

MARKKU S. NIEMINEN

kardiologian professori,
emeritus
Helsingin yliopisto
HYKS:n Sydän- ja
keuhkokeskuksen
toimialajohtaja helmikuuhun
2016 saakka, eläkkeellä

Terveydenhuolto kaipaa uudistamista

Terveydenhuollon uudistamisessa ongelmana on muutoksen pelko. ”Kunhan mikään ei muutu” on turvallista. Toiminnan kehittäminen edellyttää sopeutumista.

Sote-uudistuksessa on ensisijaisen tärkeää yhdistää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toiminnot. Kysyntään nähden meillä on julkisen ja yksityisen terveydenhuollon päällekkäisiä investointeja tiloihin, laitteisiin ja laboratoriotarpeisiin. Lääkäreitä koulutetaan liikaa.

Kirurgien näkökulma Lääkärilehdessä 1–2/2017 (1) ei kuitenkaan anna oikeaa kuvaa erikoissairaanhoidon tilanteesta. Mahdollisuudet

kunnan työaikataulut menevät ristiin. Tehokas työaika jää lyhyeksi. Laatuseurantoja ei liioin ole tai ne ovat yksikkökohtaisia. Kustannusvertailu ei toimi, koska erikoissairaanhoidossa käytetään sairaalakohtaista ryhmittelevää laskutusjärjestelmää. Maksaja ei tiedä, mistä maksaa. Talousarviot perustuvat suunnitelmatalouden malleihin, eivätkä palvele kysynnän muutoksia. Entäpä miksi potilas kohtaa aina uuden lääkärin?

Viime vuosina maamme lääkärijohto on vieraillut tutustumassa kansainvälisesti parhaiksi arvioituihin järjestelmiin, jotka toimivat säätiönä tai yhtiönä. Ne tarjoavat yksilöllistä hoitoa ja seurantaa potilaan näkökulmasta. Miksi näitä malleja ei voisi soveltaa hyvän ja kustannustehokkaan hoidon kehittämiseksi Suomessa? Terveydenhuolto voidaan muuttaa kuntien omistamaksi yhtiöksi tai säätiöksi ja laskutus muuttaa suoriteperusteiseksi. Tilaaja pystyy kilpailuttamaan toiminnan. Toiminta järjestetään sopimuspalkkausmalleilla ja henkilökunnalle luodaan joustavia työaikoja.

Koulutuksen järjestäminen on nostettu esiin. Tutkimusta ja opetusta varten terveydenhuollon kaikkien toimijoiden maksuliikenteeseen voidaan muodostaa maksu, joka rahastoidaan. Rahastosta maksetaan koulutuksen kulukorvauksia ja se myöntää alueittain tutkimusrahoitusta. Akateemiset arvot kompensoidaan.

Keskeistä olisi nyt siirtyä organisaatiokeskeisestä järjestelmästä potilaskeskeiseen järjestelmään. ●

Kunnat pelkäävät kustannuksia, lähetekäytäntö on raskas ja potilaita pallotellaan.

hoitoon pääsyyn vaihtelevat suuresti niin erikoisalojen kuin eri keskussairaaloidenkin välillä.

Terveydenhuollon uudistamisen lähtökohdaksi tulee nostaa nykyisen terveydenhuollon ongelmat ja niiden korjaaminen. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajapinta on erittäin haasteellinen: kunnat pelkäävät kustannuksia, lähetekäytäntö on raskas ja potilaita pallotellaan.

Esimerkkinä erikoissairaanhoidon haasteista on esimerkiksi, että hoitohenkilöstön ja lääkäri-

KIRJALLISUUTTA

1 Hirvensalo E, Asko-Seljavaara S, Haahtela T, Leppäniemi A, Tukiainen E. Sote-uudistus ei toteuta säästöjä eikä parempaa hoitoa. Suom Lääkäril 2017;72:26–7.

ERKKA SYVÄLAHTI

LKT, farmakologian
emeritusprofessori
Turku

Onko Lääkäriliitto ollut paperiton paperitiikeri?

