



5  
2004

IMPAKTI • TIETOA TERVEYDENHUOLLON MENETELMIEN ARVIOINNISTA

# impakti

## SISÄLTÖ

---

- Pääkirjoitus: Seulonnoilla lisää elämän laatua ja pituutta – mutta millä hinnalla? ..... 2
- Arviointitutkimusten relevanssia puntaroidaan ..... 3
- Elämänlaadun järjestelmällinen mittaus ja hoidon vaikuttavuutta selvittävä tutkimus ..... 6
- Kuntoutuksessa tarvitaan mittareita ..... 7
- Lihavuuden hoidossa keinoja moneen makuun ..... 8
- MIKSTRA-ohjelma: Mikrobilääkevalinnat muuttuneet hoitosuosittelun mukaiseen suuntaan ..... 10
- Aromaterapia ja hieronta syöpäpotilaiden oireiden lievityksessä ..... 14
- Vaihtoehtoishoitoja tutkitaan myös Cochranessa ..... 15
- Lääkeaineverkkoputki vai tavallinen stentti? ..... 16
- Potilasinformaatiota löytyy nettisivuilta ..... 17
- Näyttää vai ei? Koulutusta terveystyöntekijöille ..... 18
- Kirja-arvio: WHO:lta opas menetelmien arviointiin ... 19



**FinOHTA**

Terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö  
Finnish Office for Health Care Technology Assessment



**IMPAKTI 5/2004**

Tietoa terveydenhuollon menetelmien arvioinnista

Julkaisija:

**FinOHTA**

TERVEYDENHUOLLON  
MENETELMIEN  
ARVIOINTIYKSIKKÖ  
Finnish Office for Health Care  
Technology Assessment

STAKES/FinOHTA, PL 220, 00531 Helsinki  
(käynti: Lintulahdenkuja 4, Helsinki 53, 4. krs)  
Puhelin: (09) 39671 (vaihe)  
Faksi: (09) 3967 2278  
Sähköposti: [finohta@stakes.fi](mailto:finohta@stakes.fi)  
Henkilökohtaiset sähköpostiosoitteet:  
[etunimi.sukunimi@stakes.fi](mailto:etunimi.sukunimi@stakes.fi)  
Internet: <http://www.stakes.fi/finohta/>

**Impaktin toimitus:**

*Marjukka Mäkelä*, päätoimittaja  
*Martti Teikari*, päätoimittaja (vv.1.8.–31.12.2004)  
*Kerttuli Korhonen*, toimitussihteeri  
*Terhi Ilonen*, toimituksen sihteeri

**FinOHTAn toimisto:**

*Marjukka Mäkelä*, yksikön päällikkö  
*Antti Malmivaara*, ylilääkäri  
*Ilona Autti-Rämö*, asiantuntijalääkäri  
*Niina Kovanen*, kehittämisspäällikkö  
*Kristian Lampe*, viestintälääkäri  
*Martti Teikari*, tiedottajalääkäri (vv.1.8.–31.12.2004)  
*Harri Sintonen*, professori  
*Kerttuli Korhonen*, toimitussihteeri  
*Heidi Anttila*, suunnittelija  
*Riitta Grahn*, informaattikko  
*Terhi Ilonen*, yksikön sihteeri  
*Pia Kärki*, toimistos sihteeri  
*Hanna Koskinen*, tutkija  
*Ulla-Maija Rautakorpi*, projektipäällikkö  
*Iris Pasternack*, tutkijalääkäri

**Pysyvät asiantuntijat:**

Kliininen lääketiede:

*Martti Kekomäki*, professori  
Helsingin yliopisto  
[martti.kekomaki@helsinki.fi](mailto:martti.kekomaki@helsinki.fi)  
*Olli-Pekka Ryyänen*, pääsihteeri  
Filha ry  
[ollipekka.ryynanen@filha.fi](mailto:ollipekka.ryynanen@filha.fi)

Arviointitutkimus:

*Risto Roine*, arviointiyliääkäri  
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri  
[risto.p.roine@hus.fi](mailto:risto.p.roine@hus.fi)

Tilastotiede/biometria:

*Esa Läärä*, professori  
Oulun yliopisto  
[esa.laara@oulu.fi](mailto:esa.laara@oulu.fi)

ISSN 1455-7940

Kainuun Sanomat Oy, Kajaani  
Painos 6 100 kpl. 7. vuosikerta  
Taitto: *Kerttuli Korhonen*

Lehden voi tilata maksutta FinOHTAsta. Se on luettavissa myös internetissä <<http://www.stakes.fi/finohta/>>. Lehdessä julkaistut kirjoitukset eivät edusta FinOHTAn tai Stakesin virallista kantaa, ellei nimenomaan toisin mainita. Kirjoitusten sisältöä voi lainata lähde mainiten. Kokonaisen artikkelin lainaamiseen tulee pyytää kirjoittajan lupa.

**PÄÄKIRJOITUS****Seulonnoilla lisää elämän laatua ja pituutta – mutta millä hinnalla?**

Seulontamahdollisuuksien lisääntyessä on kasvanut tarve varmistaa terveydenhuollon rajallisten resurssien oikeudenmukainen ja vaikuttava käyttö. Niinpä lokakuussa 2003 perustettiin sosiaali- ja terveysministeriöön terveydenhuollon seulontaohjelmia ja seulontamenetelmien käyttöä linjaava työryhmä. Seulontatyöryhmä arvioi olemassa olevia ja ehdotettuja seulontoja sekä antaa niistä kannanottoja.

Työryhmä on muokannut Maailman terveysjärjestö WHO:n esittämiä seulontakriteereitä<sup>1</sup> vastaamaan paremmin nykyaikaa. Päivityksessä ovat seulottava tauti, seulontamenetelmä, itse seulontaan liittyvät eettiset ongelmat ja seulonnan kustannusvaikuttavuus. Wilsonin ja Jungerin kriteerit painottivat seulonnan kansanterveydellistä merkitystä. Nykypäivänä harvinaisen taudin seulonta voi olla hyödyllistä, jos useita tauteja voidaan seuloa yhtäaikaan. Yleisen taudin seulontaan voi liittyä leimaava vaikutus ja esimerkiksi ehdotetun klamydiaseulonnan psykologisesta vaikutuksesta ei ole juuri tietoa.

Kun seulonnan kohteena ovat raskaana olevat naiset ja sikiöt, on tilanne eettisesti monisyinen. Sikiöseulonnassa on myös vakava diagnostiseen tutkimukseen liittyvän haitan riski. Toimenpide voi aiheuttaa raskauden keskeytymisen niilläkin, joilla esittävää tautia ei ole.

Eri seulontojen kustannusvaikuttavuuden vertailu on haasteellinen tehtävä, mutta se ei ole mahdotonta. Seulontojen tavoitteena on tunnistaa tauti vaiheessa, jossa hoidolla voidaan pidentää elämää ja parantaa sen laatua. Seulonnan vaikutusta voidaan mitata saavutettujen laatuvaikutettujen elinvuosien määrällä. Tulisiko siis kustannusvaikuttavuusarviota vaatia jo vakiintuneiden seulontojen jatkumisen perustaksi, koska vastaavaa edellytetään uusilta seulonnoilta?

Seulonnassa on kyse myös arvoasetelmasta; yksittäisen taudin tai tilan arvioimisesta niin tärkeäksi, että väestö, seulottavat ihmiset ja terveydenhuollon päättäjät asettavat sen varhaisen tunnistamisen yhteiseksi tavoitteeksi, johon käytetään terveydenhuollon resursseja. Varsinkin eettiset kysymykset ovat usein niin monimutkaisia, että on tärkeää lisätä tietoisuutta yksittäisiin seulontoihin liittyvistä eettisistä erityiskysymyksistä.

*Ilona Autti-Rämö*  
asiantuntijalääkäri  
STM:n seulontatyöryhmän sihteeri

<sup>1</sup> Wilson J, Jungner G: Principles and practice of screening for disease. WHO, Geneve 1968.

FinOHTAn rahoittamien arviointitutkimusten relevanssi puntarissa

## Miten menetelmien arviointihankkeet laitetaan paremmuusjärjestykseen?

**T**erveystieteiden menetelmien arviointitutkimusten tarve on lähes rajaton. Arviointitoiminnan rajalliset voimavarat tulisikin suunnata hankkeisiin, jotka palvelevat mahdollisimman hyvin suomalaista terveydenhuoltoa. Tässä artikkelissa esitellään menetelmä, joka selkiyttää FinOHTAn tukemien kliinisten arviointitutkimusten rahoituksen kohdentamista.

Arviointitutkimuksen tieteellisen laadun ja toteutuksen tehokkuuden ohella tärkeää on myös huomioida hankkeen merkityksellisyys terveydenhuollon kannalta eli sen relevanssi. Relevanssin arvioinnilla voidaan mitata kvantitatiivisesti tutkimuskohdeiden tärkeyttä ja asettaa tutkimuskohdeet "paremmuusjärjestykseen". Tämä arviointi ei ota kantaa aiheesta koskevan tutkimuksen tai tutkimussuunnitelman laatuun.

Arviointitutkimukseen osoitetut voimavarat eivät mitenkään voi riittää kaikkien terveydenhuollon käyt-

tämien diagnostisten ja hoidollisten menetelmien arviointiin. Tämän vuoksi arviointihankkeiden relevanssin puntarointi ja tältä pohjalta tehtävä kohteen valinta tai kysymyksenasettelun muotoilu ovat tärkeitä.

### Määrälliset kriteerit ja pisteytysjärjestelmä käyttöön

Vuodesta 1998 alkaen on Hollannissa tutkimushankkeiden relevanssin arvioinnissa käytetty kvantitatiivisia kriteereitä aiemman hyödynnetyn kvalitatiivisen arvioinnin rinnalla. Hollantilaiset ovat myös testanneet relevanssin mittaamiseen kehitettyä pisteytysjärjestelmää.<sup>1</sup> Määrällisessä arvioinnissa relevanssi on jaettu kolmeen vaikuttavuutta kuvaavaan osioon, kahteen kustannusosioon ja yhteen muihin relevanssiin vaikuttavien tekijöitä kartoittavaan osioon. Menetelmää on esitelty tarkemmin Impaktilehden numerossa 4/2003.



KERTTU KORHONEN

Hollantilaistutkijoiden kehittämään menetelmään on lisätty seuraavat viisi kriteeriä:

- olemassa olevan tiedon taso
- muiden tekeillä olevien tutkimusten määrä
- tutkittavan menetelmän elinkaari
- (terveys)poliittinen kiinnostus menetelmää kohtaan
- hoitomenetelmän vaihtoehdot.

