

TYÖSSÄ



Migreenin estohoito

Jos migreeni oireilee useita kertoja kuukaudessa, on syytä harkita, kannattaisiko potilaalle kokeilla estolääkitystä. Läheskään kaikki migreenipotilaat eivät sitä tarvitse. Uudet biologiset lääkkeet, CGRP-vastaaineet, tuovat estohoitoon uusia mahdollisuuksia.

Migreeni on hyvin yleinen sairaus. Sitä sairastaa arviolta 12 % ihmisistä ainakin jossain elämänvaiheessa (1). Osalla potilaista kohtauksia on harvakseltaan. Tällöin lääkehoito tarkoittaa lähinnä kohtauslääkitystä: joko tulehduskipulääkkeitä tai täsmälääkkeitä eli triptaaneja.

Estolääkityksen tarvetta arvioitaessa on otettava huomioon kohtausten esiintymistiheys, niiden voimakkuus, kesto

ja kohtauslääkkeiden vaste. Tarvetta ei siis määritellä pelkästään kohtausten tietyn lukumäärän perusteella, vaan estolääkityksen aloittamista on syytä harkita, jos kohtaukset alkavat liikaa haitata jokapäiväistä elämää.

Estolääkettä on syytä kokeilla vähintään 1–2 kuukautta, ennen kuin hoidon tehoa tai tehottomuutta voidaan luotettavasti arvioida. Vastetta haettaessa lääkkeen annosta tulee tarvittaessa suurentaa, jos lääkkeen siedettävyys on hyvä.

Jos estolääke täyttää tehtävänsä ja migreeni rauhoittuu, voi lääkitystä muutaman kuukauden jälkeen ryhtyä kokeeksi asteittain purkamaan. Osa potilaista kuitenkin selvästi tarvitsee pidempikestoista estolääkitystä.

Aloitettujen hoidon vaikutuksia on toisaalta syytä aika ajoin arvioida kriittisesti. Ei ole tavatonta, että potilas on jatkanut estolääkitystä vuosia ilman, että hän tai lääkityksen määrännyt lääkäri on tietoinen, onko lääkkeestä enää mitään hyötyä. Arvioiden mukaan jopa 38 % migreenipotilaista saattaisi tarvita estolääkitystä, mutta käytännössä vain reilut 10 % on hoitojen piirissä (2).

Suunniteltu lääkehoito jää myös usein toteutumatta hoitojen tehon rajallisuuden tai sivuvaikutusten takia. Päänsärkypäiväkirja on keskeinen työkalu arvioitaessa estolääkityksen tarvetta ja tehoa, mutta myös särkylääkepäänsä-

LÄÄKEHOITO

TYÖRYHMÄ: MARIA PAILE-HYVÄRINEN, ERKKI ELONEN, JORMA LAHTELA, ANNELI LAUHIO, JAANA PUHAKKA, PÄIVI RUOKONIEMI, JORI RUUSKANEN, ANTON SAARINEN, MERJA VIKKI
maria.paile-hyvarinen@fimea.fi

ryn diagnostiikassa.

Tavallisen eli episodisen migreenin estolääkityksinä on perinteisesti käytetty 1) verenkiertoelimistöön vaikuttavia lääkkeitä, 2) trisyklisiä masennuslääkkeitä ja 3) epilepsialääkkeitä (taulukko 1). Näistä ainakin ryhmät 1–2 kuuluvat yleislääkärin lääkevalikoimiin.

Kroonisen migreenin hoitoon voidaan käyttää myös botuliinitoksiinia. Oma lukunsa ovat ensimmäiset migreenispesifiset biologiset estolääkkeet, eli CGRP-vasta-aineet. Estolääkitystä harkittaessa tulee valita potilaalle mahdollisimman vähän sivuvaikutuksia aiheuttava valmiste. Lääkehoidosta pitäisi olla enemmän hyötyä kuin haittaa. Toisaalta lääkkeiden vaikutukset mahdollisiin muihin vaivoihin tulisi mahdollisuuksien mukaan hyödyntää.

Verenkiertoelimistöön vaikuttavat lääkkeet

Migreenin aktiivisuuden hillitsemiseksi kokeillaan usein ensiksi beetasalpaajia ja sartaaneja (1). Beetasalpaajista on migreenin hoidossa eniten kokemusta ja näyttöä bisoprololista (2,5–10 mg/vrk), propranololista (20–240 mg/vrk) ja metoprololista (47,5–190 mg/vrk). Beetasalpaajat ovat yleisesti hyvin siedettyjä, mutta astmapotilasta hoidettaessa tulisi noudattaa varovaisuutta ja huomioida mahdolliset vaikutukset urheilu- ym. suorituskykyyn.

Sartaaneista on migreenin hoidossa näyttöä ensisijaisesti kandesartaanista (3). Sekin on yleensä hyvin siedetty, mutta mahdolliset ongelmat liittyvät tavallisimmin sen aiheuttamaan verenpaineen laskuun. Normaaliarvoisilla potilailla aloitusannos on yleensä 8 mg aamuisin, mutta jos verenpaine on muutenkin matala, hoito kannattaa aloittaa 4 mg:n vahvuudella. Tarvittaessa annostusta nostetaan 16 mg:aan aamuisin.

Masennuslääkkeet

Migreenin estohoitoon käytetään masennuslääkkeistä lähinnä trisyklisiä antidepressanteja, eli amitriptyliiniä ja nortriptyliiniä (4). Molempien aloitus-

annos on yleensä 10 mg iltaisin, ja annosta nostetaan siitä tarvittaessa 10 mg kerralla. Sopiva annos on hyvin yksilöllinen: osalle 10 mg on jo liikaa, ja osa potilaista tarvitsee ja toisaalta sietää jopa 100 mg:n vuorokausiannoksia.