Kollegakunta ja potilaat ovat heränneet uuteen todellisuuteen lääkkehoidossa, kun e-reseptipakko tuli voimaan tammikuun alussa. Tietääkseni yksikään osapuoli ei ole pahoitellut lääkärin

ammattioikeuksien kaventumista tai hankalia ATK-laitetarpeita, tai monille aiheutuneita reseptikirjoituksen uusia maksuja – ei edellinen hallituksen puheenjohtaja eikä nykyinen, ei lii-

ton terveystieteellinen johtaja, ei kukaan.

Jos Lääkäriliitto olisi reagoinut riittävän jämäkästi heti e-reseptihankkeen alussa, paperiresepti olisi edelleen pienessä, mutta hyvin perustellussa käytössä, muodostaen ehkä 5 %:n osuuden resepteistä. Jos/kun mobiiliresepti joskus tulee saataville, paperiresepti poistunee vähitellen luonnollisen evoluution kautta, ja ilman nyt uhkaavia hankaluuksia.

Ammattiliitomme ei voine väittää, ettei päteviä vaikutusmahdollisuuksia olisi matkan varrella ja etenkin alkuvaiheessa ollut. Pieni ryhmä liitossa päätti yli 25 000 jäsenen käytännön työstä, pahimmassa tapauksessa ad infinitum. Prosessi eteni sammutetuina lyhydin ja epämääräisin lupauksin, kunnes oli liian myöhäistä.

Yhtään järkisyyttä paperireseptipannaan ei löydy. Vähäinen, mutta tarpeellinen paperireseptin käyttö ei olisi lisännyt edes lääkkeiden

väärinkäyttöä, nyt kun kaikki reseptit viedään reseptikeskukseen ja PKV-lääkkeitä määräävä lääkäri on aina oikeutettu näkemään aikaisemmat lääkemääräykset. Paperiresepti ei muutoinkaan olisi enää väärinkäyttäjien mielenkiinnon kohde, koska pimeät lääkkeet saa helposti mm. netin salatuilla yhteyksillä. Ikävä arpi jää liiton historiaan ja potilaiden tarpeenmukaiseen ja sujuvaan lääkehoitoon aivan turhaan.

Moni lääkäri ja potilas tulee kaipaamaan kentällä nopeaa ja hyvin toimivaa paperireseptioptiota. Uuden järjestelyn mahdollisista riskeistä ei ole saatavissa tietoa, ei meillä eikä muualla. Uudistusta ajettiin kovalla vauhdilla kuin käärmettä pyssyyn. Lääkäreillä, apteekkeilla ja potilailla on nyt monia avoimia käytännön kysymyksiä ja huolenaiheita, ja selkeitä vastauksia ei ole saatavilla. Ääritapauksessa lainmukainen paperiresepti on revitty potilaan edessä. ●

MARJO PARKKILA-HARJU
puheenjohtaja

HEIKKI PÄRNÄNEN
johtaja

Lääkäriliitto

Lain mukaan on toimittava, haasteista huolimatta

Sähköisestä lääkemääräyksestä on puhuttu ja kirjoitettu, kysytty ja vastattu ja jaettu informaatiota – niin Lääkärilehden sivuilla kuin Fimnetin keskustelutauluilla viimeisten vuosien ajan. Keskustelu kertoo siitä, että asia on kollegoille tärkeä. Oleellinen asiasta on kuitenkin sanottu jo useampaan kertaan.

Emeritusprofessori Syvälahden kirjoituksesta (1) saa sellaisen kuvan, että Lääkäriliitto olisi jotenkin ajanut nyt voimassa olevaa lääkemääräyslainsäädäntöä. Käsitys on virheellinen. Lääkäriliitto ei pitänyt velvoittavaa sähköistä lääkemääräystä perusteltuna, kun lakia kolmisen vuotta sitten säädettiin. PKV-lääkkeiden osalta velvoittavaan sähköiseen lääkemääräykseen siirtyminen on perusteltua, koska paperi- ja puhelinlääkemääräyksiä on niin helppo väärentää.

