



Sikiön poikkeavuuksien seulonta

>> 4

HTAi-kongressi Roomassa >> sivu 11

Hoitoteknologia yleistyy myös kotona >> sivu 8

Telekardiologiassa tarvitaan vaikuttavuustietoa >> sivu 19

Sisältö



FinOHTAn RAPORTTI

Sikiön kromosomi- ja rakennepoikkeavuuksien seulonta	4
KOMMENTTIARTIKKELI: Seulontojen etiikasta	5

HTA UUTUUKSIA

7

ARTIKKELIT

Hoitoteknologia yleistyy kotona	8
Lääkintähelikopterin kustannusvaikuttavuus	10
Säännölliset mittaukset alentavat verenpainetta	19
Telekardiologiassa tarvitaan lisää vaikuttavuustietoa	20

KESKUSTELUA: Mistä lumehoito psykoterapialle?	21
---	----

ROOMAN KANSAINVÄLINEN HTAi-KONGRESSI

11

- Influenssapandemian lääkehoito on kallista
- Ryhmähoito ei auta krooniseen kipuun
- Rivastigmiini tehoaa Alzheimerin tautiin
- Stenttien kustannusvaikuttavuutta tutkittu
- Hemokromatoosin seulonnan kustannusvaikuttavuus
- PET-tutkimus ruokatorven syövän hoidossa
- Keuhkolaajentumataudin leikkaushoidossa riskejä
- Syömishäiriöihin suunnattu hoito tehoaa
- Kansalaiset arviointitaiheiden valinnassa
- Menetelmien arviointi ja terveyden edistäminen
- Tiedonhaku kliinisistä tutkimuksista
- Cochrane-kirjastolla uusi käyttöliittymä

UUTISET	22
---------	----

IMPAKTI

Impakti-lehti ilmestyy kuusi kertaa vuodessa. Lehden painosmäärä on 6 400 kappaletta.

ISSN 1455-7940
8. vuosikerta

TIETOA TERVEYDENHUOLLON MENETELMIEN ARVIOINNISTA

Julkaisija

Terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö FinOHTA

Toimitus

Päätoimittaja **Marjukka Mäkelä**, puh. (09) 3967 2290
Viestintälääkäri **Kristian Lampe**, puh. (09) 3967 2180
Toimitussihteeri **Kerttuli Korhonen**, puh. (09) 3967 2285
Toimituksen sihteeri **Terhi Ilonen**, puh. (09) 3967 2297

Toimituksen postiosoite PL 220, 00531 Helsinki
Käyntiosoite Lintulahdenkuja 4, 00530 Helsinki
Puhelin (09) 396 71 (vaihe), Faksi (09) 3967 2278
Sähköposti etunimi.sukunimi@stakes.fi
Internet www.stakes.fi/finohta

Graafinen suunnittelu Mainostoimisto Baari AD Helena Rissanen
Taitto Kerttuli Korhonen, Terhi Ilonen
Painopaikka Kainuun Sanomat Oy, Kajaani 2005

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

Toiveet ja todellisuus

Jokaisen raskaana olevan naisen ensisijainen toive on saada terve lapsi. Vanhemmat toivovat, että syntynyt lapsi tulisi hyväksytyksi erityispiirteineen ja kasvaisi onnelliseen, itsenäiseen aikuisuuteen. Jokaisen syntyneen lapsen toive on tulla rakastetuksi ja hyväksytyksi sekä löytää oma paikkansa tässä maailmassa. Kaikkien kohdalla nämä toiveet eivät ole todellisuutta.

Suomessa suuri osa raskaana olevista naisista osallistuu sikiön poikkeavuuksien seulontoihin toivoen saavansa varmuuden sikiön terveydestä. Yhtenäisten laatuvaatimusten puuttuminen ja kuntien itsenäinen päätösvalta on johtanut kuitenkin tilanteeseen, jossa sikiöiden rakenne- ja kromosomipoikkeavuuksien seulontamenetelmät vaihtelevat huomattavasti eri kuntien välillä. Tilanne on epätasa-arvoinen varsinkin, kun käytössä on myös seulontamenetelmiä, jotka eivät enää vastaa kansainvälisiä laatuvaatimuksia.

FinOHTAn ja asiantuntijoiden yhteinen tavoite keväällä 2004 oli koota raporttiin uusin tieto sikiöiden poikkeavuuksien seulontamenetelmien ominaisuuksista, laatuvaatimuksista ja eettisistä erityispiirteistä. Työn edetessä heräsi enemmän kysymyksiä kuin löytyi valmiita vastauksia. Oikeudenmukaisen, turvallisen ja yhteiskunnan resurssit huomioivan seulontalinjauksen tekemiseen ei löytynyt yksiselitteistä lääketieteellisesti tai eettisesti oikeaa ratkaisua.

Sikiön poikkeavuuksien seulonnan suuri kysymys on, millainen poikkeavuus tulkitaan

niin vaikeaksi, että se halutaan löytää seulonnassa. Käsitys todetun poikkeavuuden vaikeusasteesta ei välttämättä ole sama asiantuntijoiden, vanhempien ja asianomaisten mielessä. Asiantuntijoiden voi myös olla vaikea määrittellä sikiöllä epäillyn vamman vaikeutta. Tällaiseenkin tilanteeseen on valmistauduttava, samoin kuin siihen, ettei sikiön poikkeavuutta pysty seulonnalla toteamaan.

Sikiön poikkeavuuksien seulonnassa jouddumme elämän suurien kysymysten ääreen. Miten varmistetaan neuvonta, joka mahdollistaa itsenäisen päätöksen sekä seulontaan että jatkotutkimuksiin osallistumisesta? Pelkkä tiedon antaminen ei takaa, että asianomainen on omakohtaisesti ymmärtänyt seulontaan osallistumisen mahdolliset seuraamukset. Sikiöiden poikkeavuuksien seulontamenetelmät ovat moniportaisia ja rajallinen aikataulu voi pakottaa ihmisen päätöksiin, joiden perusta ei ole elämän kestävällä pohjalla.

Toivomme, että FinOHTAn raportti "Raskauden ajan ultraäänitutkimukset ja seerumiseulonnan kromosomi- ja rakennepoikkeavuuksien tunnistamisessa" käynnistää laajan terveyspoliittisen keskustelun. Vain siten löydämme yhteiset arvot ja tavoitteet, joihin sikiön poikkeavuuksien seulonta voidaan perustaa. ▀

Ilona Autti-Rämö

Ilona Autti-Rämö



Antero Aaltonen



Kerttuli Korhonen

Raskauden ajan ultraäänitutkimukset ja seerumiseulonnat

kromosomi- ja rakennepoikkeavuuksien tunnistamisessa

FinOHTAn
raportti

Onnistunut sikiön poikkeavuuksien seulonta edellyttää, että seulonnan tavoitteet ja seulontamenetelmien laatuvaatimukset on asetettu selkeästi.

Sikiöiden rakenne- ja kromosomipoikkeavuuksien seulonta edellyttää erittäin vaikeita arvovalintoja. Jotta kukin seulontaan osallistuva pystyy omakohtaisesti tunnistamaan oman elämänsä arvot, on ensiarvoisen tärkeää, että neuvonta on objektiivista, luotettavaa ja aidosti itsenäisen päätöksen mahdollistavaa jokaisessa seulonnan vaiheessa.

Sikiöiden poikkeavuuksien seulonta koetaan herkästi osana neuvolan normaalia toimintaa, jolloin mitään päätöksentekoa ei oikeasti tapahdu. Osallistumista voi myös ohjata halu nähdä kuva sikiöstä – ultraääniseulontaa ei tällöin mielletäkään yrityksenä etsiä sikiön vaikeita rakennepoikkeavuuksia. Vanhemmilla voi myös olla hyvin erilaisia näkemyksiä seulonnasta ja sen seuraamuksista: tieto seulontapositiivisuudesta tai sikiön poikkeavuudesta voi merkitä myös puolisoille hyvin eri asioita. On välttämätöntä, että kaikissa seulonnan vaiheissa annetaan riittävästi luotettavaa ja yhdenmukaista tietoa seulonnan mahdollisuuksista, tavoitteista ja seulontaan väistämättä liittyvistä ongelmista.

USEITA MENETELMIÄ KROMOSOMI-POIKKEAVUUKSIEN SEULONTAAN

Sikiöiden kromosomipoikkeavuuksien seulontaan on olemassa erilaisia ja eriaikaisesti toteutetta-

via seerumin merkkiaineiden yhdistelmätutkimuksia sekä näiden yhdistämistä ultraäänitutkimuksessa mitattuun niskaturvotukseen. Menetelmiä on tarjolla ja niitä tarjotaan, mutta käyttöön otettaville menetelmille ei ole Suomessa asetettu laatuvaatimuksia. Riittääkö gynekologiksi erikoistuva lääkäri suorittamaan niskaturvotusmittauksia vai pitäisikö hänen hankkia tähän pätevöivä koulutus? Onko kustannusvaikuttavampaa kouluttaa terveydenhoitaja tai röntgenhoitaja tekemään vastaavia kaikutkimuksia?

Suomessa on käytössä seulontamenetelmiä, joiden herkkyys on vain noin 65 prosenttia. Voidaanko tätä enää pitää riittävänä? Kuinka paljon vääriä positiivisia voidaan jatkossa hyväksyä? Positiivinen seulontalöydös edellyttää diagnoosin varmistamiseksi jatkotutkimuksena joko istukka-tai lapsivesinäytteen ottoa, ja toimenpiteisiin liittyy keskimäärin yhden prosentin raskauden keskeytymisen riski. Riskin todellinen suuruus pitäisi jatkossa pystyä luotettavasti arvioimaan.

Kromosomipoikkeavuuksien seulonta on kohdistettu trisomioiden ja niistä erityisesti 21-trisomia -oireyhtymän seulontaan. Trisomioista suuri osa keskeytyy spontaanisti, joten mitä aikaisemmin seulonta toteutetaan, sitä enemmän trisomioita myös löydetään. Raskauden aikana ei ole

mahdollista tunnistaa, mikä trisomiaraskaus keskeytyisi spontaanisti ja mikä raskaus jatkuisi loppuun asti.

Vaikka osalla vastasyntyneistä, joilla on 21-trisomia, on lisäksi vaikeita tai merkittäviä rakenteellisia poikkeavuuksia, elää suuri osa heistä nykyhoitojen avulla hyväkuntoisina keski-ikänsä asti. 21-trisomia -oireyhtymää ei täten voida pitää yksiselitteisesti vaikeana poikkeavuutena.

ULTRAÄÄNITUTKIMUS LÖYTÄÄ RAKENNEPOIKKEAVUUKSIA

Rakennepoikkeavuuksien seulonta toteutetaan Suomessa tällä hetkellä 16–22 raskausviikolla tehdyn ultraäänitutkimuksen avulla. Mitä myöhemmin seulonta tehdään, sitä parempi on seulonnan herkkyys. Jos seulonnan yhtenä tavoitteena on raskauden keskeyttämisen mahdollisuus vanhempien niin halutessa, jää jatkotutkimuksien tekoon ja vanhempien päätöksenteolle vähemmän aikaa.

Vaikeiden rakennepoikkeavuuksien esiintyvyys on noin yksi prosentti, mutta seulonnan herkkyys on keskimäärin vain 50 prosenttia. Joka toinen vaikea rakennepoikkeavuus jää täten havaitsematta (yksi 200 seulottua vastasyntyntä kohden). Rakennepoikkeavuuksien seulonnassa nähdään myös muita sikiön poikkeavuuksia, joita ei tulkita vaikeiksi tai joiden merkitystä ei voida raskauden aikana tarkkaan ennustaa. Tulevien vanhempien saattaa kuitenkin olla vaikea hyväksyä mitä tahansa löydöstä, joka on normaalista poikkeava. Tutkittavien ja vanhemmille kerrottavien löydösten rajaaminen voi kuitenkin olla hyvin vaikeaa.

Ultraäänitutkimukseen liittyy paljon lisähyötyjä, jotka parantavat raskauden ja synnytyksen suunnittelua niin normaalissa raskaudessa kuin riskiraskaudessa. Ultraäänitutkimuksen lisähyötyjen yhdistäminen seulontojen tavoitteisiin on vaikeaa, eikä sitä ole FinOHTAn raportissa tehty. Lisähyödyt tulee kuitenkin huomioida, kun arvioidaan >>

KOMMENTTIARTIKKELI

Lisääntymisautonomialla voidaan perustella sikiöseulontoja

Ensimmäinen ja tärkein kysymys sikiöseulontojen etiikasta keskusteltaessa kuuluu: ”miksi?”. On hieinan hämmästyttävää ja hämmentävääkin, että niin rakenne- kuin kromosomipoikkeavuuksien seulonnoista käytävässä keskustelussa tämä kysymys on monesti jäänyt kysymättä – tai oikeammin se on jäänyt piiloon, ikään kuin siihen olisi itsestään selvä vastaus olemassa.

