

LV

18.11.2019

Medikalisaatioyöryhmän loppuraportti

1. Taustaa

Lääkäriliiton hallitus päätti kokouksessaan 15.11.2018 perustaa Medikalisaatioyöryhmän toimikaudeksi 1.1.–31.12.2019. Asettamisen yhtenä taustana on se, että Lääkäriliiton strategiassa 2018–2022 medikalisoituminen mainitaan yhtenä toimintaympäristön merkittävänä muutostekijänä.

Työryhmän tehtäväksi annettiin

1. selvittää ja konkretisoida medikalisaatio-käsitteen eri ulottuvuuksia huomioiden ylihoidon- ja -diagnostiikan, jotka läheisesti liittyvät medikalisaatioon
2. kartoittaa medikalisaatio-kehityksen vaikutuksia lääkärin työhön ja terveydenhuoltoon (mahdollisuudet ja uhat)
3. tehdä toimenpide-ehdotuksia Lääkäriliiton linjauksiksi/toimenpide-ehdotuksiksi

Työryhmän puheenjohtajana toimi Tuula Rajaniemi, ja muina jäseninä Seija Eskelinen, Tatu Han, Jorma Komulainen, Kari-Pekka Martimo, Olli-Pekka Ryyänen, Kari Tikkinen, Miia Turpeinen ja Ilona Autti-Rämö (asiantuntijajäsen). Työryhmän sihteerinä toimi Lauri Vuorenkoski. Työryhmä kokoontui seitsemän kertaa.

2. Johdanto

Työryhmä aloitti työnsä määrittelemällä medikalisaatioon liittyviä käsitteitä (kts. luku 3). Medikalisaatiosta on puhuttu sekä terveydenhuollossa että yhteiskunnassa jo pidemmän aikaa, mutta nykykeskustelussa käytetään uusia tarkemmin määritteleviä termejä.

Suosittu nykyinen ilmaus englanninkielisessä kirjallisuudessa on ”too much medicine” (liikalääketiede), jolla viitataan sellaiseen lääketieteelliseen toimintaan, jonka hyödyt ovat korkeintaan hyvin vähäiset tai haitat ovat hyötyjä suuremmat. Vielä tarkempaan ilmaisuun pyrittäessä on käytetty ilmaisuja yli-diagnostiikka ja ylihoito. Tämä työryhmä keskittyi erityisesti ylidiagnostiikkaan ja ylihoitoon.

Julkista keskustelua on leimannut medikalisaation tarkastelu kielteisenä ilmiönä, johon liittyy esimerkiksi arvovallan ja taloudellisen edun tavoittelu. Haitallisena ilmiönä medikalisaatio tarkoittaa sitä, että lääketiede laajenee ja terveydenhuollon tehtäväksi on siirretty muun yhteiskunnan toiminta-alueelle kuuluvia asioita.

Medikalisaatiolla on ollut myös positiivisia vaikutuksia. Terveydenhuoltoon on tullut uusia ja tehokkaita, ihmisten elämänlaatua parantavia hoitomuotoja, kun lääketieteen toiminta-alue on vuosikymmenten kuluessa laajentunut (esimerkiksi proteesi- ja kaihikirurgia).

Medikalisaatio houkuttelee yli diagnostiikkaan ja ylihoitoon. Siihen osallistuvat monet eri tahot: potilaat, potilasjärjestöt, potilaiden omaiset, terveydenhuollon ammattilaiset, terveydenhuollon yksiköt, teollisuus, kaupalliset intressitahot, tiedonvälitys ja poliittiset päättäjät. Medikalisaatiota edistäviä tekijöitä on paljon, mutta jarruttavia tekijöitä on niukasti. Medikalisaatiota pidetään ongelmana usein vasta silloin, kun siitä johtuvat kustannukset nousevat liikaa tai terveysthaittoja esiintyy runsaasti.

