



Liikuntavammaisten avustajakoirat >> sivu 12

Riskienhallinta arviointihankkeissa >> sivu 4

Ensimmäiset HALO-katsaukset valmiit >> sivu 9

Sisältö



Ingram

FINOHTAN TOIMINTAA

Arviointihankkeiden riskit hallintaan	4
Näin arviointiehtodotus etenee Finohtassa	6

HTA-VERKOSTO

Evidenssin eminenssit Suomessa	8
--------------------------------	---

HALO-KATSAUKSET

Haavan alipaineimuhoidon vaikuttavuus ja turvallisuus	9
Laskimonsisäinen laser suonikohjutaudin hoidossa	9
Maksan vajaatoiminnan kehonulkoisen tukihoidon	9
Vagushermostimulaattori depression hoidossa	10
Silmänpohjan nesteinen ikärappeuma	11
Tietokonetomografia sepelvaltimotaudin diagnostiikassa	11
Laskimotukoksen ehkäisy tekonivelleikkauksen yhteydessä	11



Invalidiiliitto ry

HTA-TIETOA

Avustajakoirista saatiin kaivattua tutkimustietoa	12
Liikuntavammaiset jonottavat avustajakoiria Suomessa	14

HTA-UUTUUKSIA

15

COCHRANE-KATSAUS

Olkapään kiertäjäkalvosinoireyhtymä	16
-------------------------------------	----

FINOHTAN HANKKEET

Koti- ja satelliittihemodialyysi	17
----------------------------------	----

HTA-UUTUUKSIA

18

UUTISET

22



Ingram

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

Julkaisija

Terveydenhuollon menetelmien arviointiyritys Finohta

Toimitus

Päätöimittaja **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

Painopaikka Kainuun Sanomat Oy, Kajaani 2008



Tanja Mikkola

HTA:n merkityksiä pohtimassa

HTA – mitä se on ja mitä siitä seuraa? HTA merkitsee yllättävän erilaisia asioita eri maissa. Yhtäällä HTA on vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointia yhden potilasryhmän kohdalla, mutta toisaalla sisältää hyvinkin kattavan analyysin teknologian käyttötavoista ja vaikutuksista.

Eroja on myös suhtautumisessa suositusten antamiseen. Jotkut tahot – Finohta mukaan lukien – sanoutuvat tiukasti irti suositusten antamisesta. Toisilla yksiköillä taas suositukset kuuluvat arviointiraporttien vakiosisältöön. Siten HTA:n sisältö vaihtelee kansainvälisesti, mikä kannattaa pitää mielessä, kun arviointien tuloksiin tutustuu.

Toinen merkitys HTA:lle löytyy siitä, miten tuloksia käytetään ja mitä arviointi lopulta saa aikaan – jos mitään. Joskus HTA-raportista löytyy selkeä tutkimusnäyttö tai muu analyysi, joka tukee tai kyseenalaistaa teknologian käyttöä. Silloin suositusten muotoilun ja päätösten tekemisen ei pitäisi olla kovin hankalaa. Harmillisen usein raporteista löytyy kuitenkin tyly toteamus puutteellisesta näytöstä. Tällöin on hyvin oleellista pitää tarkasti erillään tilanteet, joissa näyttö suuntaan tai toiseen *puuttuu* ja tilanteet, joissa hyvälaatuinen näyttö puhuu teknologian käyttöä *vastaan*. Tarkkana siis.

HTA:ssa on lopulta kyse *parhaan saatavilla olevan tiedon* käytöstä päätösten tukena. Ihanne-tilanteissa se voi sisältää tarkkoja lukuarvoja, mutta yhtä lailla hyödyllistä informaatiota on voitu tuottaa muilla tavoin. Enenevässä määrin arvioinnissa hyödynnetään myös muita kuin lääke- ja terveystaloustieteen tai epidemiologian tutkimusmetodeja. Esimerkiksi eettinen analyysi harvemmin antaa datamaista tietoa, vaan tuottaa pohdinnan, joka asettaa terveysammattilaiset ja ehkä koko yhteiskunnan arvovalintojen eteen. Eurooppalaisessa arvioinnissa myös monialaisuus syventyneenä tulevina vuosina käynnissä olevan EUnetHTA-yhteistyön myötä.

Lehden tässä numerossa käsitellään mm. arviointihankkeiden valintaa ja riskien hallintaa. Selväksi tulee myös se, että terveysteknologia voi merkitä monenlaisia asioita. Arvioitava menetelmä voi olla kotona käytettävä dialyysilaitte, dosetakseli-molekyylit tai ihmisen paras (nelijalkainen) ystävä. Siinäpä merkityksiä keräksään! ☺



Arviointihankkeiden riskit hallintaan

Arviointitutkimushanke voidaan nähdä palapelinä, joka kokoaa yhteen saatavilla olevat tiedon osat. Lopputuloksena on kokonaiskuva tutkitusta terveydenhuollon menetelmästä ja sen vaikutuksista. Riskienhallinta helpottaa arvioinnin sujumista.



Riskienhallinnan avulla tutkimushankkeissa varmistetaan, että työhön liittyvät riskit on kartoitettu, ymmärretty ja niiden estäminen on otettu osaksi hankkeen toteutusta. Riskienhallinnan vaiheet ovat riskien tunnistus, arviointi, kohdentaminen sekä läpikäyminen ja raportointi. Jokainen näistä vaiheista pitää sisällään viestintä- ja oppimisprosessin.

On hyvä erottaa toisistaan tutkimushankkeiden sisäiset ja ulkoiset riskit. Sisäiset voivat vaikuttaa tutkimushankkeen toteutukseen, ulkoiset taas siihen, millaisia reaktioita hanke valmistuessaan saa aikaan.

Menetelmien arviointihankkeen raportti voi esimerkiksi olla muodoltaan tekninen ja vaikealukuinen. Ettei niin kävisi, on tarpeen miettiä sekä aiheen rajausta että näkökulmia, kohderyhmiä ja ydinsanomaa.

RISKEJÄ VOIDAAN ENNAKOIDA

Finohta on kehittämässä tutkimushankkeidensa riskienhallintaan mallia, jonka pohjana on käytetty David Haileyn selvitystä (2005). Riskien arviointi jakautuu Haileyn mallissa kolmeen alueeseen

Taulukko 1. Arviointihankkeiden riskien tarkistuslista.

Kysymyksen asettelu ja resurssit

- aiheen valinta
- tehtävän rajaukset
- kysymysten määrittely
- aikataulu
- työryhmän valinta

Sisältö

- HTA-laadunvarmistus
- asiantuntijoiden näkökulmat (esim. käytettävyys)
- tulkintojen ja johtopäätösten oikeellisuus
- tutkimuksen tulosten arviointi
- ulkoinen arviointi

Viestintä

- ydinsanoma
- kohderyhmät
- tiedotuskanavat
- odotettavissa oleva palaute

(taulukko 1). Arviointi tehdään tutkimushankkeen käynnistyessä, toteutuksen aikana sekä tiedonvälitysvaiheessa. Riskienhallinnan tarkistuslistan avulla tunnistetaan mahdolliset riskitekijät, määritellään niiden taso ja hallintamahdollisuudet. Sitten verrataan eri toimenpidevaihtoehtoja ja yritetään valita sopivimmat keinot riskien vähentämiseksi. Riskien ilmaantuminen myös tunnistettujen alueiden ulkopuolelta on toki mahdollista.

Tehokas riskienhallinta menetelmien arvioinnissa vaatii viisasta navigointia toteuttajien, yhteistyökumppaneiden, yleisön ja päättäjien odotusten ristiaallokossa. David Hailey on osuvasti sanonut, että riskienhallinta on ”projekti jatkuvassa prosessissa”. Siinä saadaan ratkoa aina uusia riskejä, seurauksia ja vastauksia. ☹

NIINA KOVANEN

Hailey D, Juzwishin D. Risk Management for Health Technology Assessment Programs. AHFMR, 2005:31.

RISKIENHALLINTAA LYMFATERAPIAHANKKEESSA

Rintasyöpäpotilaiden lymfaterapia -hankkeen käynnistyessä kartoitettiin tekijöitä, jotka voisivat vaikeuttaa arviointia tai vaikuttaa tuloksiin ja niiden vastaanottoon. Merkittävimpinä riskeinä nähtiin, että ydinsanoma jää hämäräksi, tai että tulokset saattavat edellyttää muutoksia nykykäytäntöön. Riskinä pidettiin myös, että tuloksista otetaan vastaan vain omaa toimintaa tukevat osat, ei kriittisiä kohtia. Riskienhallinnassa asiantuntijaryhmällä oli tärkeä rooli. He olivatkin alusta lähtien seuraamassa hankkeen etenemistä ja menetelmävalintoja, sekä lopulta tarkistivat raportin päätelmät ja pohdinnat.

Taulukko 2 kokoaa lymfaterapiahanke alussa tunnistetut vähintään kohtalaiset riskit. Hankeraportin ilmestymisen jälkeen tärkeimmät riskit liittyivät viestintään, sillä raportin perusteella manuaalisen lymfaterapian vaikuttavuus osoittautui niukaksi. Riskienhallinnassa auttoi hyvin suunniteltu tiedotusyhteistyö ja kohderyhmien kanssa käyty aktiivinen keskustelu tutkimusnäytön merkityksestä.

HEIDI ANTILA

Taulukko 2. Finohtan sisäisten hankkeiden riskinarviointi, esimerkkinä lymfaterapiahanke.

Lymfaterapiahanke riskit	Riskin taso*	Riskin laatu	Hallintamahdollisuudet
Kysymyksen asettelu ja resurssit			
Aiheen valinta	2	tilaajien oma agenda kansanterveydellisesti pieni aihe	eri koulukunnat mukaan työryhmään rekisteriselvitys esiintyvyydestä
Aikataulu	2	lomat, asiantuntijat eivät ehdi	tarkistetaan aikataulu kokouksissa
Työryhmän valinta	2	suuri asiantuntijatyöryhmä	hyvin valmistellut kokoukset
Sisältö			
HTA-laadunvarmistus	2	virheellistä tietoa	kaksi riippumatonta arvioijaa, tiedot tarkistetaan alkuperäistutkimuksista
Tulkintojen ja johtopäätösten oikeellisuus	2	alkuperäisdata voi olla virheellistä	kriittinen suhtautuminen dataan
Viestintä			
Ydinsanoma	3	teksti ei avaudu kohderyhmille	asiantuntijaryhmä tarkistaa tekstin
Kohderyhmät	2	ei tavoiteta kaikkia	asiantuntijaryhmältä ja kyselystä yhteystiedot
Tiedotuskanavat	2	tiedotus ei ole samansuuntaista	tehdään yhteinen raportti, lehtijutut ja esitykset
Odotettavissa oleva palaute	3	tulokset voivat edellyttää toimintakulttuurin muutosta, ja nykykäytännön kriittistä arviointia	aktiivinen vuoropuhelu asiantuntijoiden kanssa näytön merkityksestä

* 1 = vähäinen riski, 2 = kohtalainen riski, 3 = merkittävä/suuri riski

Askarruttaako terveydenhuollon teknologia?

Näin arviointiehdotus etenee Finohtassa

Finohta pyrkii antamaan tietoa päättäjille tärkeistä teknologioista nopeasti ja osuvasti. Aiheita arviointiin voivat ehdottaa ketkä tahansa, sekä asiantuntijat ja terveydenhuollon päättäjät että yhteisöt ja yksityiset kansalaiset.



