



Vertaiskehittäminen paljasti mahdollisuuden kustannusten hallintaan

Vertaiskehittämiseen liittyvä arviointi tunnisti rintasyöpäpotilaiden liitännäishoidoista kustannuseron, joka perustui potilastietojärjestelmään lääkäreille valmiiksi viedyn hoitomääräyspaketin käyttöön TAYS:ssa. Hyödyntämällä näin potilastietojärjestelmän ominaisuuksia voidaan nopeuttaa muutosten läpivientiä ja saavuttaa mittaviakin säästöjä.

Vertaiskehittämisessä (benchmarking) yritykset tai organisaatiot vertaavat toimintaansa ja prosessejaan toisen organisaation kanssa (1). Yliopistollisten sairaaloiden syöpätautien hoidon vertaiskehittämisellä Nordic Healthcare Groupin kanssa on pitkät perinteet. Tavoitteena on ollut oppia toisten yksiköiden parhaista käytännöistä ja saavuttaa parannuksia omassa toiminnassa. Tarkoitus on myös pystyä seuraamaan muutosten vaikutuksia (2).

Viimeksi vertaiskehittämisarvioinnissa käytiin läpi rintasyövän hoidossa käytettävien valkosolukasvutekijöiden kustannuksia. Ne ovat kalliita biologisia

lääkkeitä, joille on nykyään saatavissa biosimilaareja.

Valkosolukasvutekijöitä käytetään rintasyöpäpotilaiden liitännäissolunsalpaajahoidossa pienentämään riskiä sairastua neutropeeniseen infektiin (3). Neutropeeninen infektio voi pahimmillaan johtaa tehohoitoa vaativaan infektiin, jossa on suurentunut kuoleman riski.

Lääkekustannusten pienemiselle löytyi syy

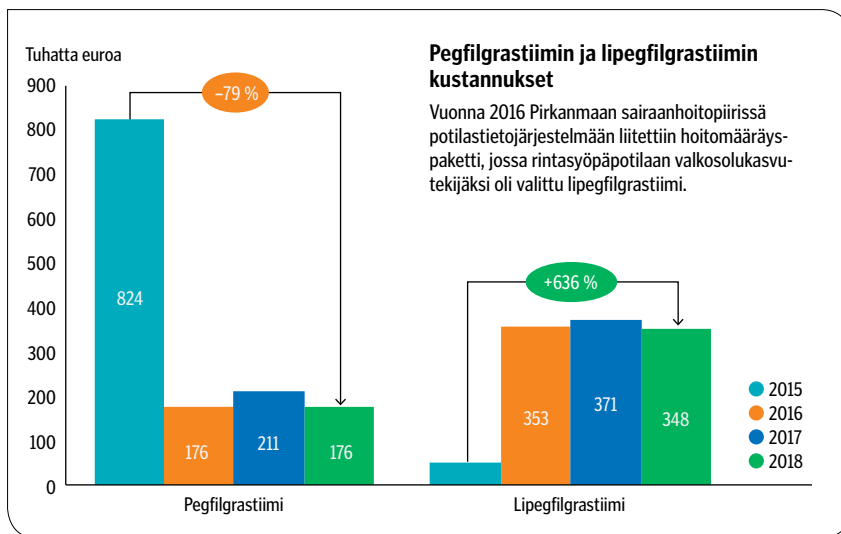
Vertaisanalyysissä haettiin kaikkien yliopistosairaaloiden rintasyöpäpotilaiden Kela-korvattavien, avoapteekista hankittujen valkosolukasvutekijöiden kustannukset vuosilta 2015–2018. Nämä suh-

teutettiin solunsalpaajahoitoja saaneiden rintasyöpäpotilaiden määriin.

Tuloksissa herätti huomiota rintasyöpäpotilaiden valkosolukasvutekijöiden kustannusten jyrkkä pieneminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä vuodesta 2015 vuoteen 2016. Potilaskohtaiset kustannukset pienivät 1725 eurosta 1 074 euroon eli 33 % (kuvio).

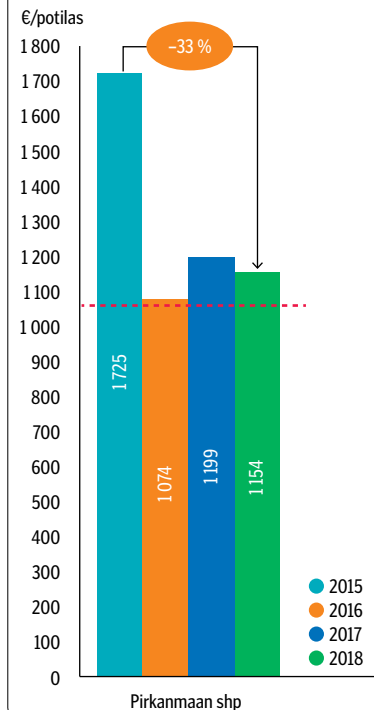
Kustannusten nopean pudotuksen selittää pitkälti alkuperäisvalmisteiden pegyloitu lipegligandilla korvautuminen edullisemmalla alkuperäisvalmisteella lipegligandilla (kuvio).