Medikalisaation ja siihen liittyvien ilmiöiden taustatekijöitä on useita: lääketieteen kehittyminen, kaupallisuuden lisääntyminen (terveyspalvelut hyödykkeinä), potilaiden roolin vahvistuminen ja muuttuminen kuluttajaksi (ja lääkärin vastaavasti asiakaspalvelijaksi) sekä sosiaaliturvaan liittyvät mekanismit (etuuksien sitominen diagnoosiin). Osaan medikalisaation ja siihen liittyvien ilmiöiden taustatekijöistä (kuten esimerkiksi kansainvälisten lääkeyritysten ansaintalogiikka) ei Lääkäriliittona tai ammattikuntana voida vaikuttaa, mutta niiden haitallisia vaikutuksia voidaan ammattikunnankin toimesta vähentää.

Työryhmässä käytiin laajoja keskusteluja myös medikalisaation ja siihen liittyvien ilmiöiden ilmenemismuodoista ja vaikutuksista niin terveydenhuoltoon yleisesti kuin lääkärin työhön. Lääkärikunnan laajemman näkemyksen kartoittamiseksi työryhmä toteutti kyselyn erikoislääkäriyhdistyksille ja Lääkäriliiton alaosastoille (kts. luku 4).

Lopuksi työryhmässä käytiin keskustelu mahdollisista toimenpiteistä, joilla medikalisaation ja siihen liittyvien ilmiöiden kielteisiä vaikutuksia voitaisiin tunnistaa ja vähentää (kts. luku 7). Ehdotetut toimenpiteet koskevat paitsi Lääkäriliittoa myös terveydenhuoltoa, koulutusjärjestelmää, lääkärikuntaa ja yhteiskuntaa.

3. Termien määrittely

Medikalisaatio

Medikalisaatiolla (lääketieteellistyminen) tarkoitetaan ilmiötä, jossa lääketieteen toiminta-alue laajenee. Aikaisemmin lääketieteeseen liittymättömiä asioita aletaan määritellä lääketieteellisesti ja niistä puhutaan terveyteen ja sairauteen liittyvillä käsitteillä. Medikalisaatiolla on sekä myönteisiä että kielteisiä vaikutuksia.

Ylitutkiminen

Ylitutkimisella tarkoitetaan lääketieteellisiä testejä, seulontoja, tarkastuksia ja seurantoja, joista ei voida kohtuullisella todennäköisyydellä odottaa koituvan potilaalle terveyshyötyä. Nämä tutkimukset ovat lääketieteellisestä näkökulmasta turhia ja niihin liittyy haittojen riski.

Yli diagnostiikka

Yli diagnostiikalla tarkoitetaan sellaisen sairauden tai sen riskin tunnistamista, josta potilaalle ei olisi aiheuttanut oireita. Yli diagnostiikka johtaa tarpeettomiin lisätutkimuksiin ja/tai epätarpeelliseen hoitoon aiheuttaen mahdollisesti tutkittavalle stressiä, tarpeetonta sairaudentuntoa ja muuta tutkimuksista ja hoidoista aiheutuvaa haittaa.

Ylihoito

Ylihoidettaessa potilasta hoidetaan liiallisesti tai tarpeettomasti. Tällöin annetaan hoitoa, josta potilas ei hyödy tai jonka haitat ylittävät hyödyt.

Sairauksien markkinointi

Sairauksien markkinoinnilla (Tautikaupustelu, tautitehtailu) tarkoitetaan sitä, että kehitetään uusia sairauksia tai määritellään olemassa olevia sairauksia uudelleen siten että yhä suurempi joukko ihmisiä voidaan määrittellä sairaksi. Sairauksien markkinoinnin tavoitteena on uusien sairauksien diagnostiikassa tai hoidossa käytettävien tuotteiden myynnin edistäminen.

