



**TEPPO JÄRVINEN**  
kokeellisen ortopedian dosentti  
Tampereen yliopisto

## Miljoonat eurot valuvat hukkaan sairauksia ehkäisevässä lääkityksessä

Kansantaudit ja niiden lääkkeellinen ehkäisy ovat tulleet yhä keskeisemmäksi osaksi länsimaista terveydenhoitoa, myös Suomessa. Kelan tilastojen mukaan vuonna 2010 sydän- ja verisuonitautien lääkehoitoa käytti 1,4 miljoonaa suomalaista, kolesterolia alentavia lääkkeitä 700 000, diabeteslääkkeitä runsaat 300 000 ja osteoporoosilääkkeitäkin yli 100 000 henkilöä. Näihin lääkitykseen käytettiin noin 500 miljoonaa euroa.

Suurin osa summasta käytettiin ns. primaari-preventioon eli ehkäisevään lääkitykseen ”korkean sairastumisriskin” omaavilla henkilöillä, joiden diagnosoinnin kriteerit löystyvät jatkuvasti. Samaan aikaan yhteiskuntamme taistelee historiansa pahimman kestävyysvajeen kourissa ja valtion talouden alijäämää yritetään tasapainottaa muun muassa leikkaamalla opetustoimen budjetista satoja miljoonia euroja. Terveydenhuollon menot ovat kaksinkertaistuneet vuodesta 1995, ja kaksi vuotta sitten ne olivat jo noin 16 miljardia euroa eli lähes 10 % bruttokansantuotteestamme. Jokaisen vastuullisen lääkärin onkin ymmärrettävä, että myös meidän on tarkasteltava kriittisesti omien toimiemme ja valintojemme yhteiskunnallisia vaikutuksia.

British Medical Journalissa julkaistussa tuoreessa artikkelissa (1) muistutimme lehden lukijakuntaa Archie Cochranen lanseeraamasta kolmiportaisesta hierarkiasta. Sen korkein taso vaaditaan, jotta lääketieteellinen interventio voidaan todeta kustannusvaikuttavaksi. Lyhyesti periaatteen voi kiteyttää kolmeen kysymykseen: Voiko interventio toimia ideaaliosuhteissa (teho)? Toimiiko interventio normaalielämässä (vaikuttavuus)? Onko intervention tuottama terveyshyöty sen arvioista, että se tulee maksaa yhteiskunnan varoin (kustannusvaikuttavuus)?

Monelle saattaa tulla yllätyksenä, että suurimmilta ehkäisevän lääkityksen ryhmiltä (dyslipidemia, verenpaine, tyypin 2 diabetes, osteoporoosi) puuttuu jopa toisen portaan näyttö eli vai-

kuttavuusnäyttö, kustannusvaikuttavuusnäyttöä puhumattakaan (1). Todellisten kustannusvaikuttavuustutkimusten sijaan nykyisten hoitosuosistemme perustana on käytetty ns. kustannusvaikuttavuusmallinnuksia, jotka perustuvat hierarkian alimpaan portaaseen eli satunnaistettuihin, kontrolloituihin tehotutkimuksiin (1).

Vaikka satunnaistettuja tutkimuksia yleisesti pidetään korkeimman näyttötason (luokka A) tutkimuksina, niistä saadulla näytöllä ei voi arvioida vaikuttavuutta tai kustannusvaikuttavuutta. Satunnaistettujen kliinisten lääketutkimusten tavoite on useimmiten toimia myyntiluvan saamisen perusteena, ja siksi ne muistutavatkin enemmän standardoitua laboratoriotoketta kuin tavanomaista kliinistä käytäntöä (2).

Vain pieni osa arkisesta potilasvirrasta hyväksytään satunnaistettuihin lääketutkimuksiin, kun tutkimuspopulaatio optimoidaan tarkasti sulkemalla pois mahdolliset sekoittavat tekijät. Tutkittavat päätetapahtumat myös valitaan ensisijaisesti tukemaan myyntilupahakemusta, joten valitettavan usein ne ovat vain sairauden etenemistä kuvaavia sijaisilmiöitä. Päätetapahtumien ilmaantumista myös seurataan vain rajallisen ajan, primaari-preventiolääkkeiden kohdalla harvoin edes kolmea vuotta. Tutkimuksissa pyritään lisäksi optimoimaan päätetapahtumien suhteellinen määrä, ei interventioiden vaikutusta tutkittavien henkilöiden terveydentilaan laajemmin (2).