TAYS:n syövänhoidon vastuualueella on vuodesta 2011 lähtien ohjeistettu suuren tulehdusriskin rintasyöpäpotilaiden hoitoon liitettäväksi potilasystäväl-



Rintasyöpäpotilaiden valkosolukasvutekijöiden kustannukset

Kela-korvattavien kasvutekijöiden (L03AA) kustannukset (€) lääkkeitä saanutta rintasyöpäpotilasta kohti vuosina 2015–2018 Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Kasvutekijöiden kustannukset olivat laskeneet 33 % vuodesta 2015.



listä kerta-annoksena pistettävää pitkävaikutteista valkosolukasvutekijää. Seuranta-aikana valkosolukasvutekijöiden määräämiskäytäntö ja -ohjeistus on pyssynyt ennallaan, joten se ei ole voinut vaikuttaa tuloksiin.

Yllättäviä säästöjä potilastietojärjestelmää hyödyntämällä

Lipegfilgrastiimin nopean käyttöönoton taustalla TAYS:ssä on potilastietojärjestelmässä olevan toiminnallisuuden hyödyntäminen. Käytössä olevassa Uranus-potilastietojärjestelmässä voidaan hyödyntää lääkäreille valmiiksi laadittuja hoitomääräyspaketteja.

Vuonna 2016 otettiin käyttöön rintasyöpäliitännäissolunsalpaajahoidon hoitomääräyspaketti, joka sisälsi liitännäishoidon toteuttamiseen liittyvien määräysten lisäksi tarvittavat reseptiluonnokset. Rintasyöpäpotilaan liitännäissolunsalpaajahoidon suunnitteluvastaanotolla lääkäri laatii yleensä vähintään 8 lääkeresepiä. Potilas ottaa itse kaikki syöpälääkehoitoon liittyvät oheislääkkeet kotona ja lääkkeitä määrätään myös haittavaikutusten varalle.

Lääkkeiden aiheuttamat kokonaiskustannukset yhteiskunnalle olivat resepti-

luonnosten valinnan yhtenä kriteerinä. Määräyspakettia määriteltäessä päädyttiin kerta-annoksena pistettävään pitkävaikutteiseen valkosolukasvutekijään, koska se on myös potilasystävällinen. Alkuperäisvalmiste pegfilgrastiimille ei ollut tällöin saatavilla biosimilaaria, mutta markkinoille oli tullut edullisempi pitkävaikutteinen alkuperäisvalmiste lipegfilgrastiimi, jonka teho oli samaa luokkaa.

Apteekariliiton TAKSA-tiedoston mukaan tammikuussa 2016 arvonlisäverollisen vähittäishinta pegfilgrastiimiannokselle (Neulasta) oli 1 214,02 euroa ja lipegfilgrastiimiannokselle (Lonquex) 1 096,94 euroa. Lipegfilgrastiimi valittiin määräyspakettiin, sillä kliinisen näytön lisäksi säästöt nähtiin tärkeäksi päämääräksi, vaikka lääkekustannukset eivät kohdistuneetkaan sairaalan budjettiin.

Lääkärille merkittävä helpotus työhön

Määräyspaketti esitettiin rintasyöpähoitaville lääkäreille työtä helpottavana toimintatapana, jonka käyttö oli vapaaehtoista. Mikäli lääkäri halusi käyttää pakettia, hänen tuli tarkastaa, tarvittaessa korjata ja poistaa tarpeettomat määräykset ja reseptiluonnokset. Lääkäri oli

luonnollisesti itse vastuussa määräyksistään.

Lääkärin oli myös mahdollista vaihtaa määräyspaketissa valittu valkosolukasvutekijäreseptiluonnos toiseksi, mutta vaihto aiheutti lisätyötä: lääkäri joutui poistamaan lipegfilgrastiimireseptiluonnoksen ja kirjoittamaan erikseen pegfilgrastiimireseptin.

Vertaiskehittämisen analyysien tuloksista voi epäsuorasti päätellä, että lääkärit hyödynsivät määräyspakettia runsaasti, sillä pegfilgrastiimin määrääminen väheni merkittävästi. Todennäköisesti pegfilgrastiimia määräsivät lääkärit, jotka joko eivät hyödyntäneet määräyspakettia tai erikseen vaihtoivat määräyspaketin reseptiluonnoksen.

Rintasyöpää hoitavat lääkärit kokivat hoitomääräyspaketin helpottavan merkittävästi työtään tammikuussa 2020 tehdyn kyselytutkimuksen mukaan

Muidenkin tautien hoidossa voisi hyödyntää valmiita hoitomääräyspaketteja.

