

MARKKU MYLLYKANGAS, OLLI-PEKKA RYYNÄNEN

# Terveystenhoidon priorisointi uskon varassa

*Kenet hoidetaan ja kenet ei? Terveystenhoidtoa halutaan priorisoida, vaikka tietoa hoitojen kustannus-vaikuttavuudesta on vähän. Samalla vähäiä resursseja tuhlaetaan uskomuslääkintään.*

**t**erveystenhoidto on joutunut osin itsensä virittämään ansaan. Lääketiede on edistynyt suurin harppauksin. Se on tuottanut yhä parempia tutkimusmenetelmiä ja hoitoja moniin sairauksiin, joita vielä jokin aika sitten pidettiin väistämättä kuolemaan johtavina tai uhrinsa pysyvästi invalidisoivina. Kaikkea tätä voidaan pitää (lääke)tieteen suurenmoisena voittona. Se on osaltaan mullistanut koko ihmiskuntaa ja erityisesti länsimaista elämäntapaamme.

Mutta käytettävissä olevat voimavarat eivät ole pysyneet kehityksen mukana. Yhteiskunnan halukkuus maksaa uusista tutkimuksista ja hoidoista on tullut valikoivaksi ja vähentynyt. Elämän pituuden jatkumista laadun ja merkityksen kustannuksella on alettu epäillä. Geeniteknologiaan ja molekyylibiologiaan perustuvat hoidot vyöryvät lääketieteeseen voitokkaina, maksukyvyn rajoja koetellen. Ihmiskunta elää yhä vanhemmaksi, mutta mistä löytyvät rahat ja ihmiset potilaiden hoitoon ja hoivaan?

Tilanne on hämmentävä. Meille kerrotaan lääketieteen uusista ihmeistä ja samaan henken vetoon todetaan, että yksinkertaisimpiakin asioita on jouduttu supistamaan tai että henkilökunta uhkaa uupua työnsä alle. Kiistämättömästä menestyksestä huolimatta Suomen terveydenhuolto on suurissa vaikeuksissa. Terveystenhoidon verisimmät leikkaukset tehdään taloudesta vastaavien työhuoneissa ja kabinetissa. Vain synnytyslääkäri osaa iloita supistuksista. Suomalaiseen elämänmenoon näyttää asettuneen pysyväksi ilmiöksi jokaiskysyinen terveydenhuollon paniikkijarrutus, jossa budjettien

ylityessä joudutaan hurjaltakin näyttäviin supistuksiin.

Uudet menetelmät ovat käytössä lähes poikkeuksetta vanhoja kalliimpia. Myös niiden kehittäminen tulee yhä kalliimmaksi, osittain siksi, että halvat ja helpot asiat on jo tehty. Osittain kalleus johtuu kasvavista turvallisuusvaatimuksista. Kun kehitystyö on kallista, on kehittäjän päästävä kuorimaan kermat työnsä tuloksista. Inflaatio on erityisen nopeaa juuri lääketieteessä. Monien lääketieteellisten uutuuksien kustannukset muodostunevatkin niin korkeiksi, että niiden käyttöönotto viivästyy, ellei tule kokonaan mahdottomaksi.

Mikään yhteiskunta ei ole koskaan kyennyt eikä tule kykenemään tarjoamaan kaikille kansalaisille kaikkia niitä terveyspalveluja, joista he saattaisivat hyötyä. Lääkärille ei riitä enää, että hän ajaa potilaansa parasta. Hänen on ajettava myös sadan seuraavan potilaan parasta.

## *Rahalla ei saa terveyttä*

Usein niin asiantuntijat kuin maallikotkin esittävät, että ongelma pitäisi hoitaa irrottamalla yhteiskunnan muista toiminnoista riittäviä summia terveydenhuoltoon. Tätä mahdollisuutta pidämme varsin rajallisena. Suomessa käytetään rahaa terveydenhuoltoon nyt enemmän kuin koskaan. Rahalla ei saa terveyttä, vain terveyspalveluja. Erityisenä uhkakuvana voidaan pitää tilannetta, jossa erittäin kalliiden hoitojen rahoittamiseksi tingittäisiin esimerkiksi koulutuksesta tai tiestön ylläpidosta.