Sikiön kromosomipoikkeavuuksien seulonnan tavoitteet esitettiin alun perin suoraviivaisen kansanterveydellisesti ja kansantaloudellisesti, siis poikkeavuuksien ilmaantuvuuden vähenemisenä ja terveydenhuollon säästöinä. Downin oireyhtymän ilmaantuvuuden pienenemisestä onkin näyttöä monista maista. Laskelmat mahdollisista kustannussäästöistä ovat paljon ongelmallisempia ja sisältävät monia oletuksia. Pidän silti todennäköisenä sitä, että nykyisen mallisesta toiminnasta tulee taloudellisia säästöjä.

Kansanterveydelliset ja taloudelliset perustelut sisältävät kuitenkin välttämättä oletuksen siitä, että tietty, huomattavan suuri osa poikkeavista raskauksista keskeytetään. Tämä oletus on tietysti ongelmallinen. Niinpä viime vuosina on tullut – poliittisesti korrektiksi – tavaksi perustella seulontaa naisten ja perheiden lisääntymisautonomialla. Seulontoja tarjotaan, jotta ihmiset voisivat tehdä tietoon perustuvia valintoja lisääntymisestään. Olennaista on yksilöiden, ei yhteiskunnan intressi.

Mitä tästä seuraa? Jos lisääntymisautonomia perusteluna on aito, meidän tulisi olla johdonmukaisia ja mitata seulonnan onnistumista sillä, miten tämä itsemääräämisoikeus toteutuu. Seulonta on onnistunutta, jos se parantaa äitien ja perheiden mahdollisuuksia tehdä informoituja valintoja lisääntymisensä suhteen. Tällöin on suorastaan samantekevää, mitä poikkeavuuksien ilmaantuvuudelle tapahtuu.

Numerot näyttävät neutraaleilta, mutta esimerkiksi seulonnan riskirajojen määrittely on selkeä arvovalinta. Järjestelmää tuntemattoman maallikon voi olla vaikea ymmärtää sitä, että esimerkiksi riskin ollessa 1/249 se on ”suurentunut”, mutta arvo 1/251 on ”normaali”. Ihanteellinen ja todennäköisesti epärealistinen tavoite olisi se, että naiset saisivat seulonnan riskilukujen perusteella itse päättää invasiivisiin jatkotutkimuksiin osallistumisesta.

Miten näihin ongelmiin tulisi suhtautua? Koska mitään ”ratkaisuja” ei ole, parasta mitä voimme tehdä on avoin keskustelu ja mahdollisimman hyvä tiedottaminen. Avainasemassa tässä tiedottamisessa on se henkilö, joka ensi käynnillä äitiysneuvolassa tapaa raskaana olevan naisen.

PEKKA LOUHIALA
dosentti, yliopistonlehtori
Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitos
pekka.louhiala@helsinki.fi



kerttuli Korhonen

>> raskauden aikana tehtävien tutkimusten tarpeellisuutta ja ajankohtaa.

SEULONNAN TAVOITTEET, LAATU JA KUSTANNUKSET

FinOHTAn raportti ”Raskauden ajan ultraääni-tutkimukset ja seerumiseulonnat kromosomi- ja rakennepoikkeavuuksien tunnistamisessa” on nyt valmistunut. Raportti antaa joitakin vastauksia asetettuihin kysymyksiin kuten niskaturvotusmittauksen tai varhaisraskauden seerumiseulonnan heikkoudet yksinomaisina seulontamenetelminä.

Ennen kuin Suomessa tarjottavia seulontamenetelmiä valitaan, on tärkeintä selkeyttää, mitä poikkeavuuksia seulonnoilla halutaan löytää. Tämän jälkeen on asetettava vaatimukset niin tarjottavien seulontamenetelmien ominaisuuksien

kuin seulontaorganisaation laadun suhteen. Vasta viimeiseksi pohditaan eri seulontamenetelmien kustannuksia, jotka otetaan huomioon seulontamenetelmien lopullisessa valinnassa. ☹

ILONA AUTTI-RÄMÖ
ilona.autti-ramo@stakes.fi

Autti-Rämö I, Koskinen H, Mäkelä M, Ritvanen A, Taipale P ja asiantuntijaryhmä. Raskauden ajan ultraäänitutkimukset ja seerumiseulonnat rakenne- ja kromosomipoikkeavuuksien tunnistamisessa. FinOHTAn raportti 27/2005. Verkko-osoitteessa www.stakes.fi/finohta/raportit.

Seminaari sikiöiden poikkeavuuksien seulonnasta järjestetään tiistaina 11. lokakuuta 2005 Wanhassa Satamassa, Helsingissä. TERVETULOA! Lisätietoja ja ilmoittautumiset pia.karki@stakes.fi.

Keskustelua tarvitaan päätöksenteon tueksi

Keväällä 2004 käynnistettiin Suomen Gynekologiyhdistyksen ja Kuopion kaupungin aloitteesta arviointihanke, jonka tavoitteena oli selvittää sikiöiden poikkeavuuksien seulontaan käytettävien menetelmien ominaisuuksia, laatuvaatimuksia sekä seulontaan liittyviä eettisiä erityispiirteitä.

Hanke käynnistyi yhteistyössä HUS-piirin Naisensairaalan kanssa ja työryhmään kutsuttiin alan johtavat asiantuntijat. Perinatologiaa edustivat professori **Markku Ryynänen**, dosentti Ville Hiilesmaa ja dosentti **Pekka Taipale**. Perinnöllisyyslääketieteen edustajina olivat professori **Helena Kääriäinen**, dosentti **Riitta Salonen** ja LL **Annikka Ritvanen**. Vastasyntyneiden tehohoidon asiantuntijana oli dosentti **Kirsti Heinonen** ja yleislääketieteen edustajana LKT **Oiva Antti Mäki**. FinOHTAn menetelmäasiantuntijoina toimivat tutkimusprofessori **Marjukka Mäkelä**, professori **Harri Sintonen**,

TtM **Hanna Koskinen** sekä LKT **Ilona Autti-Rämö**, joka toimi myös lastenneurologian asiantuntijana.

Työryhmän taival on ollut karikkoinen, tehdyt ratkaisut eivät olleet helppoja ja kaikkiin alun perin asetettuihin kysymyksiin ei löytynyt vastauksia. Obstetrikon, geneetikon, lasten tehohoidon asiantuntijan, lastenneurologin ja yleislääkärin henkilökohtainen kokemus ja näkemys poikkeavuuden vaikeusasteesta, vanhempien toiveista ja tiedon tarpeesta, eettisistä erityispiirteistä sekä vanhemmuuden vaatimuksista olivat ymmärrettävästi osin erilaisia, mutta ne olivat yhteen sovitettavissa.

Työryhmä löysi uusia ja hyvin tehtyjä katsauksia asetettua tehtäväänsä varten, mutta luotettavakaan tiedot seulontamenetelmien sensitiivisyydestä, spesifisyydestä ja seulontamenetelmien laatuvaatimuksista eivät oikeuttaneet tekemään ratkaisuja päätöksentekijöitä varten. ☹

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

DIAGNOSTIIKKA

The use of B-type natriuretic peptides in the investigation of patients with suspected heart failure. NHS QIS, 2005.

http://www.nhshealthquality.org/nhsqis/qis_display_findings.jsp?pContentID=2456&p_applic=CCC&p_service=Content.show&

Tyktarms-undersøgelse med CT-kolografi - Ny metode til undersøgelse for polypper og tarmkræft. DACEHTA, 2005.

http://www.sst.dk/publ/publ2005/CEMTV/CT_kolo_rapport/CTkolo_rapport.pdf

Diagnosing urinary tract infection (UTI) in the under fives. Effective Health Care bulletin 8 (6), 2004.

<http://www.york.ac.uk/inst/crd/ehc86.pdf>

SUUN TERVEYS

Endodontic treatment of molars. DAHTA, 2005.

http://gripsdb.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta109_abstract_en.pdf

LAITTEET

Drug eluting stents: an economic evaluation. CCOHTA, 2005.

https://www.ccohta.ca/publications/pdf/372_drug_eluting_stents_ov_e.pdf

LÄÄKKEET

Clinical effectiveness and cost-effectiveness of drotrecogin alfa (activated) (Xigris) for the treatment of severe sepsis adults: a systematic review and economic evaluation. NCCHTA, 2005.

<http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/fullmono/mon911.pdf>

COX-2 Inhibitors (Valdecoxib and Etoricoxib) for the Treatment of Non-Malignant Chronic Low Back Pain. AHFMR, 2005.

<http://www.ahfmr.ab.ca/hta/hta-publications/technotes/tn48.pdf>

Raloxifene for primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women: A systematic review of efficacy and safety evidence. CCOHTA, 2005.

<https://www.ccohta.ca/>

publications/pdf/117_raloxifene_tr_e.pdf

Botulinum Toxin A for upper and lower limb spasticity. CCOHTA, 2005.

https://www.ccohta.ca/publications/pdf/172_BOTOX_tr_e2.pdf

Memantine for treatment of moderate to severe Alzheimer's disease. CCOHTA, 2005.

https://www.ccohta.ca/publications/pdf/311_mementine_cetap_e.pdf

Randomised controlled multiple treatment comparison to provide a cost-effectiveness rationale for the selection of antimicrobial therapy in acne. NCCHTA, 2005.

<http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/fullmono/mon901.pdf>

METODOLOGIA

Issues in data monitoring and interim analysis of trials. NCCHTA, 2005.

<http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/fullmono/mon907.pdf>

Measurement of health-related quality of life for people with dementia: development of a new instrument and an evaluation of current methodology. NCCHTA, 2005.

<http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/fullmono/mon910.pdf>

A methodological review of how heterogeneity has been examined in systematic reviews of diagnostic test accuracy. NCCHTA, 2005.

<http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/fullmono/mon912.pdf>

MIELENTERVEYS

Clinical and cost-effectiveness of electroconvulsive therapy for depressive illness, schizophrenia, catatonia and mania; systematic reviews and economic modelling studies. NCCHTA, 2005.

<http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/fullmono/mon909.pdf>

PREVENTIO

The provision of alcohol based products to improve compliance with hand hygiene. NHS QIS, 2005.

<http://www.nhshealthquality.org/nhsqis/files/Consultation%20report%20-%20final%20with%20Appendices.doc>

Effects of Omega-3 Fatty Acids on Cognitive Function with Aging, Dementia, and Neurological Diseases. AHRQ, 2005.

<http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/o3cogn/o3cogn.pdf>

SEULONNAT

Cervical screening programmes: can automation help? Evidence from systematic reviews, an economic analysis and a simulation modelling exercise applied to the UK. NCCHTA, 2005.

<http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/fullmono/mon913.pdf>

Impact of computer-aided detection prompts on the sensitivity and specificity of screening mammography. NCCHTA, 2005.

<http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/fullmono/mon906.pdf>

TERVEYSPALVELUT

Improving the referral process for familial breast cancer genetic counselling: findings of three randomised controlled trials of two interventions. NCCHTA, 2005.

<http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/fullmono/mon903.pdf>

A systematic review of cancer waiting time audits. CRD Report 27. CRD, 2004.

<http://www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/report27.pdf>

Predictors of delay in seeking medical help in patients with suspected heart attack, and interventions to reduce delay. CRD, 2004.

<http://www.york.ac.uk/inst/ccrd/pdf/report26.pdf>

TOIMENPITEET

A pragmatic randomised controlled trial of the cost-effectiveness of palliative therapies for patients with inoperable oesophageal cancer. NCCHTA, 2005.

<http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/fullmono/mon905.pdf>

Randomised evaluation of alternative electrosurgical modalities to treat bladder outflow obstruction in men with benign prostatic hyperplasia. NCCHTA, 2005.

<http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/fullmono/mon904.pdf>



Kerttuli Korhonen

Teknologia yleistyy kotihoidossa

Perinteisen kotihoidon ja sairaalan tarjoaman kotihoidon erityisosaaminen tulee yhdistää, jotta hoito olisi mielekästä potilaalle ja hänen perheelleen. Myös kotona käytettävän hoitoteknologian kustannus-vaikuttavuudesta kaivataan lisää näyttöä.



Suurin osa ihmisistä haluaa asua kotona niin pitkään kuin mahdollista. Tähän toiveeseen vastaamiseksi kotona annettava sairaalatasoinen hoito on lisääntynyt monissa maissa. Kotona asumisen tukeminen on asetettu myös sosiaali- ja terveystoiminnaksi tavoitteeksi.

