

Kliininen osaaminen, tieteellinen näyttö, toiminnan dokumentointi ja vertaiskehittäminen avainasemassa

Kohti lääketieteen arkivaikuttavuutta

Satunnaistetut kokeet ovat luotettavin menetelmä selvittää lääketieteellisten interventioiden vaikuttavuutta. Niiden heikkoutena on kuitenkin tutkimusasetelma, joka ei yleensä vastaa todellista hoitotilannetta. Tutkimuspotilaat ovat sisäänotto- ja poissulkukriteereitten vuoksi valikoituneita, ja heitä hoitavat yleensä kokeneet lääkärit ja erikoistuneet hoitoyksiköt, joissa kliininen osaaminen on keski-vertoa parempaa. Näistä syistä hoitokokeiden osoittama vaikuttavuus on useimmiten suurempi kuin tavanomaisissa terveydenhuollon olosuhteissa. Kokeista saadun vaikuttavuustiedon sovellettavuus arjen oloihin puolestaan perustuu subjektiiviseen arvioon – kvantitatiivista menetelmää ei ole käytettävissä (Croft ym. 2011).

Näyttöön perustuva lääketiede on suuresti edistänyt satunnaistettuihin kokeisiin pohjautuvien systemoitujen katsausten ja ylipäätään tuoreen tieteellisen näytön hyödyntämistä kliinisessä työssä (Sackett 1997). Ongelmaksi on kuitenkin osoittautunut vaikuttavuustiedon vajavainen siirtyminen tavanomaiseen toimintaan. Merkittävä osa arkielämän potilaista ei saa tieteellisen näytön osoittamaa vaikuttavaa hoitoa (Grol ym. 2003).

Terveydenhuollon rajallisten voimavarojen vuoksi hoidon vaikuttavuutta on arvioitava myös suhteessa panostuksiin, toisin sanoen kustannusvaikuttavuus on otettava huomioon. Kun satunnaistetun tutkimuksen tuottamaa kustannusvaikuttavuustietoa koetetaan siirtää maasta toiseen, sovellettavuusongelmat ovat suuria. Toistaiseksi on tehty vasta yrityksiä arvioida, milloin tutkimustulosten siirtäminen luotettavasti on ylipäätään mahdollista ja miten se voitaisiin tehdä (Welte ym. 2004, Knies ym. 2009).

On siis ilmeinen tarve saada tietoa myös arkielämän käytännöistä ja hyödyntää tätä tietoa vaikuttavuuden lisäämiseksi. Lisäksi on oltava viitekehys, jonka avulla eri tasoilta saatavaa tietoa voidaan tehokkaasti hyödyntää. Tätä päämäärää varten tarvitaan uutta toimintaa ohjaavaa ajattelutapaa, arkivaikuttavuuden lääketiedettä (Real-Effectiveness Medicine) (Malmivaara 2012). Tavoitteena on, että potilaat saisivat arjen olosuhteissa vaikuttavaa hoitoa. Arkivaikuttavuuden lääketieteessä hyödynnetään neljää tiedon ja osaamisen aluetta.

Ensimmäinen näistä on lääketieteellinen osaaminen, jota hyödynnetään kliinisessä päätöksenteossa ja hoitotoimenpiteissä. Päätöksenteossa nojaututaan PICO-periaatteeseen (potilas, interventio, vertailuinterventio, hoidon tulos) – samaan, jota suositellaan myös satunnaistettujen kokeiden ja systemoitujen katsausten tutkimuskysymyksiä määrittäessä (Malmivaara ym. 2006). On huomionarvoista, että monet hoitosuosituksen avainkohdat perustuvat kokeneimpien ja osaavimpien kliinisten asiantuntijoiden harkintaan, koska luotettavaa tieteellistä näyttöä ei ole käytettävissä (Croft ym. 2011). Siis hoitosuositustasollakin turvaututaan kliiniseen osaamiseen, jonka merkitys yksittäiselle potilaalle on erityisen suuri.

Toinen osaamisalue, joka tulee ottaa huomioon kliinisiä päätöksiä tehtäessä, on ajantasainen tieteellinen tieto. Erityisen tärkeitä ovat satunnaistetut tutkimukset ja systemoidut katsaukset sekä jälkimmäisiin pohjautuvat terveydenhuollon menetelmäraportit ja hoitosuositukset. Myös diagnostiset ja ennustettutkimukset sekä tieto potilaiden arvoista ja arvostuksista tulee huomioida näyttöön perustuvan lääketieteen viitekehysten mukaisesti (Sackett ym. 1995).