Joskus uusien tutkimusten ja hoitojen on uskottu tuottavan yhä parempia tuloksia entistä halvemmalla. Lupaukset halvemmista menetelmistä ovat toistuvasti osoittautuneet perusteettomiksi. Monet menetelmät, jotka sinänsä näyttävät yksikkökustannusten tasolla entisiä halvemmilta, ovat joissakin tapauksissa johtaneet terveydenhuoltomenojen kasvuun. Näin on tapahtunut esimerkiksi silloin, kun entisen, noin viikon sairaalassaolon vaatineen leikkauksen tilalle kehitetään uusi lyhythoitoinen menetelmä. Hoito potilasta kohti on tullut halvemmaksi ja miellyttävämmäksi sairaalle, mutta samalla vapautunut hoitokapasiteettia on käytetty muiden vaivojen hoitoon. Terveydenhoidossakin on voimassa Parkinsonin laki: palvelujen käyttöä määrää pääosin niiden tarjonta, ei kysyntä, esimerkiksi sairauksien esiintyvyyden vaihtelut. Tarjolla oleva sairaalakapasiteetti käytetään yleensä kokonaan.

Kapasiteetin lisäys ja yksikkökustannusten nousu eivät ole ainoat menoja kasvattavat tekijät. Jokainen uusi hoitomuoto muuttaa terveydenhuollon kulttuuria ja kääntää potilasvirtoja uusiin uomiin. Uudet tutkimukset ja hoidot vaativat lähes poikkeuksetta lisää oheistoimintoja ja henkilöstöä. Korkean teknologian kustannukset eivät koostu vain kalliista laitteista ja koulutetusta henkilökunnasta, vaan myös uuden teknologian mukanaan tuomasta potilasmassasta. Teknologialla on välittömien kustannusten lisäksi arvaamattomia kerrannaisvaikutuksia. Hoitoaikojen lyheneminen ei aina vähennä kustannuksia, kun niistä suurin osa muodostuu hoitojakson ensimmäisinä päivinä. Potilaan poistuttua hänen tilalleen tulee uusi. Kyse on Roemerin laista, joka on pelkistetty lauseeksi ”a built bed is a filled bed” (kerran rakennettu sairaansija on pysyvästi täytetty sairaansija).

### *Elinikää elämänlaadun kustannuksella*

Arkikäsitysten vastaisesti lisääntyvä hoito ja uudet lääketieteelliset teknologiat eivät välttämättä merkitse lisääntyvää terveyttä tai hyvinvointia, tai vaikutus ei ole suoraviivaista. Väestön objektiiviseen ja koettuun terveyteen ei terveydenhuoltomenojen kasvulla Suomessakaan ole juuri ollut vaikutusta vuosikymmeniin. Ainoastaan rokotusten ja työikäisen väestön sydän- ja verisuonitautien osalta voidaan kiistatta osoittaa terveyspalvelujen vaikuttavuutta, mutta tässäkin vain muutaman prosenttiyksikön verran.

Kysymys on tunnetusta ilmiöstä, vähenevistä rajahyödyistä: terveydenhuollon resurssien kas-

vaessa niistä saatava terveyshyöty ei enää lisäänty samassa suhteessa, vaan voi jopa laskea. Mitä enemmän terveydenhuollossa on käytettävissä resursseja, ja mitä useammassa pisteessä kalliita tutkimus- ja hoitopäätöksiä tehdään, sitä enemmän hämärtyvät toiminnan alkuperäiset tavoitteet.

Väestötasolla tarkasteltuna terveydenhuollon merkitys ja mahdollisuudet terveyden tuottamisessa ovat perin rajalliset. Arvio terveydenhuollon vaikutuksesta ihmisten keskimääräisen elinajan pitenemiseen on noin kolmannes. Kaksi kolmannesta terveyshyödyistä saadaan muualta. Monet yleiseen hyvinvointiin vaikuttavat sosioekonomiset, kulttuuriset ja käyttäytymiseen liittyvät tekijät vaikuttavat väestön terveyteen huomattavasti terveydenhuoltoa enemmän. Panokset väestön terveydentilaa paremmin kohentaviin yhteiskunnallisiin tekijöihin, kuten koulutukseen, ovat teknologiainnostuksen huumassa kuitenkin jääneet vähäiselle huomiolle.