Uusi teknologia mahdollistaa sen, että aiemmin pelkästään sairaalaympäristössä toteutettuja erityishoitoja pystytään nykyisin antamaan myös kotona. Tällaisia klinisiä hoitomuotoja ovat mm. happihoito, palliatiivinen hoito eli parantumatto-

masti sairaiden kivun- ja oireidenlievitys sekä suonensisäinen infuusiohoito.

TARKOITUKSEN MUKAINEN KOORDINAATIO

Kanadalaisen raportin mukaan kotona käytettävän hoitoteknologian lisääntyvään käyttöön liittyy neljä kysymystä, joihin tulisi välittömästi kiinnittää huomiota. Ensimmäinen seikka koskee yhteistyötä perinteisen kotihoidon ja sairaaloiden toteuttaman kotihoidon välillä; nykyisellään yhteistyö näiden kahden välillä on vähäistä. Kanadassa perinteinen

Kotisairaalat toimivat Suomessakin

Kotisairaalat ovat yleistyneet Suomessa. Maassamme oli 27 kotisairaala vuonna 2004¹. Meilläkin on syytä kiinnittää huomiota kanadalaisessa raportissa esille nostettuihin kysymyksiin, jotka liittyvät vastuuseen hoidon laadusta, potilaiden ja omaisten koulutukseen ja ohjaukseen, kodin turvallisuuteen sekä yhteistyörakenteisiin kotisairaalan ja avohuollon kotipalvelun ja kotisairaanhoidon välillä.

Kotisairaalassa annettava hoito on erikoissairaanhoidon tasoista, lääkärijohtoista, ympärivuorokautista ja laitoshoidon korvaavaa. Se on hoitotiimin antamaa hoitoa, jota voidaan toteuttaa kehittyneen hoitoteknologian turvin. Suomalaisessa kotisairaalassa hoidetaan esimerkiksi suonensisäistä antibioottilaitteita tarvitsevia, syvää laskimotukosta sairastavia, sydämen vajaatoimintapotilaita ja pahentunutta

kroonista keuhkosairautta tai astmaa sairastavia potilaita.

Viiden suurimman kaupungin kotisairaalapotilaista 85 prosenttia oli yli 65-vuotiaita vuonna 2001. Kotisairaalahoidon keskimääräinen yksikkökustannus on 107,5 euroa/hoitovuorokausi².

KIRJALLISUUS

- 1 Kujala R. Kotisairaaloiminta tasapainoisen onnistumisstrategian näkökulmasta tarkasteltuna. Tutkimus Oulun ja Porin kotisairaaloitten merkityksestä. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto. LTK, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, 2004.
- 2 Hujanen T. Terveystieteiden yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2001. Aiheita 1/2003, Stakes.

KANADALAISRAPORTTI: Suositukset hoitoteknologian kehittämiseen

- 1. Toimivat rakenteet kotihoidon koordinoinnille**
Perinteistä kotihoidon ja sairaalan tarjoaman kotihoidon koordintiin tarvitaan selkeä strategia ja toimivat yhteistyörakenteet, joita ovat esimerkiksi alueelliset ohjelmat, yhteiset tietojärjestelmät ja käytännön ohjeistot. Molempien toimijoiden tulisi sitoutua strategiaan ja kehittää yhteistyötä tukevia järjestelmiä aktiivisesti.
- 2. Potilaille ja omaisille jaetaan tietoa ja tukea**
Hoitoteknologian yleistymiseen liittyvät riskit ja vastuunjaon epäselvyydet ovat yleensä poistettavissa, sillä potilailla ja heidän perheenjäsenillä on vahva motivaatio saada tarvittava hoito kotiinsa. Riskejä voidaan vähentää koulutuksen ja tuen avulla. Hoitoteknologian (high tech) lisäksi tarvitaan myös valmiuksia potilaiden kohtaamiseen ja ihmisten väliseen vuorovaikutukseen (high touch). Hoitavan henkilökunnan täytyy kyetä arvioimaan potilaiden tarpeet ja toiveet kattavasti sekä vahvistaa asiakkaan osallisuutta hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin.
- 3. Medikalisoitumista vältetään – koti on koti**
Teknologiapainotteisen kotihoidon kasvun perusteluja tulisi tarkoin pohtia. Tietoa potilaiden mieltymyksistä ja tarpeista ei kuitenkaan ole riittävästi. Hoitoteknologian voimakkaaseen yleistymiseen on vaikuttanut myös teknologiatuottajien määrän voimakas kasvu. Tämä houkuttelee kenties lisäämään niitä teknologioita, joita on tarjolla. Laitteiden käyttäjäystävällisyyttä tulisikin arvioida sekä ammattilaisten että potilaiden ja heidän omaistensa näkökulmista. ”Teknologiahuumassa” ei pidä unohtaa sosiaalisia innovaatioita, joita ovat esimerkiksi erilaiset kotihoitoa tukevat palvelut.
- 4. Kustannustehokkuuden tutkimuksella on kysyntää**
Kotihoidon eri toteutustapojen vaikuttavuudesta ei ole riittävästi tutkimustietoa. Uutta näyttöä tulisi tuottaa ja olemassa olevaa tietoa koota järjestelmällisesti. Tutkimustuloksia tulisi välittää laajalle joukolle ja käydä keskustelua ammattilaisten, tutkijoiden ja päättäjien välillä.

kotihoito vastaa suurimmasta osasta kotihoidon palveluja.

Sairaalat ovat myös aktiivisesti kehittäneet kotihoidon palveluja sekä akuuteista että kroonisista sairauksista kärsiville potilaille. Perinteiset kotihoitoyksiköt ja sairaalat ovat laajentamassa toiminta-aluettaan ja samalla lisäämässä teknologian käyttöä kotihoidossa. Tämän vuoksi tarkoituksenmukainen koordinaatio on tärkeää ja tavoiteltavaa. Koordinaatiota tulisi nykyisestä huomattavasti lisätä.

POTILAAN JA OMAISTEN VASTUU KASVAA

Nykytilanteessa myös vastuukysymykset nousevat uuteen valoon. Hoitoteknologian lisääntymisen myötä potilaille ja omaisille siirtyy yhä enenevässä määrin vastuuta. Hoitoteknologian käyttö kotiooloissa vaatii osaamista ja sen jatkuvaa kehittämistä, mikä voi osoittautua haasteelliseksi tehtäväksi.

Raportissa nostetaan esille myös kysymys palvelun laadusta: kun potilaat ja omaiset käyttävät hoitoteknologiaa, kuka on viime kädessä kliinisesti ja juridisesti vastuussa hoidon laadusta? Kaikilla potilailla tai heidän perheenjäsenillään ei välttämättä ole halua toteuttaa liian vastuullisiksi koettuja tehtäviä.

KODIN MONET RISKIT

Kanadalaiset pohtivat myös riskejä, jotka liittyvät kotiin hoitoympäristönä. Erityisvälineiden käyttö asettaa mm. lisävaatimuksia hygienialle. Lisäksi tarvitaan ehkä kodinmuutostöitä ja erilaisia valvontalaitteita.

Fyysiseen ympäristöön liittyvien tekijöiden lisäksi monenlaiset psykososiaaliset ympäristötekijät saattavat vaikuttaa potilaiden ja heidän perheenjäsentensä elämään. Esimerkiksi vastuun ottaminen läheisen hoidosta voi vaikuttaa sekä potilaan että hoitavan omaisen psyykkiseen hyvinvointiin, millä puolestaan saattaa olla vaikutuksia perheenjäsenten keskinäisiin suhteisiin ja sosiaaliseen verkostoon.

RIITTÄVÄÄ NÄYTTÖÄ TARVITAAN

Koska sairaalahoitoa yleensä pidetään hyvin kalliina, oletetaan kotihoidon olevan kustannuksiltaan huomattavastikin edullisempaa. Tutkimuksissa ei kuitenkaan ole aina yhteneväisellä tavalla arvioitu yksityisten ja julkisten kustannusten eikä välillisten kustannusten osuutta. Tämän vuoksi kustannustehokkuutta koskevat tutkimustulokset ovat olleet ristiriitaisia. Osassa tutkimuksia raportoidaan joidenkin kotihoitointerventioiden olevan kustannustehokkaampia kuin laitospalvelut, mutta myös vastakaisia tutkimustuloksia on raportoitu.

Kustannustehokkuutta koskeva tieto on tärkeää sekä käytännön työtä tekeville ammattilaisille että sosiaali- ja terveyspoliittisia päätöksiä tekeville luottamushenkilöille. Tieto mahdollistaa, että voidaan arvioida, millaisia vaikutuksia ja kustannuksia aiheuttaa siitä, että sairaalahoitoa korvataan kotihoidolla.

Hoitoteknologian haasteita on huolellisesti pohdittava ennen kuin käynnissä olevaa kehitystä tuetaan voimakkaammin. Kanadalaisraportissa painotetaan sitä, että kehittyneen hoitoteknologian käyttö kotona edellyttää henkilökunnalta huolellista pereh-

>> tymistä terveyden- ja sosiaalihuollon interventioihin, jotta kotona annettava hoito voidaan toteuttaa laadukkaasti.

Perinteisen kotihoidon ja sairaalan tarjoaman kotihoidon erityisosaaminen tulee yhdistää, jotta hoito olisi mielekästä potilaalle ja hänen perheelleen, kliinisesti vaikuttavaa ja kustannuksiltaan hallittua. Kotihoitoasiakkaiden tarpeiden kattava määrittäminen on oleellista. ☺

PÄIVI VOUTILAINEN
TtT, kehittämisspäälikkö
Ikääntyminen ja palvelut -ryhmä/ Stakes
paivi.voutilainen@stakes.fi

REIJA HEINOLA
FM, kehittämisspäälikkö
Ikääntyminen ja palvelut -ryhmä/ Stakes
reija.heinola@stakes.fi

KIRJALLISUUS

Lehoux P. & Law S. *Health Care Technology at Home. Issues in Organization and Delivery in Québec.* Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, Québec, 2004.

Lääkintähelikoptereiden kustannusvaikuttavuutta arvioitu

Ihmishengen pelastaminen maksoi noin 92 000 euroa

FinOHTAn tutkija Hanna Koskinen julkaisi keväällä 2005 Kuopion yliopiston terveyshallinnon ja -talouden laitoksessa pro gradu -tutkielman aiheesta "Lääkintähelikopterin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus".

Taloudellinen
ARVIOINTI

Tutkimuksen mukaan lääkintähelikopteritoiminnan kustannus-vaikuttavuussuhteeksi tuli 5 750 euroa kutakin toiminnan avulla saavutettua lisäelinvuotta kohden. Muuntelemalla kokonaiskustannuksia ja asiantuntija-arvioihin perustuvaa vaikuttavuutta vaihteli toiminnan kustannusvaikuttavuus 2 000–24 500 euroon. Toiminnan avulla pelastuneen hengen kustannukseksi tuli noin 92 000 euroa.

Tutkimusaineisto muodostui lääkärimiehittisen Medi-Heli 02:n vuonna 2000 hoitamista potilaista (n=530), jotka kuuluivat Helicopter Emergency Medical Services Benefit Score -luokkiin 4–8. Näihin luokkiin kuuluneiden arveltiin hyötynneen HEMS-toiminnasta. Käytetty kulkuneuvo kohteeseen oli auto 41 prosentissa hätätapauksista ja helikopteri 56 prosentissa. Tutkimuksessa tärkeimmiksi lääkintähelikopteritoiminnan henkeä pelastaviksi tekijöiksi osoittautuivat potilaan diagnoosiryhmä, kuljetusmuoto jatkohoitopaikkaan ja ikä. Sisätautiryhmään kuuluneista potilaista lähes 15 prosenttia oli asiantuntija-arvioin mukaan säilynyt hengissä lääkintähelikopteritoiminnan ansiosta.

Myös FinOHTA on vuonna 2000 julkaissut raportin "Lääkintähelikopterin vaikuttavuuden arviointi". Tällä hetkellä valmistellaan FinOHTAn rahoittamana kirjallisuuskatsauksen päivitystä lääkintähelikopteritoiminnan kustannusvaikuttavuudesta. ☺

HANNA KOSKINEN
hanna.koskinen@stakes.fi

Ensimmäinen helikopterikuljetukseen perustuva ambulanssilento tapahtui jo vuonna 1945, kun newyorkilainen lääkäri lennätettiin auttamaan loukkaantunutta ilmavoimien koelentäjää. Suomessa ensimmäinen lääkintähelikopteri nousi ilmaan vuonna 1992. Tällä hetkellä eri toimipisteissä toimii kuusi lääkintähelikopteria.



Kerttuli Korhonen

Koskinen H. Lääkintähelikopterin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Pro gradu -tutkielma. Terveyshallinnon ja -talouden laitos, Kuopion yliopisto, 2005.



Kerttuli Korhonen

Kansainvälinen HTAi-kongressi 20.–22. kesäkuuta 2005

Ajankohtaista tietoa Roomasta

Terveydenhuollon menetelmien arvioinnin ystävien tie vei tänä vuonna Roomaan, jossa järjestettiin alan kansainvälinen huipputapahtuma, *Bringing HTA into practice*.