Jos jokin lääketieteellinen interventio säästää rahaa, Cochranen viimeiseen kysymykseen on helppo vastaus. Interventio tulee korvata yhteiskunnan varoin. Valitettavasti vain meillä ei ole yhtään tällaista lääketieteellistä interventiota – ehkä eräitä rokotuksia lukuun ottamatta. Oikea kysymys onkin toisenlainen. Kuinka paljon pelkkiä hoitokuluja enemmän olemme valmiit panostamaan ”sairastumisriskissä” olevien seu-

### KIRJALLISUUTTA

- 1 Järvinen TLN, Sievänen H, Kannus P, Jokihäärä J, Khan KM. The True Cost of Pharmacological Disease Prevention. *BMJ* 2011;342:1006–8.
- 2 Muhonen T. Evidence-based medicine. *Duodecim* 2007;123(6):696–7.
- 3 Begley S. The Best Medicine: A Quiet Revolution in Comparative Effectiveness Research Just Might Save Us From Soaring medical Costs. *Scientific American* 2011;July:34–9.
- 4 Godley F. Cost is an Ethical Issue. *BMJ* 2011;342:d2813 doi: 10.1136/bmj.d2813

lontaan, lääkehoitoihin ja seurantaan, jotta emme vielä, että hoito on yhteiskunnallisesti kannattavaa?

Lonkkamurtumien ehkäisyyn käytettävät bisfosfonaatit ovat hoitosuosituksiemme mukaan indisoitu ”korkean murtumariskin” potilaille sukupuoleen katsomatta. Meillä ei kuitenkaan ole mitään näyttöä bisfosfonaattien vaikuttavuudesta lonkkamurtumien ehkäisyssä. Luonnollisesti myös näyttö kustannusvaikuttavuudesta puuttuu. Näyttö siitä, että bisfosfonaattien avulla pystyttäisiin ehkäisemään lonkkamurtumia, rajoittuu 65–80-vuotiailla naisilla tehtyihin tehotutkimuksiin, ja sekin on ristiriitaista. Tätä ikähaarukkaa nuoremmilla ja vanhemmilla sekä miehillä näyttö on sitä vastoin täysin selkeä. Lääkkeiden avulla ei pystytä ehkäisemään lonkkamurtumia.

Artikkelissamme (1) esitimme puhtaasti tähän olemassa olevaan tehotutkimusnäyttöön perustuvat laskemat. Niiden mukaan vuonna 2003 parhaimmillaankin vain 343 Suomessa tapahtuneista 7 411 lonkkamurtumasta olisi voitu estää sillä, että bisfosfonaattilääkitys olisi annettu koko 1,86-miljoonaiselle yli 50-vuotiaiden suomalaisten joukolla. Ja millä hinnalla? Pelkästään lääkekuluihin olisi kulunut lähes 100 miljoonaa euroa tai 290 000 euroa yhtä ehkäistyä lonkkamurtuma kohden, vaikka olisi käytetty halvinta vaihtoehtoa eli geneeristä bisfosfonaattia (1).

Vain tehokas hoito voi olla vaikuttavaa. Sitä vastoin marginaalisen tehonäytön omaava hoito ei käytännössä koskaan voi olla vaikuttavaa, eikä ainakaan kustannusvaikuttavaa. Tuoreet luvut Yhdysvalloista kuvaavat ongelman laajuutta. Arvioiden mukaan jopa kolmannes maan terveydenhuoltoon käyttämästä 2 700 miljardin dollarin vuosipanoksesta eli noin 900 miljardia dollaria valuu vuosittain terveydenhuollon hoitomuotoihin, jotka eivät ole vaikuttavia (3).

Tilannetta on syytä miettiä. Miten lääkeviranomaisten, hoitosuosituksien laatijoiden ja jopa yksittäisten lääkäreiden tulisi suhtautua hoitomuotoihin, joiden hierarkian alimman tason näyttö eli tehonäyttö on varovaisestikin arvioiden heiveröistä, joiden vaikuttavuusnäyttö joko puuttuu täysin tai viittaa siihen, että sitä ei ole ja lopulta, joilla ei siis luonnollisesti ole näyttöä kustannusvaikuttavuudesta? Kuten BMJ:n päätoimittaja artikkeliamme pääkirjoituksessaan kommentoi, kustannukset ovat eettinen asia (4).

Yli 80-vuotiaalla ”korkea sairastumisriski” on usein pienempi kuin riski kuolla seuraavan 10 vuoden kuluessa. Kenen etiikka kestää lääkitä vanhusta monta euroa päivässä maksavilla ehkäisevillä lääkkeillä, kun samalla esimerkiksi kotikaupungillani on varaa käyttää koululaisen ruokaan vain noin 0,70 euroa päivässä? ■