Finohtalle lähetettävän aihe-ehdotuksen ei tarvitse olla viimeistelty tutkimuskysymykseksi. Aie-ehdotuksen voi tehdä lomakkeella, joka löytyy internetistä osoitteesta finohta.stakes.fi, ja sen voi lähettää joko sähköisenä tai postitse Finohtaan.

Kaikki aie-ehdotukset ohjataan Finohtan kehittämispäällikkö Niina Kovalle, joka käsittelee aiheet yhdessä Finohtan seniorien kanssa. Aikeen taustatietojen selvittely annetaan tehtäväksi Finohtan työntekijälle, jolla on aiempaa tuntemusta aihepiiristä. Tämä esittelijä etsii menetelmästä tutkimustietoa kirjallisuushaun avulla; ensisijaisesti haetaan ajanmukaisia terveydenhuollon menetelmäarvioita ja Cochrane-katsauksia. Jos niitä ei löydy, etsitään muuta kirjallisuutta yleisimmistä tietokannoista, ja tarvittaessa esittelijä ottaa yhteyttä aie-ehdotuksen tekijään ja alan asiantuntijoihin. Myös muiden stakelaisten ammattitaito, asiantuntemus ja verkostot otetaan tarvittaessa käyttöön.

Aie-esitys taustatietoineen käsitellään Finohtan yksikkökokouksessa. Kokouksessa pohditaan, onko tieto riittävää ja luotettavaa, jolloin sen perusteella aie-esitykseen voidaan vastata nopeasti, vai vaatiiko vastauksen antaminen perusteellisempaa selvitystä. Silloin voidaan käynnistää esityksen

pohjalta arviointihanke. Aie voidaan myös ohjata jonkin toisen yksikön käsiteltäväksi Stakesissa tai muualla. Yksikkökokous päättää, miten aie-ehdotuksen tekijälle vastataan.

AIE-EHDOTUKSET JATKOSSA NETTIIN

Finohtan saamista aie-ehdotuksista siis etsitään kirjallisuuden antama tutkimusnäyttö ja hankitaan tarvittaessa pätevät asiantuntija-arviot esityksen tueksi. Yksikkökokous punnitsee näytön ja päättää, tarvitaanko lisätietoa tai asiantuntija-arvioita, vastataanko esityksen tekijälle olemassa olevan näytön perusteella, ohjataanko aie sopivalle yhteistyökumppanille vai tehdäänkö aikeesta Finohtan hanke. Jatkossa kokoamme tiedot Finohtaan tulleist aie-ehdotuksista, niiden käsittelystä sekä annetuista vastauksista nettisivuillemme.

SOPIVAN NOPEA, SOPIVAN LAAJA

Terveydenhuollon menetelmistä esitetty kysymys voi Finohtan esittelijän alustavassa selvityksessä osoittautua paljon laajemmaksi – tai paljon suppeammaksi – kuin kysyjä on arvioinut. Ehdotuksia voidaankin ohjata nopeampaan tai perusteellisem-

>>

VASTAUS LÄÄNINLÄÄKÄRILLE KUUKAUDESSA

Etelä-Suomen lääninlääkäri Kirsti Riihelä teki Finohtalle syyskuussa 2006 tiedustelun dystonia-potilaiden hoitokäytännöistä. Kymen Dystoniakerho oli ilmaissut lääninhallitukselle huolensa dystoniapotilaiden erilaisista hoitokäytännöistä ja tasa-arvoisuuden toteutumisesta laadukkaan hoidon saamisessa. Dystonia-taudeissa lihakset toimivat usein yliaktiivisesti.

Aikeen esittelijäksi valittiin erikoistutkija Sirpa-Liisa Hovi ja hänen työparikseen sisältöasiantuntijana Finohtan ylilääkäri Ilona Autti-Rämö. Nopean haun tuloksena löytyi vain yksi satunnaistettu tutkimus botuliinitoksiinihoidon injektiotekniikan vaikutuksista hoidon tulokseen dystoniassa. Asiantuntijamielipidettä kysyttiin kahdelta kokeneelta kliinikolta. Näiden pohjalta finohtalaiset laativat vastauksen lääninhallituksen tiedusteluun.

Vastaus kertoi, ettei botuliinitoksiinin antoon ole kansainvälisesti sovittua menetelmää. Elektromyografiaohjauksen lisäksi käytetään lihaksen sähköistä stimulaatiota neulan oikean paikan varmistamiseksi. Pistoksia annetaan myös lihaksen sormin tunustelun avulla, erityisesti kun lihas on pinnallinen ja hoidettavien lihasten valinta sekä neulan sijainti lihaksessa ovat kliinisesti yksiselitteisiä. Onnistuneen botuliinitoksiinihoidon edellytyksinä ovat hyvä kliininen diagnostiikka (todella kyseessä dystonia), oikea lihasvalinta (tunnistetaan, mitkä lihakset aiheuttavat dystonisen liikemallin), oikea annostus ja oikea injektiotekniikka (pistetään lihakseen, jonka toiminta on varmistettu poikkeavaksi).

Vastausluonnos hyväksyttiin lokakuun yksikkökokouksessa ja lähetettiin lääninlääkärille.



Ingram

paan selvitykseen riippumatta siitä, mihin kysymys aluksi on suunnattu.

Esimerkiksi laihdutusleikkauksien vaikuttavuutta koskeva katsausehdotus siirrettiin Finohtan ja sairaanhoitopiirien yhteisestä HALO-ohjelmasta Finohtan yksikkökokouksen käsittelyyn helmikuussa 2008, koska se todettiin liian laajaksi HALO-ohjelmassa selvitettäväksi. Yksikkökokouk-

ssa päätettiin tehdä aiheesta laaja katsaus, jollaisen valmistumiseen kuluu aikaa 12–24 kuukautta. Siihen kuuluu myös arvio laihdutuskirurgian eettisistä kysymyksistä ja vaikutuksista hoidon organisointiin. Valmistusta tulee siis aikaisintaan vuonna 2009. ▾

MINNA SARELAHTI (ENT. KÄRKKÄINEN)
ILONA AUTTI-RÄMÖ
SIRPA-LIISA HOVI

MITEN VAUVAN PITÄISI NUKKUA?

Eräs toinen aie-ehdotus tuli lokakuun viimeisenä päivänä 2006. Se käsitteli sairaaloissa vastasyntyneiden vanhemmille annettavaa nukuttamisohjetta. Lastentautien erikoislääkäri Turkka Kirjavainen halusi tietää, otetaanko sairaaloiden ohjeissa huomioon tuoreet tutkimustulokset nukuttamisasennon yhteydestä kätkytkuolemariskiin. Aikeen esitteli lääketieteellinen kirjoittaja Minna Kärkkäinen työparinaan niin ikään Ilona Autti-Rämö. Aiheesta ei löytynyt HTA-raportteja, mutta useita muita tutkimuksia, sekä tapaus-verrokkitutkimuksia että meta-analyseja.

Finohta kysyi yliopistosairaaloilta, millaista nukuttamisohjeistusta ne antavat vastasyntyneiden vanhemmille. Kyselyyn vastanneista neljästä sai-

raalista kaikilla ei ollut kirjallista ohjetta; mikään sairaaloista ei suositellut vatsallaan nukuttamista, mutta kylki- ja selkäasennossa nukuttamisen ohjeistus vaihteli sairaaloittain. Osa sairaaloista toivoi yhteistä, valtakunnallista suositusta imeväisikäisten nukuttamisesta.

Yksikkökokous päätti, että runsaan tutkimustiedon vuoksi aiheesta ei ole tarpeen aloittaa Finohtan hanketta. Koska Finohta ei tee hoitosuosituksia, tiedusteli se joulukuussa Lastenlääkäriyhdistyksen mahdollisuutta tehdä kansallinen suositus tutkimusnäyttöön perustuen. Yhdistys pyysi työhön lastentautien erikoislääkäri Turkka Kirjavaisen, ja valmis suositus on saatavilla yhdistyksen nettisivuilla.



Käypä hoito

Evidenssin eminenssit Suomessa

Finlandia-talossa järjestään G-I-N-kongressi 1.-3.10.2008. G-I-N-lyhenteen takana ei ole kysymys alkoholipitoisesta aineesta, vaan kansainvälisestä hoitosuositusjärjestöstä.

HTA
VERKOSTO

Kansainvälisen G-I-N-verkoston (Guidelines International Network) jäsenyys yhdistää suomalaisia näyttöön perustuvan terveydenhuollon (EBHC) toimijatahoja: Duodecimin Käypää hoitoa ja Lääkäriin tietokantoja sekä Finohtaa ja Rohtoa.

Suomalaiset EBHC-verkoston jäsenet tekevät tiivistä yhteistyötä. Monet tiedon kokoamisen ja tiivistämisen menetelmät ovat yhteisiä. Hoitosuosituksista tai menetelmäarviointia varten ehdotetuista aiheista keskustellaan. Samalla voidaan miettiä, minkä organisaation tehtäväksi tiedon kokoaminen tietystä aiheesta parhaiten sopisi.

Kotimaisen verkoston lisäksi sekä hoitosuosituksen että menetelmäarvioiden tekijät pitävät tiiviisti yhteyttä kansainvälisiin kollegoihin. Yhteisiä työmenetelmiä kehitetään ja parhaista toimintatavoista otetaan mallia. Tiedon tuottajat myös tutkivat työnsä laatua ja vaikuttavuutta ja oppivat toisiltaan tieteellisissä kokouksissa.

KOHTA SATA HOITOSUOSITUSTA

Käypä hoito -suosituksilla on tärkeä asema suomalaisessa terveydenhoidossa, sillä valtakunnalliset suositukset antavat hyvän pohjan alueellisille hoito-ohjelmille ja hoitoketjuille. Niitä on käytetty paljon myös sosiaali- ja terveysministeriön vahvistamissa kiireettömän hoidon perusteissa.

Käypä hoito -suosituksia on tehty pian 15 vuotta. Valmiina on 83 suositusta ja tekeillä 18. Suosituksia myös päivitetään kolmen vuoden välein, joten Käypä hoito -suositusten pohjana on ajantasainen tutkimustieto, jonka suomalaiset terveydenhuollon asiantuntijat ovat kriittisesti ja järjestelmällisesti arvioineet ja yhdistäneet terveydenhuollon päätöksen tueksi.

HOITOSUOSITUSKONFERENSSI FINLANDIA-TALOSSA

Lokakuussa pidettävää G-I-N-järjestön vuosikokousta ja sen yhteydessä järjestettävää kongressia isännöi Duodecimin Käypä hoito -organisaatio yhdessä G-I-N-verkoston kanssa Helsingissä. Tänä vuonna on siis turha lähteä merta edemmäs kalaan, vaan nyt on hyvä tilaisuus osallistua kansainvälisen hoitosuositusverkoston konferenssiin kotimaassa.

LISÄTIEDOT JA ILMOITTAUTUMISET: www.gin2008.org

KÄYPÄ HOITO: www.kaypahoito.fi

G-I-N:in satelliittisymposium 1.10.2008

"A world of difference: Putting a qualitative stamp on evidence synthesis"

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

Kannattaako uusi menetelmä ottaa käyttöön?

Tuoreet katsaukset päätösten tueksi



HALO-katsauksissa arvioidaan uusien menetelmien tehoa ja turvallisuutta. Katsaukset tehdään sairaanhoitopiirin ja Finohtan yhteistyönä ja ne julkaistaan kokonaisuudessaan Suomen Lääkäri-lehdessä. Impaktissa julkaistaan HALO-katsauksien tiivistelmät, joista tässä ensimmäiset seitsemän.

