

# Näyttöön perustuva lääketiede rakentuu paljolti satunnaistettujen tutkimusten ja niiden meta-analyyysien varaan

**JOTTA AIEMPI KIRJOITUKSEMME** (Louhiala ja Hemilä 2005) ja tämä vastine eivät synnyttäisi väärää tulkintoja, toteamme aluksi, että arvostamme suuresti Marjukka Mäkelän ja Minna Kailan sekä koko Käypä hoito -hankkeen työtä Suomen terveydenhuollon parantamiseksi. Tutkimustiedon kriittinen tiivistäminen palvelee tärkeällä tavalla käytännön lääkäreitä. Näyttöön perustuva lääketiede (NPL) on kuitenkin tuonut mukanaan joitakin haitallisia vaikutuksia, joihin halusimme kirjoituksessamme kiinnittää huomiota.

Mäkelän ja Kailan mukaan kirjoituksemme »rakentuu yleiselle harhakäsitykselle, että näyttöön perustuva lääketiede tarkoittaa vain meta-analyyseja tai satunnaistettuja kokeita». Emme ajattele näin emmekä myöskään artikkelissamme niin väittäneet. Sen sijaan yksi pääväitteistämme on, että »NPL korostaa satunnaistetun tutkimusasetelman merkitystä ja suorasanaisesti väheksyy muita koeasetelmia». Tähän samaan asiaan ovat kiinnittäneet huomiota myös kirjoituksessamme mainitut NPL:n englanninkieliset kriitikot.

Olemme samaa mieltä kuin Mäkelä ja Kaila siinä, että »soveliaimman tutkimusasetelman ja -strategian määrittelee tutkimuskysymys – ei perinne, auktoriteetti, asiantuntija tai paradigma» ja »yhden asetelman ylistäjä tai vähätelijä haukkuu väärää puuta keskittyessään metodiin kysymyksen sijasta». Satunnaistamisen ja meta-analyyysien keskeisyys ovat kuitenkin olleet korostuneesti esillä myös NPL:n suomalaisten edustajien kirjoituksissa. Mäkelä ym. (1996) esittivät, että »näyttöön perustuva hoito rakentuu paljolti systemoitujen kirjallisuuskatsausten varaan» ja »satunnaistetuilla kliinisillä kokeilla on suurin painoarvo systemoiduissa kirjallisuuskatsauksissa.» Kailan ja Korpin (2002) mukaan »hoitotutkimuksen pitäisi olla prospektiivinen, kontrolloitu ja satunnaistettu.» Käypä hoito (2005) -ohjeissa tutkimusten kriittisen arvioinnin ensimmäisenä ohjeellisena kysymyksenä esitetään »Oliko tutkimus satunnaistettu?»

Mäkelä ja Kaila toteavat, että »sähköisen tiedonvälityksen aikakaudella Utsjoen lääkäri voi aamulla lukea tuoreeltaan verkkojulkaisun, johon Oxfordin professori iltapäivällä opetuksessaan viittaa. Molemmat osaavat arvioida tutkimusta kriittisesti ja punnita, olisiko tuloksista hyötyä omille potilaille». Ihanneoloissa näin voisi ollakin, mutta epäilemme sitä, miten Utsjoen lääkärin aikataulu mahdollistaisi tällaisen aktiivisen kirjallisuuden seurannan. Kysymys ei myöskään ole vain siitä, ehtiikö Utsjoen lääkäri lukea tietyn yksittäisen artikkelin, vaan lisäksi hänellä tulisi olla mahdollisuus rauhassa suhteuttaa uusi tutkimustulos aikaisempaan saman aiheen laajaan tietämykseen. Tämä puolestaan vaatisi vieläkin enemmän aikaa. Kaila ja Korppi (2002) ovat aikaisemmin todenneet, että »Kliinistä työtä tekevä lääkäri ehtii lukea vain murto-osan kaikesta tarvitsemastaan julkaistusta tiedosta». Tästä asiasta olemme samaa mieltä, ja on kovin vaikea ajatella, että monellakaan kliinikolla olisi aikaa muodostaa itsenäinen ja kriittinen mielipide jokaisesta käyttämästään hoidosta.

Vaikka käytössämme olisi kaikki lääketieteellinen »näyttö», ei tämä suinkaan auta löytämään kaikille potilaille parasta hoitoa. Aikaisemmin Kaila ja Korppi (2002) totesivat, että »on arvioitu, että korkeintaan 20 % terveydenhuollon toiminnasta perustuu luotettavaan tutkimusnäyttöön». Tässä tapauksessa tarkka prosenttiosuus on epäoleellinen kysymys, mutta ajatus että suuri enemmistö hoidoista »ei perustu tutkimusnäyttöön», on tärkeä potilaita hoitaville lääkäreille, joiden on joka tapauksessa pyrittävä auttamaan potilaitaan parhaan ymmärryksensä mukaan. Me emme myöskään usko, että tuo 80 % kutistuu tulevaisuudessa lähelle nolaa. Suuri osa potilaista kärsii epämääräisistä tai itsestään ohimenevistä vaivoista tai on monisairaita tai huonosti hoitoon myöntäviä, ja tulevaisuuden satunnaistetut tutkimukset tuskin kohdistuvat kovin paljolti tuollaisiin potilasryhmiin.

Mäkelä ja Kaila kommentoivat edelleen: »Kliinikot ovat kehittäneet NPL:n potilastyöhön. Muita menetelmiä käytettäessä hoitopäätös saattaa perustua harhaiseen tietoon, jonka lääkäri on valikoinut potilaalle (ja usein hänelle itselleenkin) näkymättömän arvopohjansa värittämällä tavalla. Pahimmillaan tapahtuu hoitovirhe.» Tämänkaltainen ajattelutapa oli keskeinen peruste myös omalle kirjoituksellemme. Muotoilu viittaa meidän mielestämme kestävämpään ajatukseen, että olisi olemassa harhaton ja arvoista vapaa NPL ja sen vastakohtana harhaiset »muut menetelmät». Vaikka potilasta hoidettaisiin viimeisimmän »näytön» perusteella, voidaan tehdä hoitovirhe monestakin syystä.

## Kirjallisuutta

- Kaila M, Korppi M. Mitä on näyttöön perustuva lääketiede? Suom Lääkäril 2002;57:4467–71.
- Käypä hoito. Tutkimusten kriittinen arviointi: tulosten pätevyys (validiteetti). <http://www.kaypahoito.fi/> (Katsottu 25.5.2005).
- Louhiala P, Hemilä H. Näyttöön perustuva lääketiede – hyvä renki mutta huono isäntä. Duodecim 2005;121:1317–25.
- Mäkelä M, Varonen H, Teperi J. Systemoitu kirjallisuuskatsaus tiedon tiivistäjänä. Duodecim 1996;112:1999–2006.

PEKKA LOUHIALA, LT, PhD, dosentti  
pekka.louhiala@helsinki.fi

HARRI HEMILÄ, LL, FT, dosentti  
Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitos  
PL 41, 00014 Helsingin yliopisto