Sairauksien ennaltaehkäisy on ajateltu vähentävän merkittävästi sairauksien hoidon tarvetta. Eniten kuolemantapauksia maassamme aiheuttavat sydän- ja verisuonitaudit (noin puolet) ja syövät (noin viidennes). Jos nämä taudit pystyttäisiin täysin poistamaan, mikä käytännössä ei tietenkään ole mahdollista, lisääntyisivät sairaalahoitopäivät selvästi. Tämä selittyisi sillä, että sydän- ja verisuonitaudit ja syövät lyhentävät tuntuvasti elinaikaa. Jos kyseiset sairaudet kyettäisiin poistamaan, ihmisten keskimääräinen elin aika pitenisi useilla vuosilla. Lisääntynyt elin aika puolestaan toisi tullessaan nykyistä enemmän muita sairaalahoitoa vaativia sairauksia.

Ehkäisyn painopistettä pitäisikin siirtää sellaisiin tauteihin, joiden ehkäisy ei juurikaan lisäisi elinvuosien lukumäärää, mutta toisi muassaan selkeästi lisää aiempaa enemmän elämänlaatua, terveyttä ja toimintakykyä. Esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairauksien täydellinen poistaminen lisäisi työ- ja toimintakykyistä elinaikaa monilla vuosilla, ei juuri kokonaiselinaikaa. Hengityselinsairauksien, kuulo- ja näkövammojen sekä mielenterveyshäiriöiden ehkäisy tuottaisi samansuuntaisia tuloksia. Nykyisin harjoitetussa terveyspolitiikassa on arvostettu ehkä liikaa elinajan pituutta.

Tärkeintä sairauksien ennalta ehkäisyssä on kiinnittää huomiota sairauksiin, joiden onnistunut ehkäisy ei nopeasti korvautu muilla sairauksilla. Merkittävämpiä tällaisia ehkäisyn kohteita ovat infektiot ja tapaturmat, joista varsinkin viime mainittuihin tulisi kiinnittää nykyistä

merkittävästi enemmän huomiota.

Yksilöiden kannalta on edullista, kun sydän- ja verisuonitauteihin sairastumista ja kuolemista on pystytty siirtämään työstä vanhempiin ikäryhmiin. Mutta koskaan aiemmin ei maassamme ole ollut niin paljon sydänsairaita kuin nyt. Terveydenhuoltopalvelujen tarve on paradoksaalisesti sitä suurempi, mitä paremmin ennenaikaisen sairastavuuden ja kuolleisuuden torjumisessa onnistutaan.

Kilpailevien kuolemansyiden laki on armoton. Jos parannamme infektiot, sairastuvat ihmiset sydäntauteihin. Jos nekin voitetaan, lisääntyvät syövät. Seuraavana vuorossa olisi joukkosairastuminen dementiaa. Eli jos estämme ihmisiä kuolemasta nykyisiin tauteihinsa, he kuolevat myöhemmin johonkin muuhun sairauteen, joka tappaa hitaammin ja jonka hoito maksaa ehkä enemmän. Elämästä kun ei voi selvitä hengissä.

### *Kalliit hoidot lisääntyvät*

Kansantautien ehkäisy kuolleisuuden vähetessä voi lisätä erityisen kallishoitoisten tautien esiintymistä ja sitoa näin edelleen terveydenhuollon resursseja. Lääketieteen kehitys korvaa halvalla ja helposti hoituvat sairaudet kalliilla ja vaikeasti hoidettavilla. Vanhusten kroonisten sairauksien eliminointi voi viedä ojasta allikkoon: tällainen kehitys voi johtaa aivan yllättävien kroonisten sairauksien ilmentymiseen, kun sellaisetkin vanhukset jäävät henkiin, joilla ei itse asiassa olisi geneettistä valmiutta elää niin vanhoiksi. Voi syntyä uusia syöpämuotoja, outoja sydän- ja verisuonisairauksia, uudenlaista dementiaa ja kehittyä myös yllättäviä infektiotaupeja. Vastaava tilanne on myös lasten vaikeiden sairauksien hoitamisessa.