Lisäksi kaksi kysymystä on muotoiltu täsmällisemmin. "Taudin aiheuttama taakka" on määritelty sairauden vaikutukseksi elämänlaatuun. "Hyöty potilaalle" on muotoiltu hoidon oletetuksi vaikutukseksi potilaan elämänlaatuun. Taloudellisia seuraamuksia kartoittavalla kysymyksellä tarkoitetaan teknologian käyttöönotosta seuraavaa oletettua terveydenhuollon kokonaiskustannusten alenemista tai kasvua. (Taulukko 1)

Kukin relevanssikriteeri luokitellaan asteikolla 1–5. Vastaavat minimi- ja maksimirelevanssipisteet kymmenessä kysymyksessä ovat 10 ja 50 pistettä, prosentteiksi muutettuna 20–100 %.

## 25 hanketta arvioitiin

Vuonna 2004 arvioitiin satunnaisotannalla 25 Fin-OHTAn rahoittamaa terveydenhuollon menetelmien arviointitutkimusta. Puntarointi toteutettiin relevanssin arviointiin kehitetyllä uudella menetelmällä. Arviointi perustui tutkimussuunnitelmista ilmenneisiin seikkoihin ja arvioijien kliiniseen tietämykseen.

Kaksi tutkijaa laati arvionsa toisistaan riippumatta ja lopullisista tuloksista päätettiin kaikkien kolmen tutkijan yhteistyönä. Tutkijoiden esittämät arviot osoittautuivat useimpien kysymysten kohdalla yhtäpitäviksi ja lähes kaikki eroavuudet olivat yhden pisteen luokkaa.

**Taulukko 1.** Arviointihankkeen relevanssin määrittäminen.

Kriteeri	Mittaus	Pisteet
Kuinka suurta potilasryhmää asia koskee?	kansantauti n >20 000	5
	yleinen sairaus n=5 000–20 000	4
	kohtalainen sairaus n=1 000–5 000	3
	harvinainen sairaus n <1 000	2
	erittäin harvinainen	1
Sairauden keskimääräinen vaikutus potilaan elämänlaatuun	Tappava tai vaikeasti invalidisoiva	5
	QoL 0–0.2	
	0.21–0.40	4
	0.41–0.60	3
	0.61–0.80	2
Hoidon oletettu vaikutus elämänlaatuun	0.81–1.0	1
	henkeä pelastava 0.8–1.0	5
	suuri vaikutus 0.4–0.8	4
	kohtalainen vaikutus 0.1–0.4	3
	pieni vaikutus 0–0.1	2
Intervention välittömät kustannukset	tuntematon, oletetaan pieneksi	1
	> 6 000 euroa	5
	4 501–6 000 euroa	4
	3 001–4 500 euroa	3
	1 501–3 000 euroa	2
Taloudelliset seuraamukset	0–1500 euroa	1
	kustannukset ↓↓	5
	kustannukset ↓	4
	kustannusneutraali	3
	kustannukset ↑	2
Olemassa olevan tiedon taso	kustannukset ↑↑	1
	ei aikaisempaa tutkimusta	5
	niukasti tutkimustietoa	4
	kohtalainen tutkimustieto	2
	runsas tutkimustieto	1
Tekeillä olevat tutkimukset	ei tekeillä	5
	yksi tutkimus	3
	useita tutkimushankkeita	1
Tutkittavan menetelmän elinkaaren vaihe	rutiinimenetelmä, laajasti käytetty	5
	kohtalaisessa käytössä oleva rutiinimenetelmä	4
	uusi, käyttöön otettu menetelmä	3
	odotettavissa oleva tulevaisuuden menetelmä	2
	poliittisesti erittäin kiinnostava	5
Poliittinen kiinnostus	jonkin verran poliittista kiinnostusta	3
	ei poliittista kiinnostusta	1
	ei relevanttia vaihtoehtoista hoitoa	5
Hoidon käytettävissä olevat vaihtoehdot	kohtalainen vaihtoehtoinen hoito	3
	käytössä oleva vaikuttavaksi todettu vaihtoehto	1
	Yhteensä	

**Taulukko 2.** Tutkimusotoksessa (25 hanketta) relevanssiltaan korkeimmalle yltäneet FinOHTAn rahoittamat hankkeet.

	Potilasryhmän koko	Sairausten vaikutus elämänlaatuun	Hoidon vaikutus elämänlaatuun	Intervention kustannukset	Taloudelliset seuraukset	Tiedon taso	Tekemällä olevat tutkimukset	Menetelmän elinkaaren vaihe	Politiininen kiinnostus	Hoidon vaihtoehdot	Yhteensä	Prosenttia
Spinaalisten leikkaus*	5	2	3	3	3	5	5	5	3	5	39	78
Lonkkasuojaimet murtumien ehkäisyssä*	4	4	4	1	4	5	5	3	5	3	38	76
Välilevytyräleikkaus*	5	2	3	2	3	4	3	5	3	5	35	70
Lääkintähelikopteri**	3	5	5	5	1	4	1	4	5	1	34	68
Kolorektaalisyövän seulonta**	3	5	4	1	2	4	5	3	3	3	33	66
Sepelvaltimoiden pallolaajennus**	5	2	3	5	4	2	1	5	5	1	33	66
Nivelreuman monilääkehoito*	5	2	3	1	4	5	5	3	3	1	32	64
Diabeteksen kotitestaus**	5	2	2	1	4	4	3	4	3	3	31	62
Geriatrinen päivähoito*	5	2	1	3	2	4	3	5	5	1	31	62
Hallux valgus kirurgia*	5	1	2	1	3	5	5	5	1	3	31	62

\* Satunnaistettu vertailututkimus  
\*\* Systemoitu kirjallisuuskatsaus

Hankkeiden relevanssiprosentit vaihtelivat 40–78 prosenttiin. Taulukossa 2 on esitetty kymmenen relevanssiltaan korkeimmalle yltäneen hankkeen pisteytys. Relevanssipisteitä näytti kertyvän erityisesti hankkeille, joissa tutkittiin korkean esiintyvyyden omaavia sairauksia kuten tuki- ja liikuntaelinsairaudet, sepelvaltimotauti, syöpäseulonnat ja geriatria. Näissä ryhmässä myös sairauten vaikutus elämänlaatuun ja intervention oletettu vaikuttavuus olivat yleensä suurta.

### Arviointimenetelmän hyödyistä ja haitoista

Tutkimushankkeiden relevanssin arvioinnin toistettavuus pienessä aineistossa osoittautui varsin hyväksi. Menetelmän toteutettavuutta lisää se, että yhden tutkimuksen arviointiin kuluu aikaa vain muutama minuutti. Tämä ajankulu on vähäinen verrattuna menetettävään ajankäyttöön, jos tutkijan aikaa kohdennetaan relevanssiltaan vaatimattomaan hankkeeseen.

Arvioitujen tutkimushankkeiden relevanssissa ilmeni varsin suuria eroja, mutta kokonaisuutena FinOHTAn rahoittamien hankkeiden relevanssi osoittautui melko korkeaksi. On huomattava, että alhaisimmillaankin menetelmän mukaan arvioitu relevanssi on 20 prosenttia. Tämä voi olla perusteltavissa sillä, että mikäli ylipäätään on kyse kliinisesti merkityksellisestä kysymyksenasettelusta, hankkeen relevanssia voi tuskin pitää olemattomana. Relevanssi lienee olematon lähinnä niissä tapauksissa, joissa aiheesta on jo olemassa riittävästi tutkimustietoa.

Kriteerien sisäiset raja-arvot eivät perustu empiiriseen dataan, vaan relevanssitutkimuksen tekijöiden harkintaan ja raja-arvoja voi olla syytä jatkossa tarkistaa. Taloudellisia seurauksia kartoitava kysymys voitaisiin luokitella myös siten, että kustannusten

pieneminen tai kasvaminen molemmat lisääisivät relevanssia.

Joidenkin tautien kohdalla relevanssipisteet voivat esim. taudin harvinaisuuden vuoksi jäädä alhaisiksi. Tämä ei tietenkään tarkoita sitä, etteikö tutkimus voisi silti olla tärkeä. Relevanssin systemaattinen arviointi voi kuitenkin näissäkin tapauksissa ohjata tutkimussuunnitelman laatimista suuremman relevanssin suuntaan.

### Relevanssin mittauksella on merkitystä

Relevanssin kvantitatiivisen arvion etuna on arvioinnin läpinäkyvyys verrattuna subjektiiviseen kvalitatiiviseen arviointiin. FinOHTAn tutkimushankkeiden relevanssin arvioinnin tekijät suosittelivat, että kliinisten alkuperäistutkimusten ja järjestelmällisten kirjallisuuskatsausten relevanssi arvioitaisiin jo hankkeiden suunnitteluvaiheessa sekä rahoituspäätöksiä tehtäessä. Relevanssin arviointimenetelmiä on kehitettävä edelleen ja niiden validiteettia on jatkossakin arvioitava.

*Antti Malmivaara  
ylilääkäri, dosentti  
FinOHTA*

*Olli-Pekka Rynnänen  
pääsihteeri, professori  
Filha ry*

*Seppo Seitsalo  
johtava ylilääkäri, professori  
Sairaala ORTON*

<sup>1</sup> Oortwijn W, Vondeling H, van Barneveld T, van Vugt C, Bouter L. Priority setting for health technology assessment in the Netherlands: principles and practice. Health Policy 2002;62:227–42.

Tulisiko elämänlaadun järjestelmällinen mittaaminen sisällyttää hoidon vaikuttavuutta selvittävään tutkimustyöhön?

## Ei hoitoa vaan elämää varten



**A**lustavien kustannustietojen sisällyttäminen eteneviin satunnaistettuihin kliinisiin tutkimusasetelmiin (RCT) on ollut viisas suositus, jota meillä yhä useammin noudatetaan. Vaikka hoitomenetelmän vaikuttavuus on sen soveltamisen välttämätön edellytys, se ei vielä riitä. Hoidon on tuotettava terveystuloksia sellaisilla kustannuksilla, jotka kestävät vertailun näiden voimavarojen vaihtoehtojen käyttötapojen tuottaman hyödyn kanssa.

Koetun elämänlaadun muutokset ovat käymässä yhä tärkeämmäksi arvosteluperusteeksi hoitoja punnittaessa. Kun potilaita kerätään kliinisiin sarjoihin, keruuperustaksi moniulotteinen elämänlaadun mittaaminen ei yleensä sovellu. Jos tutkimuksen kohteena on esimerkiksi virtsainkontinenssi, potilaat valitaan tutkimusaineistoon inkontinenssin astetta mitaavalla objektiivisella, potilaasta toiseen toistettavalla, mieluiten numeerisesti ilmaistavalla mittarilla. Samalla on silti aivan selvää, että vaikka virtsainkontinenssi on pidätyskyvyn vaiva, siitä ei kärsi potilaan rakko vaan potilas. Pidätyskyvyn häiriö heijastuu nimenomaan sosiaaliseen ulottuvuuteen, sen kautta potilaan mielentilaan ja autonomian asteeseen, mutta myös nukkumiseen, ehkä liikunta- ja ponnistelukykyyn – sanalla sanoen koko elämään.