Haavan alipaineimuhoitoon vaikuttavuus ja turvallisuus

Viime vuosina alipaineimuhoidon käyttö on levinnyt laajaan käyttöön akuuttien ja kroonisten ongelmahaavojen hoidossa. Kliiniset kokemukset hoitomenetelmästä ovat olleet lupaavia.

Katsauksessa arvioidaan haavan alipaineimuhoitoon vaikuttavuutta ja turvallisuutta. Mukana on 13 satunnaistettua hoitotutkimusta, joista vain yksi luokiteltiin menetelmällisesti tasokkaaksi.

Tämän hetkisen näytön perusteella alipaineimuhoidon on yhtä tehokas tai tietyissä tapauksissa tehokkaampi kuin muu nykyaikainen haavan paikallishoito. Päätelmään on kuitenkin suhtauduttava varauksella tutkimuksiin liittyvien menetelmällisten heikkouksien takia. Eniten tutkimusnäyttöä on diabeettisten ja erilaisten kroonisten alaraajahaavojen alipaineimuhoitoon vaikuttavuudesta, jos haava-alueen verenkierto on riittävä. Päätös alipaineimuhoitoon aloituksesta ja hoidon seuranta on hyvä jättää haavojen hoitoon perehtyneille yksiköille. Hoito voi tapahtua perusterveydenhuollon osastolla tai kotona kotisairaanhoidajan valvomana. Laadukkaiden satunnaistettujen kokeiden tarve on ilmeinen. Kotimainen tutkimus tuottaisi meidän oloihimme soveltuvaa tietoa kustannusvaikuttavuudesta.

Vesa Juutilainen, Pirkka Vikatmaa, Pekka Kuukasjärvi, Antti Malmivaara. Haavan alipaineimuhoitoon vaikuttavuus ja turvallisuus. *Suom Lääkäril* 2007;62:3169-75.

Laskimonsisäinen laser suonikohjutau-din hoidossa

Alkuperäisjulkaisuihin perustuva järjestelmällinen katsaus pinnallisten laskimorunkojen vajaatoiminnan hoitoon käytettävän suonensisäisen laserhoidon vaikuttavuudesta ja turvallisuudesta osoitti, että laskimonsisäinen laserhoito soveltuu lähinnä pinnallisten laskimorunkojen hoitoon. Kohjuiset sivuhaarat poistetaan kirurgisesti tai hävitetään vaahtoskleroterapialla, joko saman toimenpiteen aikana tai myöhemmin. Lyhyissä, yhden vuoden

seurannoissa laskimonsisäinen laserhoito on lupaava menetelmä, jonka tulos pinalaskimovajaatoiminnan korjaantumisen osalta näyttäisi olevan perinteiseen kirurgiaan verrattavissa. Tietoa pitkäaikaistuloksista on kuitenkin vähän. Vakavia haittavaikutuksia on raportoitu vähän, mutta yksittäistapauksia on kuvattu. Toipuminen laserhoidon jälkeen näyttäisi olevan nopeampaa kuin perinteisen kirurgian jälkeen. Kontrolloitujen tutkimusten heikko laatu vaikeuttaa johtopäätösten tekoa.

Laskimonsisäinen laserhoito voidaan toteuttaa paikallispuudutuksessa polikliinisesti toimenpidesalissa. Hoidon antajilla tulisi olla riittävä tietämys laskimosairauksien patofysiologiasta, diagnostiikasta ja hoidosta; erityisesti vankka kokemus ultraäänitutkimuksen tekemisestä. Oman työn tuloksia tulisi arvioida uutta menetelmää käyttöönotettaessa. Suonikohjutautia hoitavan lääkärin tulee informoida potilasta eri hoitovaihtoehdoista, hoitojen odotettavissa olevista hyödyistä ja haitoista sekä pitkäaikaisen seurantatiedon niukkuudesta.

Anders Alback, Jukka Saarinen, Antti Malmivaara, Pekka Kuukasjärvi. Laskimonsisäinen laser suonikohjutau-din hoidossa. Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. *Suom Lääkäril* 2007;62: 3519-27.

Maksan vajaatoiminnan kehonulkoisen tukihoidon – MARS®

Maksasairaudet ovat yleistyneet ja niihin kuolleiden määrä on kasvanut viime vuosina selvästi. Maksan vajaatoiminnan ulkoinen tukihoidon on uusi, verrattain kallis hoito, joka sopii osalle maksapotilaista. Tukihoidon voi tarjota lisäaikaa sopivan siirännäisen löytymiselle. Osa myrkytyspotilaista voi toipua tukihoidon avulla ja välttyä maksansiirrosta.

Toimintamallista riippumatta maksansiirtoa mahdollisesti tarvitsevien potilaiden hoito on pitkien etäisyyksien Suomessa syytä keskittää elinsiirtokeskukseen, jossa voidaan päivittäin tehdä arvio maksansiirron tarpeesta ja jossa on valmius tehdä ajoissa

>>



Ingram

maksansiirto. Maksan toiminnan akuutisti pettäessä taudin kulku on arvaamaton ja se voi edetä nopeasti peruuttamattomiin elinvaurioihin. Vaikean vajaatoiminnan vaiheessa potilaan siirto on hengenvaarallista.

Maksakirroosipotilaiden määrä kasvaa ja heistä vain pieni vähemmistö täyttää maksansiirron kriteerit. Tämän ryhmän potilaille tulisi sopia yhtenäinen hoitokäytäntö. Maksansiirron piirissä olevien kirroosipotilaiden taudin äkillisen pahenemisen hoito olisi perusteltua keskittää maksansiirtokeskukseen. Edellytys sille, että uusia MARS® -hoitokeskuksia perustetaan, on riittävä henkilökunnan osaaminen ja koulutus maksan toiminnan pettämisen hoitoon ja kehonulkoiisiin puhdistushoitoihin sekä kunnollinen tulosten seuranta ja avoin keskusteluyhteys eri keskuksien välillä.

Helena Isoniemi, Anna-Maria Koivusalo, Risto P. Roine, Minna Kärkkäinen, Marjukka Mäkelä. Maksan vajaatoiminnan kehonulkoinen tukihoito – MARS®. Suom Lääkäril 2007;62:4403-8.

Vagusermostimulaattori hoitoresistentin depression hoidossa

Vagusermostimulaattoria käytetään lääkehoitoon reagoimattoman epilepsian hoidossa. Stimulaattori asennetaan leikkauksessa rintakehän yläosaan ihon alle. Sitä säädetään hoitovasteen mukaan tietokoneen avulla. Koska stimulaattorin on epilepsiapotilailla havaittu vaikuttavan mielialaankin, sitä on kokeiltu myös vaikea-asteisen depression hoitoon.

Laajassa haussa depression vagusermostimulaattorihoitosta löytyi vain yksi satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, eivätkä sen tulokset ole vakuuttavia. Vagusermo-stimulaattorihoitosta vaikeassa depressiossa on niin vähän luotettavaa näyttöä, että sitä voi korkeintaan tutkia tieteellisesti. Satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia onkin meneillään ja ensimmäisiä tuloksia voidaan odottaa vuonna 2009.

Minna Kaila, Maija-Liisa Lehtonen, Minna Kärkkäinen, Jari Tiihonen. Vagusermostimulaattori hoitoresistentin depression hoidossa. Suom Lääkäril 2008;63:271-74

Silmänpohjan nesteinen ikärappeuma: mitä tiedämme lasiaisen sisäisestä angiogeneesin estosta?

Silmänpohjan nesteinen ikärappeuma on merkittävinkin näkövammaisuuden aiheuttaja Suomessa. Sen hoito on aloitettava kiireellisesti (alle kolmessa viikossa) näön menetyksen uhatessa. Lasiaseen injisointavat, verisuonimuodostusta estävät lääkkeet näyttävät olevan merkittävä parannus tämän potilasryhmän hoidossa. Hoito näyttää tehoavan hyvin, ja haittavaikutuksia tulee harvoin, kun toimenpide suoritetaan asianmukaisesti ja steriileissä olosuhteissa. Vakavin komplikaatio on endoftalmiitti, joka voi aiheuttaa näön menetyksen.

Tutkimustieto lääkkeiden tehosta ja turvallisuudesta on peräisin satunnaistetuista tutkimuksista (pegaptanibi, ranibitsumabi) tai laajoista potilassarjoista (bevasitsumabi). Kaikkien osalta tieto pitkäaikaisvaikutuksista ja haittavaikutuksista puuttuu vielä. Tekeillä on bevasitsumabia ja muita verisuonimuodostuksen estäjiä vertailevia satunnaistettuja tutkimuksia. Näiden ensimmäisiä tuloksia voidaan odottaa vuonna 2009.

Tapani Palosaari, Eeva Mäkinen, Marko Kataja, Pirjo Räsänen, Minna Kaila, Hannu Uusitalo. Silmänpohjan nesteinen ikärappeuma: mitä tiedämme lasiaisen sisäisestä angiogeneesin estosta? Suom Lääkäril (lähetetty).

Korvaako 64-rivitetokonetomografia kajoavan varjoainekuvauksen sepelvaltimotaudin diagnostiikassa?

Monirivitetokonetomografian diagnostinen osuus sepelvaltimoiden kuvantamisessa selvitetiin järjestelmällisellä kirjallisuuskatsauksella. Monirivi-TT ei korvaa kajoavaa varjoainekuvausta sepelvaltimotaudin diagnostiikassa, mutta tarjoaa vaihtoehdon tietyissä tilanteissa. Julkaistuissa tutkimuksissa kohderymänä ovat olleet potilaat, joiden sepelvaltimotaudin todennäköisyys oli määritetty niin suureksi, että kajoava katetriangiografia oli tarpeen. Menetelmän havaittu kyky poissulkea ahtauttava sepelvaltimotauti on kuitenkin johtanut monissa keskuksissa käyttöön toisessa potilasryhmässä: kohteena ovat matalan riskin potilaat, joilla sepelvaltimotauti halutaan sulkea pois.

Monirivitetokonetomografian käyttöalueet ovat moninaiset, ja laite hankitaan yleensä radiologian yksikköön. Kardiologin kliininen asiantuntemus on olennaista potilasvalinnassa.

Ukkonen Heikki, Lohela Pentti, Mäkinen Eeva, Kaila Minna. Korvaako 64-rivitetokonetomografia kajoavan varjoainekuvauksen sepelvaltimotaudin diagnostiikassa? Suom Lääkäril 2008, painossa.

Laskimotukoksen ehkäisy lonkan ja polven elektiivisen tekonivelleikkauksen yhteydessä

Lonkan ja polven tekonivelleikkaus on potilaalle turvallinen ja palauttaa useimmiten kivuttoman toimintakyvyn. Tekonivelleikkauksiin liittyy kuitenkin laskimotukosvaara. Ilman tukoksen ehkäisyä vaara on suuren riskin potilaalla jopa 40–80% ja kohtalokas keuhkoembolian ilmaantuvuus on 1–5%. Jokaiselle leikkauspotilaalle räätälöidään tukosriskin perusteella ehkäisyohjelma käyttäen fysikaalisia ja lääkinnällisiä menetelmiä. Tämä on osa lonkan ja polven tekonivelleikkauksen hyvää hoitoa.

