



ALEKSI REITO
LT, dosentti, ortopediaan ja traumatologiaan erikoistuva lääkäri
Tampereen yliopisto, lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta ja TAYS, Tuki- ja liikuntaelinkekus



KARI A. O. TIKKINEN
urologian professori
Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, Etelä-Karjalan keskussairaala, kirurgian klinikka ja HUS, urologian klinikka

SIDONNAISUUDET
Aleksi Reito, Kari A. O. Tikkinen:
Ei sidonnaisuuksia.

Potilaslähtöisyys avuksi myös tarpeettomien hoitojen vähentämiseen

Hoitosuosituksilla pyritään yhtenäistämään hoitolinjoja niin, että tarkoitukseton hoidon vaihtelu vähenee. Näyttöön perustuvan lääketieteen kolmena kuluneena vuosikymmenenä niitä on julkaistu kiihtyvään tahtiin. Suomessa nojataan erityisesti Lääkäriseura Duodecimin Käypä hoito -suositukseen. Lisäksi hoitosuosituksia julkaisevat erikoisalojen kattojärjestöt sekä kotimaiset, eurooppalaiset ja amerikkalaiset erikoisalayhdistykset.

Vaikka tutkimusnäyttö – hyödyt, haitat ja niiden varmuus – onkin näyttöön perustuvassa lääketieteessä päätöksenteon perusta, se ei koskaan yksinään riitä. Lisäksi tulee huomioida myös potilaan arvot, valinnat ja odotukset. Tuoreissa JAMA Internal Medicine -lehden artikkelissa kuitenkin todetaan, että näin ei ole käynyt. Sen sijaan hoitopäätökseen jäänyt epävarmuus on korvattu asiantuntijanäkemyksellä (1).

Hoitosuosistusten tulisi myös raportoida oletetun (absoluuttisen) hyödyn tai haitan suuruus. Tämä tieto on edellytys potilaan onnistuneelle informoinnille ja jaetulle päätöksenteolle. Tuore kotimainen tutkimus kuitenkin totesi, että Käypä hoito -suosituksista vain 7 %:ssa vaikutuskoko mainittiin tekstissä numeerisesti (2).

Viime vuosina on yhä enemmän keskusteltu ylihoitosta, yli diagnostiikasta sekä vähäisen hyödyn hoidoista (low value care) (3,4). Medikalisaatio, sairauskäsittelyn laajentuminen ja teknologinen kehitys ovat lisänneet yli diagnostiikkaa ja ylihoitoa (3,4). Näihin puuttuminen on tunnustettu tärkeäksi keinoksi hallita alati kasvavia terveydenhuollon kuluja. Koronakriisissä resurssien järkevän kohdistamisen eli priorisoinnin merkitys on korostunut.

Hoitosuositukset korostavat enemmän hoitojen hyötyjä kuin haittoja, ja ne harvoin antavat välttämissuosituksia (2,5,6). Viime vuosina on luotu konkreettisia keinoja tehoittomien ja turhien hoitojen karsimiseen. Näitä ovat esimerkiksi erilaiset ehdotukset toimintamalleista ja suunnitelmista, joilla pyritään vähentämään vähän hyötyä tuottavia hoitoja (7). Lisäksi on julkaistu selkeitä yksittäisiä välttämissuosituksia. Ulkomaisista aloitteista näkyvin on Choosing

Wisely -kampanja. Suomessa Duodecim on julkaissut Vältä viisaasti -suosituksia. Tuorein esimerkki on amerikkalainen katsausartikkeli, jossa laajan systemaattisen toimintamallin avulla tunnistettiin 37 välttämissuositusta (8).

Huomioimalla potilaiden näkemyksiä ja arvoja päätöksenteossa voidaan hoidon tuloksia ja potilaiden tyytyväisyyttä parantaa. Tutkimusten mukaan potilaiden parempi informointi päätöksenteon tukien avulla useammin vähentää kuin lisää potilaiden toiveita tutkimuksiin tai hoitoihin (9). Tärkeää on siis ymmärtää, että potilaslähtöisyyttä voidaan hyödyntää myös mietittäessä hoitojen välttämistä tai vähentämistä.

Taloudellisesti kestävä sekä yksilöiden arvot ja odotukset huomioiva terveydenhuolto tuottaa eniten terveyshyötyä. Keskeiset keinot vaikuttavampaan terveydenhuoltoon ovat sekä alidiagnostiikan ja alihoidon että yli diagnostiikan ja ylihoitoin ymmärtäminen, tunnistaminen ja vähentäminen. Yhä tärkeämpää on välttää vähän hyötyä tuottavia hoitokäytäntöjä.

Näitä tavoitteita tulisi myös systemaattisesti sisällyttää niin tuleviin hoitosuosituksiin, hoitopäätöksiin kuin lääketieteen opiskelijoiden ja lääkärin koulutukseenkin. ●

KIRJALLISUUTTA

- 1 Mehta R, Lehman R. A solution for guideline overkill-more guidelines or shared understanding? JAMA Intern Med, verkossa ensin 14.9.2020. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.3969
- 2 Raittio E, Raittio L. Statements considering intervention effects in Finnish clinical practice guidelines: Recommending interventions with non-numeric effect-sizes or unspecified outcomes. J Eval Clin Pract, verkossa ensin 31.7.2020. doi: 10.1111/jep.13455
- 3 Tikkinen KAO. Yli diagnostiikka tekee terveistä sairaita. Suom Lääkäril 2017;72:2945.
- 4 Saloheimo P. Hyvä lääkäri ei tee liikaa. Suom Lääkäril 2017;73:2309.
- 5 van Dijk WB, Grobbee DE, de Vries MC ym. A systematic breakdown of the levels of evidence supporting the European Society of Cardiology guidelines. Eur J Prev Cardiol 2019;26:1944–52.
- 6 Markovitz AA, Hofer TP, Froehlich W ym. An examination of deintensification recommendations in clinical practice guidelines: stepping up or scaling back? JAMA Intern Med 2018;178:414–6.
- 7 Grimshaw JM, Patey AM, Kirkham KR ym. De-implementing wisely: developing the evidence base to reduce low-value care. BMJ Qual Saf 2020;29:409–17.
- 8 Kerr EA, Klamerus ML, Markovitz AA ym. Identifying recommendations for stopping or scaling back unnecessary routine services in primary care. JAMA Intern Med, verkossa ensin 14.9.2020. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.4001
- 9 Stacey D, Legare F, Lewis K ym. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Apr 12;4(4):CD001431.