Olisiko siis järkevää selvittää mahdollisimman varhain myös uusien hoitomenetelmien tuottama elämän laatu? Tarjolla on useita käytännössä koeteltuja mittareita, joista kaiketi laajimmat kokemukset on Suomessa kehitetystä 15D-mittarista. Koska RCT on jo määritelmän mukaan kontrolloitu, myös elämänlaatumittaus antaisi luotettavan kuvan hoitointervention vaikutuksesta potilaan subjektiiviseen hyvinvointiin. Hoidon sitomiin kustannuksiin suhteutettuna tämä tieto auttaisi todella paljon punnittaessa hoidon todellista arvoa.

15D ei kuitenkaan mittaa ihmisen elämän subjektiivista "hyvyyttä" aivan kattavasti. Esimerkiksi lapsettomuusongelman on vaikea kuvitella projisoituvan tehokkaasti millekään mitatuista viidestätoista autonomiaa määrittävästä ulottuvuudesta. Tällaisista rajoituksista huolimatta rohkenen suositella esimerkiksi 15D:n sisällyttämistä mahdollisimman moneen etenevään kliiniseen kokeeseen. Mittausvaiva on mitättömän pieni, saavutettava hyöty joissakin tapauksissa hyvin tuntuva.

*Martti Kekomäki  
professori  
Helsingin yliopisto  
Kansanterveystieteen laitos*

# Mittaaminen ja tulosten arviointi kuntoutuksessa

**M**iten ICF-luokitusta ja Rasch'n mallia voidaan hyödyntää kehitettäessä kuntoutuksen mittareita? Kuntoutuksen ajankohtaisiin kysymyksiin perehdyttiin Tukholmassa syyskuussa pidetyssä kansainvälisessä *Measurement and Evaluation of Outcomes in Rehabilitation* -seminaarissa. Tukholman käyneistä kenellekään tuskin jäi epäselväksi, että ICF on se toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus, joka varsin pitkälle määrittelee kuntoutuksen tulosten mittaamisen osa-alueet.

Saksalainen **Alorcós Cieza** (WHO) painotti esitelmässään, että ICF luettelee vain asiat, mitkä pitäisi mitata. Luokitus ei kerro miten tai millä mittarilla arviointi tulisi tehdä. Nykyiset kuntoutuksessa käytössä olevat mittarit voidaan kuitenkin kääntää ICF-kielelle. Mittarin jokainen osio linkitetään niihin ICF-luokituksen aihealueisiin, jotka tuota osiota kuvaavat. Kun käännytä on tehty, voidaan erilaisia mittareita vertailla keskenään ICF:n osa-alueiden, pääluokkien tai aihealueiden tasolla. Luokituksesta on laadittu myös lyhyempiä sairauskohtaisia *ICF core sets*-listoja, jotka tarjoavat oivan lähtökohdan sairausspesifisten mittareiden kehittämiseksi<sup>1</sup>.

Kuntoutuksessa tarvitaan mittareita, jotka ovat sisällöllisesti laajoja, mutta ovat silti tarkkoja ja herkkiä reagoimaan muutokseen. Kuntoutusmittarin tulisi myös olla helppokäyttöinen kliinisessä työssä. IRT-malleihin (Item response theory) perustuva Rasch'n malli on käyttökelpoinen menetelmä kuntoutuksen tulosmittareiden kehittämisessä ja arvioinnissa. Mallin avulla mittarin osiot saadaan keskenään vertailukelpoisiksi sekä niiden vaikeustasoa ja erottelukykyä pystytään arvioimaan<sup>2</sup>.

IRT-menetelmä mahdollistaa eri mittareissa käytettyjen osioiden kokoamisen yhteen esimerkiksi juuri ICF:n osa-alueiden mukaan. **Alan Jette** Bostonin yliopiston kuntoutuksen vaikuttavuuden keskukselta esitteli kehitteillä olevaa yksilöllisesti mukautuvaa tietokonesovellusta osiopankkiin perustuvista tulosmittareista (CAT, Computer-adaptive testing)<sup>3</sup>. Tavoitteena on siirtyä kynä-paperi-mittareista yksilölliseen testiin, josta on poistettu tarpeettomat kysymykset.

Laadullisella tutkimuksellakin on oma paikkansa hyvän tulosmittarin kehittämisessä. Mielenkiinnon kohteena on silloin se, mitä potilaat itse pitävät tärkeänä kuntoutumistuloksenaan. **Ann Öhman** Uumajan yliopistosta on kuvannut kohderyhmähaastatteluilla 16 kuntoutuspotilaan kokemuksia vuoden kuntoutusjakson jälkeen. Kuntoutuksen päätulos oli kehitysprosessi, jonka hän nimesi sanoilla "häpeästä kunnioitukseen"<sup>4</sup>.

Professori **Alan Tennant** Leedsin yliopistosta sijoitti nykyiset kuntoutuksen tulosten arvioinnissa käytetyt mittarit<sup>5</sup> kaksidimensionaaliseen horisonttiin, jonka x-akseli kuvaa ICF-jatkumoa ja y-akseli mittarin luonnetta asiantuntijapainotteisista mittareista potilaskeskeisiin mittareihin. Tänä päivänä käytössä olevista mittareista enemmistö sijoittuu ylävasemmalle, asiantuntijapainotteiseen ulottuvuuteen.

Tulevaisuuden haasteena olisikin yhdistää potilaskeskeisten mittareiden ja näyttöön perustuvan lääketieteen vaatimukset. Yksi mahdollisuus on soveltaa Rasch'n mallia ja rakentaa osiopankki yksisuuntaiselle jatkumolle sopivista osioista, niin että potilaita voidaan verrata keskenään. Asiantuntijoiden määrittelemiä mittareita tulisi kehittää potilaskeskeisimmiksi. Kehittämisessä voidaan soveltaa laadullisia menetelmiä, kuten kohderyhmähaastattelua, ja potilaat voisivat antaa arvon jollakin systemaattisella tavalla.

*Heidi Anttila*

<sup>1</sup> ICF core sets. *J Rehab Med*, 2004;36,Suppl.

<sup>2</sup> ks. esim. <http://www.rasch.org> tai Metsämuuronen J. Mittarin rakentaminen ja testiteorian perusteet. Teoksessa Metsämuuronen J. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2002;74–165.

<sup>3</sup> <http://www.bu.edu/cre/projects/CAT.html>

<sup>4</sup> Gustafsson M, Ekholm J, Öhman A. From shame to respect: musculoskeletal pain patients' experience of a rehabilitation programme, a qualitative study. *J Rehabil Med*;2004;36(3):97–103.

<sup>5</sup> Haigh R, Tennant A, Biering-Sorensen F, Grimby G, Marincek C, Phillips S, Ring H, Tesio L, Thonnard JL. The use of outcome measures in physical medicine and rehabilitation within Europe. *J Rehabil Med*; 2001;33(6):273–8.

# Lihavuuden hoidossa on keinoja moneen makuun

**L**ihavuus on yleistynyt nopeasti ja sitä voidaan pitää maailmanlaajuisena ongelmana. Lihavuuden hoidossa hyödynnetään mm. ravitsemus-, liikunta- ja käyttäytymisterapiaa sekä kirurgiaa. Lihavuuden ollessa huomattava ja kasvava terveysongelma on eri hoitomenetelmien käyttöönotto ja käyttö toteutettava harkiten.

Lihaviksi luetaan ne, joilla painoindeksi (Body Mass Index, BMI) on 30 tai enemmän. Suomessa työikäisistä miehistä ja naisista noin viidesosa on lihavia. Lihavuus on yleistynyt yli 70 % miesten ja yli 30 % naisten keskuudessa 20 vuoden aikana<sup>1</sup>. Vuonna 1980 lihavaksi luettiin Isossa-Britanniasa 6 % miehistä ja 8 % naisista, ja vuonna 2000 sekä miehistä että naisista 21 % oli lihavia<sup>2</sup>. Kanadassa miehistä 35 % ja naisista 27 % raportoidaan lihaviksi<sup>3</sup>. Ruotsissa lihaviin aikuisten osuus väestöstä on 8 %<sup>4</sup>.

Lääkehoidolla voidaan vaikuttaa ravinnon imeytymiseen suolistosta, kylläisyyden tunteeseen ja ruokahuuluun. Lihavuuden hoitokeinona käytettyjä leikkaustekniikoita on tiedossa toistakymmentä. Tässä artikkelissa esitellään muutamia ylipainoisuuden hoitoa käsitteleviä terveysteknologia-arviota ottamatta kantaa eri menetelmien käyttöindikaatioihin.

## Kilot kuriin leikkaamalla

Lihavuuden kirurginen hoito tähtää ravinnon imeytymisen vähentämiseen tai mahalaukun muodon ja koon muokkauksen kautta vähäisempään ravinnon saantiin. Cochrane-katsauksen<sup>5</sup> mukaan on niukka näyttö siitä, että sairaalloisen ylipainoisuuden (BMI > 40) kirurginen hoito saa aikaan suuremman painonlaskun (23–28 kg kahdessa vuodessa) kuin ei-kirurginen hoito. Hoitotulos näyttäisi säilyvän ainakin kahdeksan vuoden ajan. Painon lasku on edelleen yhteydessä liitännäissairauksien, kuten diabeteksen ja verenpainetaudin, määrän pienenemiseen.

Kirurgiaan liittyy kuitenkin haittavaikutuksia ja postoperatiivisen kuoleman mahdollisuus. Eri leikkaus-

menetelmien välisistä vertailuista ei tämän Cochrane-katsauksen mukaan ole saatavana luotettavaa tietoa. Katsauksen tekijät peräänkuuluttavatkin hyvin tehtyjä satunnaistettuja tutkimuksia eri leikkausmenetelmien sekä kirurgisen hoidon ja ei-kirurgisen hoidon vertaamiseksi. Seuranta-ajaksi suositetaan vähintään viittä vuotta ja seurannan aikana tulee kartoittaa myös potilaan elämänlaatua.

Kanadalainen terveydenhuollon menetelmän arviointiyksikkö CCOHTA on tehnyt pika-arvion laparoskopisesta mahalaukun pantaleikkauksesta, jossa mahalaukun muotoa muokataan tähyistinmenetelmällä asettamalla mahalaukun yläosan ympäri säädettävä panta<sup>3</sup>. Raportissa todetaan aiheesta olevan käynnissä useita tutkimuksia ja arviointiprosesseja. Tutkijat huomauttavat lyhyesti, että laparoskopisen pantaleikkauksen pitkä-aikaisvaikutuksista ei vielä ole tietoa saatavilla.