Pienimolekyylinen hepariiniprofylaksi neljä viikkoa lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen on tutkitusti tehokas. Polven tekonivelleikkauksen jälkeen vaikuttava profylaksin kesto on vähintään 10 vuorokautta, mutta suuren tromboosivaaran potilaille sitä jatketaan ainakin neljä viikkoa. Fondaparinuksi soveltuu suuren riskin potilaille. Eri erikoisalojen asiantuntijat (esim. hematologia, kardiologia) suunnittelevat ongelmapotilaiden hoidon yhdessä ortopedin kanssa.

Matti Halinen, Riitta Lassila, Hannu Miettinen, Minna Kärkkäinen, Minna Kaila. Laskimotukoksen ehkäisy lonkan ja polven elektiivisen tekonivelleikkauksen yhteydessä – HALO-katsaus. Suom Lääkäril 2008, painossa.

Sairaanhoitopiirit HALO:n tahtiin

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen hallittuun käyttöön otettuun tähtäävä kansallinen ohjelma, HALO, käynnistyi joulukuussa 2005. Erikoisaloilla otetaan jatkuvasti käyttöön uusia diagnostiikka- ja hoitomenetelmiä. Niiden vaikuttavuutta ja turvallisuutta on usein tutkittu vasta alustavasti, jolloin perusteltu päätöksenteko on vaikeaa. Päätöksenteon käytännöt vaihtelevat ja kukin sairaanhoitopiiri, jopa yksittäinen klinikko, kulkee omaa tahtiaan menetelmien käyttöönotossa.

HALO-ohjelman tavoite on luoda yhteisesti sovitut toimintatavat, joilla varmistetaan käyttöön otettavien terveydenhuollon uusien menetelmien riittävä vaikuttavuus ja turvallisuus. HALO-ohjelman uusi neuvottelukunta pohdii yhteisiä toimintatapoja raportteihin kootun tiedon pohjalta. Neuvottelukunta kokoontuu ensimmäisen kerran toukokuussa 2008.



Kristiina ja avustajakoira Viki

Avustajakoirista saatiin kaivattua tutkimustietoa

Avustajakoira on yksi vaihtoehto, kun mietitään, miten liikuntavamman henkilön arkea voidaan helpottaa. Kanadalaiset selvittivät avustajakoirien tehoa, turvallisuutta ja toimintaa.

HTA
TIETOA

Vuonna 1998 eräs yksityishenkilö esitti Québecin sosiaali- ja terveysministeriölle pyynnön siitä, että liikuntavammaisten avustajakoirat sisällytettäisiin sairausvakuutuksen korvaamiin apuvälineisiin sokeille tarkoitettujen opaskoerien tapaan. Ministeriö pyysi paikallista terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikköä AETMIS:ta (Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé) arvioimaan avustajakoirien tehoa, turvallisuutta ja kustannuksia sekä ottamaan kantaa siihen, pitäisikö koirien sijoittamista rahoittaa julkisin varoin.

YHDEKSÄN TIETEELLISTÄ TUTKIMUSTA

Kirjallisuushaku tietokannoista tuotti tulokseksi yhteensä sata artikkelia, joista katsauksen mukaan-ottokriteerit täytti kolmekymmentä. Yhdeksässä tieteellisessä tutkimuksessa arvioitiin avustajakoirien suoritumista. Työtehtävistä suoritumi-

sen lisäksi tarkasteltiin myös muita tulosuuttujia, kuten riskejä, koiran käyttöön liittyviä ongelmia, hankinta- ja ylläpitokustannuksia sekä sitä, kuinka paljon avustajakoiran käyttö vähensi ihmisavun tarvetta. Näistä aiheista saatiin tietoa kansainvälisen kirjallisuuden lisäksi myös konsultoimalla alan erikoisjärjestöjä.

AVUSTAJAKOIRAT OVAT TEHOKKAITA JA TURVALLISIA

Liikuntavammaisten avustajakoirat on tarkoitettu henkilöille, joilla on ylä- tai alaraajojen pysyviä liikuntarajoitteita ja jotka tarvitsevat apua itsenäisempään toimintaan päivittäisessä elämässään. Avustajakoirat voidaan kouluttaa suorittamaan viittä eri avustustoimintoa: tarttuminen, siirtäminen, tukeminen, vetäminen ja huomion herättäminen. Ne pystyvät noutamaan esineitä, avaamaan ovia ja painamaan katkaisijoita sekä avustamaan



asennon vaihtamisessa, lattialta ylös nousemisessa tai paikasta toiseen siirtymisessä. Koirat voivat myös vetää pyörätuolia ja avustaa kävelyrajoitteista henkilöä esteiden, kuten jalankulkutien reunan, ylittämässä sekä tasapainon säilyttämisessä.

Avustajakoirien kliinistä tehoa arvioitiin toiminnallisilla ja psykososiaalisilla tulostuloksilla. Koirat toteuttivat tehokkaasti tehtävät, joihin ne on koulutettu, ja lisäsivät avustettavan henkilön riippumattomuutta päivittäisissä toiminnoissa. Useissa tutkimuksissa todettiin, että avustajakoirilla on positiivinen psykososiaalinen vaikutus: ne lisäsivät avustettavien itsearvostusta, turvallisuuden tunnetta, sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta sekä paransivat heidän psyykkistä hyvinvointiaan. Avustajakoirat vähensivät teknisten apuvälineiden käyttöä ja pienensivät huomattavasti ihmisavustajan työtuntimäärää.

Kirjallisuudesta löytyi jonkin verran tietoa avustajakoirien mahdollisista riskeistä käyttäjille sekä ongelmista, jotka saattavat aiheutua koiran läsnäolosta julkisissa paikoissa. Tällaisia olivat koiran

Avustajakoira noutaa, vetää, nostaa ja tukee.

käyttäytymishäiriöt, avustettavan kykenemättömyys huolehtia koirasta asianmukaisesti, koiran huomion kiinnittyminen pois työtehtävästä julkisella

paikalla ja koiran läsnäolon mahdollisesti aiheuttamat terveystriskit. Tutkimusten mukaan koiran käyttäytymiseen liittyvät riskit ovat hyvin vähäiset. Lisäksi Québecissa riskejä pienentää avustajakoirien valinnasta, koulutuksesta, sijoittamisesta ja jälkiseurannasta vastaavan MIRA-säätiön (MIRA Foundation) laadunvarmistus.

Avustajakoiria käytetään vammaisten lasten apuna kouluissa. Sekä MIRA-säätiön seurantatulokset että koulu yhteisön mielipiteet ovat olleet myönteisiä. Mahdollisia esiin tulevia ongelmatilanteita voivat olla esimerkiksi muiden lasten koirapelko tai allergia, mutta näiden ratkaisemiseen löytyy vaihtoehtoja.

KOHTUULLISET KUSTANNUKSET

Koiran hankintaan ja ylläpitoon liittyvät kustannukset saattavat muodostua esteeksi liikuntavammaisille, jotka muutoin hyötyisivät tällaisesta apuvälineestä. Julkisen sairausvakuutuksen osallistuminen koiran ostamiseen ja ylläpitokustannuksiin parantaisi palvelun saatavuutta. Tällöin noudatettaisiin niitä yhtäläisen saatavuuden ja samanarvoisuuden periaatteita, joille koko terveydenhuoltojärjestelmä rakentuu.

Tällä hetkellä Québecin sairausvakuutus myöntää näkövammaisille 210 dollaria (n. 140 euroa) opaskoiran ostamiseen ja korvaa koiran ylläpitokustannuksia 700 euroa vuodessa. Tämä summa

>>

kattaa 75 % todellisista vuosikuluista. Erotuksen maksaa koiran käyttäjä.

Nykyisen ohjelman laajentaminen koskemaan opaskoirien lisäksi myös avustajakoiria maksaisi vuodessa alle 340 000 euroa ajanjaksolla 2006–2010. Tässä viisivuotissuunnitelmassa avustajakoirien käyttäjämäärä nousisi 340:stä 425:een Québecissa, jossa asuu 7,7 miljoonaa ihmistä.

Katsaukseen mukaan otettujen tutkimusten laatu arvioitiin vain kohtalaiseksi. AETMIS katsoo kuitenkin niistä löytyvän riittävästi näyttöä siitä,

että liikuntavammaisten avustajakoirat suorittavat hyödyllisiä työtehtäviä turvallisesti ja kohtuullisin kustannuksin. Siksi AETMIS suosittaa avustajakoirien sisällyttämistä sairausvakuutuksen korvaamien apuvälineiden listaan Québecissa. ☺

EVA KIURA

Khelia I, et al. Mobility assistance dogs for mobility-impaired people. AETMIS, 2007. www.aetmis.gouv.qc.ca

Liikuntavammaiset jonottavat avustajakoiria Suomessa

Avustajakoirayhdistyksen puheenjohtajalla Pekka Hätisellä on itsellään ollut avustajakoirana labradorinnoutaja Arttu muutaman vuoden. Artun tärkeimpiä tehtäviä ovat tavaroiden poimiminen ja noutaminen sekä esimerkiksi ovien avaaminen.

Avustajakoirille opetetaan erilaisia yksilöllisiä taitoja käyttäjien tarpeista riippuen. Osa koirista osaa esimerkiksi vetää pyörätuolissa istuvaa käyttäjäänsä. Tällä hetkellä Suomessa on nelisenkymmentä ammattissaan toimivaa avustajakoira.

Avustajakoiratoiminnasta vastaa Invalidiliitto Raha-automaattiyhdistyksen myöntämällä varoilla. Koirat kasvatetaan ja koulutetaan Yrkesinstitut Sydvästissä Kemiön saarella.

– Yhden avustajakoiran kasvatus ja koulutus maksaa noin 15 000 euroa, Pekka Hätinen arvioi. Koulutuksen jälkeen Invalidiliitto ostaa koirat. Käyttäjä saa koiran ilmaiseksi, mutta vastaa koiran ruokinnasta ja perusrokotuksista. Invalidiliitto maksaa pienen omavastuuosuuden jälkeen muut hoitokulut.

Invalidiliiton kautta työtehtäviinsä valmistuu neljästä viiteen koira vuodessa. Avustajakoirayhdistys on myös rahoittanut lahjoitusvaroilla muutaman koiran koulutuksen, joten kaiken kaikkiaan normaalinä vuonna saadaan kuudesta kahdeksaan uutta avustajakoira. Suurin osa näistä menee vanhoille käyttäjille. Uusia hakijoita on jonossa kymmeniä.

Pekka Hätisen mukaan yksi Avustajakoirayhdistyksen tärkeimmistä tavoitteista on saada avustajakoirille samanlainen asema kuin sokeiden opaskoirilla.

– Ongelmana ei niinkään ole koiran lainopillinen status. Lain mukaan avustajakoirilla on jo yhtäläiset oikeudet esimerkiksi liikkua julkisilla paikoilla kuin sokeiden opaskoirilla. Haluaisimme kuitenkin, että sosiaali- ja terveysministeriö rinnastaisi avustajakoirat opaskoiriin nimenomaan rahoituksen puolesta. Näin avustajakoiratarpeeseen pystyttäisiin vastaamaan kohtalaisen hyvin eikä toiminta olisi riippuvaista RAY:n rahoituksesta, joka myönnetään vain

vuodeksi kerrallaan eikä siis takaa toiminnan jatkuvuutta, Pekka Hätinen kertoo.

Kansanedustaja Paula Risikko on tehnyt aloitteet avustajakoirien koulutukseen tarkoitettun rahan saamiseksi vuoden 2006 ja 2007 valtion budjetteihin, mutta aloitteet on hylätty.

