

Nivelkirurgiaa – perustellusti

Nivelortopedian hoitokäytännöt ovat murroksessa. Monet tähystystoimenpiteet, kuten revenneen nivelkierukan osapoisto ja olkaräystään avarrus, ovat osoittautuneet yhtä tehokkaiksi kuin fysioterapia tai lumekirurgia.

Tämä haastaa vanhan ajattelutavan. Kirurgian perusteena ei voikaan enää olla asian tuntijan mielipide tai teoria siitä, että kivun mekaaninen syy korjataan leikkauksessa. Havainnot oireiden lievittymisestä yksittäisillä potilailla eivät nekään riitä, sillä suurin osa oireista lievenee ilman hoitoa (1).

Vaikuttamattomien leikkausten määrä onkin romahtanut, mutta tutkimukset osoittavat, että niitä tehdään edelleen sekä yksityissektorilla että julkisessa terveydenhuollossa (2). Tämä johtunee kysynnästä. Rappeumavaikeudet ovat yleisiä ikääntyvässä väestössämme, ja moni haluaisi säilyttää toimintakykynsä.

Mutta vaikuttamattomat toimenpiteet eivät auta, vaikka yksittäiset potilaat raportoisivatkin parantuneensa. Lisäksi niihin käytetyt resurssit ovat pois muusta hoidosta.

Kaikki nivelkirurgia ei ole vaikuttamattomaa. Polven, olkapään tai lonkan loppuvaiheen nivelrikon hoidossa tekoniivelleikkaus on vakiinnuttanut asemansa yhtenä tehokkaimmista lääketieteellisistä toimenpiteistä. Materiaalitekniikan kehityksen ansiosta tekoniivelten elinkaari on pidentynyt, ja hoitopolkuja on edistetty ensiluokkaisesti (3,4,5).

Vain laadukkaat tutkimukset voivat kertoa, mitä leikkauksia meidän kannattaisi tehdä. Tutkimus voikin olla tehokkaampaa leikkausjonon purkua kuin palvelusetelit ja lisätyösovimukset. Polven nivelkierukan osapoistoleikkausten jonot eivät hävinneet tuotantotaloudellisen tehostamisen keinoin vaan lumekontrolloidun tutkimuksen vaikutuksesta.

Leikkausjonojen purun sijaan voisimme purkaa tutkimuksen esteitä, kuten toisiolain aiheuttamia ongelmia.

Vaikuttavuuden edistäminen vaatii myös parempaa tieteellistä lukutaitoa lääkäreiltä. Hoitojen vaikutukset tulisi osata kuvata potilaille paremmin kuin että ”hoito vaikuttaa” tai sitä ”voisi kokeilla” – potilaan tulisi ymmärtää, kuinka paljon se vaikuttaa ja mikä on ennuste hoitamattomana.

Usein yksiselitteisesti yhtä parasta hoitolinjaa ei ole. Hoidoilla on etunsa ja riskinsä, ja hoitolinjan valinta edellyttää yhteistä päätöksentekoa, jonka periaatteet jokaisen olisi hyvä osata.

Uudet hyvinvointialueet ja vakuutusyhtiöt voisivat maksajina vaatia parempia perusteluja hoidoille ja tukea tutkimusta. Kirurgia kehittyi vauhdilla: sillä välin kun tutkijat selvittävät edellisen uutuuden vaikutuksia, käyttöön otetaan useita tekniikoita, joiden vaikutuksia ei tunneta.

Olisi hyödyllistä selvittää hoitojen vaikutukset ennen kuin niitä annetaan laajalti terveydenhuollossa. Eikä kokeilla kaikkea uutuudenviehätyksen tai sairaalan brändiarvon vuoksi, kuten tekoniivelten robottikirurgiassa on käynyt (6).

Kattavan julkisen terveydenhuollon – maksukykyyn katsomatta – soisi olevan jatkossakin hyvinvointiyhteiskuntamme kulmakivi. Toisaalta rahoituksen tulisi olla kestäväällä pohjalla. Vaikuttamattoman hoidon vähentäminen ei lisää eriarvoisuutta eikä kustannuksia. Siksi se olisi poliittisena tavoitteena kaikkien hyväksyttävissä.

Kaiken teknisesti mahdollisen sijaan voisimme tehdä kaiken, mikä on osoitettu vaikuttavaksi. Näin kaikki saisivat sitä nivelkirurgiaa, joka on tehokasta. ●

SIDONNAISUDET

Aleksi Reito: Konsultointipalkkio (Jyväskylän yliopisto), apurahat (VTR, Vappu Uuspään Säätiö, Vakuutussäätiö), kirjoituspalkkiot (Duodecim, Lääkärilehti).

Teemu Karjalainen: Apuraha laitokselle (Suomen lääketieteen säätiö).



ALEKSI REITO

dosentti, ortopedian ja traumatologian erikoislääkäri
Tays, Tules-keskus



TEEMU KARJALAINEN

dosentti, käsikirurgian erikoislääkäri
Keski-Suomen keskussairaala Nova

KIRJALLISUUTTA

- Blom AW, Donovan RL, Beswick AD, Whitehouse MR, Kunutsor SK. Common elective orthopaedic procedures and their clinical effectiveness: umbrella review of level 1 evidence. *BMJ* 2021;374:n1511.
- Karelson MC, Jokihäärä J, Launonen AP, Huttunen T, Mattila VM. Lower nationwide rates of arthroscopic procedures in 2016 compared with 1997 (634925 total arthroscopic procedures): has the tide turned? *Br J Sports Med* 2021;55(18):1018–23.
- Evans JT, Walker RW, Evans JP, Blom AW, Sayers A, Whitehouse MR. How long does a knee replacement last? A systematic review and meta-analysis of case series and national registry reports with more than 15 years of follow-up. *Lancet* 2019;393(10172):655–63.
- Evans JT, Evans JP, Walker RW, Blom AW, Whitehouse MR, Sayers A. How long does a hip replacement last? A systematic review and meta-analysis of case series and national registry reports with more than 15 years of follow-up. *Lancet* 2019;393:647–54.
- Pamilo KJ, Torkki P, Peltola M, Pesola M, Remes V, Paloneva J. Fast-tracking for total knee replacement reduces use of institutional care without compromising quality. *Acta Orthop* 2018;89:184–9.
- Siddiqi A, Horan T, Molloy RM, Bloomfield MR, Patel PD, Puzzi NS. A clinical review of robotic navigation in total knee arthroplasty: historical systems to modern design. *EFORT Open Rev* 2021;6:252–69.