Tavallisin sivuvaikutus on väsymys, mutta väsyttävää vaikutusta voidaan myös käyttää hyväksi hoidettaessa unettomuudesta kärsiviä migreenipotilaita. Toisen yleinen sivuvaikutus on suun kuivuminen. Molemmat ilmiöt ovat vahvasti annosriippuvaisia.

Trisykliset lääkkeet ovat erityisen hyviä vaihtoehtoja, jos potilaalla on migreenin lisäksi jännityspäänsärkyä. Tällöin potentiaalinen vaihtoehto on myös amitriptyliiniin ja klooridiatsepoksidin yhdistelmä (12,5/5 mg) muutaman viikon kuurina.

Pitkäaikaiskäytössä tai suurempia amitriptyliiniannoksia tarvittaessa on kuitenkin huomioitava, että klooridiatsepoksidi on bentsodiatsepiini, ja tällöin

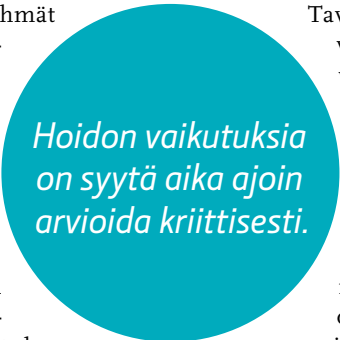
on parempi käyttää pelkkää amitriptyliiniä sisältävää valmistetta. Trisyklisillä antidepressanteilla on myös yleisemmin kipukynnystä nostavaa vaikutusta. Tämä kannattaa huomioida harkittaessa estolääkitystä potilaalle, jolla on migreenin lisäksi muita kipuongelmia.

On syytä ottaa huomioon, että yleisesti migreenin hoitoon käytetyt annokset (10–50 mg/ilta) eivät todennäköisesti auta masennukseen. Venlafaksiini voi olla hyvä vaihtoehto, jos halutaan valmiste, joka saattaisi auttaa sekä migreeniin että masennukseen.

Serotoniinioreyhtymän mahdollisuus kannattaa pitää mielessä eri serotonergisiä valmisteita yhdistellessä (trisykliset ja uudemmat masennuslääkkeet, triptaanit ja tramadoli). Se on kuitenkin hyvin harvinainen ilmiö ja edellyttää yleensä näiden lääkkeiden runsasta käyttöä.

Epilepsialääkkeet

Migreenin estohoitoon käytetään useita epilepsialääkkeitä. Paras näyttö tehosta on topiramaatilla, josta on osoitettu olevan hyötyä myös kroonisen migreenin hoidossa (5). Aloitusannos on yleensä



TAULUKKO 1.

Migreenin estohoitoon käytettäviä valmisteita ja niiden tavalliset annostukset

Lääkeryhmä	Lääke	Tavallinen annos
Beetasalpaajat	Propranololi	20–240 mg/vrk
	Metoprololi	47,5–190 mg/vrk
	Bisoprololi	2,5–10 mg/vrk
Sartaanit	Kandesartaani	4–16 mg/vrk
Masennuslääkkeet	Amitriptyliini	10–50 mg/vrk (iltaisin)
	Nortriptyliini	10–50 mg/vrk (iltaisin)
	Venlafaksiini	37,5–150 mg/vrk
Epilepsialääkkeet	Topiramaatti ¹	Aloitus 25 mg/vrk, nosto asteittain tasolle 50 + 50 mg
Botuliinitoksiini	Botuliinitoksiini ²	155–195 ky 3–4 kk:n välein
CGRP-vasta-aineet ¹	Eptinetsumabi, erenumabi, fremanetsumabi ja galkanetsumabi	Neljän viikon välein tai kerran kuukaudessa injektio ihon alle paitsi eptinetsumabi, joka annostellaan suonensisäisesti. Fremanetsumabi voidaan annostella myös kolmen kuukauden välein.

¹Näyttöä tehosta myös kroonisessa migreenissä

²Näyttöä tehosta vain kroonisessa migreenissä

25 mg/vrk, ja annostusta nostetaan asteittain parin viikon välein tavoitteena taso 50 mg aamuin illoin.

Topiramaatin käyttöä rajoittavat kuitenkin usein sivuvaikutukset: yleisimmän ihon pistely, ruokahaluttomuus ja kognitiiviset vaikeudet. Koska myös mieliala saattaa laskea, topiramaatin käytöstä tulisi pidättäytyä, jos potilaalla on masennusta. Topiramaatin kaltainen valmiste zonisamidi osoittautuu joskus paremmiin siedetyksi samalla teholla.

Mitä enemmän migreenin oireistossa painottuvat neurologiset oireet (aurat), sitä ensisijaisempia hoidossa ovat epilepsialääkkeet. Lamotrigiinia käytetäänkin lähinnä aurojen estohoitoon (6). Myös valproaatin tehosta migreenin hoidossa on hyvin näyttöä. Sikiötoksisuuden takia sitä ei kuitenkaan pitäisi käyttää hoidettaessa lisääntymisikäisiä naisia.

Botuliinitoksiini

Botuliinitoksiinista on osoitettu olevan hyötyä vain kroonisessa migreenissä, eli migreenipotilailla, joilla on enemmän päänsärkypäiviä kuin päiviä ilman päänsärkyä (7). Hoidon katsotaan perustuvan neuropeptidien (esimerkiksi substanssi P, CGRP) vapautumisen estoon trigeminaalisissa hermopäätteissä.

Kerralla annettava määrä on tyypillisesti 155–195 ky (31–39 pistosta) botuliinitoksiinia: 155 ky injisoidaan kroonisen migreenin hoitoprotokollan mukaisesti otsalle, ohimoille, takaraivolle ja niskahartiaseutuun, jonka lisäksi kipua seuraten voidaan harkinnan mukaan injisoida vielä 5–40 ky (1–8 pistosta) botu-

liinitoksiinia. Hoito toistetaan yleensä 3–4 kuukauden välein neurologin vastaanotolla.