(vastanneita 5, vastaamatta 1). He eivät myöskään pitäneet paketin valmista valkosolukasvutekijän valintaa hankalana, luultavasti siksi, että he tiesivät valinnan syyksi yhteiskunnalle pienemmät lääkekustannukset.

Tulosten tarkastelu toi esiin kehitys-idean potilastietojärjestelmien ominaisuuksien hyödyntämisestä esimerkiksi biosimilaarien käyttöönotossa. Lopputuloksena voisi olla lääke- ja koko terveydenhuollon kustannusten säästöt muissakin sairaaloissa ja sairauksissa.

Tiedolla johtaminen on tulevaisuutta

Tämä esimerkki on hyvä osoitus siitä, miten potilastietojärjestelmän ominaisuuksia voidaan käyttää sekä helpottamaan ammattilaisen työtä että tukemaan ja nopeuttamaan muutoksien läpiviintä. Muidenkin tautien hoidossa voisi hyödyntää valmiita hoitomääräyspaketteja. Kiireisessä arjessa lääkäri ei ehdi pysähtymään ja miettimään lääkemääräystensä yhteiskunnalle aiheuttamia kustannuksia.

Lisäksi esimerkki osoittaa, että tietojohdamisen työkaluilla, joista vertaiskehittäminen on yksi, voidaan sekä tunnistaa kehittämismahdollisuuksia että seurata muutosten vaikutuksia. Ilman lääkekustannusten seurantamittareita potilastietojärjestelmän toiminnallisuuden hyödyntämisen aikaansaamat lääkekustannusten säästöt olisivat jääneet huomioimatta.

Nykypäivän tekniikka mahdollistaisi jopa yksittäisten lääkärin vertailut. Se toisi näkyväksi eroja toimintamalleissa ja lääkevalintojen kustannuksissa. Erittäin potilastietojärjestelmien lääkereseptiosion ja Kela-korvattavien lääkkeiden kustannusten yhdistäminen ja vertailu alueittain visuaaliseksi esitykseksi laadittuna ohjaisi ja kannustaisi lääkäreitä tavoittelemaan säästöjä.

2000-luvulla tietotekniikasta on tullut lääkärin perustyökalu, ja sen kehityksen tarpeeseen vastaa hyvin Lääkäriliiton terveydenhuollon tietotekniikan erityis-pätevyys. Erikoislääkärin ja erityisesti

tietotekniikan erityispätevyyden suorittaneiden osallistuminen terveydenhuollon tietotekniikan ratkaisujen kehittä-miseen auttaisi parhaiten henkilökuntaa ja potilasta palvelemaan tietoteknisiin ratkaisuihin. Niillä saadaan aikaan merkitäviä lääkesäästöjä. ●

MAARIT BÄRLUND

LT, DI, syöpätautien erikoislääkäri, terveydenhuollon tietotekniikan erityispätevyys, apulaisylilääkäri
TAYS, syövänhoidon vastuualue

RIIKKA-LEENA LESKELÄ

TkT, tutkimusjohtaja
Nordic Healthcare Group

LEENA TIAINEN

LT, syöpätautien erikoislääkäri
TAYS, syövänhoidon vastuualue

KRISTA SILLANPÄÄ

syöpätautien erikoislääkäri
TAYS, syövänhoidon vastuualue

MINNA TANNER

dosentti, syöpätautien erikoislääkäri, osastonylilääkäri
TAYS, syövänhoidon vastuualue

TUULA LEHTINEN

dosentti, syöpätautien ja sädehoidon erikoislääkäri, ylilääkäri, vastuualuejohtaja
TAYS, syövänhoidon vastuualue

SIDONNAISUDET

Maarit Bärlund: Luentopalkkiot (Rintasyöpäyhdistys/Roche, Astellas Pharma).
Riikka-Leena Leskelä: Työsuhde (Nordic Healthcare Group).
Leena Tiainen: Ei sidonnaisuuksia.
Krista Sillanpää: Matka-, majoitus ja kokouskulut laitokselle (MSD, Novartis, Pfizer).
Minna Tanner: Advisory board (Astra Zeneca, Lilly, Novartis, Pfizer, Roche), laitokselle matkakorvaukset ja palkkiot osallistumisesta tutkimuksen toteutukseen (Abbvie, Astra Zeneca, Lilly, MSD, Novartis, Orion, Pfizer, Roche), asian-tuntijalausunnat (Amgen, Novartis, Pfizer), luontopalkkiot Astra Zeneca, Lilly, MSD, Novartis, Roche, Teva).
Tuula Lehtinen: Laitoksella koulutusyhteistyö (Roche).

KIRJALLISUUTTA

- 1 Adebajo D, Abbas A, Mann R. An investigation of the adoption and implementation of benchmarking. *Int J Oper Prod Manag* 2010;30:1140–69.
- 2 Leskelä R-L ym. Syöpätautien hoitokäytännöt ja resur-sointi yliopistosairaloissa vertaiskehittämisen avulla arvioituna. *Suom Lääkäril* 2016;71:325–9.
- 3 Aapro M, Boccia R, Leonard R ym. Refining the role of pegfilgrastim (a long-acting G-CSF) for prevention of chemotherapy-induced febrile neutropenia: consensus guidance recommendations. *Support Care Cancer* 2017;11:3295–304.