Kirjoituksesta saa myös sen kuvan, että Lääkäriliitto olisi suhtautunut jotenkin passiivisesti lain säätämiseen. Tämäkään ei pidä paikkaansa. Vaikuttamistyötä tehtiin asiassa usealla rinta-

malla. Tässä myös yksittäisten lääkärin yhteydenpito päättäjiin oli merkityksellistä.

Meidän kaikkien vastustuksemme ei kuitenkaan auttanut, vaan laki säädettiin niin, että sähköinen lääkemääräys on velvoittava toimintamalli lakiin kirjattuja nimenomaisia poikkeuksia lukuun ottamatta. Tätä ei kuitenkaan tehty ilman vastaantuloa. Saimme aikaan esimerkiksi sen, että kaikkien lääkäreiden käyttöön tehtiin Kelain, joka on yksityiskäytössä maksuton. Lisäksi siirtymäaika saatiin lykättyä parilla vuodella, tämän vuoden alkuun.

Olemme toistuvasti tuoneet esille, että poikkeusmenettelyä tarvitaan, kunnes sähköisen lääkemääräyksen pystyy tekemään aidosti mobiilisti. Poikkeusmenettelyjä tarvitaan myös järjestelmien käyttökatojen vuoksi.

On erittäin epätodennäköistä, että olisimme saaneet yhtään parempaa lopputulosta, vaikka olisimme ottaneet käyttöön kuinka ”jämakät” keinot – mitä niillä eri yhteyksissä tarkoitetaan-

KIRJALLISUUTTA

- 1 Syvälahti E. Onko Lääkäriliitto ollut paperiton paperitiikeri? Suom Lääkäril 2017;72:188–9.

kin. Sen sijaan erittäin todennäköisesti olisimme menettäneet uskottavuuttamme ammattikuntana yhteiskunnan silmissä. Prosessissa kävi selvästi ilmi, että tämä on poliittinen tahtotila.

Laki on demokraattisessa järjestyksessä säädetty ja sen mukaan meidän on toimittava, vaika

ka se haasteita aiheuttaakin. Saatamme ammattikuntana joutua entistä suurempien haasteiden eteen asian kanssa, jos kapinoimme lakia vastaan. Meidän lääkäreiden on myös syytä toimia apteekkien kanssa täysin asiallisesti. Rakentava yhteistyö on kaikkien etu. ●

JESPER M. KIVELÄ
LL, tohtorikoulutettava
(lastentaudit)
Helsingin yliopisto, Clinicum
jesper.m.kivela@helsinki.fi

Meta-analyysi vaatii tulkintaa – esimerkkinä ennustevalit

Matti Uhari nosti esille Koepalat-palstalla Lääkärilehdessä 42/2016 meta-analyyseiden heterogeenisyyden (1).

Satunnaisvaikutusten malli (random-effects model; RE-malli) kertoo meta-analyyseiden lukijalle keskimääräisestä vaikutuksen koosta, kuten keskimääräisestä riskisuhteesta (RR). RE-mallissa otetaan laskennallisesti huomioon myös tutkimusten välinen varianssi (τ^2), jota voidaan estimoida muun muassa 17 eri menetelmällä tai niiden variaatioilla (2). Tutkimusten välisen varianssin luotettava estimointi koskettaa meta-analyyseiden lukijoita, sillä se voi vaikuttaa meta-analyyseistä tehtyihin johtopäätöksiin (3).

RE-mallissa tutkimusten välistä heterogeenisyyttä voidaan kuvata myös esittämällä ennustevalit (4). Ennustevalit kuvaavat sitä odotettua väliä, mihin uusien samankaltaisten tutkimusten todelliset piste-estimaatit asettuisivat (4).