CGRP-vasta-aineet

Aktiivisen migreenin hoidossa otetaan pitkästä aikaa merkittäviä edistysaskeleita, kun käyttöön ollaan saamassa ensimmäisiä migreenispesifejä estolääkkeitä, eli CGRP-vasta-aineita (8). Markkinoille on näillä näkymin tulossa neljä eri valmistetta, joista erenumabi ehti ensimmäisenä käyttöön syyskuussa 2018.

Lääkkeet injisoidaan ihon alle neljän viikon välein tai kerran kuukaudessa. Eptinetsumabi kuitenkin annostellaan suonsisäisesti. Fremanetsumabi voidaan annostella myös kolmen kuukauden välein. Lääketutkimuksissa oli huomionarvoista, että noin 20–25 % potilaista sai lääkkeitä erityisen hyvän vasteen, eli hankalakin migreenioireisto rauhoittui lähes täysin. Tutkimuksissa hoidot olivat myös varsin hyvin siedettyjä. CGRP-vasta-aineiden on osoitettu tehoavan sekä tavalliseen että krooniseen migreeniin.

Lopuksi

Migreenin estohoitoon käytetään hyvin erilaisilla vaikutusmekanismeilla toimivia lääkkeitä. Käytössä oli pitkän aikaa vain lääkkeitä, jotka oli alun perin kehitetty muihin sairauksiin. CGRP-vasta-aineet ovat nyt vahvasti tuomassa käyttöön ensimmäiset nimenomaan migreeniin kehitetyt estohoidot.

VILLE ARTTO

dosentti, neurologian erikoislääkäri
HYKS, neurologian klinikka



Seulontatulokset huolettaa

Ystäväsi on saanut kutsun lisätutkimukseen mammografialöydöksensä perusteella. Huolestuneena hän kysyy sinulta riskistänsä.

Muistelet, että:

- Rintasyövän esiintyvyyden hänen ikäisillään naisilla on noin 1 %
- Mammografian herkkyys löytää todellinen syöpä on 90 %
- Vääriä positiivisia löydöksiä on 9 %

Mitä vastaat ystävällesi näiden taustatietojen perusteella?

- A) Sinulla on 81 %:n todennäköisyydellä rintasyöpä
- B) Noin yhdeksällä kymmenestä seulontapositiivisesta on oikeasti rintasyöpä
- C) Kymmenestä seulontapositiivisesta vain yhdellä on rintasyöpä
- D) Rintasyövän todennäköisyys on noin 1 %

TIMO MUHONEN

timo.muhoenen@mediexpert.fi

KIRJALLISUUTTA

- 1 Dodick DW. Migraine. The Lancet 2018. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30478-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30478-1)
- 2 Lipton RB, Silberstein SD. Episodic and chronic migraine headache: breaking down barriers to optimal treatment and prevention. Headache 2015 Mar;55 Suppl 2:103-22; quiz 123-6. doi: 10.1111/head.12505 2.
- 3 Tronvik E, Stovner LJ, Helde G, Sand T, Bovim G. Prophylactic treatment of migraine with an angiotensin II receptor blocker: a randomized controlled trial. JAMA 2003;289:65-9.
- 4 Xu XM, Yang C, Liu Y, Dong MX, Zou DZ, Wei YD. Efficacy and feasibility of antidepressants for the prevention of migraine in adults: a meta-analysis. Eur J Neurol 2017;24:1022-31.
- 5 Diener HC, Bussone G, Van Oene JC, Lahaye M, Schwalen S, Goadsby PJ. Topiramate reduces headache days in chronic migraine: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. Cephalalgia 2007; 27:814-23.
- 6 Lampl C, Katsarava Z, Diener HC, Limmroth V. Lamotrigine reduces migraine aura and migraine attacks in patients with migraine with aura. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2005;76:1730-2.

- 7 Aurora SK, Winner P, Freeman MC ym. OnabotulinumtoxinA for treatment of chronic migraine: pooled analyses of the 56-week PREEMPT clinical program. Headache 2011;51:1358-73.
- 8 Edvinsson L, Haanes KA, Warfvinge K, Krause DiN. CGRP as the target of new migraine therapies – Successful translation from bench to clinic. Nat Rev Neurology 2018;14:338-50.

SIDONNAISUDET

Ville Artto: Asiantuntijalausunto (Teva), luentopalkkio (Teva, Novartis, Attendo), korvaus koulutusaineiston tuottamisesta (Teva, Novartis), kokouskulut (Sanofi).

Oikea vastaus sivulla 967.



Uni- ja hengityskeskus yhtenäistää diagnostiikkaa ja hoitoa

Hengitysvajeen sekä uni- ja vireystilahäiriöiden hoidossa tarvitaan useiden erikoisalojen moniammatillista yhteistyötä. Kansallisella koordinaatiolla haetaan kustannustehokkuutta ja potilaiden yhdenvertaisuuden toteutumista. Sitä varten perustettiin TYKS:n Uni- ja hengityskeskus.

LIITEAINEISTO
verkossa
laakarilehti.fi

Sisällysluettelot
SLL 15-16/2019

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirille säädettiin valtioneuvoston asetuksella vuonna 2017 hengitys-, uni- ja vireystilahäiriöiden diagnostiikan ja hoidon valtakunnallista suunnittelua ja toiminnan yhteensovittamista koskevat tehtävät sekä ylipainehappihoidon suunnittelu ja kehittäminen. Ylipainehappihoito on ollut sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen pe-

rusteella keskitettynä Turun yliopistolliseen keskussairaalaan jo vuodesta 2006 lähtien osana valtakunnan erityistason sairaanhoitoa.