## Laitteet ylipainon hoitokonstina

Ruotsin arviointiyksikkö SBU on kiinnittänyt huomiota mahalaukun sähköärsytyshoitoon uutena ylipainoisuuden hoitomuotona<sup>4</sup>. Ihon alle asennetaan sydäntahdistinta muistuttava pulssigeneraattori ja tahdistinelektrodi viedään mahalaukun ulkopinnalle tähyistinmenetelmällä. Elektrodin asentamiseen liittyy mahalaukun perforaatoriski (10–32 % kolmessa eri tutkimuksessa) ja tästä seuraava vakava tulehdus ellei puhkeamaa todeta heti elektrodin asennuksen yhteydessä. Ongelmana on myös ollut elektrodin paikallaan pysyminen.

Ruotsalaisessa 10 potilaan tutkimussarjassa painon pudotuksen todettiin olevan sama riippumatta siitä, oliko pulssigeneraattori kytketty päälle tai ei. SBU:n arvion mukaan mahalaukun sähköärsytyshoidosta on toistaiseksi saatu vain riittämätön näyttö lyhyellä aikajänteellä. Tieteellinen näyttö pitkäaikaisvaikutuksista ja kustannusvaikuttavuudesta kuitenkin puuttuu kokonaan. Toimenpidettä voidaankin pitää toistaiseksi kokeellisena ja sen käyttö on rajattava vain eettisesti hyväksytyihin tieteellisiin tutkimussarjoihin, joissa on asianmukainen vertailuryhmä.





KERTTU KORHONEN

## Lääkkeet ja elämäntapainterventiot

Isossa-Britanniassa julkaistun järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen mukaan laihdutuslääke orlistaatti yhdistettynä ruokavalion muutokseen alensi painoa keskimäärin 3,3 kg (95 % luottamusväli 2,4–4,2 kg) kahdessa vuodessa<sup>2</sup>. Sibutramiinin todettiin dieettiin yhdistettynä aiheuttavan 3,4 kg painon pudotukseen (95 % luottamusväli 2,4–4,5 kg) 18 kuukauden hoidon jälkeen. Metformiinin vaikutusta arvioitiin UK Prospective Diabetes Studyn perusteella ja havaittiin, että kuolleisuus ja sydäninfarkti-kuolleisuus pienenevät 10 vuoden seurannan aikana. Liikunta ja käyttäytymisterapia auttoivat painon pudotuksessa, kun lihavuushoitoon yhdistettiin myös dieetti. Vähärasvainen dieetti ja liikunta ehkäisivät 2-tyyppin diabeteksen ja verenpainetaudin ilmaantumista.

Katsauksessa referoitujen epidemiologisten tutkimusten perusteella kävi ilmi, että painon pudotus on yhteydessä alentuneeseen riskiin saada sokeritauti. Laihtuminen voi edelleen olla eduksi sydän- ja verisuonisairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Vähärasvainen ruokavalio ja liikuntainterventiot ovat kustannuksiltaan verrattavissa lääkehoitoon potilaille, joilla on riski sairastua ylipainon liitännäissairauksiin kuten diabetekseen.

Lääkehoidon pitkäaikaisvaikutuksia selvittänyt Cochrane-katsaus<sup>6</sup> päätyi englantilaiskatsauksen kanssa vastaavaan tulokseen todetessaan, että vain orlistaatista ja sibutramiinista on tuloksia yli vuoden seuranta-ajalta. Lumelääkkeeseen verrattuna orlistaatin käytöllä saavutettiin 2,7 kg painon lasku (95 % luottamusväli 2,3–3,1 kg) ja vastaavasti sibutramiinilla 4,3 kg (95 % luottamusväli 3,6–4,9 kg).

Lääkkeet näyttävät auttavan painonpudotuksessa, mutta tulosten tulkintaa vaikeuttaa seurannasta poissa jääneiden suuri osuus (orlistaatti 33 %, sibutramiini 43 %). Cochrane-katsaus päättyy suosittamaan lihavuuden lääkehoidon vaikuttavuuden tutkimista asettamalla kuolema ja kardiovaskulaarinen sairastuvuus päätemuuttujiksi.

Konstit ovat siis monet lihavuuden hoidossa ja epäilemättä niiden määrä ja käyttö tulevat lisääntymään. Emme kuitenkaan voi kiertää vanhaa totuutta energian saannin ja kulutuksen välisestä epäsuhdasta ylipainon syynä. Tautien ennaltaehkäisy ruokavalion ja liikunnan keinoin näyttää edelleen parhaalta lihavuuden hoidon vaihtoehdolta.

*Pekka Kuukasjärvi  
asianuntijalääkäri  
FinOHTA*

<sup>1</sup> Aromaa A, Koskinen S. (toim.) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. KTL:n julkaisuja B3/2002.

<sup>2</sup> Avenell A, Broom J, Brown TJ, Poobalan A, Aucott L, Stearns SC, Smith WC, Jung RT, Campbell MK, Grant AM. Systematic review of the long-term effects and economic consequences of treatments for obesity and implications for health improvement. NCCHTA. Health Technol Assess 2004;8(21).

<sup>3</sup> Laparoscopic adjustable gastric banding for clinically severe obesity. CCOHTA 2003.

<sup>4</sup> Gastric pacing (gastric electrical stimulation) for the treatment of obesity - early assessment briefs (Alert). SBU 2004.

<sup>5</sup> Colquitt J, Clegg A, Sidhu M, Royle P. Surgery for morbid obesity (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

<sup>6</sup> Padwal R, Li SK, Lau DCW. Long-term pharmacotherapy for obesity and overweight (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons.

MIKSTRA-ohjelman tuloksia esiteltiin päättökokouksessa

## Mikrobilääkkeiden käyttö muuttunut hoitosuosituksen mukaiseen suuntaan

**M**ikrobilääkehoidon Strategiat -ohjelma MIKSTRA on ollut maailmanlaajuisesti ensimmäinen hanke, jossa on koottu tietoa avohoidon infektioiden diagnostiikasta ja hoidosta sekä hoitosuositusten ja täydennyskoulutuksen vaikutuksesta käytäntöihin. Yksi MIKSTRAn tuloksista on, että mikrobilääkkeiden käytössä on tapahtunut muutosta parempaan.

– Mikrobilääkkeiden kokonaiskäyttö on hieman vähentynyt. Samaan aikaan mikrobilääkevalinnat muuttuivat hoitosuosituksen mukaiseen suuntaan ja hoitoajat lyhentyivät, kertoi tutkimusprofessori **Pentti Huovinen** (KTL) avauspuheenvuorossaan syyskuussa pidetyssä MIKSTRAn päättökokouksessa.

MIKSTRA käynnistyi syksyllä 1998 ja jatkui vuoden 2003 loppuun. Hanke verkostoi useita terveyskeskuksia ja tutkimuslaitoksia keskenään. Verkostoon osallistui yhteensä 50 terveyskeskusta kautta Suomen. Ohjelman työryhmässä oli edustajia KTL:sta, Kelasta, Lääkelaitokselta, Stakesilta, FinOHTA:sta ja Duodecimista. Lisäksi hankkeessa toimi tutkijoita Helsingin, Tampereen ja Turun yliopistoista. Tiivistä yhteistyötä MIKSTRA teki myös muiden valtakunnallisten hankkeiden kuten ROHTO-ohjelman ja FiRe-verkoston (Finnish Study Group for Antibicrobial Resistance) sekä useiden kansainvälisten hankkeiden kanssa.

### Antibioottien käyttö kuriin

Vuosittain avohoidossa kirjoitetaan yli 2,7 miljoonaa mikrobilääkeresepiä, joista noin 75 % on hengitystieinfektioiden hoitoon. Vuonna 1998 mikrobilääkehoitoon kului liki 61 miljoonaa euroa ja vuonna 2002 noin 67 miljoonaa euroa. Antibioottien kasvanut käyttö on tärkein tekijä vastustuskykyisten bakteerien syntyyn ja leviämiseen.

MIKSTRAn päättökokouksessa pidettiin useita napakoita esitelmää mikrobilääkkeiden käytön seurauksista. Projektipäällikkö **Ulla-Maija Rautakorpi** (FinOHTA) kertoi antibioottien käytöstä MIKSTRA-terveyskeskuksissa. Virtsatieinfektioiden diagnostiikasta ja hoidosta esitelmöi ylilääkäri **Hannu Sarkkinen** (PHKS). MIKSTRAn kustannusvaikuttavuuden arvioinnista teki sel-

koa tutkija **Hanna Koskinen** (FinOHTA). Proviisori **Johanna Vävilän** (KTL) aiheena oli oireenmukaisen lääkityksen käyttö infektioissa.

### Raportit toimivat tietopankkeina

Hankkeeseen osallistuneet terveyskeskukset saivat räätälöidyn raportin, jossa kuvataan MIKSTRAn tähänastisia tuloksia. Liki 50-sivuisesa julkaisussa verrataan mukana olleen terveyskeskuksen omia tuloksia kaikkien ohjelmaan osallistuneiden terveyskeskusten tuloksiin.

– MIKSTRA-raportti toimii tietopankkina, kun terveyskeskuksessa pohditaan omien hoitokäytäntöjen kehittämistä, Ulla-Maija Rautakorpi sanoi.

Raportin käytön mahdollisuuksia oman työn kehittämisen tukena pohdittiin kehittämispäällikkö **Arja Helin-Salmivaara** (ROHTO) johdolla. Ja osviittaa MIKSTRasta löytyi moneksi (taulukko 1). MIKSTRA onkin antanut runsaasti tietoa terveyskeskusten muutostarpeista. Tulosten analysointi jatkuu lähivuosina yhteistyössä MIKSTRA-työryhmän, Stakesin ja Rohdon kanssa. Ohjelman aikana on jo julkaistu useita tieteellisiä julkaisuja. Koko hanketta koskevat laajemmat julkaisut saataneen valmiiksi parin seuraavan vuoden aikana.

*Kerttuli Korhonen*

**Taulukko 1.** Aivoriivessä syntyineitä kipinöitä MIKSTRA-raportin käyttömahdollisuuksista terveyskeskuksissa.

#### Miten voin käyttää MIKSTRA-tuloksia hyödyksi omalla työpaikallani?

- Poikkeavat tulokset paljastavat kehittämiskohteita
- Hoitajat mukaan talon tapoja laatimaan
- Potilasinformaation jako hoitajien ja ajanvarauksen kautta
- Potilasinformaatiota paikallislehden kautta
- Huomioitava henkilöstön ja potilaiden monikulttuurinen tausta
- Uusia työntekijöitä > syy kertaukseen vanhoillekin tekijöille
- “Talon tapa” kirjallisesti/sähköisesti saataville
- Väliaikaistenkin työntekijöiden ohjeistus KH-suositusten käyttämiseksi
- Päättäjien informointi
- Jatkuva arviointi ja aiheeseen palaaminen



KERTTULI KORHONEN

**Tutkimusprofessori Pentti Huovinen avasi MIKSTRA-ohjelman päättökokouksen, joka pidettiin 9. syyskuuta Hotelli Arthurin juhlasalissa Helsingissä.**

Salon seudun terveyskeskus kuusi vuotta mukana MIKSTRAssa

## Passiivinen anturi vai aktiivinen osallistuja?

Vuosina 1994–1996 lääkärin vastaanottotyön potilaskontakteista 21,4 % käynnistyi ylempien hengitysteiden infektioiden tai niiden erilaatuisten komplikaatioiden perusteella. Tarve muutokseen ilmeni Salon seudun terveyskeskuksen ylilääkäreiden keskinäisissä keskusteluissa moneen otteeseen ja kesällä 1998 tarjottu MIKSTRA-projekti istui hetkeen kuin nyrkki suutarin silmään.

