

Hoidon vaikuttavuus on tärkein osa potilasturvallisuutta

Hiljattain julkaistu suomalainen satunnaistettu tutkimus osoitti, että polven nivelkierukan degeneratiiviseen repeämään viittaavista oireista kärsivien hoitotulos oli 12 kuukauden kuluttua toimenpiteestä yhtä hyvä, riippumatta siitä tehtiinkö potilaille polven tähytyksen yhteydessä nivelkierukan osittainen poisto vai lumeleikkaus (1). Maailmanlaajuisesti polvikulumaoireiden takia arvioidaan tehtävän vuosittain ainakin kaksi miljardia polven artroskopiaa (2) ja Yhdysvalloissa 700 000 osittaista nivelkierukan poistoa (3). Satoja tuhansia potilaita on vaikuttavuustiedon puuttuessa altistunut kajoavan toimenpiteen potentiaalisille haitoille. Suomessa vältettäisiin vuosittain tuhansia turhia leikkaustoimenpiteitä.

Vaikuttavuustietoa ei puutu pelkästään kirurgiasta, vaan muillakin lääketieteen aloilla annetaan hoitoja, joiden vaikuttavuus on epävarma tai peräti kokonaan osoittamatta. Usein kyse on hoidoista, jotka tehoavat kyllä varsinaisen kohderyhmänsä kohdalla, mutta indikaatioiden lipsuessa vähemmän sairaiden hoitoon, ei valikoidulla joukolla osoitettu teho enää toteudukaan keskimäärin hyvänä hoidon vaikuttavuutena.

Miten on mahdollista, että jokapäiväiset hoitomuodot – kuten polvinivelen tähytys – saattavat joissakin tapauksissa olla turhia ja altistaa potilaat kajoaviin hoitoihin liittyviin haittoihin kuten infektioille ja laskimotukoksille? Miten on mahdollista, että hoitoarsenaalimme kuuluu hoitoja, joiden vaikuttavuutta ei ole tieteellisesti todistettu? Yksi selitys on varmasti halu kokeilla uusia asioita. Kokeilu on terveydenhuollossa tervetullutta ja välttämätöntä, kunhan se tapahtuu tutkimuksen puitteissa ja tuloksia keräten. Silloin kun kokeiluun ei liity tutkimusasetelmaa voi kokeiluna alkanut toiminta pikku hiljaa muotoutua rutiiniksi, ilman että sen vaikuttavuudesta on

koskaan saatu näyttöä. Myös potilaan odotuksilla on varmasti vaikutusta siihen, että lääkäri välillä turvautuu hoitomuotoihin, joiden vaikuttavuutta itsekin epäilee. On selvää, että taloudelliset vaikuttimet joskus ohjaavat lääkärin toimintaa vaikuttamattomille urille, vaikkei näin tietysti saisikaan olla.

Hoidon vaikuttavuus on potilasturvallisuuden tärkein osatekijä. Hoito, joka ei ole vaikuttavaa, ei voi myöskään olla turvallista, altistuuhan potilas tarpeettomasti hoidon mahdollisille haitoille, ilman että hän voi edes teoriassa hyötyä hoidosta. Tällä hetkellä terveydenhuollossa käytettävien menetelmien valinta perustuu pitkälti niiden tehoa (siis optimivaikuttavuutta) koskevaan tietoon, jos aina siihenkään. Tietoa eri menetelmien arki-vaikuttavuudesta – kyvystä tuottaa terveyttä tavallisissa terveydenhuollon olosuhteissa – on yleensä vähän (4).

HUS:ssa on vuodesta 2002 alkaen kerätty hoidon vaikuttavuustietoa mittaamalla hoidon tuottamaa terveyteen liittyvän elämänlaadun muutosta. Sitä on suhteutettu hoidon kustannuksiin resurssien tehokkaan jakamisen kannalta välttämättömän kustannusvaikuttavuustiedon tuottamiseksi. Hanke on ollut uraa uurtava yritys luoda malli jatkuvalle, rutiinimaiselle vaikuttavuuden seurannalle. Vaikka lähestymistapaa on arvosteltu muun muassa geneerisen terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarin herkkyyden puutteesta, on se paras käytettävissä oleva tapa kerätä vaikuttavuustietoa yli lääketieteen eri erikoisalojen. Tällä hetkellä moni muukin Suomen sairaala kerää vaikuttavuustietoa samalla tavalla ja samanlaisilla mittareilla. Tämä luo edellytykset vertailevan vaikuttavuustiedon kokoamiseen ja raportointiin Suomessa.