EVA KIURA

Lisätietoja avustajakoirista: www.avustajakoira.fi



Ulla ja avustajakoira Ville

Invalidiliitto ry

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

DIAGNOSTIIKKA

Cost-effectiveness of functional cardiac testing in the diagnosis and management of coronary artery disease: a randomised controlled trial. The CECaT trial. NCCHTA, 2008.

Evaluation of optical coherence tomography in the diagnosis of age related macula degeneration compared with fluorescence angiography. DAHTA, 2007.

Routine preoperative tests – are they necessary? IHE, 2007.

Obstructive Sleep Apnea-Hypopnea Syndrome: modeling different diagnostic strategies. AHRQ, 2007.

LAITTEET

Continuous Renal Replacement Therapy in Adult Patients with Acute Renal Failure: Systematic Review and Economic Evaluation. CADTH, 2007.

Implantable Cardiac Defibrillators for Primary Prevention of Sudden Cardiac Death in High Risk Patients: A Meta-Analysis of Clinical Efficacy, and a Review of Cost-Effectiveness and Psychosocial Issues. CADTH, 2007.

Remote Cardiac Monitoring. AHRQ, 2008.

Ventricular Assist Devices for Heart Failure. DAHTA, 2007.

LÄÄKKEET

Adalimumab, alefacept, efalizumab, etanercept, and infliximab for severe psoriasis vulgaris in adults: budget impact analysis and review of comparative clinical- and cost-effectiveness. CADTH, 2007.

A systematic review and economic model of switching from non-glycopeptide to glycopeptide antibiotic prophylaxis for surgery. NCCHTA, 2008.

Atypical Antipsychotic Monotherapy for Schizophrenia: Clinical Review and Economic Evaluation of First Year of Treatment. CADTH, 2007.

Benefits and risks of hormonal contraception for women. DAHTA, 2007.

Corticosteroid therapy in the treatment of pediatric patients with atopic dermatitis. DAHTA, 2007.

Drug Eluting Stents in Belgium: Health Technology Assessment. KCE, 2007.

Effectiveness of Neuraminidase Inhibitors for Prevention of Influenza. CADTH, 2007.

Effects of tissue growth factors after major liver resection. AETSA, 2007.

Efficacy and effectiveness of recombinant human activated protein C in severe sepsis of adults. DAHTA, 2007.

Hormones for therapy of climacteric afflictions. DAHTA, 2007.

Long-acting β_2 -agonists (LABA) plus Corticosteroids versus LABA Alone for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. CADTH, 2007.

Palivizumab Prophylaxis against Respiratory Syncytial Virus. CADTH, 2007.

Systematic reviews of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of proton pump inhibitors in acute upper gastrointestinal bleeding. NCCHTA, 2008.

Thiazide Diuretics as First-Line Treatment for Hypertension: Meta-analysis and Economic Evaluation. CADTH, 2007.

ROKOTTEET

Allmän barnvaccination mot HPV 16 och 18 i syfte att förebygga livmoderhalscancer. SBU, 2008.

Economics of childhood immunizations in Canada: Data book. IHE, 2007.

The Measels-Mumps-Rubella Vaccination from a health political and economical point of view. DAHTA, 2007.

SEULONNAT

A review and critique of modelling in prioritising and designing screening programmes. NCCHTA, 2008.

Assessment of effectiveness and cost-effectiveness of HPV testing in primary screening for cervical cancer. DAHTA, 2007.

Current practice, accuracy, effectiveness and cost-effectiveness of the school entry hearing screen. NCCHTA, 2007.

Effectiveness of magnetic resonance imaging (MRI) screening for women at high risk of breast cancer. CADTH, 2007.

Review on the medical and health economic evidence for an inclusion of colposcopy in primary screening programs for cervical cancer. DAHTA, 2007.

Validity and Cost-Effectiveness of Methods for Screening of Primary Open Angle Glaucoma. DAHTA, 2007.

TOIMENPITEET

Clinical effectiveness of ozone therapies. AETSA, 2007.

'Cut down to quit' with nicotine replacement therapies in smoking cessation: a systematic review of effectiveness and economic analysis. NCCHTA, 2008.

Laparoscopic Adjustable Gastric Banding for Weight Loss in Obese Adults: Clinical and Economic Review. CADTH, 2007.

Outcomes of transanal endoscopic surgery in patients with rectal tumours. AETSA, 2007.

Prevention of Urinary and Fecal Incontinence in Adults. AHRQ, 2007.

The efficacy of acupuncture to treat cephalalgia and any pathology or health issue. AETSA, 2007.

Universal leukoreduction. A systematic review of the literature and an economic assessment. AETSA, 2007.

TUKITOIMET

Evidence of benefits from telemental health. A systematic review. IHE, 2007.

Health technology assessment on the net: A guide to internet sources of information. IHE, 2007.

Organisation and financing of genetic testing in Belgium. KCE, 2007.

MUUT

Risk factors for breast cancer in women: a systematic review of the literature. NZHTA, 2007.

The role of Homocysteine as a predictor for coronary heart disease. DAHTA, 2007.



Ingram

Olkapään kiertäjäkalvosinoireyhtymä paranee sekä leikkauksella että ilman



Kiertäjäkalvosinoireet ovat yleisin olkaniveleen liittyvä syy hakea lääketieteellistä apua. Olkaniveltä ympäröivien jänteiden kuluminen ja haurastuminen on luonnollista elimistön ikääntyessä, joten väestön ikääntyessä tämä ongelma yhä kasvaa. Akuutissa repeämässä kirurgiseen hoitoon voidaan turvautua nopeasti, mutta usein siinäkin aluksi hoito on konservatiivista: tulehduskivunlääkkeitä, glukokortikoidi-injektioita ja fysioterapiaa. Tavoitteena on vähentää kipua ja palauttaa olkanivelen toiminta.

Tuore katsaus kuuluu juuri päivitettyyn olkanivelen toimintahäiriöitä käsittelevään Cochrane-katsusten sarjaan. Kirjallisuushaku tehtiin maaliskuuhun 2006 asti ilman kielirajoituksia. Katsaukseen kelpuutettiin heterogeeninen 14 satunnaistetun tutkimuksen joukko, joissa kiertäjäkalvosinoireyhtymän vuoksi leikkausharkintaan tulleita tutkimuspotilaita oli yhteensä 829. Kaikki muut leikkaushoitoa vaativat olkapäädiagnoosit poissuljettiin. Kiertäjäkalvosinoireiden kirurgista hoitoa verrattiin hoitamattomuuteen, lumehoittoon tai mihin tahansa aktiiviseen hoitoon. Lisänä oli avo- ja tähytysleikkauksen vertailu. Tavoitteena oli määrittää kiertäjäkalvosinoireyhtymän leikkaushoidon vaikuttavuus ja turvallisuus.

Pääosassa tutkimuksista diagnoosina oli ahdas olka (impingement). Kahdessa hoidettiin kiertäjäkalvosimen repeämää sekä yhdessä kalkkitendiniittia. Aktiivisen kuntoutuksen (liikutaohjelma tai fysioterapia) ja avo- tai tähytysleikkauksen vertailuun keskittyi kolme tutkimusta. Merkitseviä eroja ei löytynyt tulosmuuttujien suhteen. Ainoastaan yhdessä tutkimuksessa joko kuntoutuksella tai leikkauksella aktiivisesti hoidetut osoittivat merkittävää paranemista olkapään kivun ja toiminnallisuuden osalta (Neer score) verrattuna lumelaserhoitoon kuuden kuukauden aikana.

Olkapään seudussa tuntuvaa kipua ja painetta yritetään helpottaa olkalisäkkeen alla olevaa tilaa lisäävän leikkauksen avulla. Kuusi tutkimusta vertaili tämän toimenpiteen suoritusta joko avoimena tai tähytämällä. Ryhmät eivät eronneet toisistaan yhdenkään tulosmuuttujan tai sivuvaikutusten suhteen. Neljässä tutkimuksessa toipumisen ja töihinpaluun raportoitiin olevan nopeampaa tähytysleikkauksen jälkeen. Kolmessa tutkimuksessa esiintyi sivuvaikutuksia, joita olivat infektio, nivelpussitulehdus, kipu, hartian lihassurkastuma ja uusintaleikkaus. Kiertäjäkalvosinoireyhtymän kirurginen hoito ei näyttäisi vaikuttavan kipuun erilaisia liikuntaohjelmia

tehokaammin. Avo- ja tähytysleikkauksen vertailu osoitti, ettei leikkausmenetelmien välillä ole eroa pitkäaikaistuloksissa, mutta tähytysleikkauksen jälkeen toipuminen olisi nopeampaa. Kirjoittajat kuitenkin painottavat katsauksen tutkimusten olevan heterogeenisiä ja tutkimusmenetelmiltään puutteellisia, joten johtopäätökset eivät ole vankkoja.

Korkeatasoista tutkimusta kaivataan selvittämään kiertäjälavosinoireyhtymän leikkaushoidon vaikutavuus verrattuna konservatiiviseen hoitoon. Ongel-

maa tulisi lähestyä myös potilaiden näkökulmasta sekä leikkausvaurioituneisuuden että koko elämänlaadun osalta. ☹

HELI RAMULA
ramula@trueemail.co.th

Coghlan JA, Buchbinder R, Green S, Johnston RV, Bell SN. Surgery for rotator cuff disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD005619. DOI: 10.1002/14651858.CD005619.pub2.

Kustannukset ja vaikutukset elämänlaatuun:

Koti- ja satelliittihemodialyysi



Munuaisten kroonisen vajaatoiminnan hoitona on joko dialyysi tai munuaissiirto. Munuaissiirteistä on pulaa ja niitä joutuu odottamaan keskimäärin vuoden ajan, eivätkä kaikki potilaat sovellu siirtoon. Dialyysipotilaiden määrä lisääntyy koko ajan johtuen väestön ikääntymisestä, kakkostyyppin diabeteksen lisääntyneestä ilmaantuvuudesta sekä dialyysipotilaiden pidentyneestä elinajanodotteesta. Vaihtoehto perinteiselle sairaalassa toteutettavalle hemodialyysille on potilaiden kouluttaminen omatoimiseen hemodialyysiin, jota voidaan tehdä joko satelliittiyksiköissä tai potilaan kotona. Pääkaupunkiseudulla on aktiivisesti toteutettu omatoimisen hemodialyysin toimintamallia kahden vuosikymmenen ajan. Satelliittiyksiköitä on Helsingissä kaksi. Yli 38 000 hemodialyysia on toteutettu potilaiden kotona marraskuuhun 2007 mennessä.

Tutkimustietoa kotihemodialyysin (KHD) ja satelliittihemodialyysin (SHD) eroista on vähän. Malmström ym. (2008) kartoittivat tutkimukseen sekä KHD:n ja SHD:n kustannukset että omatoimista hemodialyysia toteuttavien potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua.

Tutkimukseen osallistui 65 omatoimisen hemodialyysin potilasta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä. Näistä 33 potilaan hoito toteutettiin kotona ja 32 potilaan satelliittiyksikössä. Satelliittiyksikön potilaat olivat keskimäärin 14 vuotta vanhempia kuin kotihemodialyysin potilaat, ja he olivat saaneet hoitoa pidempään. Kustannukset arvioitiin yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Tuottavuuskustannuksia kuten työstä poissaoloa ei kuitenkaan huomioitu. Erikoissairaanhoidon välittömät kustannukset saatiin HUS:n potilastietojärjestelmästä. Matka- ja lääkekustannukset arvioitiin Kelan rekistereistä niiden potilaiden perusteella, jotka olivat olleet hoidossa koko kalenterivuoden 2004 (23/33 KHD ja 28/32 SHD). Terveyteen liittyvää elämänlaatua arvioitiin potilaille lähetetyllä 15D-mittariin perustuvalla kyselytutkimuksella, jonka palautti 23 kotidialyysin ja 24 satelliittidialyysin potilasta.