Valtioneuvoston määräyksellä muodostettu Salon seudun terveyskeskus ajalehti toimintansa ensimmäisen vuosikymmenen ajan ulkopuolisten ohjeiden noudattamisen linjaa. Kaksi seuraavaa on edetty toisenlaisen ideologian mukaan: johtamisen välineet ja motiivit etsitään omaa toimintaa analysoiden ja alkuun hullultakin tuntuvat ideat saavat elämisen oikeuden, jos ne osoittavat sen ansaitsevansa.

Vuonna 1994 aloitettiin lääkärin vastaanotto-toiminnan järjestelmällinen käyntisyyluokittelu. Käynnin pääsyy on kirjattu terveyskeskuksen tietojärjestelmään ICPC-luokitusta ja alkuun sen edeltäjää käyttäen. Ylempien hengitysteiden infektio tai niiden erilaatuinen komplikaatio luokiteltiin perusteeksi peräti 21,4 % potilaskontaktin käynnis-

tymisessä. Palvelujen kysyntä suuntautui tai suunnattiin kokonaan lääkäreille.

Salon terveyskeskus liittyi MIKSTRA-ohjelmaan virkamiespäätöksellä ja poliittinen tukikin haettiin vielä ennen hankkeeseen osallistumista. Projektin tavoitteet olivat selvät ainakin sen paikallisvetäjille ja ne tuntuivat mielekkäiltä myös terveyskeskuksen lääkäreistä. MIKSTRAN sisään rakennettua vertailua kahden erilaisen koulutusmuodon tuloksellisuudesta hymyiltiin alun alkaen – käytännön kentällä tunnettiin väen vaihtuvuus paremmin kuin projektin johdossa.

### Henkilökunta muutoksen pyörteissä

MIKSTRAN kokouksiin ja koulutuksiin osallistui Salon terveyskeskuksesta vuosien mittaan kolme eri lääkärinä, joiden tehtäväksi jäi ilosanoman jakaminen muulle henkilökunnalle. Kun keskeisenä yhdyshenkilönä oli terveyskeskuksen pitkäaikainen johtava lääkäri, ei kukaan kyseenalaistanut itse projektia ja koulutuksen antia kuunneltiin kiitettävästi. Aikaa käytettiin suhteellisen vähän ja sisällön seulonnan tekivät valmennetut lääkärit. Valitun linjan mukaisesti henkilökunnalle kerrottiin suositusten taustat



Mikrobilääkehoidon Strategiat -ohjelma MIKSTRA verkostoi useita terveyskeskuksia ja tutkimuslaitoksia keskenään.

ja perustelut. Tutkimus- ja hoitoratkaisut jäivät fiksujen työntekijöiden itsensä tehtäviksi. Hoitohenkilöstöäkin koulutettiin, mutta painopiste oli lääkäreissä.

MIKSTRAn valmentajakoulutusta voi luonnehtia valitettavan epätasaiseksi. Yksi alkuvaiheen tilaisuuksista ei onnistunut parhaalla mahdollisella tavalla. Hoitosuosituksia esiteltiin koulutettaville, vaikka valmistelijoiden näkemykset olivat vielä yhteen sovittamatta. Uskon, että tuon tilaisuuden jälkeen moni muukin lähti kotikonnuilleen hämmennyneenä. Vetäjien asettamat koulutustavoitteet olivat ilmeisesti paljon korkeammalla kuin taso, johon kokonaisuus ylsi. Suositusten epätasaisuus oli käytännön toimijan ja kenttäkouluttajan kannalta valitettavaa. Tuotettu itsehoitoaineisto muuttui arki-työn yhdeksi välineeksi. Rahoituksen niukkuus heijastui vahvasti läpi projektiin.

Tiedonkeruu ei tuottanut henkilöstölle kummempin tuskaa. Paikallinen logistiikka onnistui eri syistä jonakin vuonna paremmin kuin toisena. Vuotuinen tiedonkeruu piti huolen siitä, että pääteema pysyi esillä kaikista uusista suosituksista huolimatta. Uusien työntekijöiden kasvattaminen Mikstran henkeen olisi kuitenkin voitto järjestää paremmin.

### **Odotetut tulokset opiksi**

MIKSTRA-projektin tulokset tarjoavat aineistoa laajaankin jatkokoulutukseen – ja siihen niitä tullaan Salon seudun terveyskeskuksessa myös käyttämään. Saattaa olla, että elävän elämän kannalta paras osa MIKSTRAA on vasta edessäpäin.

Tulokset eivät kuitenkaan yllättäneet. Hoitoajoissa tapahtui muutosta suositusten suuntaan, antibiootti-

valinta vaikutti kehittyvän sekin oikeaoppisesti ja diagnostiikassakin otettiin pieniä kehityksen askeleita. Ilman MIKSTRAA olisimme todennäköisesti luisuneet markkinavoimien ohjauksessa toisaalle. Voitto se on torjuntavoittokin. Paljon jäi kuitenkin vielä tehtävää.

Salon seudun terveyskeskuksen väki saa kokonaiskuvan MIKSTRA-vuosista vielä tämän syksyn aikana järjestettävissä laajoissa henkilöstöinfoissa. Koulutusaiheita loppuraportin tuloksista kaivetaan lisää esille ensi vuoden puolella. Paikalliset sanomalehdet uutisoivat oman tärkeysjärjestyksensä mukaan ja kovin näyttävästi eivät Salon Seudun Sanomat ole aiheesta vuosien varrella kirjoittaneet. Ehkä toimituksessa ei vielä ole ymmärretty MIKSTRAssa tehdyn työn kauaskantoista merkitystä.

Muuten – vuonna 2003 Salon seudun terveyskeskuksen lääkäreillä kävi komplisoitumattomien ylempien hengitysteiden infektioiden vuoksi sekä absoluuttisesti että suhteellisesti vähemmän potilaita kuin vuosina 1994–1996. Kun kävijöitä näinä vuosina oli keskimäärin 15 955 (21,4 % kaikista käynneistä), heitä löytyi vuonna 2003 enää 12 841 (15,6 %).

MIKSTRako sen sai aikaan vai omalääkärijärjestelmä vai lääkäripula vai erikoissairaanhoidon toimintalinjojen muutos vai terveyskeskuksen tavoitteellinen johtaminen? Siinäpä kysymys. Vastausta ei tiedä kukaan.

*Seppo YY Junnila  
johtava lääkäri, yleislääketieteen dosentti  
Salon seudun terveyskeskus*

## Taloudellinen arviointi ja kannattavuus MIKSTRAssa

**MIKSTRA-ohjelmassa hoitosuosituksen ja käytettyjen juurruttamismenetelmien taloudellinen arviointi on ollut tärkeä tavoite aivan hankkeen alusta alkaen.**

Hoitosuosituksen tarkoituksena on Käypä hoito -toimituksen mukaan tieteelliseen näyttöön perustuen kertoa, mitä asioita kannattaa tehdä tietyn sairauden ehkäisemiseksi, toteamiseksi ja hoitamiseksi<sup>1</sup>. Tarkasteltaessa asetettua tavoitetta taloudellisesta näkökulmasta kiinnittyy huomio erityisesti *kannattaa*-sanaan.

Ollakseen kannattava tulee hoitomenetelmän olla tehokas. Tämä puolestaan edellyttää, että menetelmän avulla saavutetaan suurin mahdollinen terveyshyöty pienimmällä mahdollisella kustannuksella. Kuitenkin tähän saakka suurimmassa osassa hoitosuosituksia, niin Suomessa kuin muualla maailmassa, on keskitytty vaikuttavuuden tarkasteluun tehokkuuden jäädessä vähälle huomiolle ja usein jopa huomiotta. Myös erilaiset hoitosuosituksen juurruttamismenetelmät, niiden vaikuttavuus ja käytetyt resurssit ovat yleensä vaillinaisesti raportoituja.

Hoitosuosituksen ja niiden juurruttamisen taloudellinen arviointi tapahtuu vaikuttavuustietoon perustuvien hoitosuosituksen jo valmistuttua. On myös mahdollista, että kustannusvaikuttavuuteen perustuvaa tietoa hyödyn-

nettäisiin jo hoitosuosituksia laadittaessa. Ongelmana on kuitenkin vielä tällä hetkellä luotettavien taloudellisten arviointien vähäisyys ja niiden näytön asteen luokittelu<sup>2,3</sup>.

Taloudellisen arvioinnin osalta MIKSTRAn jatkosuunnitelmiin kuuluu mallinnus tilanteesta, jossa kaikki potilaat olisi hoidettu hoitosuosituksen esittämällä tavalla sekä yksittäisten että kaikkien infektioiden osalta. Työn alla on jo komplisoitumattoman virtsatieinfektion hoitosuosituksen mallintaminen. Lisäksi tarkastellaan mahdollisuutta tuottaa potilaskohtaisia kustannusvaikuttavuustietoja. Näiden analyysien ohella aloitetaan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen teko erilaisten implementaatiostrategioiden vaikuttavuuteen, kustannusvaikuttavuuteen ja analyysien metodologiaan liittyen.

*Hanna Koskinen*

<sup>1</sup> Mäntyranta T, Kaila M, Varonen H, Mäkelä M, Roine RP, Lappalainen J. Hoitosuosituksen toimeenpano. Vammala: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim; 2003.

<sup>2</sup> Eccles M, Mason J. How to develop cost-conscious guidelines. *Health Technol Assess* 2001;5(16):1–69.

<sup>3</sup> Mason J, Eccles M, Freemantle N, Drummond M. A framework for incorporating cost-effectiveness in evidence-based clinical practice guidelines. *Health Policy* 1999;47(1):37–52.

Hoitosuosituksen implementointi on ehdollista

## Miten päästä mustan laatikon sisälle?

**Kliinisten käytäntöjen muuttuminen ja hoitosuosituksen toimeenpano asettavat suuria haasteita poliittisille päättäjille, tutkijoille ja terveydenhuollon henkilöstölle. Miten parhaiten onnistutaan lanseeraamaan hoitosuosituksen mukainen hoito potilashuoneeseen?**

Eri toimijoiden suorittamat interventiot eli väliintulot on nähty terveydenhuollon hoitosuosituksen tehokkaan käyttöönoton takaajina. Monitahoiset interventiot ovat usein olleetkin yksisuuntaisia väliintuloja tehokkaampia hoitosuosituksen implementoinnin välineitä. Yksin toimeenpanon monitahoisuus ei takaa tuloksellista lopputulosta.<sup>1</sup>

– Tärkeää on katsoa intervention ns. mustan laatikon sisäpuolelle. Vain näin voidaan varmistua siitä, mitkä tekijät toimivat hyvin ja mitkä heikommin, sanoo professori John Øvretveit Helsingissä pidetyssä seminaarissa<sup>2</sup>.