Kun 1600-luvulla alkoi perinne, jonka mukaan sivistyneen ihmisen tuli kehittää itseään matkustamalla, vaellukset suuntautuivat Roomaan. Turistien ja taiteilijoiden suosima Välimeren keskus kutsui HTA (Health Technology Assessment) -tutkijat tämänvuotiseen kongressiin. Tilaisuuden isäntinä toimivat Rooman katolinen yliopisto ja Gemellin poliklinikka.

Ja liki 800 osallistujaa, 39 eri maasta ympäri maapallon taivalsi tiedonlähteiden äärellä. Ehkä vespa olisi ollut se oikea kulkuneuvo, kun kongressituristi aamulla lähti HTA-luennoille. Miljoonakaupungissa muutamien kilometrien bussimatka saattoi kestää puolitoista tuntia.

HTAi (Health Technology International) on kansainvälinen järjestö, joka toimii päätöksentekijöiden ja terveydenhuollon asiantuntijoiden keskustelufoorumina tutkimus- ja kehittämistoiminnan kliinisiin, taloudellisiin ja yhteiskunnallisiin tuloksiin liittyvissä kysymyksissä. HTAi:n tavoitteena on myös edistää terveydenhuollon teknologian arviointia (Health Technology Assessment, HTA) ja tukea vaikuttavaa päätöksentekoa terveyspolitiikassa ja käytännössä.

Seuraava kansainvälinen HTAi-kongressi järjestetään Adelaidessa, Australiassa 2.–5. heinäkuuta 2006. Lisätietoja HTAi-kongressista verkko-osoitteessa www.htai.org.

HTA
Kongressi

Kongressin järjestelyt oli hoidettu erinomaisesti ja myös ilmojen haltija suosi tapahtumaa. Aurinko paahtoi täydeltä terältä 10 tuntia päivässä. Propellit hurisivat luentosaleissa. Intensiivinen tapahtuma oli vaivansa väärtti. Rooma tarjosi uusinta HTA-tietoa, mitä ei muualta saa yhtä monipuolisesti. Mikä parasta kongressiohjelman tieteellinen taso oli selvästi korkeampi kuin Krakovan HTAi-kongressissa vuosi sitten – tästä antaa osviittaa seuraavien sivujen valikoima esityksiä.

OLENNAISTA ON VERKOSTOITUMINEN

Työkokouksineen nelipäiväinen kongressi keskittyi erityisesti terveydenhuollon menetelmien arvioinnin eli HTA:n rooliin terveysteknologian kehityksessä. Vastauksia löydettiin lukuisiin ajankohtaisiin kysymyksiin, kuten mitkä ovat HTA:n näkökulmasta tarkoituksenmukaisia välineitä sekä välttämättömiä taitoja ja hyödyllisiä yhteistyökumppaneita.

Tieteellisen tiedon jaon lisäksi HTAi-kongressi on mitä parhain mahdollisuus verkostoitua eri maista kokoontuvien alan ammattilaisten kanssa. Yleisluennot avasivat näköaloja tiedon ekonomiaan ja arviointitiedon luonteeseen. Menetelmien arvioinnin tarve yhteiskunnassa, Euroopan maiden välinen yhteistyö ja terveyshyödyn mittaamisen vaikeudet asetettiin historialliseen perspektiiviin. >>



Kerttuli Korhonen

>> ESIMERKEISTÄ YMMÄRRYSTÄ

Tieteellisten kokousten lisäksi ohjelmassa oli työkokouksia, symposiumeja, HTAi-vuosikokous ja INAHTA-verkoston kokous. Kongressin 62 sessiossa pidettiin yhteensä 160 luentoesitystä, jotka keskittyivät arviointitiedon yhä keskeisempään rooliin terveydenhuollossa. Posteresityksiä oli kaikkiaan 188.

Suomalaiset olivat tänäkin vuonna hyvin näkyvillä ja kuulolla eri tilaisuuksissa. Vain kuudesta maasta oli enemmän osallistujia kuin Suomesta. Kongressikävijöistä noin 30 oli suomalaisia, ja heistä noin puolet tuli FinOHTAsta. Postereista 13 oli suomalaisten tutkimusten esittelyjä. Myös ohjelman suunnitteluun osallistuttiin ja FinOHTAN päällikkö **Marjukka Mäkelä** toimi kongressin tieteellisessä ohjelmatoimikunnassa.

Kongressi käynnistyi perinteisesti työpajatyöskentelynä, joissa teemoina olivat mm. tiedonhaku- taidot, eettisen harkinnan yhdistäminen HTA:han, HTA-koulutus ja terveystalouden hankinta.

Asiantuntijalääkäri **Ilona Autti-Rämö** oli koonnut työpajan otsikolla "HTA ja päätöksenteko: Case-tutkimusten vaikutukset kansallisella tasolla". Puheenjohtajuuden lisäksi Autti-Rämö myös luennoi vastasyntyneiden harvinaisten aineenvaihduntatautiin seulonnan. Monin esimerkein paneuduttiin HTA-yksiköiden yhteiseen ongelmaan: miten järjestelmällisesti tuotetun ja näyttöön perustuvaa tietoa sisältävän raportin sanoma onnistutaan välittämään ja jalkauttamaan. Vaikuttavuustiedon välittämisessä riittää mahdollisuuksia ja haasteita. Aihetta päätöksentekijän näkökulmasta käsitelti omassa puheessaan dosentti **Minna Kaila**.

Tiedonhaluinen kongressikansa sai kuulla uusimista tutkimustuloksista lukuisissa luentotilaisuuksissa,

joiden jälkeen käytiin vilkasta polemiikkaa. Sessioiden teemoja olivat esimerkiksi kirurgian uudet teknologiat, priorisointi, HTA-verkostot ja tiedonkulku, terveydenhuollon päätöksenteko sekä taloudellinen arviointi.

YLEISÖ KESKUSTELI VILKKAASTI

Paneelissessioissa keskusteltiin mm. kansainvälisten organisaatioiden työnjaosta terveysteknologiassa. Uutena tulokkaana esiteltiin Guidelines International Network (G-I-N), joka edistää kliinisten hoitosuosituksen järjestelmällistä kehittämistä ja hyödyntämistä terveydenhuollossa.

HTA:n riskit: vaikuttavuus vastaan turvallisuus - sessiossa finohtalaiset **Pekka Kuukasjärvi** ja **Antti Malmivaara** esittelivät katsaustietoa äkillisen koronaarisyndrooman kajoavista hoidoista. FinOHTAN tutkimushankkeiden relevanssia kymmenen viime vuoden aikana tarkasteltiin suullisessa esityksessä, jonka olivat valmistelleet Antti Malmivaara, **Olli-Pekka Ryyänen** ja **Seppo Seitsalo**. Suunnittelija **Jutta Suoranta** piti esitelmän CP-lasten alarajatooseja käsittelevästä katsaustutkimuksesta. Ilona Autti-Rämö luennoi vastasyntyneiden kromosomi-seulonnan kustannusvaikuttavuudesta. Suunnittelija **Heidi Anttila** puhui satunnaistettujen kontrolloitujen tutkimusten laadun raportoimisesta CP-lasten fysioterapiassa.

Myöskään pohjoismaisen yhteistyön merkitystä ei tiedetapahtuman pyörteissä unohdettu. Yhdessä Ruotsin, Tanskan, Islannin ja Norjan yksiköiden kanssa esiteltiin pohjoismaisen HTA-yhteistyön tavoitteita ja tarpeita.

KERTTULI KORHONEN
kerttuli.korhonen@stakes.fi



HTA Kongressi

Rooman HTAi-kongressissa nousi esille useita ajankohtaisia terveydenhuollon menetelmien arviointiin liittyviä kliinisiä, taloudellisia ja eettisiä kysymyksiä. Näistä uutisoimme nyt IMPAKTI:ssa. Finohtalaisten toimittamat artikkelit perustuvat aineistoon, joka ei vielä ole läpikäynyt tieteellistä vertaisarviointia. HTA-esitykset on julkaistu Italian Journal of Public Health -lehden numerossa 2005;2:2.

Influenssapandemian lääkehoidosta miljoonakustannukset

Nilsen E ym.: The effects of oseltamivir (Tamiflu®) in the prevention and treatment of influenza. Poster.

Influenssaa ehkäisevä ja sen oireita lievittävä neuraminidasiin estäjä oseltamiviiri saattaa olla avuksi myös lintuinfluenssassa. Norjassa on arvioitu järjestelmällisen katsauksen pohjalta mallintamalla, miten tehokasta koko väestölle tarjottava ehkäisy tai tautiin sairastuneille annettava hoito olisi, jos lintuinfluenssa leviäisi pandeemisena. Arvion tekivät Norjan HTA-yksikkö ja kansanterveyslaitos.

Oseltamiviiri lyhensi tavantomanlaisen influenssan (A tai B) kestoja 1–2 päivällä. Se vähensi jälkitauteja ja sairaalahoidon tarvetta sekä muuten terveillä lap-

silla ja aikuisilla että riskiryhmillä. Sivuvaikutukset olivat lieviä, kuten pahoinvointia ja oksentelua. Ennalta ehkäisevä lääkitys suojasi 55–89 prosenttia terveistä ja 92 prosenttia rokotetuista, riskiryhmiin kuuluvista iäkkäistä ihmisistä. On tosin mahdotonta selvittää ennalta, olisiko suoja-vaikutus lintuinfluenssassa yhtä suuri.

Norjassa lääke on hyväksytty yli vuoden vanhojen lasten ja aikuisten influenssan hoitoon sekä taudin ehkäisyyn yli 12-vuotiailla. Kuuden viikon suojalääkitys Norjan koko väestölle (5,1 miljoonaa henkeä) maksaisi noin 280 milj. euroa. Viiden päivän hoito oseltamiviirilla kaikille, jotka sairastuvat lintuinfluenssaan maksaisi liki 27 milj. euroa. Pandemiassa tämä tarkoittaa arviolta 40 prosenttia väestöstä.

MARJUKKA MÄKELÄ



Ryhmähoito ei auta krooniseen kipuun

Samuelsen S ym.: Group treatment of patients with chronic non-malignant pain analysed by a health technology assessment. Poster.

Tanskalaisen Herlevin yliopistolaisen sairaalan kipukeskuksessa on jo vuosia annettu ryhmähoitoa kroonisesta, ei-malignista kivusta kärsiville potilaille. Ryhmähoidon tarkoituksena oli auttaa potilaita hyväksymään krooninen kipu ja



siitä aiheutuva toiminnanvaje tarjoamalla heille tapoja, joilla he pystyisivät parantamaan elämänlaatua. Ryhmähoidon taloudellista vaikuttavuutta ja elämänlaatua arvioitiin, sillä menetelmää oli tarkoitus laajentaa muihin vastaaviin yksiköihin sekä perusterveydenhuoltoon.

Satunnaistetussa tutkimuksessa (n=160) yksilöllisen ohjauksen jälkeen koeryhmälle annettiin ryhmähoito ennen terveyspalveluiden käytön mittausta ja vertailuryhmälle sen jälkeen. Elämänlaatua seurattiin SF-36 mittarilla. Kustannusanalysissä (Cost Minimising Analysis) tarkasteltiin hoidon kustannuksia sekä potilaan terveyspalveluiden käyttöä erikois- ja perusterveydenhuollossa.

Yksilöllisellä kivun hoidolla todettiin merkittävä vaikutus potilaan elämänlaatuun, ja ryh-

mähoidon oletettiin pitkittävän tätä myönteistä vaikutusta. Tulokset osoittivat kuitenkin, että ryhmähoito ei vaikuttanut elämänlaatuun. Taloudellisessa analyysissä ryhmähoito ei osoittautunut tehokkaaksi tavaksi. Ryhmähoito ei vähentänyt terveyspalveluiden käyttöä, vaan päinvastoin ryhmähoitoa saaneet käyttivät palveluita vertailuryhmää enemmän (501 euroa vs. 183 euroa).

Arvioinnin perusteella ryhmähoito ei osoittautunut vaikuttavaksi menetelmäksi. Tutkijat eivät suosittele ryhmähoidon laajentamista suunnitellulla tavalla muualle ennen kuin lopulliset tulokset ovat saatavilla.

ULLA SAALASTI-KOSKINEN

Rivastigmiini tehoa Alzheimerin tautiin

Landa K ym. : Comparison of efficacy and safety of rivastigmine against commonly used options in treatment of Alzheimer's disease. Poster.

Rivastigmiini on tehokas lääke Alzheimerin taudin hoidossa, kun taas selegiliinin, pirasetamiinin ja ginkgo biloban tehoa ei ole tutkimuksissa osoitettu. Tutkimuksissa ei verrata toisiinsa kahta tai useampaa eri lääkeainetta, vaan vertailukohtana on lumelääke.