Esimerkkinä ennustevaliteistä on meta-analyysi, joka koskee tyydyttyneiden rasvojen korvaamista ruokavaliossa monitydyttymättömällä rasvoilla. Kyseisessä meta-analyyseissä todettiin, käyttämällä tavanomaista RE-mallia, keskimääräinen RR 0,81 [95 % luottamusväli (LV) 0,70–0,95] sepelvaltimotaudin osalta (5). Toistin meta-analyyseiden ja laskin lisäksi ennustevalin (Kuvio 1. www.laakarilehti.fi > sisällysluettelot > 4/2017). Liitekuvion alareunasta voidaan tulkita meta-analyyseiden heterogeenisyyteen liittyviä tilastollisia tunnuslukuja, kuten I^2 , τ^2 sekä homogeenisuustestiin liittyviä lukuja, mukaan lukien P-arvo. Homogeenisuustesti, sen historiallinen tausta ja siihen liittyvät ongelmakohdat on nostettu esiin (6).

Kuten kuviosta näkyy, 95 %:n LV ei sisällä arvoa 1 (0,70–0,95), mutta sitä vastoin 95 %:n en-

nustevali sisältää myös arvon 1 (0,56–1,17). Toisin sanoen uusissa tutkimuksissa, jotka ovat samankaltaisia kuin kyseisessä meta-analyyseissä, todellisten riskisuhteiden voidaan olettaa asetuttavan 95 %:ssa välille 0,56–1,17. Näin ollen josain olosuhteissa tyydyttyneiden rasvojen vaihtaminen monitydyttymättömiin rasvoihin voi siis olla tehontonta tai jopa haitallista. IntHoutin ym. artikkelia (4) mukaillen todennäköisyys, että uudessa tutkimuksessa kyseinen interventio olisi tehontonta tai haitallista ($RR \geq 1$) on 0,106.

Esimerkkimeta-analyyseistä vastaavanlaisista tilastollisesti merkitsevistä meta-analyyseistä 76 %:ssa (73/96) ennustevalit pitivät sisällään myös arvon 1 (4).

Meta-analyyseiden tulkinta vaatiikin mielestäni lukijaltaan enemmän kuin ensilukemalta saataisi luulla. ●

KIRJALLISUUTTA

- Uhari M. Meta-analyyseiden heterogeenisyys. *Suom Lääkäril* 2016;71:2667–8.
- Veroniki AA, Jackson D, Viechtbauer W ym. Methods to estimate the between-study variance and its uncertainty in meta-analysis. *Res Synth Methods* 2016;7:55–79.
- Cornell JE, Mulrow CD, Localio R ym. Random-effects meta-analysis of inconsistent effects: a time for change. *Ann Intern Med* 2014;160:267–70.
- IntHout J, Ioannidis JP, Rovers MM, Goeman JJ. Plea for routinely presenting prediction intervals in meta-analysis. *BMJ Open* 2016;6:e010247.
- Mozaffarian D, Micha R, Wallace S. Effects on coronary heart disease of increasing polyunsaturated fat in place of saturated fat: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS Med* 2010;7:e1000252.
- Hoaglin DC. Misunderstandings about Q and 'Cochran's Q test' in meta-analysis. *Stat Med* 2016;35:485–95.
- R: A language and environment for statistical computing. R core team, R foundation for statistical computing. Vienna, Austria 2016 (siteerattu 31.10.2016). <https://www.r-project.org>
- Schwarzer G. Meta: General package for meta-analysis (siteerattu 31.10.2016). <https://cran.r-project.org/web/packages/meta/index.html>

LIITEAINESTO
pdf-versiossa
www.laakarilehti.fi

Sisällysluettelot
SLL 4/2017

NINA BJELOGRLIC-LAAKSO
LT, neurologian erikoislääkäri,
kehitysvammalääketieteen
erityispätevyys
ylilääkäri, vastuualuejohtaja
TAYS Kehitysvammahuolto

SEIJA AALTONEN

LT, psykiatrian erikoislääkäri,
kehitysvammalääketieteen
erityispätevyys
KTO-Varsinais-Suomen
erityishuoltopiirin kuntayhtymän
johtaja, johtava ylilääkäri

MARIA ARVIO

LKT, professori, osastonylilääkäri
Päijät-Hämeen
Hyvinvointikuntayhtymä,
KTO-Varsinais-Suomen
erityishuoltopiiri

KIRJALLISUUTTA

- 1 Bjelogric-Laakso N, Aaltonen S, Dorn T, Arvio M. Need for special units for the management of neuropsychiatric disorders in people with intellectual disabilities. Acta Psychiatr Scand 2014; 130:77-9.