Sairaus, tauti ja terveysriski

Sairautta, tautia ja terveysriskiä ei voida objektiivisesti määrittellä. Niiden määritelmät ovat sopimuksia, joita yhteiskunnassa tehdään lääketieteelliseen tietoon ja sen tulkintaan, arvoihin ja käytettävissä oleviin resursseihin perustuen.

Sairaudella tarkoitetaan yksilön rakenteen tai toiminnan poikkeavuutta, joka aiheuttaa haittaa, toiminnanvajetta tai vammaisuutta.

Taudilla tarkoitetaan määritettävissä olevaa, eri ihmisissä samantapaisin oirein tai löydöksin ilmenevää sairautta. On olemassa useita tautiluokituksessa määritettyjä tiloja tai oireyhtymiä, joita ei voida nimetä sairaudeksi, mutta jotka edellyttävät hoitoa ja/tai kuntoutusta.

Terveysriskillä tarkoitetaan sairastumisen todennäköisyyttä lisäävää tekijää.

Kvaternaaripreventio

Kvaternaaripreventiolla tarkoitetaan väestön suojelemista medikalisaation, yli diagnostiikan ja ylihoidon haitoilta.

Defensiivinen lääketiede

Defensiivisellä lääketieteellä tarkoitetaan tarpeettomien tutkimusten ja hoitojen tekemistä hoitovirhesyytösten välttämiseksi.

Paramedikalisaatio

Paramedikalisaatiolla tarkoitetaan lääketieteen ulkopuolisten terveysuskoimusten korostumista.

Biomedikalisaatio

Biomedikalisaatiossa on keskeistä yksilön omatoiminen kehon toiminnan mittaaminen ja elintapojen säätely teknologisten laitteiden ja sovellusten avulla. Kehon tarkkailulla tavoitellaan riskien hallintaa sekä terveyden ja toimintakyvyn parantamista.

4. Kysely erikoislääkäriyhdistyksille

Työryhmä teki erikoislääkäriyhdistyksille ja Lääkäriliiton alaosastoille suunnatun kyselyn kesällä 2019. Siinä kartoitettiin erikoisalojen näkemyksiä ja käytännön kokemuksia medikalisaation ilmenemismuodoista terveydenhuollossa ja lääkärin työssä. Kyselyssä kysyttiin

1. Miten medikalisaatio, ylihoito ja yli diagnostiikka ilmenevät erikoisalallanne?
2. Mitä konkreettisia toimenpiteitä erikoisalallanne on tehty medikalisaation, ylihoidon ja yli diagnostiikan haittojen ehkäisemiseksi?
3. Mitkä ovat erikoisalallanne medikalisaation, ylihoidon ja yli diagnostiikan kannalta merkittäviä tulevaisuuden muutostrendejä?

4. Mitä erikoisalallanne tai laajemmin ammattikunnassamme (esim. Lääkäriliitto) voitaisiin tehdä medikalisaation, ylihoidon ja yli diagnostiikan mahdollisten haittojen ehkäisemiseksi?

Kysely lähetettiin 165:lle yhdistyksen ja alaosaston puheenjohtajalle ja sihteerille (89 yhdistystä ja alaosastoa). Siihen saatiin 35 vastausta. Medikalisaatio, yli diagnostiikka ja ylihoito nähtiin terveydenhuollossa konkreettiseksi haasteeksi erittäin laajasti, vain yhden vastaajan mukaan medikalisaatiota, yli diagnostiikkaa ja ylihoitoa ei erikoisalalla tunnistettu.

Vastauksissa tuotiin esiin erilaisia käytännön esimerkkejä tilanteista, joissa medikalisaatiota ja siihen liittyviä ilmiöitä ilmenee. Nämä liittyivät

- sairauksien hyödyttömiin seuloituihin ja terveystarkastuksiin terveillä henkilöillä,
- potilaan ongelmien ratkaisemiseen lääketieteen keinoin vaikka ongelman todelliset syyt ovat sosiaalisessa ympäristössä,
- normaaliin elämään kuuluvien oireiden hoitamiseen lääketieteen keinoin,
- normaalien ikääntymiseen liittyvien muutosten ylikorostamiseen,
- liiallisten tai liian kajoavien tutkimusten tekemiseen,
- lääkehoitojen käyttämiseen ei-lääkkeellisten, supportiivisten hoitojen sijaan,
- tarpeettomiin tutkimuksiin, seurantoihin, toimenpiteisiin ja lääkehoitoihin.