Tutkimuksissa on selvitetty näiden lääkeaineiden vaikutuksia kognitiivisiin toimintoihin, käyttäytymiseen, päivittäisiin toimintoihin sekä taudin kulkuun, erityisesti dementian etenemiseen. Rivastigmiinin 6–12 mg päivittäisannoksen tilastollisesti merkitsevä positiivinen vaikutus näkyi yhdellä tulosmuuttujamittarilla (ADAS-cog) jo 12 viikon jälkeen. Muilla mittareilla saatiin positiivisia tuloksia vasta 18

(PDS) ja 26 hoitoviikon jälkeen (MMSE, CIBIC-plus ja GDS). Selegiliinillä, pirasetamiinilla ja ginkgo biloballa ei saatu tilastollisesti merkitseviä tuloksia arvioidessa vaikutuksia.

Rivastigmiinia käyttäneitä potilaita vetäytyi tutkimuksista tilastollisesti merkitsevästi enemmän kuin placeboryhmän potilaita. Rivastigmiiniryhmässä esiintyi myös enemmän sivuvaikutuksia. Ginkgo biloballe ja selegiliinille näyttäisi potilailla puolestaan olevan hyvä sietokyky, tosin tutkimukset eivät olleet kovin suuria. Pirasetamiinin turvallisuutta ei voitu arvioida saatavilla olevista tutkimuksista.

Alzheimerin taudin lääkityksen tehoa ja turvallisuutta selvittänyt puolalainen HTA-yksikkö sisällytti järjestelmällisten katsaukseensa 20 tutkimusta. Hakutietokantoina he käyttivät Medlinea, Embasea, Cochranea ja NICE:a. Haku toteutettiin elokuussa 2003.

JUTTA SUORANTA

Stenttien kustannusvaikuttavuutta arvioitu Norjassa

Wisloff T ym. : Cost-effectiveness of using drug eluting stents instead of bare metal stents for patients with stable angina. Poster.

Norjalaisen tutkimuksen mukaan lääkeainestenttien käyttö aiheuttaa metallistenttejä suuremmat kustannukset kahden vuoden tarkastelujaksolla. Kustannusvaikuttavuus on voimakkaasti sidoksissa lääkeainestenttien hintaan, liitännäishoidon keston (klopidogreeli) ja uusinta-ahtaumariskiinkin.

Tutkimuksessa selvitettiin lääkeainestenttien kustannusvaikuttavuutta metallistentteihin verrattuna potilailla, jotka sairas-

tivat stabiilia angina pectorista. Terveystyödyn mittana käytettiin ensisijaisesti estettyjä uusintatoimenpiteitä sekä saavutettuja elinvuosia ja laatupainotettuja elinvuosia. Estetyn uusintatoimenpiteen hinnaksi tuli 4 500 euroa (vaihteluväli herkkyysanalyyseissä 200–14 300 euroa), kun metallisentti korvattiin lääkeainestentillä. Lääkeainestenttien hinnan tulisi laskea 32 prosenttia, jotta sen käyttö säästäisi kustannuksia.

Probabilistisen herkkyysanalyysin mukaan lääkeainestentillä saatiin yksiselitteisesti parempi terveyshyöty (estetty uusintatoimenpide) metallisenttiin verrattuna, mutta kustannukset ovat suuremmat. Jos yhteiskunta on valmis maksamaan laatupainotetusta elinvuodesta 30 000 euroa, lääkeainestentti on kustannusvaikeampi hoitomuoto noin 9 prosentin todennäköisyydellä.

Kun analyysissä huomioitiin lääkeainestenttiryhmän kohonnut kuolleisuus (kahden vuoden suhteellinen kuolleisuus 1,40; luottamusväli 0,76–2,57), metallisentti todettiin sekä kustannusten että saavutettujen elinvuosien suhteen paremmaksi vaihtoehdoksi.

PEKKA KUUKASJÄRVI

Hemokromatoosin seulontojen kustannusvaikuttavuus

Barré S ym.: An economic evaluation of screening for hereditary haemochromatosis in the French population. Poster.

Perinnöllinen hemokromatoosi on synnynnäinen peittyvästi periytyvä raudan imeytymishäiriö, jossa raudan kertyminen elimistöön vahingoittaa vähitellen monia elimiä. Suurin sairastumis-



riski liittyy HFE-geenissä olevaan C282Y-mutaatioon. Kummankin HFE-geenin mutaation yleisyys on Ranskassa 0,2–0,8 prosenttia. Suomalaiset tutkimukset viittaavat 0,2–0,5 prosentin esiintyvyyteen. Varhaisessa vaiheessa todetun ja hoidetun hemokromatoosin ennuste on hyvä.

Ranskalaiset ovat tutkineet mallintamalla kolmen erilaisen perinnöllistä hemokromatoosia seulovan menetelmän kustannusvaikuttavuutta. Menetelmät ovat suora homotygoottisen C282Y-mutaation geenitestaus kohdepulaaatioissa ja kahteen erilliseen laboriotutkimukseen perustuva esivalinta, joita seuraa geenitestaus.

Suora geneettinen testaus osoittautui tehokkaimmaksi, mutta myös kalleimmaksi seulontamenetelmäksi. Menetelmän avulla löydetyn yhden positiivisen seulontalöydöksen kustannukseksi tuli 10 400 euroa. Mikäli yhden geenitestin hinta olisi enintään 15 euroa, dominoisi suora geenitestaus esivalintaan perustuvia seulontamenetelmiä. Geenitestiä edeltävistä esivalinnoista tuli transferriinin saturaatioprosentin avulla löydetyn tapauksen kustannukseksi 2 600 euroa. Kun esivalintaan perustuviin tutkimuksiin lisättiin seerumin rautapitoisuus, nousivat kustannukset 3 100 euroon. Tutki-

muksessa ei ole huomioitu epäsuoria eikä mahdollisten komplikaatioiden synnyttämiä kustannuksia.

HANNA KOSKINEN

PET-tutkimus ruokatorven syövän hoidossa

Groen H ym.: Costs and effects of the introduction of positron emission tomography in the staging of patients with cancer of the oesophagus or gastroesophageal junction. Oral session.

Hollannissa on tutkittu positroniemissiotomografian (PET) kustannuksia ja vaikuttavuutta ruokatorven syövän hoidon suunnittelussa, erityisesti etäpesäkkeiden havaitsemisessa. Prospektiivisessä monikeskustutkimuksessa oli mukana yhteensä 199 ruokatorven syövän diagnoosin saanutta potilasta. Hollannissa ruokatorven syövän arvioitu ilmaantuvuus on Suomea hieman korkeampi, 7,7:100 000. Syöpää hoidetaan kirurgisesti, mikäli potilaalta ei löydy etäpesäkkeitä eikä kasvain ole edennyt ympäröiviin kudoksiin.

Tutkimuksessa potilaille suoritettiin PET-tutkimuksen lisäksi vallitsevasti käytössä olevat tutkimukset, joita ovat tietokonetomografia sekä endoskooppinen ja niskan ultraäänitutkimus ohutneulanäytteineen. Positiivisen PET-tutkimustuloksen sai yhteensä 30 potilasta, joista kuudella todettiin olevan etäpesäkkeitä. Näiden kuuden potilaan kohdalla vältettiin tarpeettomalta leikkaukselta. Viidellä potilaalla oli PET-tutkimuksen löydös epävarma. Näiden potilaiden kohdalla edettiin leikkaukseen, mutta kahdessa tapauksessa leikkaus jouduttiin keskeyttämään etäpesäkelöydösten

vuoksi. Seitsemän potilaan kohdalla todettiin samanaikainen muu syöpä. Vääriä positiivisia PET-löydöksiä oli 15.

Kun hoidon kustannuksista poistettiin PET-tutkimuksen avulla vältetyistä leikkauksista syntyvät kustannukset, muodostui tutkimuksesta noin 1 200 euron lisäkustannus potilasta kohden. Tutkijat päättelivätkin, että PET-tutkimus ei ole kannattava ruokatorven syövän diagnostiikassa, lukuun ottamatta joitain mahdollisia erillisryhmiä.

HANNA KOSKINEN

Keuhkolaajentuman leikkaushoidossa riskejä

Banerjee S ym.: Comparison of lung volume reduction surgery (LVRS) with medical management (M).

Poster.

Emfyseema eli keuhkolaajentumatauti on yleinen sairaus varsinkin iäkkään väestön keskuudessa. Lääkehoidon lisäksi keuhkolaajentumatautia voidaan hoitaa keuhkojen tilavuutta pienentävällä leikkauksella (Lung Volume Reduction Surgery, LVRS). Leikkaus on kuitenkin kallis hoitomenetelmä, jonka jälkeinen kuolleisuusriski on korkea.

Kanadalaistutkimuksessa verrattiin lääke- ja leikkaushoidon vaikuttavuutta vaikeaa keuhkolaajentumatautia sairastavilla potilailla. Tutkimukseen sisällytettiin seitsemän järjestelmällistä katsausta, joissa 1 412 potilasta täytti tutkimuksen sisäänottokriteerit.

Lääkehoitoon verrattuna leikkaushoito paransi potilaiden elämänlaatua, keuhkojen toimintaa ja liikuntakykyä, mutta lisäsi kuol-



Kerttu: Korhonen

leisuutta lyhyellä aikavälillä. Hoitoon liittyviä komplikaatioita oli kuvattu niukasti. Kolmen kuukauden kuluttua toimenpiteestä kuolemaan johtava relatiivinen riski todettiin leikkaushoidossa merkittävästi korkeammaksi. Yli kahden vuoden seurannassa merkittävää eroa ei enää ilmennyt.

Tutkijat summaavat, että leikkaushoidon turvallisuuden tutkiminen ja hoidosta hyötyvien potilasryhmien tarkempi tunnistaminen on tarpeellista.

NIINA KOVANEN

Syömishäiriöiden suunnattu hoito tehoa

Seierstad A ym.: Prevention and treatment of eating disorders.

Summary of systematic reviews.

Poster.

Viisi järjestelmällistä katsausta on selvittänyt erilaisten toimenpiteiden vaikuttavuutta syömishäiriöiden hoidossa ja yksi häiriöiden ehkäisyssä. Norjalaiset kokosivat eri katsaukset yhteen.

Ehkäisyohjelmat keskittyivät 10–19-vuotiaiden koululaisten ongelmiin. Tavallisesti niissä kehitetään nuorten medialukutaitoja ja itsetuntoa siten, että epäterveiden paino- ja ulkonäköihanteiden vaikutus vähenisi ja syömishäiriöitä syntyisi vähemmän. Kahdeksan satunnaistettua tutkimusta päätyi siihen, että ohjelmien vaikutus oli pieni tai olematon. Haittoja ei myöskään havaittu.

Psykoterapialla oli suotuisa vaikutus sekä anoreksiaan että bulimiaan ja ahmimishäiriöön. Jälkimmäisten hoidossa kognitiivinen terapia vaikutti parhaiten. Masennuslääkkeet auttoivat bulimipotilaita, mutta heidän hoitomyöntyvyytensä oli heikko. Lääkitys, psykoterapia ja niiden yhdistelmä olivat yhtä tehokkaita.

Syömishäiriöiden hoitoa polikliinisesti tai osastolla oli selvitetty vain yhdessä satunnaistetussa kokeessa ja joissakin kuvailuvissa tutkimuksissa. Eroa avo- ja laitoshoidon välillä ei havaittu.

MARJUKKA MÄKELÄ

Kansalaiset HTA-arviointien valinnassa

Menon D. Involving the public in priority-setting for HTA: a citizen' jury approach. Oral session.

Terveydenhuollon menetelmien arvioinnissa on tärkeää selvittää myös väestön arvoja ja preferenssejä. Siksi HTA-prosessiin tulisi – moniammatillisten ja tieteellisten toimikuntien lisäksi – ottaa mukaan myös kansalaisia. Eikä vain potilasjärjestöjen, vaan koko väestön edustajia. Kansalaisen mielipiteiden kuuleminen on kuitenkin vielä hyvin rajoitettua HTA-organisaatioissa.

Kanadalaisprojektissa selvitettiin, miten kansalaisneuvoston avulla tunnistetaan kriteerit, jotka yhteisön mielestä tulisi ottaa huomioon valittaessa terveydenhuollon menetelmiä arvioitaviksi.

Kansalaisneuvosto koostui 12–16 satunnaisesti valitusta väestön edustajasta. Jäsenet pohitivat ennalta valmisteltuja terveydenhuollon kysymyksiä, joilla oli joko paikallista, alueellista tai kansallista painoarvoa. He saivat asian käsittelyä varten taustatietoa, kuten tutkimusnäyttöä. He saivat myös kuulla muun muassa potilaiden, lääkäreiden, hoitajien ja hallinnon edustajien näkökulman aiheesta. Lopulta neuvosto antoi, 2–4 päivää aiheetta käsiteltyään toimeksiantavalle elimelle raportin, johon oli koottu johtopäätökset.