Väestön terveys voi kasvaa lisätyn taloudellisen panoksen suhteessa vain tiettyyn pisteeseen saakka. Raja näyttää olevan bruttokansantuotteessa noin 2000 USD/henkilö/vuosi eli noin nykyisen Turkin elintason paikkeilla. Sri Lanka on käyttänyt viime vuosina terveydenhuoltoon noin 10 prosenttia Suomen tasosta. Terveydentila Sri Lankan asukkailla on lähes sama kuin Suomessa.

Terveyshyödyllä näyttää olevan raja, jonka yli ei suurellakaan taloudellisella panoksella ainaakaan nykykeinoilla päästä. Sen sijaan komplikaatiot kasvavat panoksen lisääntyessä. Yhdessä tämä saattaa johtaa siihen, että lisääntyvä taloudellinen panos vähentää väestön terveydentilaa. Sairauksilla on suuri taipumus parantua. Hoi-

doilla on taas taipumus komplisoitua.

Ihmisen eliniän kasvu on ihmiskunnan suuri voitto. Pitkä ikä suurille väestöryhmille on etu, jota sukupolvemme on saanut maistaa, eikä siitä ole syytä luopua. Mutta terveydenhuollon toimivuuden kannalta keskimääräisen eliniän pitenemistä on ajateltava realiteettina ja luotava uudet toimintaedellytykset muuttuneessa tilanteessa. Ja se tarkoittaa merkittäviä muutoksia nykyiseen toimintakulttuuriin.

Lääketieteen suorituskyky on kasvanut jatkuvasti. Samanaikaisesti on kasvanut väestön odotus yhä paremmasta hoidosta ja terveyden saavuttamisesta autokorjaamoideologialla: Ihminen pitäisi pystyä parantamaan taudista kuin taudista, jollei muuten, niin osia vaihtamalla. Kun lääketiede ei tällaiseen suoritukseen kykene, ovat odotukset muuttuneet pettymykseksi. Tuloksena on merkillisen ristiriitainen suhtautuminen terveyteen. Lääketiedettä ja terveyttä palvotaan, mutta samalla kääntyminen erilaisen uskomuslääkintää tyrkyttävien puoskareiden huuhaa-hoitojen puoleen on kasvanut.

### *Vain tutkimaton on terve*

Diagnostiikan mahdollisuuksien lisääntyminen johtaa ongelmiin. Kun potilas käy lääkärissä, hänelle tehdään tavallisesti joukko laboratoriotai kuvantamistutkimuksia. Koska tutkimuksia on runsaasti käytettävissä, lääkäri tulee niitä herkästi käyttäneeksi vähäisemminkin perusteilla, peläten, että joku vakava tautitila saattaisi muutoin jäädä toteamatta. Magneettikuvaus voidaan määrätä ensimmäiseksi tutkimukseksi. Tilanteen tekee houkuttelevaksi se, että maksajana on osaksi kolmas osapuoli, kunta, KELA tai vakuutusyhtiö.

Monilla maallikoilla on yleensä käsitys, että kaikki mitä lääketiede tekee, on hyvää ja vaikuttavaa. Tosiasiassa vaikuttavuus vaihtelee suuresti. Kun lääkäri tutkii potilasta jollain menetelmällä, oli se sitten stetoskoopilla kuuntelu, röntgenkuva, verikoe tai tähystys, hän löytää aina sekä oikeita positiivisia (henkilöitä, joilla todella on etsitty sairaus), että vääriä positiivisia (henkilöitä, joilla testi osoittaa sairautta, vaikka sairautta ei ole).