Myös muilla mittareilla kerätty vaikuttavuustieto on arvokasta, ja tiedon keruu pitäisi laajentaa myös perusterveydenhuoltoon. Sähköinen sairauskertomus tekee tämän toi-

vottavasti tulevaisuudessa mahdolliseksi edellyttäen, että uuden sukupolven järjestelmiin kirjataan tietoa systemaattisesti ja tämä tieto kootaan helposti analysoitavaksi esimerkiksi päätöksentuen avulla. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Kansaneläkelaitoksen rekistereitä, kuten muitakin kansallisia rekistereitä, pitäisi hyödyntää nykyistä paremmin hoidon vaikuttavuuden ja potilasturvallisuuden tutkimisessa. Tämä vaatii myös asennemuutosta! Rekisteritutkimus tuntuu nykyään olevan monien silmissä lähinnä kansalaisten yksityisyyden vaarantavaa toimintaa, jota on syytä byrokratian keinoin rajoittaa mahdollisimman paljon. Rekistereihin rutiinimaisesti kertyvän tiedon tarjoamia mahdollisuuksia terveydenhuollon kehittämisen näkökulmasta koko yhteisömme hyödyksi ei osata tai haluta nähdä. Ruotsissa on suuri määrä erikoisalakohtaisia laaturekistereitä (5), joiden toimintaa ohjaava vaikutus on merkittävä. Myös Suomessa pitäisi viimein havahtua tällaisten kansallisten laaturekisterien tarpeellisuuteen. Yksittäisten klinikoiden tai erikoislääkäriryhdistysten aktiivisuuteen perustuva, sinänsä ansiokas paikal-

listen rekisterien ylläpito ansaitsisi sille kooluvan tunnustuksen, ja sen myötä kansallisen ylläpitäjätahon ja tuen.

Suomi on potilasturvallisuusasioissa monia muita länsimaita jäljessä, ja alaan liittyvää tutkimusta on Suomessa tehty toistaiseksi verraten vähän. Meillä on kuitenkin käytettävissä tietolähteitä, joiden tietoja yhdistämällä voidaan tuottaa nopeastikin tärkeää vertailutietoa erilaisista potilasturvallisuuteen liittyvistä mittareista eri yksiköissä. Erilaisten rekisterien tietojen järjestelmällisen analysoinnin ja vertailutiedon avoimen ja syylittämättömän raportoinnin tulisi muodostaa pohja vaikuttavuus- ja potilasturvallisuustutkimukselle. Tahtoa tällaisen tutkimuksen tekemiseen on, mutta voimavarat tutkimukselle täytyy turvata. Itä-Suomen yliopisto on jo reagoinut haasteeseen perustamalla tiedekuntarajat ylittävän hoidon vaikuttavuuden ja potilasturvallisuuden tutkimuskeskittymän. Se voi varmasti toimia myös kansallisen yhteistyön moottorina, edellyttäen että sen rahoituksen jatkuvuus pystytään turvaamaan. ■

RISTO P. ROINE, LKT, professori, arviointiyliääkäri
Itä-Suomen yliopisto / hoidon vaikuttavuuden ja potilasturvallisuuden tutkimuskeskittymä / sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos ja HUS konsernihallinto

MINNA KAILA, LT, professori, yllääkäri
Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta ja HUS konsernihallinto

SIDONNAISUDET

Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

1. Sihvonen R, Paavola M, Malmivaara A, ym. Arthroscopic partial meniscectomy versus sham surgery for a degenerative meniscal tear. *N Engl J Med* 2013;369:2515–24.
2. Järvinen TL, Sihvonen R, Englund M. Arthroscopy for degenerative knee – a difficult habit to break? *Acta Orthop* 2014;85:215–7.

3. Cullen KA, Hall MJ, Golosinskiy A. Ambulatory surgery in the United States, 2006. *Natl Health Stat Report* 2009;28:1–25.
4. Malmivaara A, Roine RP. Hoidon arkivaikuttavuuden seuranta ja edistäminen. *Suom Lääkäril* 2013;68:1249–53.
5. Nationella Kvalitetsregister [verkkodokumentti]. Sveriges Kommuner och Landsting. <http://www.kvalitetsregister.se/>.