Erikoissairaanhoidon välittömät kustannukset olivat suuremmat kotihemodialyysissa kuin satelliittihemodialyysissa, mutta matkakustannukset pienemmät. Lääkekustannuksissa ja kokonaiskustannuksissa ei ollut eroa ryhmien välillä (taulukko 1).

Terveyteen liittyvää elämänlaatua arvioiva 15D-kokonaislukema ei poikennut ryhmien välillä, eikä eroja ollut myöskään 15D-mittarin eri terveysulottuvuuksissa. Kotihemodialyysissä dialyysin kesto on pidempi ja frekvenssi tiheämpi satelliittiyksikköön verrattuna.

Potilaan näkökulmasta arvioituna koti- ja satelliittihemodialyysi tuottavat yhtä paljon terveyttä. Ero kustannusten jakautumisessa tulee huomioida hoitomuotoa valittaessa ja organisoitaessa. Kokonaiskustannukset olivat molemmissa dialyysimuodoissa suunnilleen yhtä suuret, mutta selvästi pienemmät kuin aiemmin Suomessa raportoidut hemodialyysin sairaalakustannukset (52 000 euroa/ensimmäinen vuosi). ☹

PIRJO RÄSÄNEN

Taulukko 1. Kotihemodialyysin (KHD) ja satelliittihemodialyysin (SHD) kustannukset

	KHD euroa/v	KHD vaihteluväli	SHD euroa/v	SHD vaihteluväli
Välittömät kust.	31 834	24 518–45 743	27 528	19 278–41 049
Matkakust.	426	0–2 632	5 228	0–12 148
Lääkekust.	5 018	346–13 417	7 025	184–21 394
Kokonaiskust.*	38 477	28 512–56 031	39 781	25 675–63 982

* KHD:n kokonaiskustannuksiin huomioitiin myös avustajan palkkio, kodinmuutostyöt sekä perusterveydenhuollon laboratorioskustannukset.

Malmström RK, Roine RP, Heikkilä A, Räsänen P, Sintonen H, Muroma-Karttunen R, Honkanen E. Cost analysis and health-related quality of life of home and self-care satellite hemodialysis. Nephrol Dial Transplant 2008; 1-7: DOI: 10.1093/ndt/gfm910.

TERVEYSPALVELUT

Sairaanhoitajien määrä ja hoitotulokset

Kane RL, et al. Nursing Staffing and Quality of Patient Care. AHRQ, 2007. www.ahrq.org

Sairaanhoitajien määrän lisääminen lyhentää potilaiden sairaalassaoloaika. Se myös vähentää sairaalakuolleisuutta, epäonnistumisia elvytyksissä ja muita hoitotyöhön liittyviä haittatapahtumia, kuten sairaalainfektioita sekä parantaa potilaiden turvallisuutta etenkin kirurgisilla osastoilla ja teho-osastoilla. Haittatapahtumien riski vähenisi eniten, kun yhtä työvuorossa olevaa sairaanhoitajaa kohti olisi teho-osastolla vähemmän kuin 2,5 potilasta ja kirurgisella osastolla vähemmän kuin 3,5 potilasta.

Yksi sairaanhoitajan lisätunti potilaan hoitopäivää kohti pienentää tehohoitopotilaiden, sisätautipotilaiden ja kirurgisten potilaiden sairaalakuolleisuuden suhteellista riskiä yhdellä prosentilla. Rajallista näyttöä löytyi siitä, että hoitotieteellistä koulutusta saaneiden sairaanhoitajien osuuden lisääntyessä terveydenhuoltoon liittyvien kuolemantapausten ilmaantuvuus vähenee. Hoitajien työtyytyväisyyden ja autonomian lisääntyessä sairaalakuoleman riski vähenee merkitsevästi.

Hoitajien ylityötuntien lisääntyessä sairaalakuolleisuus sekä sairaalainfektioiden, shokkien ja verenmyrkytysten määrät lisääntyvät. Joitakin viitteitä löytyi siitä, että kiertävät työvuorot saattavat lisätä hoitajien stressiä ja heikentää työn tehokkuutta. Monien tutkimusten mukaan hoitajien tavannaomaista pidemmät työvuorot heikentävät potilaiden hoitotuloksia ja turvallisuutta.

Katsaus perustuu vain Yhdysvalloissa ja Kanadassa tehtyihin tutkimuksiin. Hoitohenkilöstön ja hoitotulosten välisestä suhteesta löydettiin vain havainnollisia tutkimuksia, joten tulosten syy-seuraussuhdetta ei pystytty vahvistamaan.

MAIJA SAIJONKARI



Dynamic Graphics

SEULONTA

Seulonta vähentäisi MRSA-infektioita

Ritchie K, et al. Clinical and cost effectiveness of screening for meticillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA). NHS QIS, 2006. www.nhshealthquality.org

MRSA-bakteeri (metisilliiniresistentti *Staphylococcus aureus*) on merkittävä sairaalainfektioiden aiheuttaja. Skotlantilaisen arviointiraportin mukaan tarkkaa tietoa MRSA-kantajien määrästä Skotlannissa, taudin leviämisenopeudesta, häätohoidon tehokkuudesta, MRSA-riskin arvioinnista ja seulonnan tehokkuudesta ei löydetty. Arviointihankkeen loppuraportissa esitetyn mallinnuksen mukaan MRSA:n esiintyvyys vähenisi tehokkaimmin, jos kaikki sairaalaan tulevat potilaat seulottaisiin ja riskiryhmään kuuluvat eristettäisiin. Näitä potilaita ovat esimerkiksi ne, joilla on ollut aiempi MRSA-infektio tai edeltävä hoitajakso toisessa sairaalassa.

Kliinisesti vaikuttavin ja kustannusvaikuttavin MRSA-tutkimus olisi viljely kromogeenisella mallilla. Kaikkien sairaalahoitoon tulevien potilaiden MRSA-seulonta tällä menetelmällä maksaisi 840 vuodepaikan sairaalassa viiden vuo-

den aikana 2,9 milj. £ (4,2 milj. €) ja ehkäisisi lähes 1 600 infektiota. Näin sairaalassa pystyttäisiin hoitamaan noin 4 000 potilasta enemmän kuin siinä tilanteessa, että seulontaa ei tehtäisi lainkaan. Tämän seulontamenetelmän käyttö kaikissa Skotlannin julkisissa sairaaloissa maksaisi maan terveydenhuoltojärjestelmälle 55 milj. £ (80 milj. €) viidessä vuodessa. Seulontaohjelman toteuttaminen vaatisi huomattavia resursseja, mutta testaamatta jättämisen kulut olisivat vielä suuremmat.

Henkilökunnan MRSA-testauksesta ja siten löydettyjen kantajien hoidon hyödyistä ei ole tarkkaa tietoa. Tämän hetken ohjeena on testata henkilökunta vain silloin, kun osastolla puhkeaa epidemia.

MAIJA SAIJONKARI

Mikä testi paksusuolen syövän seulontaan?

Soares-Weiser K, et al. Diagnostic accuracy and cost-effectiveness of faecal occult blood tests (FOBT) used in screening for colorectal cancer: a systematic review. CRD, 2007. www.york.ac.uk/inst/crd

Brittikatsauksessa arvioitiin erilaisen ulosteen veri -testien diagnostista tarkkuutta ja kustannusvaikutusta hyvälaatuisten kasvainten tai paksu- ja peräsuolen syövän (kolektaalisyövän) seulonnassa keskimääräisen riskin väestöllä.

Ulosteen veri -testien suorissa vertailuissa immunokemiallisten testien (vasta-ainetestien) osuvuus oli parempi kuin guajakkitestien eli testien, jotka perustuvat guajakin reaktioon vetyperoksidin ja hemoglobiinin läsnäollessa. Näyttö oli kuitenkin hyvin rajallista ja laadultaan heikkoa. Epäsuorissa vertailuissa ei havaittu selkeää eroa guajakki- ja immunokemiallisten testien osuvuuden välillä. Immunokemiallisista ulosteen veri -testeistä Immudia HemSp:n tarkkuus näyt-

täisi olevan paras; guajakkitesteistä puolestaan ei voitu määrittää osuudeltaan parasta testiä.

Guajakkitesteistä Hemocultin herkkyys paksu- ja peräsuolisyövän toteamisessa oli 25–96 %, Hemocult Sensan 62–79 % ja Shionogi B:n 27 %. Immunokemiallisten testien herkkyys vaihteli 2–98 prosenttiin. Adenoomien toteamisen herkkyys oli kaikilla testeillä heikompi. Spesifisyys oli guajakkitesteillä yli 80 % ja immunologisilla testeillä 89 % tai enemmän. Testien kustannusvaikuttavuutta ei pystytty määrittämään, sillä aiheesta ei löytynyt brittiläiseen järjestelmään sovellettavaa, luotettavaa tutkimustietoa.

Paksu- ja peräsuolisyövän seulontatestin valinnassa on huomioitava testin tarkkuuden lisäksi kunkin testin näytteenotto-, näytteen kuljetus- ja ruokavaliosuosituksat. Nämä tekijät vaikuttavat suuresti seulontaan osallistuvien myöntövyvyyteen ja näin ollen seulontan onnistumiseen.

MAIJA SAIJONKARI

LÄÄKKEET

Dosetakselin vaikuttavuus etäpesäkkeisessä eturauhassyövässä

Collins R, et al. A systematic review and economic model of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of docetaxel in combination with prednisone or prednisolone for the treatment of hormone-refractory metastatic prostate cancer. NCCHTA, 2007. www.hta.ac.uk

Eturauhassyöpä on miesten toiseksi yleisin syöpä Isossa-Britanniassa. Noin 22 prosentilla tauti todetaan edenneessä tai etäpesäkkeitä lähettäneessä vaiheessa. Lisäksi noin 25 prosentille potilaista tulee etäpesäkkeitä jossain taudin vaiheessa. Suurin osa eturauhassyövästä on aluksi herkkiä hormonihoidolle, mutta

useimmiten tauti muuttuu hormoniresistentiksi ja etenee. Siinä vaiheessa hoito on yleensä oireenmukaista.

Katsauksessa arvioitiin dosetakselin vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta, prednisoniin tai prednisoloniin yhdistettynä, etäpesäkkeisen hormonihoidolle reagoimattoman eturauhassyövän hoidossa. Yhdessä hyvälaatuisessa tutkimuksessa dosetakselin ja prednisonin yhdistelmää verrattiin mitoksantronin ja prednisonin yhdistelmään. Sen mukaan dosetakselin ja prednisonin yhdistelmä on parempi, kun mittareina käytetään yleistä eloonjäämistä, elämänlaatua, kipua ja prostataspesifisen antigeenin (PSA) määrän vähentymistä.

Tutkimuksia, joissa dosetakselia olisi verrattu suoraan muihin asiaankuuluviin hoitoihin, ei löytynyt enempää. Tutkijat tekivät vielä epäsuoria vertailuja käyttäen mitoksantronia yleisenä vertailukohtana. Myös niiden perusteella dosetakseli prednisoniin yhdistettynä näyttää olevan vaikuttavin hoito hormoniresistenttiä etäpesäkkeistä eturauhassyöpää sairastavilla miehillä. Dosetakselihoito on kallista. Prednisoniin/prednisoloniin yhdistettynä se on kustannusvaikuttavaa vain, jos terveydenhuolto on valmis maksamaan noin 48 000 euroa laattupainotteista lisäelinvuotta kohti.