Terve on todellakin vain henkilö, jota ei ole riittävästi tutkittu, koska sairauden tulkinta useimmiten pohjautuu niin sanottuihin viiteväliä käyttävien kokeiden tuloksiin. Viiteväleistä on yleensä sovittu siten, että noin 2,5 prosenttia jakauman kummankin laidan ääriarvoista on

”epänormaaleja”, eli sairautta osoittavia. Esi-merkiksi kymmenen toisistaan riippumattoman testin suorittaminen johtaa siihen, että 40 prosenttia testatuista todetaan ”sairaiksi” vähintään yhden testin suhteen, vaikka he olisivat täysin terveitä. Kahdenkymmenen testin suorittaminen ”sairastuttaa” jo 64 prosenttia terveistä testatuista. Lukuisat hivenaine- ja vitamiinitestit tuottavat lähes vuorenvarman saaliin ”puutostautisia”.

Jos kadulta poimitaan sata yli 40-vuotiaasta ihmistä ja heidän selkärankansa kuvataan magneettikuvauslaitteilla, löytyy kahdelta kolmasosalta välilevypullistuma, joka sinänsä on oikea sairaus. Mutta vain pienellä osalla niistä, joilla välilevypullistuma havaitaan, on edes aavistus selkänsä sairaudesta. Edellä kuvatun kohtalon alaisia ovat käytännöllisesti katsoen kaikki sairauksien tutkimuksessa käytetyt erilaiset kokeet: ei ole olemassa millekään taudille täyden 100 prosentin tuloksen antavaa koetta. Aina on ”väärä” tuloksia molempiin suuntiin.

Ennustearvo on salakavala suure. Se ei riipu niinkään testin hyvyydestä eikä lääkärin osaamisesta, vaan tutkittavan sairauden esiintyvyydestä, yleisyydestä. Jos sairaus on harvinainen, löytyy positiivisia tapauksia eli sairaita vähän. Mutta jos menetelmä käytetään väestössä, jossa sairaus on vielä harvinaisempi, niin oikeiden positiivisten määrä on hyvin pieni, mutta väärin positiivisten määrä kasvaa ja voi jopa ylittää oikeiden positiivisten määrän. Tällaisen tutkimusmenetelmän ennustearvo on huono.

Ilmiöllä on suuri merkitys terveydenhuollon järjestämisessä. Väärän positiivisen testituloksen saaneelle henkilölle koe aiheuttaa yleensä pelkoa ja ahdistusta tautitilasta ja terveydenhuollolle runsaasti kuluja erilaisten selvittelyjen ja varmennusten muodossa.

Ajatellaan vaikka sydänlääkäriä, joka tekee arvokasta työtä keskussairaalassa tulkiten muun muassa rasisus-EKG:n tuloksia. EKG on sydämen toimintaa kuvaava sähkökäyrä eli sydänfilmi, joka voidaan ottaa tutkittavasta sekä levossa että rasituksessa. Keskussairaalassa sydänlääkärimme lukee rasisus-EKG:n tuloksia ja päättää niistä potilaan sepelvaltimotautia. Keskussairaalaan potilaat ovat tulleet yleensä lähetteellä, jolloin joku on jo tehnyt esivalintaa tutkimukseen tuleville potilaille. Näin ollen jo ennen kokeen suorittamista on kohtalaisen suuri todennäköisyys, että potilaalla on sepelvaltimotauti.

Illaksi sydänlääkärimme suunnistaa yksityisvastaanotolleen ja tutkii siellä jälleen rasisus-

EKG:n tuloksia. Mutta nyt potilaat ovatkin oma-aloitteisesti, ilman esivalintaa vastaanotolle hakeutuneita. Potilaat ovat niin sanotusti valikoitumattomia. Valikoitumattomuuden vuoksi yksityisvastaanoton potilailla on pienempi sepelvaltimotaudin esiintyvyys kuin keskussairaalan potilailla. Kun yksityisvastaanoton potilasaineistossa tutkittavan taudin odotusarvo ennen testiä on pienentynyt, on myös testin positiivinen ennustearvo pienentynyt. Toisin sanoen sydänlääkärillä on yksityisvastaanotollaan suurempi todennäköisyys väärään löydökseen kuin keskussairaalan potilaita hoitaessaan, vaikka lääkärin ammattitaito ja testin suoritustapa eivät ole muuttuneet miksiäkään. Toisaalta väärän negatiivisen tuloksen mahdollisuus on pienentynyt. Sama ilmiö koskee kaikkia lääketieteellisiä tutkimuksia.