Soten mukana koordinaatio kehitysvammahuoltoon?

Moniammatillisuuden hyödyt kehitysvammahuollon järjestämisessä tunnustetaan yhä laajemmin. Tuleekin olemaan erittäin mielenkiintoista nähdä, millaiseksi kehitysvammahuollon rooli muotoutuu sote-uudistuksessa. Voisiko näköpiirissä olla kehitysvammalääketieteen osaamiskeskustoja, joissa pystytään ottamaan kantaa monisairaiden ja -vammaisten potilaiden tarpeisiin ns. yhden luukun mallilla?

Osaamiskeskustoissa pystyttäisiin tekemään laadukkaaseen elämänlaatuun tähtääviä ja samalla todennäköisesti myös kustannuksia hillitseviä hoitolinjauksia sekä tarjoamaan palliatiivista hoitoa sitä tarvitseville. Osana yliopistosairaaloita tai niiden kanssa yhteistyössä siihen olisi erinomaiset mahdollisuudet verkostomaisella työotteella, eritoten nyt kun Suomeen on saatu alan ensimmäinen professori.

Osaamiskeskustoja tarvitaan, koska sen enempää perusterveydenhuolto kuin erikoissairaanhoido eivät kykene aina vastaamaan monisairai-

den, monivammaisten, autismikirjoon ja harvinaissairauksiin lukeutuvien potilaiden tarpeisiin. Kehitysvammaisuuteen liittyy usein neuropsykiatrisia lisä sairauksia, epilepsia, liikehäiriöitä sekä vaikeuksia sosiaalisissa vuorovaikutustaidoissa, jotka aiheuttavat merkittäviä ongelmia elämänhallinnassa ja jokapäiväisessä elämässä.

Jo nyt kehitysvamma-alan osaamiskeskustoja on muutama. TAYS sai omansa vuonna 2009. Varsinais-Suomessa palveluista vastaa kuntayhtymä pohjainen KTO-kehitysvamma-alan tukija osaamiskeskusto.

Myös lääketieteellisesti perustellut hoitolinjaukset tulisi saada osaksi kehitysvammaisten potilaiden laadukasta hoitoa, kuten vajaa vuosi sitten päättyneessä kansallisessa Saattohoito-kuntotoon -hankkeessa havaittiin (1). Vaikeasti vammaisten potilaiden hoidon linjaukset jäävät helposti tekemättä ilman yksiköitä, joista löytyy tarvittavaa asiantuntemusta ja sitä kautta myös uskallusta niiden tekemiseen. ●

Sinulle, medisiinari!

Syvenny, kertaa tai palaa asiaan uudelleen. Lääkärilehden opiskelijalle olennaisimman sisällön löydät helposti Medisiinarin uutiskirjeestä. Seuraava Medisiinarin uutiskirje ilmestyy sähköpostiisi keskiviikkona 1.2.

Uutiskirje tulee perille, kun sähköpostiosoitteesi on ajan tasalla Tietoni-palvelussa (www.laakariliitto.fi/tietoni).



KUVIO 1.

Kahdeksan tutkimuksen meta-analyysi tyydyttyneiden rasvojen korvaamisesta monityydyttymättömillä rasvoilla koskien sepelvaltimotautia ja perustuen Mozaffarianin ym. meta-analyysiin (5). Kahdessa tutkimuksessa (STARS ja Minnesota CS) luottamusvälit hieman poikkeavat Mozaffarianin ym. tutkimuksen kuvasta 2.

RE-malli on satunnaisvaikutusten malli, jossa keskimääräinen riskisuhde (RR) 0,81 (95 %:n LV 0,70–0,95). 95 %:n ennusteväli on esitetty punaisena viivana RE-mallin tuloksen (timantti) alla sekä numeerisena (0,56–1,17) RE-mallin LV:n alla. Meta-analyysi tehtiin R-ohjelman (versio 3.3.1) (7) meta-paketilla (versio 4.5.0) (8) käyttämällä metagen-funktiota.