JAAANA ELBERKENNOU

DIAGNOSTIIKKA

Syövän monet geenitestit

Chin K, et al. Genetic Tests for Cancer. AHRQ, 2006. www.ahrq.gov

Yhdysvaltalaiskatsauksessa selvitetiin, mitä syövän geenitestejä on paraikaa käytössä tai kehitteillä. Käytössä olevia testejä löydettiin 62 kappaletta. Näillä tutkitaan yhdeksää eri syöpätautia.

Kolmasosa testeistä on tarkoitettu hematologisten syöpien, kuten leu-

kemian ja lymfoomien tutkimiseen. Muita käytetään kiinteän kasvaimen, kuten rinta-, keuhko-, kolorektaali- tai haimasyövän tutkimiseen. Noin neljäsosa testeistä voidaan käyttää syövän primaari- tai sekundaariehkäisyssä. Suurin osa testeistä on tarkoitettu syövän diagnosointiin tai ennusteen laatimiseen; lisäksi testituloksen avulla voidaan seurata syöpäpotilaan tilaa ja havaita sairauden mahdollinen uusiutuminen.

Kehitteillä olevia syövän geenitestejä löytyi 104 kappaletta. Kolme neljäsosa testeistä on tarkoitettu joko rinta-, eturauhas-, keuhko-, kolorektaali- tai munasarjasyövän tutkimiseen. Lähes kaikki testit liittyvät syövän diagnosointiin ja hoitoon. Varmaa ei kuitenkaan ole, tulevatko kaikki testit kliiniseen käyttöön, sillä niiden kliininen pätevyys ja hyöty ovat vielä määrittämättä.

Geenitesteissä tutkimuksen kohteena ovat ihmisen DNA, RNA, geenit ja/tai kromosomit, proteiinit tai aineenvaihduntatuotteet. Testeillä pyritään määrittämään yksilön genotyyppi (geneettinen rakenne), fenotyyppi (ilmiasu), karyotyyppi (yhden solun, yksilön tai lajin kromosomien lukumäärä ja rakenne) tai mutaatio (perintöaineksen muutos), joka aiheuttaa tai tulee todennäköisesti aiheuttamaan tietyn sairauden tai tilan.

MAIJA SAIJONKARI

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

DIAGNOSTIIKKA

Silmänpohjan ikä-
rappeuman arviointi
elämänlaatumittareilla

Matchar DB, et al. Measuring quality of life for patients with age-related macular degeneration. AHRQ, 2006. www.ahrq.gov

Silmänpohjan ikärappeuma on teollistuneissa maissa tärkein näkövammaisuuden aiheuttaja yli 50-vuotiaalla väestöllä. Perinteisillä kliinisillä mittareilla, kuten näöntarkkuuden ja kontrastiherkkyden mittauksella, saadaan tietoa sairauden vaikeusasteesta, muttei riittävää kuvaa toimintakyvystä ja elämänlaadusta.

Potilaan toimintaa havainnoiva testaus vaikuttaa lupaavalta menetelmältä, mutta tutkimusnäyttö ikärappeumapotilailla on vielä vähäistä. Geneeriset elämänlaatumittarit eivät ole kovin herkkiä vähäisille näkökyvyn muutoksille. Käytettävissä on kuitenkin useita näköspesifejä, valideiksi ja herkiksi osoitettuja elämänlaatumittareita. Eniten on tutkittu NEI-VFQ- ja VF-14-mittareita. Niiden psykometriset ominaisuudet soveltuvat hyvin silmänpohjan ikärappeuman arviointiin, ja niiden tulokset korreloivat kohtuullisesti perinteisiin kliinisiin mittareihin. Näköspesifejä mittareita on käytetty myös tutkittaessa muita keskeiseen näköön vaikuttavia silmäsairauksia. Näin eri sairauksia ja hoitomuotoja voidaan verrata.

Näköspesifit elämänlaatumittarit täydentävät kliinisten mittausten tuloksia ja mahdollistavat potilaskeskeisemmän lähestymistavan toimintakyvyn arvioinnissa. Lisää tutkimustyötä tarvitaan, jotta ymmärrettäisiin paremmin tulosten vertailtavuus ikärappeumapotilaiden todelliseen, objektiivisesti mitattuun toimintakykyyn ja kliinisiin tuloksiin.

EEVA MÄKINEN



Marjukka Mäkelä

Laaja katsaus
alaraajojen valtimo-
sairauksista

Bergqvist D, et al. Benartär-sjukdom – diagnostik och behandling. En systematisk litteraturöversikt. SBU, 2007. www.sbu.se

Ruotsalaisen katsauksen tarkoituksena oli arvioida alaraajojen valtimosairauksien diagnostiikkaa ja hoitoa. Parhaiten näyttöä löytyi kuvantamismenetelmistä.

Dupleksikaikututkimuksella voidaan todeta valtimosairaus vatsa-aortan ja polven välisellä alueella yhtä luotettavasti kuin tavanomaisella angiografialla. Varjoainetehosteisen magneettiangiografian diagnostinen tarkkuus on tällä kehon alueella yhtä hyvä kuin tavanomaisen angiografian. Ilman varjoainetta tehdyllä magneettikuvauksella voidaan todeta valtimosairaus reidestä jalkaterän alueelle yhtä luotettavasti kuin tavanomaisella angiografialla. Tietokoneangiografian diagnostinen tarkkuus on tavanomaisen angiografian luokkaa vatsa-aortasta jalkaterän valtimoihin saakka.

Hoitomenetelmistä raportti toteaa, että ohjattu harjoittelu pidentää kävelymatkaa katkokävelyssä, mutta ei ole leikkauksen veroinen silloin, kun aktiivinen hoito on tarpeellista. Myös akuutin iskemian

hoito joko endovaskulaarisesti tai kirurgisesti on hyödyllistä. Toimenpiteet ovat yhtä tehokkaita, kun mitataan aikaa, jonka potilas selviää ilman amputaatiota. Jos kroonisessa kriittisessä iskemiassa on amputaation vaara, on revaskularisaatiota aina harkittava. Väestötason tutkimusnäyttöä on niukasti kirurgian vaikuttavuudesta amputaatioiden vähentämiseksi tässä potilasryhmässä, mutta elämänlaatu revaskularisaatio parantaa.

Ruotsalaiset seuloivat yli 700-sivuisen katsaukseensa tuhansia alaraajojen valtimosairauksien diagnostiikkaa ja hoitoa käsitteleviä artikkeleita, mutta vain pieni osa niistä täytti kirjoittajien asettamat laatukriteerit. Raportin johtopäätökset perustuvat siten niukkaan tai parhaimmillaankin vain kohtalaiseen näyttöön.

JAANA ELBERKENNOU

TOIMENPITEET

Lonkan tekonivelleikkausten tulevaisuus

Snyder D, et al. Horizon Scan on Hip Replacement Surgery. AHRQ 2006. www.cms.hhs.gov / www.ahrq.gov

Lonkan tekonivelleikkausten kehittämisessä keskeinen tavoite on uusintaleikkausten välttämisen. Uusintaleikkaukseen joudutaan tavallisesti, kun proteesi irtoaa, menee sijoiltaan tai kuluu. Yhdysvaltaisessa horizon scanning -katsauksessa luodattiin kehitystarpeita ja kehitysmahdollisuuksia proteesien rakenteiden, materiaalien, kiinnittämisen ja leikkaustekniikoiden parantamiseksi.

Proteesien irtoamista on vähentänyt mekaanisten kiinnitystekniikoiden parantuminen sekä proteesien pinnoitteet, jotka edistävät pintojen tarttumista tai stimuloivat luusidoksen muodostumista. Uusintaleikkauksissa proteesin kiinnitystä on parannettu korvaamalla syöpynyttä

luuta luusiirteillä tai puristetulla luumurskalla. Sijoiltaanmenon vaaran vähentämiseksi on suurennettu palloproteesin kokoa ja käytetty kaksinivelistä proteesia. Proteesien kulutuskestävyyttä parantavat uudet pinnoitusmateriaalit, joista kestävimpiä ovat keraami–keraamiproteesit. Myös ruston joustavuutta jäljitteleviä pinnoitteita kehitetään. Leikkaustekniikoissa uutta ovat minimaalisesti kajoavat ja tietokone- tai robottivusteiset menetelmät. Kehitystyön tulosten täysimittainen (tehokas ja kustannusvaikuttava) hyödyntäminen edellyttää parempia kliinisiä tutkimuksia: suurempia aineistoja, pitempiä seurantoja ja kontrolloituja asetelmia.

ILKKA VUORI

Psykososiaaliset interventiot kriisien ja onnettomuuksien jälkeen

Kornør H, et al. Psykososiale tiltak ved ulykker og kriser. NOKC, 2006. www.kunnskapssenteret.no

Neljä viikkoa tai pidempään jatkuva kognitiivinen käyttäytymisterapia saattaa ehkäistä traumaperäisiä psykologisia häiriöitä kriisin tai onnettomuuden jälkeen. Ei ole näyttöä siitä, että trauman psykologinen jälkipuinti ennaltaehkäisisi trauman aiheuttamia häiriöitä. Muiden psykososiaalisten interventioiden vaikutuksista ei voida vetää johtopäätöksiä riittämättömän tutkimusnäytön vuoksi.

Näin arvioivat norjalaiset tutkijat raportissaan, joka tarkasteli vuoden sisällä traumasta toteutettavien psykososiaalisten interventioiden ennaltaehkäiseviä vaikutuksia. Tulosuuttujina olivat traumaperäiset psykologiset häiriöt sekä toiminnalliset ja käyttäytymisen häiriöt. Kaksiosaisen raporttisarjan ensimmäinen osa käsitteli suur-onnettomuuksia ja sotatilanteita, ja

tässä esiteltävä toinen osa alueellisten tukijärjestelmien puitteissa hoidettavia tapahtumia (mm. tulipalot, väkivalta, odottamattomat kuolemantapaukset).

Raportti sisältää kymmenen järjestelmällistä kirjallisuuskatsausta, 29 satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta sekä 10 satunnaistamatonta havainnoivaa tutkimusta. Meta-analyysit tehtiin vain satunnaistetuista kokeista. Niistä seitsemässä arvioitiin yhden tai kahden kriisi-istunnon mittaista psykologista jälkipuina (debriefing), joka toteutettiin kolmen viikon kuluessa traumasta. Neljä tutkimusta käsitteli muita yhden tai kahden istunnon interventioita, jotka sisälsivät tiedon jakamista, käytännön avustamista tai ns. memory structuring-terapian käyttöä. Yhdeksässä tutkimuksessa arvioitiin kognitiivista käyttäytymisterapiaa, joka toteutettiin 4–14 istunnossa kuuden kuukauden sisällä traumasta. Neljä tutkimusta käsitteli muita usean istunnon interventioita, kuten ryhmä-, neuvonta- ja yksilöllisen tuen interventioita. Lääkkeellisiä interventioita arvioitiin kahdessa ja traumatisoituneille lapsille tarkoitettuja interventioita kolmessa tutkimuksessa.