Mustalla laatikolla Øvretveit tarkoittaa kaikkia hoitosuosituksen juurruttamisen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä, kuten itse toimenpidettä sekä potilaan ja ammattihenkilöstön välisiä suhteita. Nämä tekijät tulisi saada näkyviksi, jotta erityisesti epäonnistumistekijät voidaan tunnistaa<sup>1</sup>.

– Lähtötilanteen, prosessiarvioinnin ja ohjelman rääkälöinnin tärkeyttä ei voi liikaa korostaa. Implementaatioprosessin arviointia tulosten vaihtelun osalta on kuitenkin tutkittu vähän, tähdensi Øvretveit.

Muistutukset ja palaute lienevät tehokkain tapa suositusten implementointiin<sup>3</sup>. Suositusten juurruttamisessa onkin käytännössä keskitytty lähinnä siihen, miten muuttaa kliinikkojen käyttäytymistä toivottuun suuntaan. Interventiota estävät ja vaikeuttavat tekijät sekä implementaatiostrategiat ovat kuitenkin monella tapaa kytkeytyneet ympäristöönsä<sup>4</sup>.

*Erkki Soini*

<sup>1</sup> Hermens R, Hak E, Hulscher M, Braspenning J, Grol R. Adherence to Guidelines on Cervical Cancer Screening in General Practice: Programme Elements of Successful Implementation. *Br J Gen Pract* 2001;51:897–903.

<sup>2</sup> Professori John Øvretveit luennoi Helsingin yliopiston ja Lääkehoidon Kehittämiskeskuksen Rohdon 19.8.2004 järjestämässä *Changing clinical practice – Intervention-conditional and the implications for implementation and research* -seminaarissa.

<sup>3</sup> Sohlberg L. Guideline Implementations: What the Literature Don't Tell Us. *Jt Comm J Qual Improv* 2000;9:525–37.

<sup>4</sup> Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement. *JAMA* 1999;15:1458–65.

# Aromaterapia ja hieronta syöpäpotilaiden oireiden lievityksessä

**A**romaterapeuttiiseen käsittelyyn kuuluu hieronta, jossa hierontaöljyn koostumuksella on tärkeä merkitys. Uskotaan, että yrteistä uutetut ja iholle hierotut öljyt tuoksullaan edistävät parantumista erilaisista sairauksista ja vaivoista. Syöpäpotilailla aromaterapian katsotaan erityisesti lievittävän psyykkistä stressiä ja jännittyneisyyttä sekä parantavan elämän laatua yleensä. Tutkimusnäyttö hoidon tehosta on kuitenkin ollut ristiriitaista. Yrttiuutetta sisältävät öljyt voivat olla myös haitallisia: ainakin tee-puuöljyn on todettu aiheuttaneen myrkytyksiä ja allergisia reaktioita.

Monissa maissa aromaterapiaa käytetään erityisesti syöpäpotilaiden oireiden lievitykseen. Näin ei kuitenkaan ole Suomessa. Terhokodin vastaavan hoitajan **Maarit Leinon** ja Suomen Aromaterapiaopiston johtajan **Ulla-Maija Gracen** mukaan vaihtoeh-toishoitoja käytetään kyllä runsaasti etenkin syöväen aktiivihoidon jälkeen, mutta aromaterapian käyttö on vähäistä.

Cochrane-katsauksen tekijät löysivät 65 potilas-tutkimusta, joissa syöpäpotilaiden oire- ja elämän-laatumuutoksia arvioitiin hieronnan tai aroma-hieronnan jälkeen. Näistä tutkimuksista kahdeksan oli satunnaistettu. Kuudessa tutkimuksessa koeryhmän potilaita hierottiin 10–30 minuutin ajan sairaalan hoitokäynnillä ja vertailuryhmäläiset useimmiten vain lepäilivät vastaavan ajan. Kahdessa tutkimuksessa koeryhmäläisten öljyihin oli uutettu tehoavia yrttejä ja verrokkeja hierottiin neutraalilla öljyllä.

Yhteensä tutkimuksissa oli mukana 357 potilasta (6–87/tutkimus). Potilaita hoidettiin ja arvioitiin 4–16 kertaa. Seuranta-aika kaikissa oli varsin lyhyt, kun arvioinnit lopetettiin yleensä viimeisen hoitokäynnin yhteydessä. Interventiot olivat tutkimuksissa niin erilaisia keskenään, että meta-analyysejä ei päästy tekemään.

## Ahdistuneisuus helpotti hierontaryhmässä

Tulokset viittaavat selvimmin ahdistuneisuuden vähenemiseen hieronnan tai aromahieronnan jälkeen. Kahdessa tutkimuksessa hierontaryhmän mitattu



KERTTU KORHONEN

ahdistuneisuus väheni merkitsevästi enemmän kuin verokkiryhmän. Myös molemmissa aromahieronta-tutkimuksissa todettiin ahdistuneisuuden vähenevän merkitsevästi intervention jälkeen kaikilla hoidetuilla. Aromaöljyllä ja tavallisella öljyllä hierottujen välille ei enää saatukaan merkitsevää eroa.

Vaikuttaa siis siltä, että itse öljyn lisäarvo aroma-hoidossa jää näyttöä vaille. Masennuksen suhteen tulokset eivät olleet kovinkaan vakuuttavia: vain yhdessä niistä kolmesta tutkimuksesta, joissa masennusta oli mitattu, saatiin merkitsevää eroa hoitoryhmäläisten hyväksi. Siinäkin interventiona oli pelkkä hieronta ilman aromaöljyä. Kolmessa tutkimuksessa havaittiin kipujen ja kahdessa tutkimuksessa pahoinvoinnin vähenevän enemmän aktiivihoidoa saaneilla. Toisaalta muissa tutkimuksissa samaa edullista vaikutusta ei havaittu, joten näyttö niiden osalta jää vähintäänkin riittämättömäksi. Merkille pantavaa on, että mahdollisista haittavaikutuksista ei katsauksessa ollut mainintaa.

*Iris Pasternack*

Fellowes D, Barnes K, Wilkinson S. Aromatherapy and massage for symptom relief in patients with cancer (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Tieteellistä näyttöä tehosta ei tunnu löytyvän

## Vaihtoehtoishoitoja tutkitaan

**V**aihtoehtoishoidot, luonnonlääkintä ja uskomushoidot eivät liene synonyymejä, mutta kuvastavat edustamansa ilmiön eri puolia. Ihminen hakee vaihtoehtoista hoitomenetelmää silloin, kun lääketiede ei ole pystynyt auttamaan tai kun sen keinot ovat lopussa. Yrtit ja muut luonnon raaka-aineet sekä hoitajan kädentaidot edustavat aikaa ja ajattelua, jossa luonnolla on keskeinen rooli elämän ylläpitäjänä. Virallinen lääketiede sanoo hoitojen tehon perustuvan pelkästään hoidettavien uskoon. Tieteellistä näyttöä vaihtoehtoishoitojen tehosta ei ole tuntunut löytyvän.

Rinta- ja eturauhassyöpöpotilaiden sekä heitä hoitavien onkologien hoitajien ja lääkäreiden asenteita vaihtoehtolääkintään on selvitetty 2000-luvulla suomalaisessa aineistossa (Liisa Salmenperä, tekeillä oleva väitöskirjatyö). Noin puolet vastanneista syöpöpotilaista oli kiinnostunut vaihtoehtoishoidoista ja uskoi voivansa hyötyä niistä. Yli puolet (58–77 %) kuitenkin suhtautui varauksellisesti hoitoihin menemiseen ja he halusivat ensin saada tutkittua tietoa vaikuttavuudesta ja turvallisuudesta. Kolmannes kyselyyn vastanneista oli kokeillut jotain vaihtoehtoishoitoa syöpään sairastumisensa jälkeen. Pääasialliset syyt hoitoihin hakeutumiselle oli toivon ylläpito ja se, että haluaa tehdä kaiken mahdollisen itsensä hyväksi siinä tilanteessa.

Suomalaisten lääkäreiden asenteet olivat varsin kriittisiä: 86 % oli sitä mieltä, että vaihtoehtoisia hoitoja ei tulisi käyttää lainkaan ja 75 % viittasi hoitojen mahdollisiin haittoihin. Toisaalta 58 % lääkäreistä uskoi vaihtoehtoishoitojen auttavan syöpöpotilaiden ahdistuksen lievittämisessä. Peräti 79 % lääkäreistä halusi saada lisää tutkittua tietoa hoitojen turvallisuudesta ja vaikuttavuudesta.

### Vaihtoehtoisten hoitojen työryhmä Cochranessa

Viimeisen reilun kymmenen vuoden aikana vaihtoehtolääkinnän tutkimus on lisääntynyt merkittävästi. Satunnaistettujen vertailututkimusten määrä on kaksinkertaistunut viiden vuoden jaksoissa. Vuonna 1996 perustettu Vaihtoehtoisten hoitojen työ-

ryhmä Cochrane Complementary Medicine Field etsii aktiivisesti maailman kirjallisuudesta korkealaatuisia tutkimuksia vaihtoehtolääkinnän alalta, kokoaa ne tietokantaan ja edistää tämän tiedon julkaisemista systemaattisiksi katsauksiksi. Satunnaistettuja tutkimuksia ryhmän rekisterissä on jo 5 800 kappaletta.

Vaihtoehtoisten hoitojen työryhmän www-sivuilla pääsee tietokantaan, johon on koottu systemaattisia katsauksia vaihtoehtolääkinnän alalta. Niitä on tähän mennessä tallennettu noin 230, joista 80 on Cochrane-katsauksia. Interventioita ovat mm. akupunktio, vyöhyketerapia, kiinalainen ja muu yrttilääkintä, entsyymiterapia, kateenkorvauutteet, karpalot, homeopatia, hypnoterapia, mind and body -terapia, Alexander-tekniikka sekä moxibustio (sikiön kääntäminen päätarjontaan lämmittämällä palavalla yrttipuikolla tiettyjä varpaiden akupunktiopisteitä).

*Aromaterapia*-hakusanalla Cochrane-kirjastosta löytyi kahdeksan valmista ja neljä tekeillä olevaa Cochrane-katsausta, joissa aromaterapia oli tutkittavana interventiona. Mahdollisia vaikutusalueita olivat dementia, pälvikalju, akne, kuumat aallot, syöpäkiput, Parkinsonin taudin oireet, nivelkiput, synnytykskiput, keskosten kasvu, epilepsia ja spastisuustilat.