**Oikea vastaus
sivulla 626**

Hoitotasapainosta suistunut astma

Terveyskeskuksen ajanvarausvastaan- otolle tulee 57-vuotias nainen astmaoi-reiden pahenemisen vuoksi. Hänellä on ollut astmalääkkeenä pitkään käytössä flutikasonin ja salmeterolin yhdistelmä- valmiste jauheinhalaattorina ja tarvit- taessa salbutamoli.

Reseptit on uusittu vuosittain, mutta edellisestä astmakontrollista on aina- kin 4 vuotta aikaa. Spirometria on kat- sottu edellisen kerran kymmenisen vuotta sitten. Potilaan PEF-arvot hyvä- sä tilanteessa ovat olleet 480–500 l/min (EU-viitearvo 480 l/min).

Astman lisäksi potilaalla on hyper- kolesterolemia, verenpainetauti sekä masennus ja lääkityksinä simvastatiini (20 mg x 1), losartaani (100 mg x 1) sekä sitalopraami (20 mg x 1). Hän on allergi- nen koivulle, kissoille ja hevosille. Aller- giaoireisiin on tarvittaessa käytössä desloratadiini (5 mg). Potilas on aiem-



min tupakoinut 8 askivuotta, mutta lopettanut 31 vuotta sitten. Hän työskentelee myyjänä tavaratalossa.

Potilaan vointi on huonontunut useamman kuukauden aikana. Hänellä on ilmennyt yskää, limaisuus on lisääntynyt eikä henki kulje liikkueessa entiseen malliin. Liikkuminen onkin jäänyt vähälle. Salbutamolia kuluu useita annoksia päivässä. PEF-arvot ovat luokkaa 340–440 l/min.

Vastaanotolla tavataan hyvävointinen nainen. Sydämen ja keuhkojen auskultaatiossa ei ole poikkeavaa, eikä turvotuksia ole havaittavissa. Happpisaturoitio huoneilmalla on 98 % ja pulssi 75 lyöntiä minuutissa. Potilas puhallaa hyvällä tekniikalla PEF-arvon 400 l/min. Vastaanotolla potilas ei yski merkittävästi. Nielu on siisti ja nenä tukkoisen oloinen.

Potilaalle ohjelmoidaan thoraxkuva. Siinä ei nähdä poikkeavaa. Laboratoriotuloksissa Hb on 133 g/l, Leuk 6,8 E9/l, Trom 278 E9/l ja CRP < 4 mg/l. PEF-taso on seurannassa aamulla ennen lääkettä 330–410 l/min ja lääkkeen ottamisen jälkeen 400–460 l/min. Illalla taso on ennen lääkettä 390–440 l/min ja lääkkeen ottamisen jälkeen 410–480 l/min. Merkittävä bronkolyyttivaste on ollut havaittavissa 3 kertaa. Mainittavaa vuorokausivaihtelua ei ole ollut.

Spirometriassa havaitaan kohtalaisen vaikea obstruktio ja bronkolyyttiko-keessa FEV₁ paranee lähes merkittävästi (0,28 l / 10 %). Aiempia spirometriatuloksia ei löydy vertailuun.

Miksi potilaan astma ei ole hoitotasapainossa?

- A) Potilas ei käytä hoitavaa astmalääkettä.
- B) Potilas on hankkinut kissan, joka aiheuttaa oireita.
- C) Potilaalla on merkittävä refluksi.
- D) Potilaalla on krooninen sinuiitti.
- E) AT II-reseptorin salpaaja aiheuttaa potilaalle yskää.

MARIA HOLLMÉN
maria.hollmen@hus.fi



Kun toimittaja ottaa yhteyttä

Julkinen keskustelu terveydestä ja sairaudesta käydään, vaikka lääkärit eivät osallistu siihen. Terveystoimittajan kanssa voi tehdä yhteistyötä varsin luottavaisin mielin: työn lähtökohdat ja motiivit ovat todennäköisesti yhteiset.

Tieteen yleistajuistamista kansalaisille ja päättäjille on perusteltu paitsi sillä, että se tukee demokratiaa ja yhteiskunnallista päätöksentekoa, myös sillä, että tiede on osa yhteistä kulttuuriperintöämme (1). Yhteiskunta luo tieteelle toimintaedellytykset ja saa vastineeksi hyödyllisiä tutkimustuloksia. Media taas on keskeinen rajapinta, jossa tiede, terveysalan toimijat ja muu yhteiskunta kohtaavat (2).