Tutkimuksia voidaan tehdä väärään aikaan, liian aikaisin tai liian myöhään. Potilaille tehdään tutkimuksia "nice-to-know" -periaatteella eli saatu tulos ei johda terveyshyötyyn. Kyselyssä nousi esiin erityisesti nykyaikainen kuvantaminen, jonka käytön kynnyks on paikoin alhainen ja johtaa hyvälaatuisten sattumalöydösten tarpeettomaan tunnistamiseen ja hoitamiseen. Yli diagnostiikan ja ylihoidon toteutumista terveydenhuollossa ei juurikaan seurata.

Medikalisaatiota ja siihen liittyviä ilmiöitä koetaan lisäävän potilailta tuleva paine, markkinointi, kaupalliset intressit sekä harhaanjohtava tieto perinteisessä ja sosiaalisessa mediassa.

Kyselyssä tuotiin esiin useita tapoja, joilla ylihoitoa ja yli diagnostiikkaa on yritetty vähentää: koulutukset, julkaisut, hoitosuositukset ja muut linjaukset hoitokäytännöistä, hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen, terveydenhuollon sisäiset ohjeet, hoito- ja lähetekäytännöistä sopiminen, tiedottaminen, erikoisalan sisäiset keskustelut, osallistuminen julkiseen keskusteluun, tieteellinen tutkimus, informaation jakaminen potilaille, ylihoitoon kannustavista rahoitusmekanismeista luopuminen, lääkäreiden työnohjaus sekä lääkehoitojen vaikutavuuden seuranta ja tarvittaessa lääkehoitojen purkaminen. Potilaan ongelmien hoitaminen tulisi siirtää muiden ammattiryhmien vastuulle silloin kun ongelmien syytkin ovat muualla (työfysioterapeutit, sosiaalialan asiantuntijat, koulut).

Vastauksissa tunnistettiin useita terveydenhuollon ja yhteiskunnan kehityskulkuja, jotka voivat vaikuttaa medikalisaatioon ja siihen liittyviin ilmiöihin tulevaisuudessa:

- kaupallistuminen ja markkinoinnin lisääntyminen terveydenhuollossa
- terveyden ihannoinnin lisääntyminen
- normaaliuden "kapeneminen"

- täydellisen terveyden ja elämänhallinnan tavoittelu
- itsensä mittaroinnin lisääntyminen
- sosiaalisen median merkityksen kasvu
- potilasjärjestöjen lisääntyvä paine
- alidiagnostiikan pelko
- lisääntyvä kiire terveydenhuollossa
- sairaalakohtaiset leikkausmäärien alarajat
- kuvantamisen edelleen kehittyminen ja lisääntyminen
- yksilöllistetyn lääketieteen ja geeniteknologian kehittyminen
- työ-, koulu- ja sosiaalisesta ympäristöstä peräisin olevan oireilun medikalisointi
- väestön ikääntyminen

Vastauksissa tunnistettiin myös kehityskulkuja, jotka voivat selkeästi vähentää painetta medikalisaatioon ja siihen liittyviin ilmiöihin. Nykyistä ohjaavampien potilas- ja laboratoriotietojärjestelmien (ml tekoäly) arvioitiin helpottavan oikean tutkimuksen ja hoidon valitsemista. Lääketieteen kehittyessä opitaan aikaisempaa paremmin kohdentamaan hoitoja oikeille potilaille. Lisääntyvät taloudelliset paineet johtavat yhä tarkempaan resurssien kohdentamiseen vaikuttaviin hoitokäytäntöihin. Hoitokäytännöt muuttuvat joiltakin osin konservatiivisempaan suuntaan.

