

VILLE SALLINEN
LKT, erikoislääkäri

PANU MENTULA
LT, erikoislääkäri

ARI LEPPÄNIEMI
professori, yllääkäri

Vatsakeskus, HYKS

Kolonoskopian tarve ei ole muuttunut

Hannu Paajanen referoi (1) Lääkärilehden 42/2016 Lääketieteen maailmasta -palstalla rekisteritutkimusta divertikuliitin ja paksusuolisyövän yhteydestä (2). Tutkijat väittivät, että sairastettu divertikuliitti lisää riskiä sairastua paksusuolisyöpään, ja siten suosittelivat kolonoskopiaseurantaa sairastetun divertikuliitin jälkeen. Referaatissa viitattiin allekirjoittaneiden tutkimukseen (3) seuraavasti: ”Suomessakin on tutkittu divertikuliitin diagnostiikkaa ja jopa suositeltu, että tietokonetomografialla voisi korvata kokonaan potilaalle epämiellyttävän kolonoskopian.” Tämä on virheellinen yleistys. Divertikuliittia on kahdenlaista: komplisoitunutta ja komplisoitumatonta. Näiden kahden muodon erottaminen toisistaan on jatkoseurannan kannalta ratkaisevaa. Komplisoitumattoman divertikuliitin jälkeinen paksusuolisyövän riski on samaa luokkaa kuin vastaavalla muulla väestöllä (< 1 %). Komplisoituneen divertikuliitin suh-

sa. Neljänneksi, tutkimukseen otettiin mukaan divertikuliittiin sairastuneita potilaita diagnostiikalla K57.2, joka tarkoittaa divertikuliittiin liittyvää paisetta. Siis juuri sellaisia potilaita, jotka ovat suuressa riskissä paksusuolisyövälle ja tarvitsevat ehdottomasti kolonoskopian.

Tanskalaistutkimus ei muuta käsitystämme divertikuliitin jälkeisestä kolonoskopiatarpeesta. Tietokonetomografialla varmistetut komplisoitumattomat divertikuliitit eivät tarvitse kolonoskopiaa, mutta komplisoituneet pitää tähdystää, kuten myös muiden ryhmien tulokset osoittavat (4,5,6,7,8). ●

Komplisoituneet divertikuliitit pitää tähdystää.

teen luvut ovat aivan toista luokkaa: 10 %:lla todetaan paksusuolisyöpä (3).

Miten sitten tulkita tätä referoitua tanskalaisen tuoretta tutkimusta? 4,3 %:lla potilaista, joilla oli diagnosoitu divertikuliitti, todettiin myös paksusuolisyöpä. Verrokkiryhmässä paksusuolisyöpään sairastui 2,3 %. Ero tuntuu suurelta, mutta tutkimukseen liittyy merkittäviä virhelähteitä. Ensinnäkin mukana on potilaita (jopa 34 % syöpädiagnoosin saaneista), joilla paksusuolisyöpä oli diagnosoitu ennen divertikuliittia. Toisekseen, tutkimuksesta suljettiin pois potilaat, joita ei otettu sairaalaan hoitoon divertikuliitin vuoksi – eli mahdollisesti juuri komplisoitumatonta divertikuliittia sairastaneet potilaat! Kolmanneksi, tutkimuksesta ei käynyt ilmi, miten diagnoosi oli varmistettu. Tutkimus käsitteli vuosia 1995–2012, eikä tietokonetomografia ollut laajamittaisessa päivystyksellisessä käytössä vielä 1990-luvulla tai 2000-luvun alus-

KIRJALLISUUTTA

- 1 Paajanen H. Onko divertikuliitilla ja paksusuolisyövällä yhteys? Suom Lääkäril 2016;71:2633.
- 2 Mortensen LQ, Burcharth J, Andresen K, Pommergaard H-C, Rosenberg J. An 18-year nationwide cohort study on the association between diverticulitis and colon cancer. Ann Surg, verkossa ensin 17.5.2016.
- 3 Sallinen V, Mentula P, Leppäniemi A. Risk of colon cancer after computed tomography-diagnosed acute diverticulitis: is routine colonoscopy necessary? Surg Endosc 2014;28:961–6.
- 4 Sharma P, Eglinton T, Hider P, Frizelle F. Systematic review and meta-analysis of the role of routine colonic evaluation after radiologically confirmed acute diverticulitis. Ann Surg 2014;259:263–72.
- 5 Brar MS, Roxin G, Yaffe PB, Stanger J, MacLean AR, Buie WD. Colonoscopy following nonoperative management of uncomplicated diverticulitis may not be warranted. Dis Colon Rectum 2013;56:1259–64.
- 6 Daniels L, Ünlü Ç, de Wijkerslooth TR, Dekker E, Boermeester MA. Routine colonoscopy after left-sided acute uncomplicated diverticulitis: a systematic review. Gastrointest Endosc 2014;79:378–89.
- 7 de Vries HS, Boerma D, Timmer R, van Ramshorst B, Dieleman LA, van Westreenen HL. Routine colonoscopy is not required in uncomplicated diverticulitis: a systematic review. Surg Endosc 2014;28:2039–47.
- 8 Alexandersson BT, Hreinsson JP, Stefansson T, Jonasson JG, Björnsson ES. The risk of colorectal cancer after an attack of uncomplicated diverticulitis. Scand J Gastroenterol 2014;49:576–80.