Näyttö vaihtoehtoishoitojen vaikuttavuudesta näyttää Cochrane-katsauksia selaamalla monesti jäävän niukaksi: alkuperäistutkimusten menetelmällisessä laadussa on puutteita ja ryhmien välille ei saada selviä eroja. Tosin samaa voidaan todeta myös monesta lääketieteellisestä hoidosta, jolla kuitenkin on yleensä lääketieteellisesti perusteltu mahdollisuus olla tehokas. Hoidollisesta interventiosta avun saaminen onkin ilmeisesti monitasoinen tapahtuma, jonka todennäköisyyttä ei pystytä ennustamaan yksinomaan patofysiologisten syy-seurausketjujen perusteella.

*Iris Pasternack*

Lisätietoja Cochranen Vaihtoehtoisten hoitojen työryhmästä internetistä osoitteessa <http://www.compmmed.umm.edu/Cochrane/index.html>.

Sepelvaltimotaudin hoitoja tutkailtu

## Lääkeaineverkkoputki vai tavallinen stentti?

**V**altaosassa sepelvaltimoiden pallolaajennus toimenpiteitä käytetään metalliverkkoputkea eli stenttiä estämään laajennetun kohdan uudelleen ahtautumista, restenoosia. Suonen uudelleen ahtautuminen palauttaa oireet ja johtaa uusintatoimenpiteeseen pahimmillaan 20–50 % potilaista. Englantilaiskatsauksen mukaan tarvitaan uutta tietoa ennen kuin lääkeestenttien käytön perusteet ovat selkiytyneet.

Stenteistä hitaasti vapautuvat lääkeaineet estävät neointimaalista proliferaatiota (suonen sisäkalvon liikakasvua) ja pienentävät uusinta-ahtauman riskiä. Lääkeainestentit (DES = drug eluting stent) ovat kuitenkin toistaiseksi hinnaltaan huomattavasti kalliimpia kuin metalliverkkostentit (BMS = bare metal stent).

**Taulukko 1.** Haittatapahtumien\* määrä 12 kuukauden seurannassa, lääkeestentti versus tavallinen stentti.

Lääkeestentin vaikuttava aine	OR	95 % luottamusväli	Potilasmäärä
paklitakseli	0,63	0,47 - 0,84	1978
sirolimus	0,30	0,22 - 0,42	1296

\*= kuolema, sydäninfarkti ja uusi revaskularisaatioimenpide (aiemmin laajennettu kohta tai kohdesuoni)

Järjestelmällisessä kirjallisuuskatsauksessa<sup>1</sup> koottiin tiedot seitsemästä julkaistusta ja seitsemästä vielä julkaisemattomasta satunnaistetusta kontrolloidusta tutkimuksesta, joissa verrattiin lääkeainestenttiä metalliverkkostenttiin sepelvaltimotautia sairastavilla potilailla. Ensisijaisena päätemuuttujana eri tutkimussarjoissa pidettiin erilaisia haittatapahtumien yhdistelmiä, jotka kattoivat ainakin kuoleman, sydäninfarktin ja uuden revaskularisaatioimenpiteen (aiemmin laajennettu kohta tai kohdesuoni).

Potilaiden keski-ikä oli 59–65 vuotta. Miesten osuus vaihteli eri tutkimusryhmissä 62–91 % välillä. Diabeetikoiden osuus tutkittavista oli 14–29 %, mutta yksi tutkimuksista poissulki diabeetikot. Yhdessä tutkimuksessa oli mukana monen suonen ahtaumaa sairastavia potilaita, yhdessä sekä yhden suonen että monen sepelvaltimotautia sairastavia. Mukana oli myös tutkimus, jossa ei ilmoitettu ahtautuneiden suonten määrää. Loput tutkimuksista käsitelivät yhden suonen sepelvaltimotautia.

### Haittoissa ilmeni eroja

Haittatapahtumien lukumäärä oli sekä paklitakseli-stenteillä että sirolimus-stenteillä vähäisempi kuin metalliverkkostenteillä 12 kuukauden seurannassa (taulukko 1). Tämä ero perustui vähentyneeseen uusintatoimenpiteiden tarpeeseen. Kuoleman ja sydäninfarktirisikin suhteen DES- ja BMS-ryhmät eivät eronneet vuoden seuranta-aikana. Laajennetun kohdan ahtautuminen uudelleen (yli 50 % ahtauma suonen sisämitassa laajennuksen jälkeiseen tilanteeseen verrattaessa) oli paklitakseli (OR 0,32; 0,24–0,42, n = 1 945) ja sirolimus-stenteillä (OR 0,050; 0,03–0,09, n = 1 221) merkittävästi vähäisempää kuin kontrolliryhmässä 6–9 kuukauden seuranta-aikana.

National Institute of Clinical Excellence NICE:n vuonna 2003 antama lääkeestenttiohjeistus<sup>2</sup> pohjautuu tässä artikkelissa referoituun evidenssiin, taloudellisen arvion osalta vain yhteen tutkimukseen sekä stentin valmistajilta ja kardiologeilta saatuun tietoon. Järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen kirjoittajat toteavat NICE:n "policyn" perustuvan pieneen potilasmateriaaliin, yhdisteltyyn päätemuuttajaan, lyhyeen seuranta-aikaan ja rajoitettuun alaryhmäanalyysiin. Uutta näyttöön perustuvaa tietoa tarvitaan ennen kuin lääkeestenttien käyttöindikaatiot ovat riittävästi selkiytyneet.

*Pekka Kuukasjärvi  
Antti Malmivaara*

<sup>1</sup> Ruaraidh A. Hill, Yenal Dundar, Ameet Bakhai, Rumona Dickson, Tom Walley. Drug-eluting stents: an early systematic review to inform policy. *European Heart Journal* 2004; 25, 902–919.

<sup>2</sup> National Institute for Clinical Excellence. Appraisal consultation document: drug eluting stents for prevention of restenosis, including review of coronary artery stents for ischaemic heart disease, 2003. <http://www.nice.org.uk/article.asp?a¼76197>.



## FinOHTA seuloi ja selvitti INAHTA-verkoston nettisivujen tarjontaa maallikoille

# Menetelmien arviointi ja potilasinformaatio

**M**enetelmien arviointiyksiköt kautta maailman tuottavat runsaasti informaatiota, joka yleensä perustuu laadukkaisiin tieteellisiin tutkimuksiin. Perinteisesti tietoa on tuotettu lähinnä terveydenhuollon ammattilaisille, asiantuntijoille ja päätöksentekijöille. Viime vuosina on kuitenkin yhä enemmän keskusteltu siitä, tulisiko arviointitietoa tuottaa myös potilaille — tai laajemmin kansalaisille. FinOHTassa tehtiin selvitys siitä, miten arviointiyksiköt maailmalla ovat asiaa lähestyneet.

Potilasinformaation (patient information) rinnalla käytetään useita termejä, joilla on tietty merkitys, mutta jotka käytännössä tarkoittavat lähes samaa asiaa. Näin puhutaan esimerkiksi kansalais-, kuluttaja- ja maallikkoinformaatiosta (*citizen information, consumer information, lay people information*). FinOHTAn selvityksessä huomioitiin nämä kaikki informaatiotyypit.

Selvitystä varten käytiin systemaattisesti läpi arviointiyksiköiden kansainvälisen verkoston INAHTA:n<sup>1</sup> jäsenyksiköiden verkkosivustot. Verkostoon kuuluu tällä hetkellä 42 yksikköä 21 maasta. Tarkoituksena oli ottaa selvää, millaista potilasinformaatiota yksiköt ovat tuottaneet ja miten se on saavutettavissa.

### Potilasohjeita ja kansalaiskampanjoita omalla äidinkielellä

Perinteisten potilasohjeiden lisäksi INAHTA-yksiköiden verkkosivustoista löytyi tietoa joistakin kansalaisille suunnatuista kampanjoista. Lisäksi sivuilta sai käsiinsä muutamia interaktiivisia sovelluksia, joiden avulla maallikotkin saattavat löytää hyödyllistä tietoa. Ne yksiköt, jotka ovat julkaisseet potilasinformaatiota, ovat yleensä panostaneet siihen



KERTTU KORHONEN

### Esimerkkejä INAHTA-verkoston [www.sivuilla](http://www.sivuilla.org) julkaistusta potilasinformaatiosta

**www.nice.org.uk** Isonsa-Britanniassa toimiva NICE on julkaissut lukuisia potilasohjeita mm. Coronary artery stents. Understanding NICE guidance – information for people with heart disease, their families and carers, and the public.

**www.va.gov/vatap/patientinfo.htm** Yhdysvaltalaisen terveydenhuollon teknologian arviointiohjelma VATAP:n sivuilta löytyy monipuolisesti tietoa myös potilaille.

**www.sbu.se** Ruotsin terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö SBU:n sivuilla on kansalaisille suunnattu osio, joilta löytyy mm. 11 potilasohjetta.

selkeästi. Toisaalta monet yksiköt eivät olleet tuottaneet potilasinformaatiota lainkaan. Jonkun muun tuottamaan tietoon johtavat linkit näyttävät toistaiseksi olevan tavallisin tapa huomioida potilaat.

Potilasinformaation saavutettavuuden kannalta kielikäsitys on keskeisessä asemassa. Arviointiyksiköt olivat vain harvoin julkaisseet potilasinformaatiota muulla kielellä kuin kyseisen valtion pääkielellä. Toinen saavutettavuuden kannalta tärkeä asia on tiedon jakelutapa. Kaikkien tekstimuotoista potilasinformaatiota julkaisseiden yksiköiden materiaali oli saatavilla yksiköiden verkkosivustoissa. Useimmiten se oli tulostettavissa sekä html- että PDF- muodossa. Ainoastaan muutama yksikkö levitti tietoa myös paperille painettuna tai monistettuna. Materiaali oli yleensä maksutonta.

Selvityksessä kävi ilmi, että kansalaisille annettiin harvoin mahdollisuus vaikuttaa heille tuotettavaan informaatioon. Vain osa yksiköistä pyysi lukijoilta palautetta informaation sisällöstä tai kehotti lukijoita ehdottamaan tutkimuskohdetta.

Arviointiyksikköjä on kritisoitu siitä, että ne eivät riittävästi huomioi kansalaisia julkaislessaan tutkimustensa tuloksia<sup>2</sup>. On jopa esitetty, että kansalaisten tulisi olla yksi arviointiyksiköiden tärkeimmistä yleisöistä. Tämä kuitenkin toteutuu harvoin. Potilaiden ja yleisemmin kansalaisten huomiotta jättäminen näkyy myös selvityksemme tuloksissa. FinOHTAssa pohditaan jatkossa, miten terveydenhuollon asiakkaat otetaan huomioon yksikön toiminnassa.

*Katri Melto-Ojalainen  
Kristian Lampe*

<sup>1</sup> International Network of Agencies for Health Technology Assessment, <http://www.inahta.org>

<sup>2</sup> Coulter A. Perspectives on health technology assessment: response from the patient's perspective. International Journal of Technology Assessment in Health Care 2004; 1:92–96.