Mediayhteistyön mielekkyyden pohtiminen on osin akateeminen kysymys. Yhteistyöhön velvoittaa niin yliopistolaki (3) kuin esimerkiksi Lääkäriliitto tiedotussuosituksessaan (4). Suositus koskee erityisesti johtavassa asemassa olevia lääkäreitä. Moni tutkimustyön rahoittaja edellyttää nykyään mediastrategiaa osana hakemusta. On myös kehitetty Impact factorin kaltaisia työkaluja, kuten Altmetric, joiden tarkoituksena on mitata joukkoviestimissä raportoinnin vaikutusta tutkimusartikkelien näkyvyyteen (5).

Julkinen keskustelu terveydestä ja sairaudesta käydään, vaikka tieteen ja terveydenhuollon edustajat eivät osallistu siihen. Tällöin palstatilan ja ruutujan käyttävät aivan muita katsantokantoja edustavat tahot.

Suurelle yleisölle ei voi viestiä tieteen kielellä

Suomalaisen terveysviestinnän pioneirit Pekka Puska ja Osmo A. Wiio ovat esittäneet, että asiantuntija voi olla niin oman alansa tieteellisen ilmaisutavan sitoma, ettei hänelle edes tule mieleen suurelle yleisölle soveltuvampi ilmaisu (6). Vaikka yleistajuistaminen ymmärretään usein vain median käytännöksi, jokainen kliinistä työtä tekevä lääkäri muokkaa tieteellistä tietoa potilaille ymmärrettävään muotoon.

Viestin on oltava kiinnostava ja ymmärrettävä, jotta sen saa läpi muiden uutisten ja sosiaalisen median sisältöjen vastakohinassa – se on siis popularisoitava. Maallikko ei välttämättä ymmärrä, mitä esimerkiksi kaksoissokkotutkimus

tarkoittaa. Tällöin hän ei ymmärrä myöskään sitä, miksi metodilla tuotettu tieto on luotettavampaa kuin läheisen ihmisen kokemusperäiset vaikutelmat.

Joukkoviestimien yleisöt eivät ole homogeeninen joukko, vaan pohjatiedon määrä on yksilöllinen. Sosiaalisessa mediassa terveyssisältöjä lukevat niistä kiinnostuneet; mas-samediaassa yleisölle tulee perustella, miksi heidän pitäisi tietää raportoitavasta aiheesta.

Moni lääkäri on kunnostautunut tieteen yleistajuistajana, mutta käytettävissämme on lisäksi ammattikunta, joka on koulutettu viestimään ymmärrettävästi ja kiinnostavasti: journalistit eli ammattitoimittajat. Haasteena yleistajuistamisen yhteistyössä ovat tieteen kielen ja toimittajien käyttämän kielen erot. Tiede pyrkii tarkkuuteen ja epävarmuustekijöiden huomioimiseen, kun taas media haluaa selkeyttä, iskeytyä ja varmuutta (7,8). Toisaalta tieteenkin kieli on muuttunut tunneperäisemmäksi (1,9). Tieteessä arvovalta ansaitaan viestin sisällön, ei esitystavan perusteella, mutta joukkotiedotusvälineissä esiintymistaidoilla on selvästi enemmän merkitystä.

Suomalaisen tutkimuksen mukaan terveystoimittajat suhtautuvat tunnelähtöiseen sisältöön ja yksittäisten henkilöiden kokemusten raportointiin hyväksyvämmiin kuin lääkärit (10). Kaiken kaikkiaan tarinallisuus ja jopa toimittajan oman persoonan tuominen esille ovat lisääntyneet journalismissa, kun perinteinen asia edellä -raportointi on tehnyt tilaa yksilökeskeisille, kollektiivisille tunnekokemuksille (11). Tunneperäisten ilmaisujen yleistyminen ei ole ainoastaan terveystoimittajien ilmiö: British Medical Journalissa vuonna 2015 julkaistun tutkimuksen mukaan positiivinen laatusanasto on lisääntynyt

myös tieteellisten julkaisujen tiivistelmissä satoja prosentteja viimeisten 40 vuoden aikana (9).

Kahdenlaisia toimittajia

Toimittajat voidaan jakaa terveystoimittajien kannalta kahteen ryhmään: yleistoimittajat ja terveysaiheisiin erikoistuneet toimittajat. Ensiksi mainitut vastaavat suuresta osasta päivänpolttaa uutisointia, eikä heillä välttämättä ole erityistä kiinnostusta lääketieteeseen tai keskivertomaallikkaa merkittävämpiä pohjatietoja alalta. Terveysaiheisiin erikoistuneet toimittajat taas ovat yleistoimittajiin verrattuna varsin kokenut ja korkeasti koulutettu osajoukko, joka koee viitekehyykseen nimenomaan biolääketieteen (10,12,13).