Terveyskeskuksilla on ollut arvauskeskuksen maine, mikä ei johdu terveyskeskuslääkäreiden vähäisemmästä henkisestä vääntökyvystä, vaan tutkimusmenetelmien positiivisen ennustearvon pienuudesta. Tästä syystä terveyskeskuksessa ei voida koskaan saavuttaa erikoissairaanhoidon osaamisen tasoa, vaikka lääkärit olisivat miten fiksuja ja käyttäisivät miten hienoja laitteita tahansa. Toisaalta terveyskeskuksessa negatiivinen ennustearvo on korkeampi, joten terveyskeskuslääkärin vakuutus siitä, että joku on terve, on odotusarvoltaan parempi kuin sama lausuttuna keskussairaalan potilashuoneessa.

Keskussairaalassa ollaan hyviä päättämään, kuka on sairas, mutta huonoja päättämään, kuka on terve. On siis hyvä syy tyytyä kohtaloonsa, jos keskussairaalassa potilas todetaan sairaaksi. Mutta jos keskussairaalassa potilas todetaan terveeksi, vapauttava päätös ei ole aivan saman tasoisesti luotettava. Terveyskeskuksessa ja yksityisvastaanotolla taas terveeksi toteaminen tutkimusten perusteella on luotettavampaa kuin sairaaksi toteaminen.

## *Hoitoa näytön perusteella*

Noin puolet lääketieteellisistä hidoista perustuu eri asteiseen kokeelliseen ja luotettavaan tieteelliseen näyttöön, vajaa kolmannes vakuutetaan ei-kokeelliseen näyttöön – kuten sydämen kammiovärinän kääntäminen normaalirytmiksi sähköshokilla – ja noin viidennes hidoista on vailla näyttöä. Osa hidoista on siis vaikeuttavuudeltaan heikkoja. Potilas saattaa niitä kuitenkin haluta, koska paranemisen toive on voimakas, eikä potilaalla ole kykyä arvioida tar-



jottujen hoitojen todellista vaikuttavuutta.

Yliarvioitu toive paranemisesta johdetaan lähinnä tiedon puutteesta, ja olisi jossain määrin korjattavissa tarjoamalla potilaalle totuudenmukaista tietoa hoidon onnistumisen mahdollisuuksista. Pelkällä tiedolla ei ongelmaa voida kuitenkaan kokonaan poistaa, sillä myös hoitavalla osapuolella on tarve turvautua vaikuttavuudeltaan kyseenalaisiin menetelmiin. Mukaan tulee myös ennustettavuuden ongelma. Hoidoista saatava hyöty vaihtelee myös voimakkaasti potilaasta toiseen.

Näyttöön perustuva lääketiede on saanut jalansijan myös Suomen terveydenhuollon kehittämisessä. FinOHTA (Finnish Office for Health Care Technology Assessment) ja Lääkärisuora Duodecimin Käypä hoito -hankkeet ovat edelläkävijöitä.

Tutkimustieto romuttaa tai kyseenalaistaa monia aikaisemmin itsestään selvyyksinä pidettyjä käytäntöjä. Antioksidanttien hyödyllisyyteen on uskottu laajasti ja Suomessakin kädennostoäänestyksen perusteella enemmistö ainakin geriatreista on käyttänyt jotain antioksidanttihoitoa. Suomessa tehty laaja SETTI-tutkimus horjutti uskoa antioksidantteihin ja niiden myynti onkin laskenut. Antioksidanttien vaikutuksen selvittäminen on kuitenkin edelleen kesken.