Vuoden 2018 alussa perustettiin TYKS:n Uni- ja hengityskeskus, jonka tehtävänä valtioneuvoston asetuksen mukaan on ”yhteistyössä huolehtia toiminnan yhdenvertaisesta ja vaikuttavasta toteuttamisesta koko maassa”. Keskus on verkostomuotoinen ja noudattaa

pitkästi Norjan mallia: tieto kulkee, eivät potilaat. Siihen kuuluvat TYKS:n lisäksi Satasairaala, Vaasan keskussairaala ja Turun yliopisto.

Ohjeita hyödyksi perus- ja erikoissairaanhoitoon

TYKS:n Uni- ja hengityskeskukseen koordinoivan johtajan johdolla kansallista koordinaatiota toteuttamaan perustettiin 11 työryhmää, joissa on edustus

TAULUKKO 1.

Kansallisten koordinaatioryhmien työn tuloksia vuonna 2018

Yksityiskohtaisempia tietoja löytyy TYKS:n Uni- ja hengityskeskusten verkkosivuilta (<http://www.vsshp.fi/fi/toimipaikat/tyks/uni-ja-hengityskeskus/Sivut/default.aspx>) ja Terveyskylän Unihäiriöiden ja hengitysvajeen sekä Hengityshalvauksen virtuaalikeskuksesta (<https://www.terveyskyla.fi/>)

TEHTÄVÄNANNON MUKAISET MÄÄRITTELYT

Tarvittavat resurssit (henkilökunta, tilat, laitteet, toiminta) terveydenhuollon eri tasoilla
Uni- ja hengityskeskusten diagnostiikan ja hoidon kohderyhmät
Hengitysvajeen, uni- ja vireystilähäiriöiden diagnostiikkaan ja hoitoon liittyvät tehtävät terveydenhuollon eri tasoilla
Suunnittelua ja yhteensovittamista vaativat asiat
Osaamiskriteerit keskeisille ammattiryhmille
Laatu- ja seurantamittarit (osittain kesken)
Koulutustarve (osittain kesken)

MUUTA

THL:n toimenpidekoodeja saatu lisää ehdotuksen mukaisesti 1.1.2019 lähtien
Uniapneakiskohoidon valmistamisesta potilaalle aiheutuvien kustannusten yhtenäistämistä sovittu
Ohjeita käytännön työhön ammatillisille laadittu
Vammaispalvelulain hengityshalvauksipotilaiden osuuden valmisteluun osallistuttu
Ajoterveysohjeet hengitysvajepotilaille laadittu

vähintään kaikista yliopistosairaaloista, osassa myös keskussairaaloista. Ryhmissä on useiden erikoisaloiden edustajia, joissakin myös useiden ammattiryhmien.

Ryhmissä kävi ilmi, että useiden sairauksien diagnostiikka ja hoito eroavat eri puolilla Suomea ja jopa saman sairaanhoitopiirin sisällä. Koordinaatio on lisännyt sekä lääkärin että hoitohenkilökunnan verkostoitumista. Koulutustarve on tunnistettu kaikissa työryhmissä.

Kansallinen koordinaatio ja työryhmien laatima ohjeistus koskevat julkista terveydenhuoltoa ja sen yksityissektorilta ostamia palveluja. Näin ollen ohjeita voidaan hyödyntää sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa kilpailutettaessa palvelujen tarjoajia.

Hengitysvajeen, uni- ja vireystilähäiriöiden koordinaatio on ollut haastavaa monesta syystä: valtio ei ole osoittanut työhön lainkaan resursseja, koordinoitavat sairaudet käsittävät niin kansantautena kuin harvinaissairauksiakin useilta

erikoisaloilta kaikissa ikäryhmissä, kansallista verkostoitumista ja systemaattista koulutusta on ollut vähän tarjolla ja monilta osin spesifiset terveydenhuoltohenkilökunnan osaamiskriteerit sekä diagnostiikan ja hoidon laatu- ja seurantakriteerit ovat puuttuneet. Työ on jouduttu aloittamaan paljolti perusteista.

Koordinaatiotyöryhmien jäsenet ovat olleet vahvasti sitoutuneita työhönsä, jota he ovat tehneet oman työn ohella. Käytännön tuloksia on jo vuodessa saatu aikaan paljon (taulukko 1). Vuonna 2019 jatketaan kansallisten ohjeiden, laatu- ja seurantakriteerien ja hoitopolkujen laatimista sekä ohjeiden jalkauttamista, sovitetaan yhteen koordinaatioryhmien rajapintoja, suunnitellaan ja järjestetään valtakunnallista ja alueellista koulutusta.

Suunnitteilla on yliopistojen välistä, mahdollisesti myös pohjoismaista, yhteistyötä verkkokurssien laatimiseksi terveydenhuollon opiskelijoille ja ammattilaisille. Moniammatillisten etätyöryhmien toiminnalle pyritään löytämään tarkoituksenmukaiset muodot ja toiminta vakiinnuttamaan.

Osalle sairauksista suunnitellaan kansallisia laatu- ja seurantakriteereitä. Hoitohenkilökunnan alueellisia ja kansallisia verkostoja perustetaan lisäksi mahdollistamaan tiedonvälitystä muun muassa sähköpostitse. Ministeriön ohjeen mukaan kuhunkin yliopistosairaalapiiriin erityisvastuualueineen tulisi perustaa oma Uni- ja hengityskeskus syöpäkeskusmallin mukaan. Tarkempi ohjeistus keskusten perustamisesta kuitenkin vielä puuttuu; kansallinen keskitämisyryhmä ottanee tähän kantaa vuoden 2019 aikana.

Uusia erikois- ja toimialarajat ylittäviä uusia käytäntöjä

TYKS:n Uni- ja hengityskeskus kattaa laajasti eri erikoisaloja (Liitekuvio 1 artikkelin sähköisessä versiossa). Sillä on ohjausryhmä ja klininen johtoryhmä.