Lääkäreiden ja terveystoimittajien näkemyksiä kartoittaneen suomalaistutkimuksen mukaan lääkärit ovat median kanssa yhteistyötä tehdessään huolissaan viestin vääristymisestä, yliyksinkertaistamisesta ja sensationalismista (10). Samaisen tutkimuksen mukaan suomalaiset terveystoimittajat jakavat nämä ajatukset ja kantavat huolta mediassa raportoidun vaikutuksista potilaiden terveyskäyttäytymiseen siinä missä lääkäritkin. He myös määrittelevät luotettavan ja laadukkaan terveystoimittajien samalla tavoin kuin lääkärit (10). Yhteistyöhön terveystoimittajan kanssa voi siis lähteä varsin luottavaisin mielin: työn lähtökohdat ja motiivit ovat todennäköisesti yhteiset.

Kuka on asiantuntija?

Asiantuntija voidaan määritellä henkilöksi, jolla on tietoja ja taitoja, joita muilla ei ole ja joiden avulla hän voi ratkaista ongelmia. Rooliin on määritelmällisesti yhdistetty myös yhteiskunnallinen arvostus, eli muut tiedostavat henkilön asiantuntijuuden (1).

*Terveystoimittajat
määrittelevät
luotettavan ja
laadukkaan
terveystoimittajien
samalla tavoin kuin
lääkärit.*

NÄIN PÄRJÄÄT MEDIAN KANSSA:

- Älä anna kommenttia tunnekuohussa tai selvittämättä ensin faktoja.
- Hyväksy, että osallistuminen yhteiskunnalliseen keskusteluun on perusteltua myös lääkärille. Suositukset velvoittavat erityisesti johtavassa asemassa olevia lääkäreitä viestimään aktiivisesti.
- Muista, että median tehtävä on suhtautua kaikkiin tietolähteisiin kriittisesti – myös sinuun.
- Jokaisella on oikeus antaa haastattelu omista kokemuksistaan. Jos potilas vie tarinansa mediaan, on tärkeä kysyä miksi: onko hän epätietoinen jatkohoidostaan tai onko kommunikaatio ajautunut niin pahasti karille, ettei muita vaihtoehtoja näyttänyt olevan? Eikö potilas ole tietoinen virallisista valituskanavista?
- Tunne oikeutesi: perehdy Journalistin ohjeisiin sekä Lääkäriliiton ja Journalistiliiton laatimaan tiedotussuositukseen jo ennen kuin toimittaja on langan päässä.
- Noudata omien sitaattien tarkistamiseen annettuja määräaikoja. Muista, ettei haastateltavalla ole muokkausoikeutta artikkelin muuhun sisältöön, etsikkoon tai näkökulmaan.
- Hyväksy tarve yleistajuistaa. Jos toimittaja ei ymmärtänyt kertomaasi, ei sitä varmasti ymmärrä jutun yleisöäkään.

Tieteen sosiologiien mukaan viestinnällä on merkitystä määriteltäessä sitä, keitä yhteiskunnassa pidetään asiantuntijoina (14). Tästäkin syystä lääketieteen edustajien osallistumista julkiseen keskusteluun voidaan pitää perusteltuna.

Asiantuntijuus on kuitenkin murroksessa. Tieteensosiologit ovat havainneet niin sanotun refleksiivisen modernisaation osana sitä, miten yksilönvapaus valintojen tekemisessä näyttää nyt ohittavan asiantuntijavallan, ja kansalainen valitsee itse menettelytavan saatavilla olevan tiedon pohjalta (1).

Entä jos yhteistyö ajautuu karille?

Media epäonnistuu ja syyllystyy ylilyön-teihin siinä missä muutkin ammattikunnat. Tieteellisen konsensuksen luominen ei ole median, vaan tiedeyhteisön tehtävä. Hedelmällisempää kuin antaa pelkkää yleistä negatiivista palautetta medialle on yksilöidä väärät väitteet ja epäselvät ilmaisut. Yhteydenotto voi hyvin poikia jatkojutun, joka taustoitaa ja selvittää alkuperäistä artikkelia.

Joukkotiedotusvälineiden toimintaa säätelevät Suomessa lakien ohella Journalistin ohjeet (15). Julkisen sanan neuvosto, joka on alan eettinen itsesääntelyelin, on lisäksi antanut periaate- ja muita lausumia tarkentamaan ja täydentämään ohjeita. Neuvoston alaisuuteen ja Journalistin ohjeisiin ovat sitoutuneet käytännössä kaikki keskeiset suomalaiset joukkotiedotusvälineet – myös Lääkärehti. Kuka tahansa, joka kokee tiedotusvälineen rikkoneen ohjeita, voi kannella neuvostoon neuvoteltuaan jutun tehneet toimittajan tai päätoimittajan kanssa. Kanteluprosessi on ilmainen ja ver-raten nopea.

Lääkärit eivät tutkimusten mukaan ole sen enempää median hampaissa kuin muutkaan ammattikunnat, ja valtaosa terveysaiheisesta raportoinnista on sävyltään neutraalia (10). Lisäksi

suomalaisen tutkimuksen mukaan suuri osa vakavimmista yhteentörmäyksistä median kanssa olisi estettävissä sillä, että lääkärikunta tuntisi paremmin journalismin keskeisiä pelisääntöjä (10). Niihin voi tutustua lukemalla Journalistin ohjeet sekä Lääkäriliiton ja Journalistiliiton yhdessä laatiman tiedotussuosituksen.