Kansalaisneuvosto ei edustanut mitään tiettyä väestöryhmää, eikä se ollut vastuussa tehdyistä päätöksistä. Kansalaisneuvoston jäsenet saivat palkkion.

Kanadalaisprojektin tuloksena listattiin kahdeksan kriteeriä, jotka kansalaisneuvoston mukaan

tulisi ottaa huomioon priorisoidessa arvioitavia terveydenhuollon menetelmiä. Kriteerit ovat tärkeysjärjestyksessä seuraavat: 1.) potentiaalinen hyöty monelle ihmiselle, 2.) potentiaalinen elämänlaadun paraneminen, 3.) vaikuttavuuden paraneminen verrattuna muihin vaihtoehtoihin, 4.) nykyhoitoa ei ole olemassa, 5.) pitkäaikainen hyöty yksilölle, 6.) todettu turvalliseksi, 7.) kustannukset ja kustannusvaikuttavuus, ja 8) menetelmän kehittäminen edelleen on mahdollista. Nämä priorisoinnin kriteerit osoitettiin Kanadan terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikölle (CCOHTA) mahdollisia jatkotoimenpiteitä varten.

JUTTA SUORANTA

Menetelmien arviointi terveyden edistämisen välineenä

Koefoed B ym.: Using the health technology approach in health promotion. Poster.

Tanskan terveysviranomaiset ovat käynnistäneet vuonna 2002 hankkeen, joka jäljittää keinoja terveyden edistämisen vaikuttavuuden tehostamiseksi. Hanke on haasteellinen, koska terveyden edistämistoiminnan tutkimus on niukkaa ja vaikuttavuustieto on kerätävä monista lähteistä. Lisäksi arvioinnissa käytetyt menetelmät ovat puutteellisia ja tuotettu tieto on aina sovellettava kansalliseen kontekstiin.

Hankkeessa keskitytään löytämään arviointia vaativat terveyden edistämisen alueet sekä tuottamaan vaikuttavuuteen perustuvaa tietoa. Erityisesti painotetaan vaikuttavuustiedon käyttöä pai-



kallisella tasolla, jo olemassa olevan tiedon järjestelmällistä läpikäymistä sekä rohkaistaan arvioimaan varsinkin niukasti tutkittuja toimintoja. Näyttöön perustuvat katsaukset räätälöidään terveyden edistämisen parissa työskentelevän hallinto- ja ammattihenkilöstön käyttöön.

Korkeatasoisen vaikuttavuustiedon löytämiseen tarvittavat kirjallisuushaut toteutetaan käytämällä relevantteja tietokantoja. Samalla seurataan myös alan perustutkimuksia ja ”harmaata kirjallisuutta”. Kerätty tieto pyritään soveltamaan paikalliseen kulttuuriin sopivaksi. Katsaukset toimitetaan ammattilaisten omalla äidinkielellä.

Katsaukset laaditaan menetelmien arvioinnissa yleisesti käytetyn rakenteen mukaisesti, kun niissä huomioidaan myös sosiaaliset, organisatoriset ja taloudelliset näkökulmat. Valmis katsaus arvioidaan aina alan parhaiden asiantuntijoiden toimesta ennen sen julkistamista.

NIINA KOVANEN

Mistä tietoa käynnissä olevista kliinisistä tutkimuksista?

Anne Fry-Smithin ja Sue Baylissin tavoitteena oli perehdyttää paikalla olleet informaattikot ja tutkijat hakemaan tietoja käynnissä olevista kliinisistä tutkimuksista kansallisista ja kansainvälisistä rekistereistä ja tietokannoista terveydenhuollon menetelmien arviointiraportteja varten¹. Esitys perustui pääosin NCCHTAn raporttiin. Raportti kertoo, mistä lähteistä ja millä tavoin käynnissä olevat tutkimukset löytyvät, paljonko niitä oli elokuuhun 2002 mennessä käytetty HTA-raportteissa ja missä määrin tiedolla on ollut vaikutusta raportin lopputulokseen².

Esityksen pääantina oli hyvä yleiskatsaus tärkeimpiin tutkimusrekistereihin ja tietokantoihin, joista kuusi arvioitiin perusteellisesti: mRCT (MetaRegister of Controlled Trials), ISRCTN (International Standard Randomised Controlled Trial Number Register), NRR (National Research Register), Cancer.gov, Clinicaltrials.gov ja Centerwatch.com. Rekistereitä tutkittiin myös koe-tiedonhauilla tekemällä samoista aiheista sekä suppea että laaja haku. Tuloksia vertailtiin ja esitettiin käynnissä olevien tutkimusten löytämiseen sopivia hakustrategioita.

Ajankohdan tilanteeseen perustuva arviointiyhteenveto toteaa muun muassa, että useimmat rekisterit sisälsivät sekä käynnissä olevia että päättyneitä kliinisiä tutkimuksia, mutta eivät niiden määriä erikseen. Hakua ei myöskään voinut kohdistaa vain käynnissä oleviin tutkimuksiin.

Vaikka useimmista tutkimussuunnitelmista löytyi tiivistelmä, jossa oli runsaasti yksityiskohtaista tietoa muun muassa tavoitteet, tutkimusasetelma, potilaiden määrä,



kerntuli Korhonen

interventio, tulokset ja seurannan pituus. Yhdestäkään ei löytynyt linkkiä suoraan protokollaan.

Ongelmaksi muodostui myöskin saman tutkimuksen päällekkäisviitteiden selvittely. Niitä saattoi löytyä useita jo yhdestä rekisteristä, saati sitten kun haettiin tietoa useammasta rekisteristä. Tässä auttaisi ISRCTN:n numeroinnin laajempi käyttöönotto. Tähän tietokantaan rekisteröityminen on kuitenkin maksullista muille kuin tietyille kehitysmaille.

Tiedonhakuominaisuksiltaan kaikki lähteet arvioitiin hyviksi, Cancer.gov jopa erinomaiseksi. Muita käynnissä olevien tutkimusten tiedonlähteitä ovat esimerkiksi konferenssien tiivistelmät ja julkaisut, lääketeollisuuden organisaatiot, patenttitietokannat ja internetin hakukoneet, joista Googlen lisäksi mainittiin Northern Light.

Esitystä seuranneessa keskustelussa todettiin, että vaikka useat käynnissä olevien kliinisten tutkimusten rekisterit olivat periaatteessa kansainvälisiä, niin niiden sisältö painottui kuitenkin vah-

vasti Yhdysvaltoihin ja Isoon-Britanniaan. Lisäksi kävi ilmi, että muutamien rekisterien ylläpidossa on ollut ongelmia lähes perustamisesta lähtien. Näyttäisi siltä, että NLM:n tukema Clinicaltrials.gov olisi nykyisin sekä perusmetodologialtaan ja hakuominaisuksiltaan että jatkuvuudeltaan parhaassa asemassa. ISRCTN:n ja mRCT:n toimintaa tukevat muun muassa Cochrane-yhteistyö ja Maailmanterveysjärjestö (WHO).

RIITTA GRAHN
riitta.grahn@stakes.fi

VIITTEET

- 1 Fry-Smith A, Bayliss S. Retrieving RCTs and clinical trials in progress. IRG Workshop 2nd Annual HTAi Meeting. Rome 20–22 June 2005.
- 2 Song FJ ym.: Identification and assessment of ongoing trials in health technology assessment reviews. *Health Technology Assessment* 2004; 8:(44). Verkko-osoitteessa www.hta.nhsweb.nhs.uk/fullmono/mon844.pdf.

Säännölliset mittaukset auttavat alentamaan verenpainetta



Tutkittua tietoa haetaan nyt siitä, millaiset seurantajärjestelmät antavat parhaat hoitotulokset lääkityksellä hoidettavilla hypertensiopotilailla.

Vahvaa näyttöä on siitä, että tehokas lääkitys vähentää verenpainepotilaiden sydän- ja verisuonitautiin sairastuvuutta ja kuolleisuutta. Lääkkeiden tehokkuustulokset perustuvat pääasiassa kliinisiin tutkimuksiin, joiden tulokset eivät välttämättä vastaa todellista lääkkeitä saatavaa hyötyä. Kansainvälisen tutkimusten mukaan lääkehoitoa saavista verenpainepotilaista saavutetaan hoitotavoite vain 25–40 prosentilla¹. Suomalaistutkimuksen mukaan kohonneen verenpaineen hoidon tavoitteet toteutuvat meilläkin riittävästi ja potilaat eivät sitoudu hoitoon ja lääkitykseen².

Cochrane-katsauksen tekijät löysivät 59 satunnaistettua kliinistä tutkimusta, joista arvioitiin erilaisen menetelmien vaikuttavuutta kohonneen verenpaineen hoidossa. Tutkimukset tehtiin aikuisilla verenpainelääkityksessä olevilla tai olleilla primaari-verenpainetauti sairastavilla potilailla.

Tutkittavat menetelmät olivat:

- potilaan itse tekemät verenpainemittaukset,
- potilaalle annettavat koulutukset ja informaatiot sairaudesta,
- henkilökunnan koulutukset,
- farmaseutin tai sairaanhoitajan ohjaama hoidon seuranta,
- organisoitu hoidon seurantajärjestelmä, ja
- kontrolliajan muistutus.

Verenpainehoidon onnistumista mitattiin keskimääräisillä systolisen ja diastolisen verenpaineen muutoksilla, verenpaineen tasapainossa pysymisellä sekä tarkastuksissa käyneiden potilaiden lukumäärällä. Katsauksen tulokset viittaavat siihen, että järjestetty ja säännöllinen seuranta alentaa merkittävästi kohonnutta verenpainetta. Tulos perustuu pääasiassa

yhteen laajaan yhdysvaltalaisutkimukseen 1980-luvulta viiden vuoden seuranta-ajalla. Verenpaineen omaseurannan kotona tehtävillä mittauksilla todettiin vaikuttavan jonkin verran diastolisen verenpaineen alenemiseen. Potilaiden ja henkilökunnan koulutus sekä tiedonvälitys eivät näyttäisi yksistään alentavan verenpainetta lääkityksessä olevilla potilailla. Sen sijaan säännöllinen farmaseutin yhteistyö potilaan ja lääkärin kanssa sisältäen mm. lääkehistorian seurannan tai sairaanhoitajan ohjaama hoidon seuranta kotona saattavat olla hyviä vaihtoehtoisia menetelmiä. Muistutukset seuranta-ajasta lisäsivät potilaiden käyntejä hoitokontrolleissa lähes kaikissa tutkimuksissa. Katsauksessa ei kuitenkaan raportoitu, vaikutiko seurantakäytien lisääntyminen keskimääräisiin systolisiin ja diastolisiin verenpaineisiin.

Katsauksen tekijät käsittelivät melko laajasti tutkimustuloksiin vaikuttavia tekijöitä. Tutkimusten metodologinen laatu vaihteli huomattavasti ja se oli pääasiassa heikko tai keskinkertainen. Lisäksi monet sisälsivät useita samanaikaisia menetelmiä, joiden omaa vaikutusta voi olla vaikea hahmottaa analyyseissä. Lisäksi yksittäisten tutkimusten tulosten kesken ilmeni useiden menetelmien ja muuttujien kohdalla selvää eriyvyyttä.

ANNELI AHOVUO-SALORANTA
anneli.ahovuo-saloranta@stakes.fi

KIRJALLISUUS

- 1 Fahey T ym.: *Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension (Cochrane Review)*. In: *The Cochrane Library, Issue 3, 2005*. Chichester: Wiley.
- 2 Kastarinen M ym.: *Trends in blood pressure levels and control of hypertension in Finland from 1982 to 1997*. *Journal of Hypertension* 1998;16:1379–87.

Cochrane-kirjasto tehostaa tiedonhakua

Cochrane-kirjasto on jo jonkin aikaa ollut etäkäytössä Wiley InterSciencen kautta. Rooman HTAi-kongressissa tutkija Lisa Stirk esitteli ”tehokkaan hakijan työkaluna” sen uutta käyttöliittymää, jonka myötä kirjaston hakuominaisuudet muuttuivat. Tärkeimmät muutokset löytyvät verkko-osoitteesta http://www3.interscience.wiley.com/aboutus/sharedfiles/cochrane_transition/TCLSearchTips.pdf

Tehokkaammat hakuominaisuudet antavat mahdollisuuden kehittyneempien hakujen tekemiseen, mutta vaativat alkuvaiheessa huolellista perehtymistä hakuohjeisiin. Käytössä on selailu tietokannoittain tai aiheen mukaan, perushaku, tehostettu haku tai haku MeSH-termein. Monipuolinen hakuohjelma sal-

lii muun muassa hakulueen rajauksen, termin katkaisun, tekstikatkelmahaun, haun kohdistamisen eri hakukenttiin ja haun Boolean operaattoreilla. Haku-profiiliin voi tallentaa ja uutuusvalvonta onnistuu yksinkertaisella hakulausekkeella. Myös hakutuloksen siirto viitteidenhallintaohjelmistoon pitäisi periaatteessa olla mahdollista, mutta vaikeuksia on ilmennyt erityisesti EndNoten osalta.