Medisiinisen toimialueen projektirahoituksella keskukselle on palkattu 20 x%:n työajalla koordinoiva johtaja ja koordinoiva osastonhoitaja sekä 50 %:n työajalla konsultoiva hengitysvajehoitaja. Loppuvuodesta 2018 oli 4 kuukauden ajan käytettävissä rahoitusta myös koordinoivan sairaanhoitajan (20 %) ja koordinaattorin (20 %) toimiin. Psykiatrian

toimialueella on allokoitu 60 % apulaisyliääkärin ja neurotoimialueella 10 % yliääkärin työpanosta keskuksen toimintaan. Vuoden 2019 alusta keskukselle on myönnetty TYKS:n huippuyksikköstatus ja sen myötä 50 000 euron rahoitus vuodeksi.

Kaikkien näiden työntekijöiden toimenkuvaan on kliinisen työn ohella kuulunut sekä kansallinen koordinaatio että keskuksen rakentaminen ja kehittäminen. Useita erikoislääkäreitä ja hoitohenkilökuntaa on lisäksi osallistunut kansallisen koordinaation ja oman keskuksen kehittämiseen pelkästään oman työnsä ohella.

Niukoista resursseista huolimatta toiminta on tuonut jo konkreettisia tuloksia. On järjestetty useita moniammatillisia alueellisia ja valtakunnallisia koulutustilaisuuksia ja toteutettu unihäiriöhoitajien pilottikoulutus. Lisäksi on kartoitettu lääkärin peruskoulutukseen kuuluva hengitysvajeen, uni- ja vireystilähäiriöiden opetuksen määrä Turun yliopistossa ja luotu hoitajien osaamiskartat. Kaksi erikoislääkärinä on suorittanut unilääketieteen erityispätevyyteen kuuluva käytännön koulutustaan osajaksissa projektivirassa. TYKS:n ja erwa-alueen useita erikoisaloja yhdistävät hoitajaverkostot on perustettu.

Sujuvuutta hoitopolkuihin

Uudet toimintatavat ja synergian hyödyntäminen ovat sujuvoittaneet hoitopolkuja ja lisänneet kustannustehokkuutta. Neurologian ja psykiatrian unihäiriöpoliikklinikoilla hoidon saatavuus on parantunut.

Konsultoivan hengitysvajehoitajan toimessa ovat vuorotelleet yksi sairaanhoitaja ja kaksi perushoitajaa. Toiminnan avulla on säästetty hoitopäiviä ja kustannuksia enemmän kuin toiminnan palkkakustannusten verran. Konsultoivalle hengitysvajehoitajalle on tullut yhä enemmän puhelinkonsultaatioita sekä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueen perusterveydenhuollon yksiköistä että erikoissairaanhoidosta muualta Suomesta.

Unettomuus- ja ahdistuneisuusoireista kärsivien uniapneapotilaiden hoitopolkua on pilotoitu psykiatrian ja keuhkosairauksien yhteistyössä. Uniapnean CPAP-hoidon aloitus- ja seurantakäytäntöjen yhtenäistäminen erwa-alueella

on aloitettu. Sähköisen potilaskertomuksen hoitotaulukkoon on laadittu hengitysvajepotilaan palliatiivisen hoidon tarkistuslista parantamaan ja yhtenäistämään tämän potilasryhmän loppuvaiheen hoitoa.

Hoitoviivetyökalun rakentaminen on meneillään, ja se mahdollistaa jatkossa hoitoketjun pullonkaulojen reaaliaikaisen seurannan. Tutkimusyhteistyö keskuksen sisällä, kansallisesti ja kansainvälisesti on vilkastunut.

TARJA SAARES RANTA

ma. professori, vs. ylilääkäri
Turun yliopisto, keuhkosairausoppi ja kliininen allergologia
TYKS, medisiininen toimialue, keuhkosairauksien vastualue

ULLA ANTTALAINEN

LT, vs. osastonylilääkäri
TYKS, medisiininen toimialue, keuhkosairauksien vastualue

VARPU ELENIUS

dosentti, lastentautien erikoislääkäri
TYKS, lasten ja nuorten klinikka

SARI-LEENA HIMANEN

professori, ylilääkäri
Tampereen yliopisto, lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta
TAYS, kliinisen neurofysiologian vastualue

SALLA LAMUSUO

LT, neurologian ylilääkäri
TYKS, neurotoimialue

JUHA MARKKULA

LT, apulaisylilääkäri
TYKS, psykiatrian toimialue

OUTI SAAREN PÄÄ-HEIKKILÄ

LT, lastenneurologian erikoislääkäri, apulaisylilääkäri
TAYS, lasten- ja naistentautien toimialue, lastentautien klinikka

WALTTERI SIIRALA

LT, anestesiologian ja tehohoidon erikoislääkäri
TYKS, Totek-palvelualue

TERO SOUKKA

dosentti, vastualuejohtaja, osastonylilääkäri
TYKS, suu- ja leukosairauksien klinikka



Vastaus

Seulontatulokset huolettaa

Kuinka todennäköistä on, että seulontapositiivisella todella on rintasyöpä?

Oikea vastaus: C, kymmenestä seulontapositiivisesta vain yhdellä on syöpä, vaikka tämä ehkä tuntuukin yllättävältä.

Kuvio 1 selventää, miksi useimmilla positiivinen löydös on väärä positiivinen, vaikka näiden osuus seulonnassa on vain 9 %. Kun todelliset syövät ovat harvinaisia (siitäkin huolimatta, että rintasyöpä on naisten syövästä ylivoimaisesti yleisin), vähäinkin väärin positiivisten löydösten osuus tuottaa kymmenkertaisen määrän turhia huolia. Ystävän huolta on siis ehkä mahdollista hälventää, kunhan pohtii vastaustaan ensivaikutelmaa pidemmälle.

TIMO MUHONEN

timo.muhonen@mediexpert.fi

KUVIO 1.