Vastaajat toivat esiin useita toimenpiteitä, joilla medikalisaation ja siihen liittyvien ilmiöiden paineita voitaisiin tulevaisuudessa vähentää. Ehdotukset liittyivät koulutukseen, hoitokäytäntöjen ohjaamiseen, julkisen keskustelun käymiseen ja tieteelliseen tutkimukseen. Asiaan liittyen peräänkuulutettiin yhteistyötä erikoisalojen kesken sekä muiden terveydenhuollon ammattijärjestöjen, potilasjärjestöjen ja median kanssa. Uskomushoitoja ja pseudolääketiedettä tulisi tehokkaammin vähentää.

Hoito- ja kuvantamissuosituksia nähtiin keskeisenä menetelmänä hoitokäytäntöjen ohjaamisessa. Näitä tulisi tehdä lisää ja niiden noudattamiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Vastauksissa nousi esiin erityisesti tarve saada kuvantamiseen selkeät yhtenäiset lääketieteellisiin syihin perustuvat kriteerit.

Hoitosuositusten tekemiseen, vaikuttavuuden tutkimukseen, kansallisiin laaturekistereihin ja terveydenhuollon teknologian arviointiin kaivattiin lisää resursseja. Palveluvalikoimaneuvostoa (PALKO) ja Käypä hoito -toimintaa tulee vahvistaa. Rohto-toiminnan uudelleen käynnistämistä ehdotettiin. Myös THL:n roolia ehdotettiin vahvistettavaksi hoitokäytäntöjen ohjaamisessa. Uusien innovaatioiden hallitun käyttöönoton prosesseja tulee vahvistaa.

Rahoitusjärjestelmiä kehittämällä voitaisiin nykyistä voimakkaammin ohjata kustannusvaikuttavampien hoitojen valintaan. Digitaalisen tiedonhallinnan ja tekoälyn kehityksen myötä tulisi potilastietojärjestelmissä ottaa käyttöön päätöksentekoa ohjaavia komponentteja.

Laadun mittaaminen ja tiedolla johtaminen tulisi olla osa terveydenhuollon ydintoimintaa ja toiminnan vaikuttavuutta tulisi jatkuvasti arvioida. Laatimitareihin tulisi sisällyttää ylihoitoa ja yli diagnostiikkaa mittaavia indikaattoreita.

Kansalliset laaturekisterit mahdollistaisivat vertaisarvioinnin ja hoitokäytäntöjen yhtenäistämisen. Yhdeksi työkaluksi ehdotettiin kansallisia laadun vertaisarviointifoorumeita.

Tarvitaan lisää tutkimustietoa hoitojen ja tutkimusten hyödyistä, haitoista ja kustannusvaikuttavuudesta. Lisäksi tulisi esimerkiksi kehittää preoperatiivisia tutkimismenetelmiä, jotta voidaan vähentää tarpeettomia leikkauksia.

Medikalisaation ja siihen liittyvien ilmiöiden painetta voitaisiin myös vähentää hoidon jatkuvuutta parantamalla, selkeällä ammattiryhmien työnjaolla, perustamalla sairausryhmäkohtaisia osaamiskeskuksia, suoraan kuluttajille suunnattujen geenitestien rajoittamisella sekä tiettyjen tutkimusten ja lääkkeiden korvattavuuden rajoittamista tietyn erikoisalalan lääkäreille. Perusterveydenhuollon ja erityisesti yleislääketieteen erikoislääkäreiden rooli portinvartijoina ja terveydenhuollon palvelujen koordinaattoreina on tärkeä yli diagnostiikan ja ylihoidon vähentämisessä julkisessa terveydenhuollossa. Edellytyksenä tälle ovat pitkäaikaiset hoitosuhteet. Markkinoinnin ylilyöntejä voitaisiin vähentää tiukemmalla valvonnalla.