RIITTA GRAHN

Cochrane-tiedonhakuun liittyvistä ongelmista keskustellaan CLUGissa (Cochrane Library Users' Group) verkko-osoitteessa <http://york.ac.uk/inst/crd/clug> ja tähän keskusteluryhmään voi liittyä osoitteessa <http://jiscmail.ac.uk/lists/crd/clug.html>.

Telekardiologiassa tarvitaan tietoa vaikuttavuudesta

Artikkeli

Päätöksentekoa varten tarvitaan lisää tietoa telelääketieteen alojen kustannusvaikuttavuudesta. Pitkä historia ei ole riittävä tae menetelmän hyödyllisyydestä.

Telelääketiede luo uudenlaisia mahdollisuuksia järjestää terveyspalveluja. Etenkin harvaan asutuissa maissa, kuten Suomessa, sen avulla toivotaan parannettavan palvelujen tasa-arvoista ja kustannustehokasta saatavuutta. Ennen laajamittaista telelääketieteen käyttöönottoa tarvitaan näyttöön perustuvaa tietoa menetelmien kustannusvaikuttavuudesta. Osa alan sovellutuksista on toki osoitettu hyödyllisiksi ja taloudellisesti järkeviksi. Pääosin telelääketiedettä käsitelleet tutkimukset ovat kuitenkin olleet heikkotasoisia ja tulosten yleistettävyyks on ollut huono.

Sydäntautien erikoisalalla, kardiologiassa, sähköistä tiedonsiirtoa on käytetty jo kauan. Sydänfilmi eli elektrokardiografia välitettiin sähköisesti ensimmäisen kerran vuonna 1911 ja sydämen auskultointikin onnistui puhelimen välityksellä jo vuonna 1924. Pitkä historia ei kuitenkaan yksin takaa menetelmän hyödyllisyyttä. Tarvitaan siis hyvänlaatuista tutkimustietoa, jota haettiinkin järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen avulla.

Useisiin sähköisiin tietokantoihin kohdistettu kirjallisuushaku löysi yhteensä 527 telekardiologiaan liittyvää artikkelia, joista 46 täytti katsauksen sisääntokriteerit. Näissä raportoituihin yhteensä 44 eri tutkimusta. Kriteerinä oli, että artikkelissa on tieteellisesti pätevä kuvaus kontrolloidusta, tai vähintään 20 koehenkilöä käsittävästä kontrolloimattomasta tutkimuksesta, jossa raportoidaan telekardiologian kliinisiä, taloudellisia tai hallinnollisia vaikutuksia.

HYÖTYNÄ MATKUSTAMISEN VÄHENEMINEN

Valtaosassa tutkimuksista (89 %) johtopäätöksensä oli, että telekardiologia tuottaa etuja verrattuna palvelujen perinteiseen järjestämiseen. Yli puolet tutkimuksista oli kuitenkin laadultaan heikkotasoisia tai korkeintaan välttäviä.

Lastentautien alan 16 tutkimuksesta peräti 15 keskittyi sydämen kaikututkimuksen sähköisen siirron hyötyihin. Näitä olivat mm. ajan ja rahan säästö, kun matkustaminen väheni. Tutkimuksista vain kolme oli laadultaan kohtalaisia, loppujen tuottama näyttö oli heikompaa. Tutkimuksista kuusi sisälsi myös taloudellisen analyysin, mutta ne olivat kaikki heikkotasoisia.

Kuudessa tutkimuksessa oli selvitetty sähköisen sydänfilmin siirron ja kardiologin lausunnon merkitystä aikuisen potilaan hoidossa. Näidenkin toimenpiteiden hyötyinä raportoituihin matkustamisen välttäminen. Lisäksi sähköinen sydänfilmin siirto nopeutti

joissakin tapauksissa kiireistä hoitoa tarvitsevien potilaiden tunnistamista. Tutkimuksista vain yksi oli laadultaan edes kohtalainen, kun muiden luotettavuus kärsi huonosta laadusta.

KOTIOLOJEN SEURANTAA TUTKITTU ENITEN

Päivystysluonteista telekardiologian käyttöä selvitäneet kolme tutkimusta keskittyivät useimmiten sydänfilmin siirtoon ambulanssista sairaalaan. Niiden mukaan telekardiologinen toimenpide nopeutti diagnoosiin pääsemistä ja hoidon aloittamista. Yksi tutkimuksista oli laadultaan hyvä, kahden muun näyttö oli heikompi.

Aikuisilla eniten tutkittiin sydänpotilaiden monitorointia kotioloissa. Aiheesta löytyi 13 tutkimusta. Sydämen vajaatoimintapotilailla kotitarkkailun havaittiin muun muassa vähentävän sairaalahoidon tarvetta ja sen myötä sairaalahoidon kustannuksia. Tutkimusten laatu oli pääosin varsin hyvä: neljä oli laadukkaita satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia, kaksi oli laadultaan kohtalaisia, ja vain kolme oli välttäviä. Myös kotona kuntouttaminen osoittautui kahdessa korkealaatuisessa tutkimuksessa laitospotilaiden veroiseksi. Yksi hyvänlaatuisen ja yksi huononlaatuisen tutkimus viittasivat siihen, että telekardiologinen sydämen rytmihäiriöiden seuranta on hyödyllistä.

TUTKIMUSTEN LAATU SUURIN HAASTE

Vain harvoissa telekardiologiaa käsitelleissä tutkimuksissa on raportoitu kliinisiä tai taloudellisia lopputulosmuuttujia. Yli puolet niistäkin tutkimuksista, joissa kyseisiä muuttujia oli tarkasteltu, oli laadultaan huonoja tai korkeintaan välttäviä. Päätöksentekoa varten ne antavat vain alustavaa tietoa. Todelliset hyödyt ja kustannussäästöt tulee varmistaa käyttöönoton jälkeen vaikutuksia edelleen seuraamalla ja mittaamalla. Pitkästä historiasta huolimatta ei useimpien telekardiologisten sovellutusten hyödyistä toistaiseksi ole saatavilla vakuuttavaa tieteellistä näyttöä. Seurantatutkimusten tarve on ilmeinen, jotta hyödyt voidaan todentaa.

RISTO ROINE

risto.p.roine@hus.fi

KIRJALLISUUS

Hailey D, Ohinmaa A, Roine R. Evidence for the benefits of telecardiology applications: a systematic review. Alberta Heritage Foundation for Medical Research 2004.

Psykoterapeuttisen lumehoidon mahdollisuus?

IMPAKTI-lehden numerossa 1/2005 **Olli-Pekka Rynnänen** pohti **TW. Baskinin** meta-analyysin pohjalta lumehoitoasetelmien toimivuutta psykoterapiatutkimuksessa^{1,2}. Hän kysyy, onko aktiivihoidon tarpeeksi muistuttava lumehoito enää lumetta ja kannustaako se parempiin koeasetelmiin.

Psykoterapiatutkimuksessa Baskinin ryhmän työ kyseenalaistaa lääketutkimuksen mallin mukaisen kokeellisen ryhmävertailun soveltuvuuden terapian vaikuttavuuden toteamiseen. Se ei pyri selvittämään psykoterapian vaikuttavuutta tavanomaisella meta-analyysillä, vaan tutkii kahden kilpailevan selitysmallin, lääketieteellisen ja kontekstuaalisen, pätevyyttä. Baskin toteaa meta-analyysinsä tukevan kontekstuaalista mallia, jonka mukaan muun muassa terapeuttisen vuorovaikutuksen laatu, terapian tekemisen puitteet ja terapeutin tarpeenmukainen joustavuus ovat olennaisempia kuin terapiamuoto ja sen puitteissa sovelletut tekniikat.

Baskinin tutkimus on osa laajaa tutkimusohjelmaa. Ohjelman keskeiset päätelmät on kiteytetty psykoterapiaa kartoittavien tutkimusten ja niiden meta-analyysien yhteenvedoon³, joka päättyy hylkäämään lääketieteellisen mallin psykoterapian vaikuttavuustutkimuksen metodi-ihanteena. On perusteltua kysyä, millaisin perustein olemme alkaneet pitää terapiamuotoa psykoterapian vaikuttavuuden ytimenä. Tällä uskomuksella on nimittäin poliittis-historiallinen tausta, millä on hyvin vähän tekemistä psykoterapian luonteen tieteellisen hahmottamisen kanssa.

Psykoterapian vaikutusten on jo 1930-luvulla esitetty perustuvan terapeutin ja potilaan yhteistyösuhteen kehittämiseen ja vuorovaikutuksen laatuun⁴ (kontekstuaalinen malli). Eri psykoterapiamuodot tuottavat siksi samankaltaisia tuloksia. Psykoterapiamuodon omaksuminen vaikuttavuuden selityserustaksi 1950-luvulla johtui

pyrkimyksistä valloittaa jalansijaa käyttäytymisterapioille ja estää psykodynaamisen psykoterapian tulemista psykologien jatkokoulutuksen osaksi⁵. Psykoterapiamuoto hahmotettiin psykoterapian 'vaikuttavaksi ainesosaksi'. Samalla kokeellisesta ryhmävertailusta tuli psykoterapian vaikuttavuustutkimuksen metodi-ihanne.

Psykoterapia toteutuu terapeutin ja potilaan yhteistoiminnassa. Terapiatekniikoita voidaan soveltaa vain tuon yhteistoiminnan osana. Vuorovaikutteisissa hoidoissa, joiden vaikuttavuus ilmenee hoidettavien toiminta- ja suhtautumistapojen muutoksena, ei ole loogisesti pitävää keinoa erottaa riippumattomia muuttujia vuorovaikutuksen sisältä. Psykoterapeuttinen lumehoito on siten mahdollisuus. Tähän Rynnänenkin päätyy, muttei rohkene tehdä siitä käytännöllistä johtopäätöstä: terapiamuodon varaan rakennetut lumehoitoasetelmat eivät tuota näyttöä psykoterapian vaikuttavuudesta, joten niihin ei kannata tuhata voimavaroja.

Paine pitää psykoterapiamuotoa tärkeimpänä vaikuttavuustekijänä johtuu nykyisinkin pääasiassa toimintapoliittisista ja taloudelli-

sista intresseistä, kuten asian laita oli **Hans Eysenckin** kirjoittaessa artikkelinsa. Psykoterapiasuunnaukset pyrkivät osoittamaan kelvollisuutensa kokeellisten ryhmävertailujen avulla, jotka on asetettu esikuvaksi näytön pätevimpänä muotona. Vähät siitä, että näytön logiikka ei päde, kunhan esitysmuoto näyttää uskottavalta.

MIKAEL LEIMAN
dosentti, Joensuun yliopisto
mikael.leiman@joensuu.fi

KIRJALLISUUS

- 1 Baskin TW ym.: *Establishing specificity in psychotherapy: a meta-analysis of structural equivalence of placebo controls. Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003;71:973-979.
- 2 Rynnänen O-P. *Mistä löytyisi plasebo psykoterapialle. IMPAKTI* 2005 (1);19.
- 3 Wampold BE. *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings. Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum, 2001.*
- 4 Rosenzweig S. *Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy: "At last the Dodo said, 'Everybody has won and all must have prizes'". American Journal of Orthopsychiatry* 1936;6:412-415.
- 5 Eysenck HJ. *The effects of psychotherapy: An evaluation. Journal of Consulting Psychology, 1952;16:319-324.*

Kiitokset Mikael Leimanille kommentista. Jätin tietoisesti johtopäätöksen teon avoimeksi. Ongelma liittyy kaikkiin tutkimuksiin, joissa vaikutus oletettavasti syntyy pidemmän ajan kuluessa ja useat tekijät vaikuttavat lopputulokseen. Toisin kuin Leiman, näen, että referoitavassa tutkimuksessa saatua tulosta voidaan tulkita kahdella tavalla: 1.) Lumehoitoasetelma ei toimi, 2.) Psykoterapia ei toimi. Näitä tulkintoja en pysty asettamaan paremmuusjärjestykseen. Mikäli kontrolloitu tutkimusasetelma psykoterapian yhteydessä on mahdollisuus, pitäisi löytää uusi tieteellinen paradigma, jolla psykoterapian tai kuntoutuksen kaltaisten menetelmien vaikuttavuutta voidaan tutkia ja tutkimus on myös ulkopuolisten hyväksyttävissä. Potilassarjat, seurantatutkimukset tai hoitajien ja hoidettavien sisäistä näkemystä tavoittelevat tutkimukset eivät täytä ulkopuolisen hyväksyttävyyden ehtoa.