Voisinko sittenkin kommentoida kiistanalaista asiaa?

Terveystieteen toimijat vetoavat mediakohujen aikana salassapitovelvollisuuteen silloinkin, kun mediassa esitetyt väitteet olisi mahdollista kommentoida yleisellä tasolla varsin seikkaperäisesti. ”En kommentoi” on yleisön näkökulmasta harvoin neutraali ilmaisu, vaan vaikuttaa usein ylimieliseltä ja salailevalta. Asioita, joita on aina mahdollista kommentoida, ovat tietyn sairauden hoitokäytännöt, jonotilanne sekä hoitojen näyttöön perustuvuus. Jos potilaan mediassa esittämät väitteet ovat selvästi virheellisiä, ne voi oikoa – onhan potilas jo tuonut nämä tiedot esille.

Yksittäisen potilaan asiaa on mahdollista kommentoida hänen luvallaan (2). Esimerkiksi urheilutahien leikkaushoidon ja julkisuuden henkilöiden akuutin sairauden yhteydessä lääkäri ja potilas usein sopivat tiedotusvastuusta (4). Jos lupaa ei ole potilaalta vielä pyydetty tai jos sitä ei saada, juttua tekevää toimittajaa voi muistuttaa Journalistin ohjeiden velvoitteesta olla tasapuolinen ja suhtautua kaikkiin tietolähteisiin yhtä kriittisesti (Julkisen sanan neuvosto).

Vallan vahtikoira valvoo myös tiedettä ja terveydenhuoltoa

Asiantuntijan kannattaa pohtia etukäteen, mikä hänen tärkein viestinsä on. Kielteiset uutiset hallitsevat mediassa, ja neurotiedekin on osoittanut, että ne

KIRJALLISUUTTA

- 1 Väliaverron E. Julkinen tiede. Tampere: Vastapaino 2016;49–57, 72 ja 162–163.
- 2 Järvi U, toim. Tautinen media. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2014.
- 3 Yliopistolaki 24.7.2009/558, § 2. www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090558
- 4 Suomen Lääkäriliitto ja Suomen Journalistiliitto. Yhteinen tiedotussuositus (2013). www.laakariliitto.fi/site/assets/files/2708/tiedotussuositus_140108.pdf
- 5 Kwok R. Research impact: Altimetrics make their mark. *Nature* 2013;500:491–3.
- 6 Wiio OA, Puska P. Terveystieteen opas. Otava, Helsinki 1993;82.
- 7 Tikkanen MJ. Kolesteroliikasta – lääketieteen vai viestinnän ongelma. *Suom Lääkäril* 1993;418:1802–4.
- 8 Nelkin D. Medicine and media. An uneasy relationship: the tensions between medicine and the media. *Lancet* 1996;347:1600–3.
- 9 Vinkers CH, Tjebkink JK, Otte WM. Use of positive and negative words in scientific PubMed abstracts between 1974 and 2014: retrospective analysis. *BMJ* 2015;351:h6467.
- 10 Ahlmén-Laiho U. Suomalaisen lääkärien suhde joukkotiedotusvälineisiin. Väitöskirja. Turun yliopisto 2019.
- 11 Väliaverron E, toim. Journalismi murroksessa. Helsinki: Gaudeamus 2009;7–17 ja 23–24.
- 12 Finer D, Tomson G, Björkman N-M. Ally, advocate, analyst, agenda-setter? Positions and perceptions of Swedish medical journalists. *Patient Educ Couns* 1997;30:71–81.
- 13 Junttila J. Tiedetoimittaja 2.0. Suomalaiset tiedetoimittajat journalismin murroksessa. Pro gradu. Journalistiliiton laitos, Tampereen yliopisto 2016.
- 14 Giddens A. The Consequences of Modernity. Lontoo: Polity Press 1992.
- 15 Julkisen sanan neuvoston kannatusyhdistys. Journalistin ohjeet. www.jsn.fi/journalistin_ohjeet/
- 16 Ito TA, Larsen JT, Smith NK, Cacioppo JT. Negative information weighs more heavily on the brain: The negativity bias in evaluative categorizations. *J Pers Soc Psychol* 1998;75:887–900.
- 17 Smith NK, Larsen JT ym. Being bad isn't always good: Affective context moderates the attention bias toward negative information. *J Pers Soc Psychol* 2006;90:210–20.
- 18 DeSemir V. What is newsworthy? *Lancet* 1996;347:1163–6.