JONNA SALONEN

kliinisen hematologian
erikoislääkäri, Carea,
Kymenlaakson keskussairaala
asiantuntijalääkäri, Tieto
Healthcare & Welfare Oy
jonna.salonen@tieto.com

TOM SAARI

terveyskeskuslääkäri,
Mäntyharjun terveyskeskus
asiantuntijalääkäri, Tieto
Healthcare & Welfare Oy

SUSANNA MARTIKAINEN

FT, tietojenkäsittelytiede
johtava käytettävyyssuunnittelija,
Tieto Healthcare & Welfare Oy

Palaute kehittää potilastietojärjestelmiä

Dosentti Kalle Romanov pohtii keskustelupalstalla Lääkärilehdessä 37/2016 (1) e-reseptin ja potilastietojärjestelmien käyttöä ja näistä puuttuvia ominaisuuksia.

Potilastietojärjestelmien kehittäjät keräävät käyttäjien palautteita jatkuvasti. Käyttäjien kommentit ja ehdotukset ovat välttämättömiä toimivan potilastietojärjestelmän kehittämiseksi ja ne otetaan huomioon tulevassa kehityksessä. Kyselytutkimuksen mukaan lääkärit kokevat suoran kontaktin organisaation tietojärjestelmä-lääkäriin mieluisimpana palautekanavana, myös sähköpostin lähettäminen tietojärjestelmäkehittäjille suoraan koettiin hyvänä keinona (2). Käytettävyysspalautteen antamisen kanavia ja keinoja on tarpeen kehittää lisää. Palautekanavien ja myös itse tietojärjestelmien suunnittelussa tulee käyttää käyttäjakeskeisiä menetelmiä, kuten havainnointia, haastatteluja ja käytettävyysestaua.

Olemme Kalle Romanovin kanssa samaa mieltä siitä, että käytettävyyden analysointia pitäisi tehostaa. Terveystieteiden järjestelmien ja sovellusten kehittämisen ei pidä pohjautua pelkästään mielipiteisiin, vaan tutkittuun tietoon. Vaikka sähköinen lääkemääräys on ollut käytössä Suomessa vain muutaman vuoden, on sen käytöstä ja toiminnasta on ehditty tehdä tutkimuksia ja selvityksiä (3,4,5,6). Näiden tuoma

tieto ja näkökulmat ovat kannustavia, mutta tuovat esille myös kehittämistarpeita. Tietojärjestelmiä ja työtoimintaa olisi syytä kehittää samanaikaisesti, jotta työn tekeminen uudella järjestelmällä olisi sujuvaa (7,8).

Järjestelmätoimittajien ja lääkärin yhteinen tavoite on hyvin toimivat tietojärjestelmät. Kannustamme lääkäreitä aktiiviseen palautteen antamiseen. ●

KIRJALLISUUTTA

- 1 Romanov K. Puuttuuko e-reseptistäsi sujuvuutta? Suom Lääkäril 2016;71:2224.
- 2 Martikainen S, Viitanen J, Korpela M, Lääveri T. Physicians' experiences of participation in healthcare IT development in Finland: willing but not able. Int J Med Inform 2012;81:98–113.
- 3 Timonen J, Kauppinen H, Ahonen R. Sähköisen reseptin ongelmat ja kehittämiskohteet – kyselytutkimus apteekkien farmaseuttiselle henkilöstölle. Suom Lääkäril 2016;71:153–70.
- 4 Kivekäs E, Kuusisto H, Enlund H, Saranto K. Ensikokemuksia e-reseptin käytöstä perusterveydenhuollossa. Suom Lääkäril 2014;69:1567–71.
- 5 Moilanen L. E-reseptin hyväksyntä ja käyttäytyvyys eri käyttäjäryhmien näkökulmista. Oulun yliopisto, tietojenkäsittelylaitos, pro gradu -tutkielma 2015.
- 6 Kosonen H. Sähköisen reseptin käyttäjäkokemuksia Apotti-hanketta varten. Metropolia ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö 2016.
- 7 Valta M. Sähköisen potilastietojärjestelmän sosiotekninen käyttöönotto: seitsemän vuoden seurantatutkimus odotuksista omaksumiseen. Itä-Suomen yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta, väitöskirja 2013:170.
- 8 Toivanen M ym. Kohti suunnitelmallisia muutoksia – opas terveydenhuollon tietojärjestelmien toimintalähtöiseen kehittämiseen. Kuopion yliopisto, selvitys (yhteiskuntatieteet 39) 2007:77.

Keskustelupalstalla julkaistavien kirjoitusten enimmäispituus on 2 500 merkkiä. Toimitus lyhentää kirjoituksia tarvittaessa.

Palstalle tarkoitetut kirjoitukset lähetetään osoitteeseen laakarilehti@laakarilehti.fi Verkossa voi keskustella osoitteessa www.laakarilehti.fi