MINNA KÄRKKÄINEN

Rintaruokinnan yhteys terveyteen länsimaissa

Ip S, et al. Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. AHRQ, 2007. www.ahrq.gov

Sen lisäksi, että rintamaito sisältää lapselle välttämättömiä ravintoaineita, myös muista imetyksen eduista lasten ja äitien kannalta on raportoitu. Katsauksessa selvitettiin täydellisen tai osittaisen rintaruokinnan sekä täydellisen vastikeruokinnan lyhyen ja pitkän aikavälin etuja ja haittoja lapsille ja äideille teollisuusmaissa. Haluttiin myös selvittää, onko ruokinnan ajallisella kestolla vaikutusta, ja onko tulok-



Ingram

sisä sosio-demografisista tekijöistä johtuvia eroja.

Järjestelmällisiä katsauksia tai meta-analyysejä löytyi 29 ja alku-peräistutkimuksia 86. Lopputulosmuuttujina olivat esimerkiksi lapsilla akuutti välikorvatulehdus ja äideillä raskauden jälkeinen masennus. Tuloksista ei voitu tehdä syy-suhteita koskevia johtopäätöksiä, koska suurin osa tiedoista kerättiin havainnointitutkimuksista. Lisäksi tutkimusten laatu vaihteli.

Jatkotutkimuksia varten olisi määriteltävä selkeät tutkimusaiheen valintakriteerit ja se, mitä tarkoitetaan yksinomaisella rintaruokinnalla. Tulosten luotettavuutta lisäisi esimerkiksi kattava ruokintaa koskeva tiedonkeruu, mahdollisten sekoittavien tekijöiden kontrollointi ja se, että tulosmuuttujien arvioijat eivät tiedä, miten vauvaa on ruokittu.

PÄIVI REIMAN-MÖTTÖNEN

Seuraava Impakti yhteisjulkaisu ruotsalaisten kanssa

Tämän lehden seuraava numero tehdään yhteistyössä ruotsalaisten kollegoiden kanssa. Ruotsissa terveydenhuollon menetelmien arviointityötä tekee Statens beredning för medicinsk utvärdering ja siitä käytetään yleisesti lyhennettä SBU.

Yhteisjulkaisu on englanninkielinen ja se ilmestyy kesä-heinäkuun 2008 vaihteessa. Toinen puoli lehdessä mukaillee Impaktin tuttua visuaalista ilmettä ja sisältää Suomessa kirjoitettuja artikkeleita ja juttuja. Toinen puoli on SBU:n oman Vetenskap & Praxis -lehden näköinen ja sen jutut tulevat Ruotsista.

– Yhteisjulkaisun tekeminen luo oivan tilaisuuden oppimiselle. Kun teemme yhteisen lehden, näemme käytännössä, miten tätä tiedottamistyötä naapurissa tehdään, Ragnar Levi kertoo.

– Synergiaetuja löytyy erityisesti siinä vaiheessa, kun lehti painetaan yhdessä painotalossa kahden sijaan. Toisaalta kahden organisaation toimituksellisen työn yhteen sovittaminen saattaa aiheuttaa ylimääräistä työtä, josta molemmat osapuolet kuitenkin varmasti oppivat paljon, hän jatkaa.

Yhteisjulkaisu ilmestyy juuri sopivasti ennen Montrealissa pidettävää kansainvälistä HTAI-konferenssia. Sinne odotetaan joka puolelta maailmaa runsaasti osallistujia, joille yhteisjulkaisua on tarkoitus jakaa.

EK

Terveyspalvelujen yksikkökustannuksissa suuria eroja

Tavanomaisimpien terveyspalvelujen ja vanhusten hoivapalvelujen yksikkökustannukset vaihtelevat paljon palvelujen tuottajien välillä. Tieto ilmenee Stakesin Terveystaloustieteen keskuksen CHESSin, Terveysdenhuollon menetelmien arviointiyksikön Finohtan ja Lääketeollisuus ry:n raportista.

Raportti sisältää yksityiskohtaisia kustannustietoja perusterveydenhuollosta, erikois-sairaanhoidosta, vanhusten hoivapalveluista, yksityisistä palveluista, lääkkeistä sekä hoitoon liittyvistä matka- ja aikakustannuksista.

Tutkija Timo Hujanen korostaa, että raportissa ei vertailla eri palvelutuottajien kustannuksia, vaan esitetään tietoa palvelujen keskimääräistä kustannuksista koko maassa. Tiedot on tarkoitettu palvelujen taloudelliseen arviointiin, kehittämiseen ja tutkimuksen perustähtäviksi.

Kunnat sekä julkiset että yksityiset palvelujen tuottajat voivat käyttää nyt julkaistuja kustannustietoja myös vertailuhintoina arvioidessaan toimintansa taloudellisuutta.

EK

Hujanen T, Kapiainen S, Tuominen U, Pekurinen M. Terveysdenhuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2006. Stakes Työpapereita 3/2008. Helsinki 2008. www.stakes.fi/FI/Julkaisut/Verkkojulkaisut/tyopapereita08/VT3_2008_1.htm

Uusi tieteellinen toimikunta aloitti työnsä

Finohtan tieteellisen toimikunnan tehtäviin kuuluu aloitteiden tekeminen arviointitoiminnan painoaluista, kohteista ja tiedonvälityksestä. Lisäksi se antaa asiantuntijalausuntoja arviointihankkeista ja niiden priorisoinnista.

– Tieteelliseltä toimikunnalta saamme hyödyllisiä näkemyksiä ja laaja-alaista tieteellistä arviointitietoa, kertoo Finohtan kehittämispäällikkö Niina Kovanen, joka toimii tieteellisen toimikunnan sihteerinä.

Toimikunta myös tukee ja ohjaa Finohtaa ja sen neuvottelukunnan toimintaa muissa terveydenhuollon menetelmien arviointia koskevissa kysymyksissä. Maaliskuussa 2008 työnsä aloittaneen uuden tieteellisen toimikunnan puheenjohtajana toimii dosentti Riitta Luoto UKK-instituutista. Toimikunnan muut jäsenet ovat dosentti Seija Grénman (TYKS), professori Erkki Isometsä (HY), professori Sirkka-Liisa Kivelä (TY), professori Ilkka Kiviranta (HY), professori Yrjö T. Konttinen (HY), dosentti Merja Miettinen (KYS), dosentti Markku Myllykangas (KY), professori Pirkko Nykänen (TaY), professori Anja Tuulonen (OY), dosentti Kari Vinni (STM) sekä Finohtan päällikkö, tutkimusprofessori Marjukka Mäkelä.

Ensimmäisessä kokouksessaan toimikunta perehtyi Finohtan kotimaisiin ja kansainvälisiin hankkeisiin ja käsittelee hankkeet, jotka koskivat fenyylketonurian seulontaa Suomessa sekä bariatrista kirurgiaa.

EK

Uuden neuvottelukunnan toimikausi alkaa

Finohtan toiminnan tukena toimii terveydenhuollon menetelmien arvioinnin neuvottelukunta. Sen tehtävinä on mm. seurata Finohtan toimintaa ja tehdä esityksiä sen kehittämiseksi. Neuvottelukunnan jäsenet tukevat ja arvioivat Finohtan toimintaa omien taustaorganisaatioidensa näkökulmasta.

Neuvottelukunnan toimikausi on kolme vuotta ja se kokoontuu kahdesti vuodessa. Huhtikuun alusta aloittaa toimintansa järjestyksessään neljäs terveydenhuollon menetelmien arvioinnin neuvottelukunta.

Tulevalle kaudelle neuvottelukuntaan on valittu 30 jäsentä. Puheenjohtajaksi on lupautunut Espoon terveyskeskuksen ylilääkäri Tuija Kumpulainen. Neuvottelukunnan kokoonpano on esitelty tarkemmin Finohtan internetsivulla.

Neuvottelukunta on osaltaan vienyt terveydenhuollon menetelmien arvioinnin tunnettuutta jäsentensä organisaatioihin. Menetelmien arviointi on löytänyt hyvin paikkansa etenkin erikoissairaanhoidossa. Tulevana kautena neuvottelukunnan haasteena on terveydenhuollon menetelmien arvioinnin vahvistaminen myös perusterveydenhuollossa.

USK

PALVELUKORTTI

Palvelukortin voit lähettää osoitteeseen Stakes/Finohta, PL 220, 00531 Helsinki tai faksata (09) 3967 2278.

LUKIJAPALAUTE 2/2008

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)



STAKES

Stakesin julkaisuja

Sikiöseulonnat: OPAS LASTA ODOTTAVILLE
Tietoa sikiön kromosomi- ja rakennepuutteista sekä sikiöseulonnasta

Esite on tarkoitettu kaikille lasta odottaville vanhemmille. Vastauksen tavoitetaan tutustuvan soittamalla yhteyksiin. Sikiöseulontoihin osallistuminen on vapaaehtoista.

2008, 7 sivua, 5 €, tilausnumero MZ55
ruotsinkielinenä tilausnumero MZ56
englantinkielinenä tilausnumero MZ57

Val tätä esitettä suurena erinä:
yli 20 kpl 2,00 €/kpl, yli 50 kpl 1,50 €/kpl,
yli 100 kpl 1,00 €/kpl, yli 1000 kpl 0,85 €/kpl
yli 3000 kpl 0,50 €/kpl

Sikiöseulonnat jatkotutkimukset
Sikiön kromosomi- ja rakennepuutteista epäiltyä sikiöseulonnasta

Tämä esite on tarkoitettu parille, joiden raskausajan seulontojen perusteella epäiltiin sikiön puutteita. Kaikkiin jatkotutkimuksiin osallistuminen on vapaaehtoista.

2008, 7 sivua, 5 €, tilausnumero MZ58
ruotsinkielinenä tilausnumero MZ59
englantinkielinenä tilausnumero MZ60

Tilaukset: www.stakes.fi/kirjakauppa Lisätietoja: <http://finohta.stakes.fi/FI/sikiöseulonnat/>

TAPAHTUMIA

HTAi-kongressi Montrealissa

Health Technology Assessment International (HTAi) järjestää kongressin Montrealissa, Kanadassa, 6.–9. heinäkuuta 2008. HTAi on kansainvälinen järjestö, joka toimii terveydenhuollon päättäjien ja asiantuntijoiden keskustelufoorumina kliinisisä, taloudellisissa, eettisissä ja yhteiskunnallisissa kysymyksissä. Ilmoittautuminen viimeistään 27.6.2008.

Lisätietoja: www.htai.org

Cochrane-kollokvio Freiburgissa

Cochrane-yhteistyön XVI tapaaminen järjestetään Freiburgissa, Saksassa 3.–7. lokakuuta 2008. Teemana on "Evidence in the era of globalisation" eli maapalloistumisen tarjoamat haasteet ja mahdollisuudet. Vuosittainen tieteellinen keskustelutilaisuus tarjoaa luentoja, työpajoja ja posteresityksiä. Ilmoittautuminen viimeistään 30.6.2008.

Lisätietoja: www.colloquium.info

Kansainvälinen hoitosuosituskoferenssi Helsingissä

Guidelines International Network eli G-I-N järjestää viidennen kansainvälisen konferenssinsa Finlandia-talossa, Helsingissä 1.–3.10.2008. G-I-N-verkoston tavoitteena on parantaa terveydenhuollon laatua edistämällä hoitosuosituksen systemaattista kehittämistä ja niiden soveltamista käytäntöön. Ilmoittautumiset toukokuun aikana. **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 kansainvälinen Joanna Briggs instituutti, joka tekee hoitotyön menetelmäarvioiteja.

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



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

Arviointi tehdään eri tieteenalojen 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 terveystieteiden tutkimus- ja kehittämisskeskus 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