Estonia-onnettomuuden jälkeen yleistyi nopeasti vakaviin kriiseihin joutuneiden ihmisten jälkipuinti. Pisimmälle menttiin Britanniassa, jossa perustettiin jo kriisipuhelin epätoivoisille faneille Spice Girls -yhtyeen hajoamisen vuoksi. Jälkipuinnin vaikutuksesta on julkaistu kuusi tutkimusta, joista viidestä ei toiminnalla havaittu minkäänlaista vaikutusta ja yhdessä toiminta todettiin haitalliseksi. Asiasta joudutaan odottamaan laajempia selvityksiä. On kuitenkin helpo ymmärtää, että jos kieltäminen ja unohtaminen ovat ihmisen minän tärkeimpiä puolustusmekanismeja, saattaa taidoton jälkipuinti riistää ihmiseltä nämä keinot tarjoamatta mitään tilalle. Paitsi jälkipuinnin vaikuttavuutta joudutaan pohtimaan myös sen mahdollista sisältöä.

Pelastushelikopteria on tarjottu avun tuojaksi niin onnettomuuksissa kuin sairastapauksissa. Yleisön suosio toiminnalle on ollut suurta. Suomessakin on toiminut työryhmä, joka on suosittanut laajaa pelastushelikopteriverkostoa maamme. Tutkimustieto kuitenkin kyseenalaistaa pelastushelikopterien hyödyllisyyden ainakin tilanteissa, joissa tiestö on käytettävissä. Tutkimuksia on tehty Lontoossa, Cornwallissa ja Pennsylvaniassa,

joissa todettiin, ettei helikopterin käyttö lisää onnettomuuden tai sairastapauksen uhrin henkiin jäämisen mahdollisuutta. Norjassa

Trommsassa noin kahdessa prosentissa tapauksista helikopterista oli asiantuntijapaneelin mukaan hyötyä. Tutkimusten soveltaminen maantieteellisesti toisiin oloihin on vaikeaa ja Suomessa tarvittaisiin asiasta omat tutkimukset.

Terveydenhuollon voimavarat ovat rajalliset, eivätkä rahat riitä nykyisinkään edes kaikkeen vaikuttavaksi osoitettuun hoitoon. Jatkossa hoitojen on lunastettava oikeutensa julkiseen tukeen osoittamalla vaikuttavuutensa. Hollannissa terveydenhuollon priorisointi on poistanut julkisen tuen homeopatialta, koska sen tehosta ei ole näyttöä. Ruotsissa uskomuslääkinnän harjoittaminen vaikka vapaa-ajalla voi johtaa terveysammattilaisen ammattinimikkeen käyttökieltoon.

Uskomuslääkintää harjoitetaan enenevästi Suomessa myös (lääke)tieteellisen koulutuksen saaneiden keskuudessa. Uskomuslääkinnän mainonta lisääntyy huolestuttavasti lääkäreiden ilmoituksissa. Lääkärin eettisten ohjeiden mukaan hänen tulisi suosittelun kuitaten vain lääketieteellisen tiedon ja kokemuksen perusteella tehokkaina ja tarkoituksenmukaisina pidettyjä tutkimuksia ja hoitoja. Mitä enemmän resursseja tuhlataan uskomuslääkintään, sitä enemmän on supistettava vaikuttavia hoitoja "oikeisiin" sairauksiin. Samalla priorisoinnin tarve lisääntyy. ■

Kirjallisuutta:

Ryynänen O-P, Myllykangas M, Kinnunen J, Isomäki V-P, Takala J: Terveyden ja sairauden valinnat. Suomen kuntaliitto, Helsinki 1999.

---

**MARKKU MYLLYKANGAS ON TERVEYDENHUOLLON TOHTORI JA TERVEYSSOSIOLOGIAN DOSENTTI. OLLI-PEKKA RYYNÄNEN ON LÄÄKETIETEEN TOHTORI JA YLEISLÄÄKETIETEEN DOSENTTI. MOLEMMAT TYÖSKENTELEVÄT KUOPION YLIOPISTON KANSANTERVEYSTIETEEN JA YLEISLÄÄKETIETEEN LAITOKSELLA. DOSENTTI MYLLYKANGAS LUENNOI AIHEESTA SKEPSIKSEN YLEISÖTILAIUUDESSA OULUSSA 17. HUHTIKUUTA. HÄN TULEE PUHUMAAN AIHEESTA SKEPSIKSEN HELSINGISSÄ PIDETTÄVÄÄN YLEISÖTILAIUUDEEN 17. MARRASKUUTA.**