Vakava kysymys on, voiko hyvinvointivaltioksi kutsuttu järjestelmä tarjota kansalaisilleen palvelua, jonka vaikuttavuus ei ole operationalisoitavissa. Oma kantani on, että ei voi. Perustelen näkemystä subjektiivisten tarpeiden loputtomuudella. Psykoterapeuttisten hoitomenetelmien vaikuttavuudesta tarvitaan näyttöä.

OLLI-PEKKA RYNNÄNEN
ollipekka.ryynanen@uku.fi

FinOHTAn www-sivut uudistuivat

FinOHTAn www-sivut (www.stakes.fi/finohta) ovat saaneet uuden visuaalisen ilmeen, kun sivusto avattiin verkossa heinäkuussa. Sekä suomen- että englanninkielisten sivujen ulkoasu ja tekninen toteutus modernisoitiin, mutta niiden tietorakenne säilyi toimivassa muodossaan.

Sivuston vasempaan laitaan on painikkeiden alle koottu FinOHTAn toiminnasta kertovia keskeisiä aiheita. Uutta käyttöliittymässä on yläreunan valikko, jossa on sivuston toimintaan liittyviä palveluita. Sisällön kehitystyö jatkuu edelleen. Sivusto jaetaan vastuualueisiin ja jokaisen sivun sisällöstä vastaa nimetty finohtalainen. Jokaiselle sivulle merkitään selkeästi sivuston luonnin, tarkistamisen ja päivityksen päivämäärä.

FinOHTAn www-sivut on avattu pian yksikön perustamisen jälkeen vuonna 1995. Sivusto sijaitsee Stakesin palvelimella, mutta ns. erillissivustona sen ulkoasu poikkeaa Stakesin sivustosta. FinOHTAn oman sivuston lisäksi yksikkö ylläpitää MIKSTRA:n projektisivustoa. Uudistuksessa on huomioitu FinOHTAn oma visuaalinen ilme ja myös Stakesin graafiset ohjeet.

Tutustu FinOHTAn uudistuneisiin sivuihin osoitteessa www.stakes.fi/finohta.

Uusi HTA-vortaali avattu

Terveydenhuollon menetelmien arvioinnin kansainvälinen järjestö, Health Technology Assessment International, HTAi on avannut HTA-tiedon portaalin, joka on nimeltään HTA-vortaali. Portaali sisältää laajasti kansainvälisiä www-sivuja ja verkkotekstejä, joiden määrä kasvaa päivittäin. Myös FinOHTAn www-sivut on linkitetty portaaliin.

Uusi sivusto tarjoaa väylän HTA-tiedon äärelle ja siellä kerrotaan mm. miten vaikuttavuustietoa tuotetaan, mikä on HTA:n vaikutus, miten menetelmien arviointitietoa haetaan ja mitkä organisaatiot tekevät arviointityötä. HTA-lähde sisältää myös vast'ikään julkaistua materiaalia. Sivusto tarjoaakin avaintietoa erityisesti alan tutkijoille ja asiantuntijoille.

Lukijana voit nyt myös vaikuttaa. Sivuston laatinut työryhmä toivoo kommentteja, ehdotuksia ja kysymyksiä, jotta vortaalin käytettävyyttä ja hakutoimintoja kehitetään yhä paremmaksi. Lisätietoa vortaalista on luettavissa portaalin FAQ Frequently Asked Questions -ja Kuinka haen vortaalista -osioista.

HTA-vortaali osoitteessa www.htai.org/vortal/

Terveysuutisia arvioidaan Yorkissa

Yorkin CRD-keskus (Centre for Reviews and Dissemination) arvioi 2–3 terveysuutista viikossa. Utusten arviointipalvelun tavoitteena on, että maallikoita ei johdeta harhaan ja toisaalta, että omalääkäri (GP) pystyy vastaamaan kysymyksiin, jotka lehdistö on jutuissaan herättänyt. CRD:n tiedotteessa arvioidaan uutisoidun alkuperäistutkimuksen laatua sekä tarvittaessa kerrotaan muista samaa aihetta käsittelevistä tutkimuksista. Yorkin tietopalvelu osallistuu NeLH:n (National Electronic Library for Health) toimintaan muun muassa tuottamalla näyttöön perustuvaa tietoa tutkimustulosten tulkinnoille. Tiedon tarpeeseen reagoidaan jo muutaman päivän kuluttua täsmennettäväksi valitun uutisen julkaisemisesta. Esimerkkinä mainittakoon useissa sanomalehdissä uutisoitu tutkimustulos, että oliiviöljy saattaa ehkäistä rintasyöpää. Tiede uutisen taustat löytyvät osoitteesta http://www.nelh.nhs.uk/hth/olive_oil.asp.



Yli 200 raporttia toimitettu kevätkaudella

FinOHTAn kirjallisuustoimikunta (KTK) seuroi ja käsittelee kevään aikana yhteensä 210 HTA-raporttia, jotka on tuottanut maailmanlaajuinen INAHTA-verkosto. KTK:n tehtävä on välittää tieto raportin ilmestymisestä suomalaisille kohderyhmille, kuten päätöksentekijöille, klinikoille, terveydenhuollon ammattilaisille ja terveysjournalisteille.

KTK välitti tiedotteen uutuuksien julkaisusta 61 kertaa FinOHTAn omalle asiantuntijalle ja 74 kertaa muulle asiantuntijalle. Uutuusjulkaisuista kirjoitettiin useita artikkeleita ja tiivistelmiä IMPAKTI-lehteen. Lisäksi UUTUUKSIA-palstalla julkaistiin HTA-raportin lähdetiedot ja verkko-osoite. KTK on FinOHTAn sisällä toimiva ryhmä, joka aktiivisesti seuraa INAHTA-verkoston raporttituotantoa ja huolehtii siitä, että Suomen terveydenhuollon keskeisille toimijoille tiedotetaan uusista arviointiraporteista. INAHTA on arviointiyksiköiden kansainvälinen verkosto, johon kuuluu 41 jäsenjärjestöä 21 maasta.

LUKIJAPALAUTE 4/2005

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)

UUTUUS Julkaisuja

Tiedustelut ja tilaukset Stakes/Asiakaspalvelu puhelin (09) 3067 2190, faksi (09) 3967 2450, verkko-osoite www.stakes.fi/stakestieto/julkaisut. Hintoihin sisältyy alv. Toimitusmaksut kotimaassa 6 € ja ulkomaille 10 €.

Laatua ja tuotannollista tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta

Juha Laine

Saavutetaanko vanhusten pitkäaikaisen laitoshoidon tuottavuus laadun kustannuksella? Juha Laineen tutkimuksen mukaan korkealla tuottavuudella on yhteyttä huonoon hoitoon. Vanhusten laitoshoidon ongelmat eivät ratkea vain lisäämällä henkilöstön määrää tai parantamalla toiminnan tuottavuutta, vaan on kehitettävä myös toimintaprosesseja ja voimavarojen käyttöä. Korkean tuottavuuden osastoilla hoitokäytäntöjä ja -tuloksia voi luonnehtia passivoiviksi. Osastoilla on tavanomaista enemmän esimerkiksi makuuhaavoja ja liikkumista estävien välineiden käyttöä.

Väitöskirja • 146 s. • 28 € •

Stakes, Tutkimuksia 151. Helsinki 2005.

Personalized Patient Education and the Internet: Linking health information to the Electronic Patient Record – STEPPS in burn care

Persephone Doupi

Terveydenhuollon potilasohjausta voidaan tehostaa sähköisten potilasasiakirjojen ja verkossa olevan terveystiedon avulla. Yhdellä hiiren näpäytyksellä lääkäri voi sähköisten potilasasiakirjojen sisältämien tietojen avulla saada käyttöönsä verkossa olevaa potilaalle merkityksellistä terveystietoa. STEPPS-järjestelmän (Structured Evaluated Personalized Patient Support) avulla voidaan hakea yksilöllistä potilasohjaustietoa. Verkossa olevan terveystiedon laadun varmistaminen on edelleen haasteellinen tehtävä.

Väitöskirja • 193 s. • 26 € •

Stakes, Tutkimuksia 152. Helsinki 2005.

IMPAKTI

Terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikön lehti

FinOHTAn 10-vuotisjuhlat

The use of HTA information in the policy process - juhlaseminaari järjestetään torstaina 6. lokakuuta klo 11–16 Biomedicumissa, Helsingissä. Luennoitsijoina John Gabbay, Berit Morland ja Martti Kekomäki. Puheenjohtajana johtajayli-lääkäri Lauri Nuutinen. **TERVETULOA!**

Lisätietoja ohjelmasta verkko-osoitteessa www.stakes.fi/finohta. Ilmoittautumiset terhi.ilonen@stakes.fi.

Sikiöseulonta -seminaari

Sikiöiden rakenne- ja kromosomipoikkeavuuksien seulonta - seminaari pidetään tiistaina 11. lokakuuta Wanhassa Satamassa, Helsingissä. STM:n seulontatyöryh-män ja FinOHTAn seminaari kestää koko päivän ja tilaisuus sisältää sekä alustuksia sikiöiden seulontoihin liittyvistä erityisasioista että laajan paneelikeskustelun FinOHTAn raportin synnyttämistä kysymyksistä. Seminaari on avoin ja maksuton kaikille aiheesta kiinnostuneille.

Ilmoittautumiset pia.karki@stakes.fi.



Terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö FinOHTA tuottaa tietoa päätöksenteon tueksi.

FinOHTAn perustehtävä on edistää hyvien, näyttöön perustuvien menetelmien käyttöä Suomen terveydenhuollossa ja siten kehittää terveydenhuollon tehokkuutta ja vaikuttavuutta.

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

Toimintaamme ohjaavat periaatteet:

- Riippumattomuus
- Luotettavuus
- Merkittävien päätösten tukeminen
- Käyttökelpoisuus
- Yhteistyö
- Menetelmätuki

FinOHTA Terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö

Finnish Office for Health Technology Assessment

Postiosoite Stakes/FinOHTA, PL 220, 00531 Helsinki, Käyntiosoite Lintulahdenkuja 4, 00530 Helsinki
Puhelin (09) 39 671 (vaihde), Faksi (09) 3967 2278, Sähköposti etunimi.sukunimi@stakes.fi

RYHMÄPÄÄLLIKKÖ

Marjukka Mäkelä

LKT, M.Sc., yleislääketieteen erikois-lääkäri
tutkimusprofessori (09) 3967 2290

RYHMÄSIHTEERI

Terhi Ilonen

yo-merkonomi, THS
yksikön sihteeri (09) 3967 2297

Heidi Anttila

TtM, ft
suunnittelija (09) 3967 2687

Ilona Autti-Rämö

LKT, lastenneurologian erikoislääkäri
asiantuntijalääkäri (09) 3967 2284

Riitta Grahn

FK
informaatikko (09) 3967 2164

Kerttuli Korhonen

VTM, MTi
toimitussihteeri (09) 3967 2285

Hanna Koskinen

TtM (terveystaloustiede), esh
tutkija (09) 3967 2396

Niina Kovanen

TtM, esh
kehittämispäällikkö (09) 3967 2298

Pekka Kuukasjärvi

dos., LT, thorax- ja verisuonikirurgian
erikoislääkäri
asiantuntijalääkäri 0400 676 138

Pia Kärki

yo-merkonomi
toimistosihteeri (09) 3967 2395

Kristian Lampe

LL
viestintälääkäri (09) 3967 2180

Antti Malmivaara

dos., LKT, fysiatrian erikoislääkäri
ylilääkäri (09) 3967 2286

Iris Pasternack

LL, työterveyshuollon erikoislääkäri
Cochrane-yhdyshenkilö 041 4545 047

Ulla-Maija Rautakorpi

LL, yleislääketieteen erikoislääkäri
projektipäällikkö 040 567 9106

Ulla Saalasti-Koskinen

THM, rh
suunnittelija (09) 3967 2678

Harri Sintonen

VTT, terveystaloustieteen professori
tutkimusprofessori 040 5464 298

PYSYVÄT ASiantuntijat

Kliininen lääketiede

Olli-Pekka Ryynänen

professori, Kuopion yliopisto
ollipekka.ryynanen@uku.fi

Arviointitutkimus

Risto Roine

arviointiyli-lääkäri, HUS
risto.p.roine@hus.fi

Tilastotiede/biometria

Esa Läärä

professori, Oulun yliopisto
esa.laara@oulu.fi

Lisätietoja FinOHTasta verkko-osoitteessa www.stakes.fi/finohta