Käyntiosoite
Lintulahdenkuja 4, 00530 Helsinki

Puhelin
(09) 39 671 (vaihte) / (09) 3967 2297

Faksi
(09) 3967 2278

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

Tampereen toimisto:

Postiosoite
Stakes/Finohta
Finn-Medi 3, Biokatu 10, 33520 Tampere

Käyntiosoite
Finn-Medi 3, Biokatu 10, 7. krs., Tampere

Puhelin
(03) 35 5111 (vaihte)

Faksi
(03) 3551 4300