Rintasyövän seulonta

SEULOTTAVA JOUKKO

1 000 naista

SYÖPÄ

syöpä: 10

ei syöpää: 990

SEULONTATULOS

pos 9

neg 1

pos 89

neg 901

TÄSTÄ LASKETTUNA
TODELLISTEN SYÖPIEN
OSUUS SEULONTAPOSITIIVISISTA

$\frac{9}{9+89} \approx 1/10$

SIDONNAISUUDET

Tarja Saaresranta, Varpu Elenius, Juha Markkula, Outi Saarenpää-Heikkilä, Waltteri Siirala: Ei sidonnaisuuksia. Sari-Leena Himanen: Korvaus koulutusaineiston tuottamisesta (Duodecim), osakkuus (Neurotest Tampere Oy). Ulla Anttalainen: Apurahat (EVO-raha, Hengityssairauksien tutkimussäätiö, STVYS), luentopalkkiot (Boehringer-Ingelheim, Duodecim, Mundipharma, Resmed). Salla Lamusuo: Luontopalkkiot (Duodecim, Eisai, Epilepsialiitto, Epilepsiasseura, Muistiliitto, Orion Pharma, UCB Pharma), tekijänpalkkio (Duodecim). Tero Soukka: Luontopalkkiot (Duodecim).



Osallistuva potilas: haastava hoidettava vai hoidon kehittäjä?

Potilaiden aktiivisuutta tulisi arvostaa, sillä he voivat nähdä sellaisiakin turvallisuuspuutteita, joita ammattilaiset eivät huomaa.

Tapaus 1: väärä polvi

Urheilijanuorukaisen polvi oli kipeytynyt niin, että käveleminen oli jo hankalaa. Polvea tutkittiin ja päädyttiin leikkaushoitoon. Leikkauksen jälkeen potilas ryhtyi sängyssä maatessaan tarkastelemaan, millainen sidos hänen jalkaansa oli laitettu. Vetäessään peiton kipeän polven päältä hän kuitenkin huomasi, ettei siinä ollut sidosta lainkaan. Toinen, terve jalka sen sijaan oli siteissä. Potilaalta oli leikattu väärä polvi.

Tapaus 2: sama lääke kahteen kertaan

Omainen oli vierailulla muistisairaana äitinsä luona, kun hoitaja astui huoneeseen lääkeruisku mukanaan. Omainen kysyi lääkkeen tarkoitusta. Hoitaja kertoi sen olevan tarkoitettu ruusun hoitoon. Omainen ihmetteli, että äiti oli saanut samalta näyttävän lääkkeen noin puoli tuntia aikaisemmin ja pyysi hoitajaa vielä tarkistamaan, oliko kyseessä sama lääke. Takaisin tullessaan hoitaja totesi, että näin tosiaan olisi ollut.



Kuinka suhtaudut potilaaseen tai omaiseen, joka kyselee ja haluaa osallistua aktiivisesti?

Pohdinta

Potilasturvallisuutta on sekä Suomessa että muualla maailmassa pyritty parantamaan pääosin vaikuttamalla terveydenhuollon ammattilaisten toimintaan. Potilaan rooli on kuitenkin muuttunut yhä aktiivisemmaksi, ja viime vuosina myös potilaita on alettu kuunnella turvallisuuden kehittämisessä. Potilaat ovatkin ainoita, jotka käyvät läpi koko hoitoprosessin kaikkine vaiheineen, joten heillä on kattava näkemys palveluiden turvallisuudesta ja laadusta. Tämän lisäksi he joutuvat omakohtaisesti kärsimään mahdollisista haittatapahtumista.

Potilaan kykyyn ja halukkuuteen osallistua turvallisuustyöhön vaikuttaa mm. hänen sairautensa vakavuus. Myös terveydenhuollon ammattilaisten toiminta ratkaisee: käyttävätkö he ymmärrettävää kieltä, miten he suhtautuvat potilaan aktiivisuuteen ja antavatko he potilaalle tarpeeksi tietoa. Organisaatioon liittyvät tekijät voivat edistää potilaan osallistumista, mutta toisaalta ne voivat myös estää sen, jos organisaatiossa esimerkiksi vallitsee hyvin hierarkkinen kulttuuri eikä potilasturvallisuus ole prioriteettillisten kärjessä. Potilaiden aktivoituminen edellyttää, että heidän osallistumistaan arvostetaan ja tuetaan.

Olisivatko potilaan osallistumista tukevat käytännöt estäneet tapauksen 1 haitan? Väärän puolen leikkaaminen on luokiteltu yhdeksi parhaiten ehkäistävisä olevista haittatapahtumista, jollaista

Miten voisit omalla toiminnallasi edistää potilaan osallistumista?

ei koskaan saisi sattua. Silti vahinkoja edelleen tapahtuu. Tässäkin tapauksessa se olisi voitu ehkäistä käyttämällä kirurgista tarkistuslistaa ja varmistamalla potilaalta ennen leikkausta, että kyseessä on oikea raaja.

Tapauksessa 2 omaisen tarkkaavaisuus ja rohkeus kysyä äitinsä lääkityksestä esti haittatapahtuman syntymisen.

Kaikkein yksinkertaisimmin potilaat voivat osallistua turvallisuustyöhön raportoimalla vaaratapahtumista. Potilaat tunnistavat herkästi tyypillään ja vakaavuudeltaan erilaisia vaaratilanteita. Yleisimmin ne liittyvät puutteisiin tiedonkulussa ja lääkehoidossa. Potilaiden raportoimat vaaratapahtumat voivat olla myös sellaisia, joita ammattilaiset eivät ole huomioineet lainkaan. Suomessa vastikään tehdyssä tutkimuksessa suurin osa potilaista pystyi myös ehdottamaan käytännöllisiä ja systeemilähtöisiä ratkaisuja vaaratapahtumien toistumisen estämiseksi. Valtaosin ne liittyivät hoitoprosessien tarkasteluun, riskien arviointiin sekä ammattilaisten osaamiseen. Vaikka samansuuntaisia tuloksia on saatu myös kansainvälisesti, potilaiden esiintuomia kehittämishetkoja ei vielä kukaan juuri hyödynnä organisaatioissa.