Kolmanneksi arkivaikuttavuuden lääketiede hyödyntää hoitoyksikköjen suoriutumisen luotettavia arviointoja sekä tuotettuun tietoon perustuvaa laadunparantamistyötä. Pyrkimyksenä on edistää käytäntöjä, jotka perustuvat tieteelliseen näyttöön. Parhaimmillaan arvioidaan koko hoitoketjun toimintaa ja hoitotuloksia (Häkkinen 2011). Usein tämä ei ole mahdollista ja joudutaan käyttämään laatua parhaiten kuvaavia yksittäisiä indikaattoreita. Valittujen indikaattorien tulisi olla sellaisia, joiden osalta on olemassa tieteellistä näyttöä siitä, että muutos toimintatavassa johtaa parempiin hoitotuloksiin. Indikaattorien pitäisi myös kuvata luotettavasti annettua hoitoa ja olla ajallisesti lähellä tärkeitä tulostittareita. Lisäksi indikaattorien käyttöönottoon ei saisi liittyä riskiä haitallisista vaikutuksista (Chassin ym. 2010).

Neljänneksi käytetään hyödyksi eri hoitoyksikköjen kesken tehtävää vertaisarviointia ja -kehittämistä. Yksiköiden väliseen vertailuun ja hoidon edistymisen seurantaan tarvitaan tietoa potilaiden ominaisuuksista, diagnostiikasta, hoitotoimenpiteistä, kustannuksista ja hoitotuloksista. Jos alkutilanteen sekoittavat tekijät eri hoitoyksiköiden välillä voidaan tyydyttävästi vakioida, pystytään tekemään myös vertailuja hoitotuloksissa (Häkkinen ym.

2011, Peltola ym. 2011). Mikäli mahdollista, kaikki kliinisesti merkitykselliset ja potilaan kannalta tärkeät tulostittarit tulisi sisällyttää arviointiin – arkivaikuttavuuden lääketiede pyrkii havainnoimaan sekä myönteiset että haitalliset seuraamukset.

Perimmäisenä tavoitteena arkivaikuttavuuden lääketieteellä on tuottaa mahdollisimman paljon terveyttä niin, että potilaiden kokemat haitat ovat mahdollisimman pieniä ja yhteiskunnalle koituvat kustannukset pysyvät kohtuullisina. Uusi ajattelutapa laajentaa priorisoinnin yksittäisistä toimenpiteistä hoidon saatavuuteen ja koko hoitoketjuun. Arkivaikuttavuuden lääketieteen tulisi vahvistaa ja kehittää neljää mainittua elementtiä: hyvää kliinistä osaamista, ajantasaisen tieteellisen näytön hyödyntämistä, jatkuvaa suoriutumisen dokumentointia sekä hoitoyksiköiden välistä vertaiskehittämistä. Uutta viitekehystä voivat hyödyntää klinikot, terveydenhuollon yksiköt, päätöksentekijät ja tutkijat. ■



ANTTI MALMIVAARA, LKT, dosentti, ylilääkäri
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, terveys- ja sosiaalitalouden yksikkö

SIDONNAISUDET
Ei sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

- Chassin MR, Loeb JM, Schmaltz SP, Wachter RM. Accountability measures – using measurement to promote quality improvement. *N Engl J Med* 2010;363:683–8.
- Croft P, Malmivaara A, van Tulder M. The pros and cons of evidence-based medicine. *Spine (Phila Pa 1976)* 2011;36:E1121–5.
- Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003;362:1225–30.
- Häkkinen U. The PERFECT project: measuring performance of health care episodes. *Ann Med* 2011;43 Suppl 1:51–3.

- Häkkinen U, Malmivaara A, Sund R. PERFECT – conclusions and future developments. *Ann Med* 2011;43 Suppl 1:554–7.
- Knies S, Ament AJ, Evers SM, Sevens JL. The transferability of economic evaluations: testing the model of Welte. *Value Health* 2009;12:730–8.
- Malmivaara A. Real-effectiveness medicine – pursuing the best effectiveness in the ordinary care of patients. *Ann Med* 2012 (painossa).
- Malmivaara A, Koes B, Bouter L, van Tulder MW. Applicability and clinical relevance of results in randomized controlled trials. *The Cochrane review on exercise therapy for low back pain as an example.*

- Spine 2006;31:1405–9.
- Peltola M, Juntunen M, Häkkinen U, Rosenqvist G, Seppälä TT, Sund R. A methodological approach for register-based evaluation of cost and outcomes in health care. *Ann Med* 2011;43 Suppl 1:54–13.
- Sackett D, Haynes B, Marshall T. Evidence based medicine. *Lancet* 1995; 346:1171–2.
- Welte R, Feenstra T, Jager H, Leidl R. A decision chart for assessing and improving the transferability of economic evaluation results between countries. *Pharmacoeconomics* 2004;22:857–76.