Tervestieteiden maisteriksi opiskeleva terveydenhoitaja Katri Melto-Ojalainen teki selvityksen FinOHTAlle opintoihin kuuluvan harjoittelujakson yhteydessä. Työtä ohjasivat viestintälääkäri Kristian Lampe ja vs. kehittämisspäälikkö Sirkku Vuorma FinOHTAsta. Selvityksen tulokset julkaistaan kokonaisuudessaan myöhemmin.

## Näyttöä vai ei? Koulutusta terveystieteille

NÄYTTÖÄ VAI EI? Tutkittua tietoa lääketieteen toimittajille -koulutus saa jatkoa, kun tilaisuus uusitaan tammikuussa 2005. Ensimmäiselle, syyskuussa järjestetylle koulutuspäivälle osallistui 20 journalistia, jotka työskentelevät sanoma- ja aikakauslehdissä sekä sähköisten medioiden palveluksessa.

Koulutuksen tuottavat yhteistyönä Duodecimin Käypä hoito -työryhmä, FinOHTA ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO. Tilaisuudessa selvitettiin lääketieteen toimittamisen ajankohtaisia topiikkeja. Käypä hoito -päätoimittaja **Eeva Ketola** kertoi, mitä on näyttöön perustuva lääketiede (EBM) ja mihin sitä voi käyttää. Dosentti **Minna Kaila** esitelmöi, mistä syntyy terveystieteiden ja mitä riskeistä kannattaa kertoa. ROHTO-keskuksen johtaja **Taina Mäntyranta** johdatti journalistit hakemaan näyttöä ja löytämään asiantuntijoita.

Ehkäpä lääketieteen toimittajan yksi parhaista metodeista on järjestelmällinen tiedon lähteiden epäily. Harjaantuneiden hoksottimien ansiosta tunnistaa, mikä informaatio vain näyttää näyttöltä ja mistä ei voi päätellä juuri mitään. Työn huikeassa kannattava

kysyä, onko lähde tutkittu, kliinisesti tutkittu, alustava, luotettava, arvovaltaisessa lääketieteellisessä julkaisussa julkaistu? Kuka siis Sinua ohjailee?

Tiedon ruisleivän lisäksi näyttökoulutuksessa oli tarjolla paljon esimerkkejä elävästä elämästä. Yksi pienryhmistä myös valmisteli ja näytteli haastattelun, jossa toimittaja tiukkasi *Uudet tuulet puhaltavat masennuslääkityksessä*-tiedotteen perusteita tutkija LL Pirkka Pontevalta. Ja tuulesta temmatuiksi osoittautuivat koko tuon uutisen aiheet.

Koulutuspäivän loppukeskustelun luotsasi FinOHTAn johtaja **Marjukka Mäkelä**, joka myös kuulosteli terveystietäjien tekijöiltä heidän toiveitaan jatkokoulutukselle. Osallistujat antoivat selvän näytön siitä, että terveystoimittajien keskuudessa on lisää tarvetta Näyttöä vai ei? -koulutukselle.

*Kerttuli Korhonen*

Lääketieteen toimittajille tarkoitettua koulutuksesta lisätietoa antaa Lääkehoidon kehittämiskeskus ja Käypä hoidon tiedottaja Tuula Vainikainen, s-posti [tuula.vainikainen@rohto.fi](mailto:tuula.vainikainen@rohto.fi).

# WHO:lta opas menetelmien tehokkuuden arviointiin

*Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis. World Health Organization. Edited by T. Tan-Torres Edejer, R. Baltussen, T. Adam, R. Hutubessy, A. Acharya, D.B. Evans & C.J.L. Murray. Geneva, 2003. ISBN 92-4-154601-8. Sivuja 318.*

Terveydenhuollon menetelmien taloudellinen arviointi on yleistynyt viime vuosikymmeninä. Useita suosituksia kustannus-vaikuttavuusanalyysin (KVA) tekemisestä on jo julkaistu. Maailman terveysjärjestö WHO on nyt kehittänyt uuden suosituksen, jota esitellään kirjassa *Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis*.

WHO:n suosituksen on laatinut ryhmä kokeneita terveystaloustieteen ja lääketieteen edustajia, jotka toimivat erilaisissa tutkija- ja asiantuntijatehtävissä. Kirjan paristakymmenestä kirjoittajasta enemmistö edustaa WHO:ta, mutta myös erilaiset instituutit ja yliopistot eri puolilta maailmaa ovat edustettuina. Tavoitteena on aikaisemmin ilmestyneiden suositusten täydentäminen, ei niiden korvaaminen uudella.

Kirja koostuu kahdesta osasta. Ensimmäisessä osassa kirjoittajat esittelevät suosituksensa mukaisen *generalized cost-effectiveness analysis*:in, joka voidaan kääntää yleisluonteiseksi KVA:ksi. Toiseen osaan on koottu suosituksen pohjana olevat tieteelliset julkaisut. Oppi- ja käsikirjanomaiselle teokselle välttämätön sivunumerollinen hakusanasto on toimitettu liitteenä, erillisenä vihkosena. Julkaisun mukana tulee myös CD-levyn muodossa varsinaisessa tutkimustyössä apuna käytettäviä tietoja.

Uuden suosituksen kehittämiseen oli kirjoittajien mukaan kaksi syytä. Ensinnäkin perinteisessä KVA:ssa vertaillaan yleensä jonkun tietyn sairauden hoidossa tai ehkäisyssä vallitsevasti käytössä olevaa menetelmää ehdotettuun uuteen menetelmään. Tavoitteena on löytää uuden menetelmän inkrementaalinen kustannus, eli se hinta, joka täytyy maksaa menetelmän avulla saavutettavasta yhdestä yksiköstä lisähyötyä esim. saavutetusta lisäelinvuodesta. Huomioimatta jää kuitenkin kysymys, mistä oltaisiin valmiita siirtämään voimavaroja tuon lisäyksikön terveyshyötyä tuottamiseksi. Myös kysymys, edustavatko terveydenhuollon piirissä tehtäviksi vali-

tut toimenpiteet tehokasta voimavarojen kohdentamista, vaille vastausta jää. Toinen kirjoittajien motiivi suosituksen laadintaan oli ajatus terveydenhuollon tehokkuuden kehittämisestä maailman laajuisesti. Terveydenhuollon yleisen tehokkuuden kehittämiseksi ei pitäisi edellyttää niin suurta määrää menetelmien arviointia, että ainoastaan kaikkein rikkaimmilla mailla olisi siihen riittävästi resursseja.

WHO:n laatiman suosituksen tavoitteena on tarjota työkalu, jonka avulla voidaan haarukoida tutkittavien menetelmien tehokkuutta. Tavoitteena on saada yleisluonteinen tuntuma siitä, ovatko tutkitut menetelmät erittäin kustannustehokkaita tai tehoittomia vai jotain siltä väliltä. Myös tulosten yleistettävyyttä läpi koko terveydenhuollon toimialan on suosituksessa pyritty varmistamaan. Tällöin myös päättäjien olisi helpompaa käyttää saatuja tuloksia päätöksenteon apuna.

Uutuusjulkaisu pyrkii nimensä mukaan tarjoamaan ohjeita kustannus-vaikuttavuustutkimuksen tekoon ja tulosten tulkintaan. Kirjan teksti ja sen teemat etenevät johdonmukaisesti, joskin sisällön jaottelu kahteen osaan voi jossain määrin tuottaa hajanaisuutta. Jonkinasteinen terveydenhuollon menetelmien taloudellisen arvioinnin tuntemus onkin lukiessa eduksi, joten aiheeseen johdattelevana teoksena kirjaa ei voi suositella. Kirjan toisessa osassa olevien artikkeleiden runsas kirjallisuusviiteluettelo ohjaa aiheesta kiinnostuneet syvemmälle tieteellisiin taustoihin.


Kokonaisuutena kirja muodostaa painavan tietopakettin kattaen aiheet aina kustannusten ja vaikutusten mittaamisesta eettisiin tekijöihin saakka. Mikäli terveydenhuollon tutkimus suuntautuu ennustusten mukaan tulevaisuudessa yksittäisten terveydenhuollon menetelmien tehokkuuden arvioimisesta sen arvioimiseen kokonaisuutena, on kirjan tarjoamalle tiedolle varmasti paljon kysyntää jatkossa.

*Hanna Koskinen*

Kirja on myös julkaistu internetissä osoitteessa  
[http://www3.who.int/whosis/cea/background\\_documents/pdf/guidelines.pdf](http://www3.who.int/whosis/cea/background_documents/pdf/guidelines.pdf)

## IMPAKTI ● TIETOA TERVEYDENHUOLLON MENETELMIEN ARVIOINNISTA

- Terveysthuollon menetelmien arviointiyksikkö FinOHTA (Finnish Office for Health Care Technology Assessment) tuottaa tietoa terveydenhuollon päätöksenteon tueksi.
- FinOHTA toimii Stakesissa ja se on perustettu 1995.
- FinOHTAn tavoitteena on edistää hyvien ja tieteelliseen näyttöön perustuvien menetelmien käyttöä Suomen terveydenhuollossa ja siten edistää terveydenhuollon tehokkuutta ja vaikuttavuutta.
- FinOHTA edistää kotimaista arviointitutkimusta koordinoimalla arviointityötä, välittämällä tietoa ja tukemalla tutkimuksia taidollisesti ja taloudellisesti.
- Arvioitavia menetelmiä ovat kaikki terveydenhuollon käytössä olevat lääkkeet, laitteet, toimenpiteet ja hallinnolliset tukijärjestelmät.
- Arvioinnin tuottamasta tieteellisesti perustellusta tiedosta hyötyvät kaikki, niin terveydenhuollon työntekijät, poliittiset päättäjät kuin asiakkaatkin.

		<b>FinOHTA</b> Terveysthuollon menetelmien arviointiyksikkö Finnish Office for Health Care Technology Assessment STAKES / FinOHTA, PL 220, 00531 HELSINKI p. (09) 3967 2297, f. (09) 3967 2278, finohta@stakes.fi		<b>PALVELUKORTTI</b>	
<b>Haluan / yhteisömme haluaa Impakti-lehden postituslistalle</b>					
<i>Henkilön nimi</i>					
<i>Yhteisö</i>					
<i>Ammattinimike</i>					
<i>Jakeluosoite</i>				Rastita, onko kyseessä <input type="checkbox"/> työpaikan osoite vai <input type="checkbox"/> kotiosoite	
<i>Postinumero</i>		<i>Postitoimipaikka</i>			
<i>Puhelin</i>		<i>Telefax</i>			
<i>Sähköposti</i>					
Lehti on maksuton.					
<b>Muu viesti (esim. osoitteenmuutos tai palautetta lehdestä)</b>					
FAXAA TAI POSTITA KOKO SIVU				5/2004	