Onko sosiaali- ja terveydenhuollossa edelleen vaikeuksia suhtautua rakentavasti potilailta ja omaisilta tulevaan tietoon? Pidetäänkö kokemuksellista tietoa vähemmän hyödyllisenä kuin laatu- tai turvallisuusindikaattoreista saatua tietoa? Vai puuttuuko organisaatioista järjestelmällinen tapa hyödyntää potilaiden tekemiä vaaratapahtumailmoituksia?

Potilaat voivat parantaa hoidon turvallisuutta myös osallistumalla vakavien vaaratapahtumien tutkimiseen, pitämällä yllä ajantasaista lääkityslistaa, kysymällä epäselväksi jääneistä asioista ja kertomalla kaikki tarvittavat tiedot hoitoonsa osallistuville. Osittain nämä asiat jo toteutuvatkin, mutta eivät vielä kaikkialla.

MERJA SAHLSTRÖM

TtT, tieto- ja kehittämisspalvelujen päällikkö, potilasturvallisuuden asiantuntija
Ylä-Savon sote -kuntayhtymä

MITÄ VIISAS OPPII

- Potilasta tulee rohkaista ja kannustaa osallistumaan hoitoonsa.
- Potilaiden kokemuksista voidaan löytää uusia näkökulmia turvallisuuden kehittämiseksi.
- Potilaat näkevät koko hoitoprosessin, ja he pystyvät ehdottamaan käytännöllisiä ratkaisuja ongelmiin.

Otetaanko potilas organisaatiossasi mukaan hoidon turvallisuuden kehittämiseen?

KIRJALLISUUTTA

- 1 Armitage G, Moore S, Reynolds C ym. Patient-reported safety incidents as a new source of patient safety data: an exploratory comparative study in an acute hospital in England. *J Health Serv Res Policy* 2018;23:36–43.
- 2 O'Hara JK, Reynolds C, Moore S ym. What can patients tell us about the quality and safety of hospital care? Findings from a UK multicentre survey study. *BMJ Quality & Safety* 2018;27:673–682.
- 3 Ricci-Cabello I, Saletti-Cuesta L, Slight SP, Valderas JM. Identifying patient-centred recommendations for improving patient safety in General Practices in England: a qualitative content analysis of free-text responses using the Patient Reported Experiences and Outcomes of Safety in Primary Care (PREOS-PC) questionnaire. *Health Expect* 2017;20:961–972.
- 4 Sahlström M. Patient participation in promoting patient safety – Finnish patients' and patient safety experts' views. Väitöskirja, no 495. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta, hoitotieteen laitos, 2019.
- 5 Southwick FS, Cranley NM, Hallisy JA. A patient-initiated voluntary online survey of adverse medical events: the perspective of 696 injured patients and families. *BMJ Quality & Safety* 2015;24:620–9.
- 6 STM. Valtioneuvoston periaatepäätös 13.7.2017. Potilasta asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3963-9>

TURVALLISUUS ISKI TAJUNTAAN

Valentina Oroza on miettinyt potilaiden kertomuksia kuunnellessaan, miten ainutlaatuinen asia turvallisuus on Suomessa.

ULLA TOIKKANEN KUVA MIKKO KAKELA

” Mieleeni on jäänyt erityisesti Afganistanista tullut perhe, jossa oli useita lapsia. Rouva kertoi, että hän kiittää joka päivä sitä, että lapset voivat mennä turvallisesti kouluun ja he myös palaavat kotiin. Mietin lisäksi perheen isän, luku- ja kirjoitustaidottoman maalaismiehen tarkkanäköistä lausahdusta. Hän sanoi, että Suomessa ihmiset eivät tarvitse toisiaan, sillä viranomaiset hoitavat asioita. Ihmiset eivät siis hakeudu yhteisöihin, koska kaikki toimii yhteiskunnassa muutenkin.

Työskentelin pakolaisia hoitavana terveyskeskuslääkärinä Turun ulkomaa-laistoinimistossa parikymmentä vuotta. Olen toiminut nyt kuusi kuukautta lääkärinä Helsingissä Vuosaaren terveysasemalla, ja siirryn huhtikuussa töihin Kalasataman terveysasemalle pakolais-terveydenhuollon hankkeeseen. Pääsen taas tekemään minulle ominta monikulttuurista potilastyötä.

Kulttuuritietoisuus on kulmakivi

Hoitokäytäntöni ovat muuttuneet vuosien varrella. Luulen, että kuuntelen potilaita entistä huolellisemmin ja teen heille enemmän kysymyksiä.

Maahanmuuttajat hakevat usein tietoa terveysongelmiinsa monista lähteistä. He saattavat käydä hoidossa entisessä kotimaassaan tai kysyä puhelimitse tutun lääkärin mielipidettä. Sukulaiset voivat tuoda lääkkeitä Suomeen. Lääkärin pitää muistaa kysyä myös näistä asi-

– Tässä työssä olen oppinut eniten omasta kulttuuristani, kertoo Valentina Oroza.



KUKA?

- Valentina Oroza, 53 vuotta
- Terveyskeskuslääkäri, psykoterapeutti
- Kaksi aikuista lasta
- Harrastaa kuubalaista tanssia ja laulua, kirjallisuutta ja samoilua

oista. Monikulttuurisessa työssä on tärkeää, ettei lääkäri oleta mitään vaan kysyy.

Kulttuuritietoisuus on monikulttuurisen potilastyön lähtökohta. Mikä on esimerkiksi vuorovaikutustyylini ja millaisia elämäntapoja arvostan? Tässä työssä olen oppinut eniten omasta kulttuuritani.