LISÄTIETOA

Suomen Lääkäriliitto ja Suomen Journalistiliitto. Yhteinen tiedotussuositus (2013). www.laakariliitto.fi/site/assets/files/2708/tiedotussuositus_140108.pdf

Julkisen sanan neuvoston kannatusyhdistys. Journalistin ohjeet. www.jsn.fi/journalistin_ohjeet/

Tieteenjulkistamisen neuvottelukunta (TJNK). Tiede kuuluu kaikille. Kansallinen tiedeviesticinnän toimenpideohjelma (2013). www.tjnk.fi/sites/tjnk.fi/files/Tiede%20kuuluu%20kaikille.pdf

Strellman U, Vaattovaara J, toim. Tieteen yleistajuis-taminen. Helsinki: Gaudeamus 2013.

Karpp A. Doctoring The Media: The Reporting of Health and Medicine. Reading: Routledge 1988.

Järvi U, toim. Tautinen media. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2014.

jäävät parhaiten mieleen (16,17,18). Terveydenhuollosta uutisoitaessa kielteisen korostumiseen vaikuttaa myös lähtöoletus työn laadusta ja turvallisuudesta: olisi varsin hullunkurista uutisoida, että sairaalassa suoritettiin onnistunut leikkaus. Lisäksi positiiviset asiat jäävät usein organisaation sisäisiksi uutisiksi. Kuitenkin uudet aluevaltauksset ja laadukas toiminta ovat aiheita, jotka varmasti kiinnostaisivat mediaa, jos joku keksisi niistä kertoa.

On ymmärrettävää ja hyväksyttävää, että näyttöön perustuvalla biolääketieteellä on valta-asema median terveys- ja sairauspuheessa. Sen viitekehysessä ei kuitenkaan ole mahdollista tyhjentävästi käsitellä kaikkia aiheita, esimerkiksi potilaiden yksilökokemuksia vakavan sairauden vaikutuksista arkeen. Sananvapaus on yksi demokratian peruspilarista, ja jokaisella kansalaisella on oikeus kertoa tarinansa mediassa.

Median tulee tarkastella kriittisesti yhteiskunnallisia rakenteita ja niiden toimijoita, mukaan lukien lääkäriprofessio. Valelääkärit ja Kupittaa sairaalan geropsykiatristen potilaiden kohtelu paljastuivat nimenomaan tutkivan journalismin ansiosta. Vaikka myrskyn silmään joutuneiden turhautumista mediaan on helppo ymmärtää, vallan vahtikoira tarvitaan edelleen myös terveydenhuollossa. ●

ULLA AHLMÉN-LAIHO
LT, anestesiologian ja tehohoidon erikoislääkäri
TYKS Totek-toimialue
kliininen opettaja
Turun yliopisto, kliininen laitos

SIDONNAISUUDET

Ulla Ahlmén-Laiho: Apurahat (VSSHPEvo, Lääkäriliitto), korvaus koulutusaineiston tuottamisesta (Duodecim), konferenssimatkakulut (MSD Finland), Julkisen sanan neuvoston jäsenyys 2000-luvun alussa, Finnanestintuomituksunnan jäsenyys.



Hoitotasapainosta suistunut astma

57-vuotiaan naisen astmaoireet ovat pahentuneet. Miksi astma ei ole hoitotasapainossa?

Oikea vastaus: D, potilaalla on krooninen sinuiitti.

Potilas tulee vastaanotolle kuulemaan tuloksia. Hän ei ole hankkinut kotieläimiä eikä aloittanut tupakointia uudelleen. Anamneesissa ei tule esille refluk-sia. AT II -reseptorin salpaaja on ollut käytössä pitkään, eikä sen käyttöön ole koskaan liittynyt ongelmia.

Kysyttäessä käy ilmi, että potilaan nenä on jatkuvasti tukossa ja hänellä on jatkuvasti nuhaa. Sinuscan-kaiku-kuvauksella ei ole havaittavissa neste-kertymää maksilloissa. Nenän hoidoksi ohjeistetaan säännöllinen huuhtelu ja nenästeroidi.

Reseptikeskuksesta nähdään, että potilas on hakenut astmalääkkeensä. Hän kertoo käyttävänsä niitä ohjeen mukaisesti. Lääkkeenottotekniikka tar-

kistetaan, ja käy ilmi, että sisäänhengityksen voimakkuus ei riitä lääkkeenottoon kyseisestä inhalaattorista. Potilaalle vaihdetaan aerosolimuotoinen flutikasonin ja formoterolin yhdistelmävalmiste, joka ohjataan otettavaksi tilanjatkeella. Spirometria ja PEF-seuranta ohjelmoidaan kontrolloitavaksi 3 kk:n kuluttua.

Potilaan PEF-arvot palaavat omalle hyvälle tasolle eikä bronkolyyttivasteita enää ole havaittavissa. Myös spirometria normalistuu ja obstruktio väistyy.

Astmapotilaiden hoidossa tulee kiinnittää erityistä huomiota inhalaatiotekniikkaan ja inhalaattorin käyttöön sekä nenäoireisiin. Nenän oireilu huonontaa astmatasapainoa, ja nenän hoitaminen parantaa vointia merkittävästi.

MARIA HOLLMÉN
maria.hollmen@hus.fi