Jos potilaan kanssa ei ole yhteistä kieltä, paikalle pitää tilata asioimistulkki ja varata tuplasti aikaa. Asioimistulkki mahdollistaa kunnollisen anamneesin tekemisen, ja myös potilaan näkemys ja huolet pääsevät esiin. Tulkin tilaaminen on viranomaisen tehtävä. Lapsia ja omaisia ei pidä käyttää tulkkeina.

Luottamus rakentuu vähitellen

Toisinaan potilaan kulttuuriset tai uskonnolliset tavat aiheuttavat hoidollisia pulmia. Jos erimielisyyksiä esiintyy, kompromissi täytyy yrittää löytää. Aikuisella potilaalla on esimerkiksi oikeus viettää ramadania, vaikka pitkä paasto ei lääkärin näkökulmasta kuulostaisi kovin järkevältä. Ei pidä kuitenkaan olettaa, että kaikki muslimit paastoavat tai että he eivät käytä alkoholia. Pitää kysyä.

Luottamuksen rakentamiseen potilaan kanssa ei ole oikotietä. Lääkärin pitää toimia huolellisesti, ystävällisesti ja potilasta kunnioittavasti. Yleensä ongelmia ei ole. Tutkimusten mukaan Suomessa asuvat ulkomaalaistaustaiset, myös pakolaismaista tulleet, luottavat julkiseen terveydenhuoltoon enemmän kuin kantäväestö.

Ihmisten kyky selviytyä ihmetyttää

Pakolaiset ja turvapaikanhakijat ovat kokeneet kotimaassaan rankkoja ja traumaattisia asioita, muun muassa kidutusta. Ihmisten kyky selviytyä hämmästyttää ja koskettaa.

Monet ovat joustavia etsiessään itselleen rauhaa ja merkityksellisyyttä uudessa maassa, jossa heillä ei ole sosiaalista verkostoa. Jotkut potilaat kertovat, että metsistä on tullut heille rauhoittumisen paikkoja – aivan kuten suomalaisillekin.

Rankkoja asioita kokeneet maahanmuuttajat pääsevät eteenpäin, kun heillä on toivoa siitä, että elämä menee parempaan suuntaan. Myös uskonto tuo monille turvaa. Terveyspalveluilla on tärkeä osansa mielenterveysongelmien tunnistamisessa ja hoitamisessa. Keskusteluavulla ja fysioterapialla on iso merkitys hoidossa.

Ympärileikkausten ehkäisy olennaista

Olen ylpeä siitä, että olen tehnyt työtä tyttöjen ympärileikkausten ehkäisemiseksi jo vuosia.

Lääkärin ei pidä pelätä puhumista vaikeista, seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Potilaat kyllä sallivat lääkärille kysymyksiä asioista, joista he eivät voi kertoa muille. Tulkeilla on myös salassapitovelvollisuus.

Otan ympärileikkaukset puheeksi jo maahantulotarkastuksissa naisten ja tyttöjen tullessa vastaanotolle. Teen sukelinten ulkoisen tarkastuksen ja keron leikatuille avausleikkauksen mahdollisuudesta. Viime vuosina on ympärileikkauksen riskimaista tullut myös leikkaamattomia tyttöjä. Perinteet muuttuvat, vaikkakin hitaasti.

Politiikka tulee vastaanotolle

Suomen maahanmuuttopolitiikan muutos on näkynyt myös lääkärin työssä. Pysyviä oleskelulupia ei uusille pakolaisille myönnetä kuten ennen, ja ihmisten epävarmuus tulevaisuudesta jatkuu oleskeluluvan saamisen jälkeenkin. Jopa vuosia Suomessa asuneita perheitä

halutaan käännättää. Vastaanotolla hoidetaan sitten sietämätöntä stressiä ja liittänsairauksia.

Yksikin reipas nuori mies opiskeli vuorokauden ympäri, koska hän ajatteli parhaiden arvosanojen ratkaisevan oleskeluluvan jatkon. Eihän se vaikuta asiaan. Hänenkin terveytensä alkoi lopulta horjua. Pakolaisista puhutaan usein numeroina, mutta lääkärinä näkee, että jokainen on omanlaisensa ihminen, yksilö.

Vuosina 1999–2006 hoidin myös turvapaikanhakijoita. Mieleeni jäi pikku-poika, jolle oli tehty lähete kuvantamistutkimukseen alaraajakivun vuoksi. Tulosten mukaan hänellä epäiltiin sarkoomaa. Yritin kutsua poikaa vanhempiin vastaanotolle kuulemaan tuloksia, mutta he olivat poistuneet omatomista maasta. Tällaiset tilanteet ovat lääkärillekin erityisen rankkoja. Mietin, mitä pojalle mahtoi tapahtua.

Myös iloisia kohtaamisia

Olen kuullut potilailtani myös monia iloisia tarinoita elämän jatkumisesta Suomessa. Turussa asuessani törmäsin kaupungilla usein entisiin potilaisiin, jotka kertoivat opinnoistaan ja sijoittumisestaan työelämään selvällä suomen kielellä.

Bussiin astuessani useampikin kuljettaja on ollut entinen potilaani ja tervehtinyt iloisesti.

Jotkut potilaat ovat kotoutuneet niin perusteellisesti, että ovat omaksuneet metsäsuomalaisia tapoja. He esimerkiksi poimivat ja pakastavat mustikoita heinäkuussa.” ●

”
Olen ylpeä siitä, että olen tehnyt työtä tyttöjen ympärileikkausten ehkäisemiseksi jo vuosia.”

LIITEKUVIO 1.

TYKS:n Uni- ja hengityskeskus

Verkostomainen organisaatio käsittää useita toimi- ja palvelualueita sekä erikoisaloja. Keltaisella olevat toimialueet osallistuvat sekä hengitysvajeen että uni- ja vireystilähäiriöiden diagnostiikkaan ja hoitoon, valkoisella olevat pelkästään jompaankumpaan.