Medikalisaatiota ja siihen liittyviä ilmiöitä voidaan vähentää myös lisäämällä julkista keskustelua asiasta. Yli diagnostiikka ja ylihoito pitäisi nostaa agendalle lääkäreiden, terveydenhuollon päätöksentekijöiden, median ja väestön keskuudessa, jotta avoin keskustelu tästä aihepiiristä lisääntyisi. Tietoisuutta hoidon haitoista pitäisi lisätä. Lääkärikunnan tulisi olla aktiivisempi väestön asianmukaisessa informoinnissa ja "pinnalle ponnahtavista" asioista kommentoinnissa. Ehdotettiin että Lääkäriliiton taholta voitaisiin puuttua suurimpiin median ylilyönteihin. Julkista keskustelua kaivattiin myös lääketieteen kaupallistumisen seurauksista.

Lääkäreitä tulisi kannustaa julkiseen keskusteluun. Tarvittaisiin mediakoulutus uskomushoitoja vastaan. Terveydenhuoltoon tarvittaisiin lisää resursseja ja taitoja (sosiaalisessa) mediassa vaikuttamiseen. Kyselyn vastauksissa Ehdotettiin myös laajempia väestökampanjoita.

Kyselyn vastauksissa peräänkuulutettiin lääkärinkunnan sisäistä keskustelua tarpeesta määritellä kaikille vaivoille definiivinen diagnoosi, uskallusta tehdä hoidonrajauksia aiempaa enemmän sekä varovaisuutta normaalikehitykseen kuuluvien ilmiöiden diagnosoimista häiriöksi. Vastaajat kaipasivat myös lääkärin etiikan ja tutkittuun tietoon perustuvien tietolähteiden merkityksen korostamista sekä "varhainen diagnoosi ja hoito ovat aina hyväksi" myytin purkamista.

Lääkärikunnan tulisi olla tietoinen yhteiskunnassa esiintyvistä ilmiöistä ja trendeistä, vaikka ne eivät olisi varsinaisesti lääketieteeseen liittyviä. Lääkäriliiton tulisi opastaa kriittisen ajattelun suuntaan ja uskaltaa ottaa esille kaupallistumisen vaaranpaikat ja siitä aiheutuvat haitat koko ammattikunnan maineelle ja yhteiskunnan taloudelle.

Lääkärin roolin muuttuessa Lääkäriliiton tulisi ottaa siihen liittyvässä keskustelussa vahva rooli ja muistuttaa lääkintätaidon tärkeydestä lääketieteellisen tiedon ja potilaan aseman rinnalla.

5. Medikalisaation merkitys terveydenhuollolle ja lääkärintyölle

Medikalisaatio ja siihen liittyvät ilmiöt näkyvät monin tavoin terveydenhuollon arjessa, jossakin määrin kaikilla erikoisaloilla ja terveydenhuoltojärjestelmän eri osissa (esim. julkinen ja yksityinen terveydenhuolto). Erikoislääkärijärjestöille tehdyssä kyselyssä nousi esiin varsin laajasti käytännön esimerkkejä medikalisaation ja siihen liittyvien ilmiöiden ilmenemismuodoista terveydenhuollon arjessa (kts. luku 4).

Terveydenhuoltojärjestelmän kannalta keskeinen medikalisaation, yli diagnostiikan ja ylihoidon negatiivinen seuraus on resurssien käyttäminen tutkimuksiin ja hoitoihin, joiden vaikuttavuus on vähäinen tai se puuttuu. Nämä resurssit ovat aina pois mahdollisesti hyödyllisemmästä toiminnasta (ns. vaihtoehtoiskustannus). Medikalisaatio, yli diagnostiikka ja ylihoito johtavat siihen, että terveydenhuollon resurssit eivät aina kohdistu terveyshyödyn tuottamiseen. Tämän johdosta terveyshyödyn saavuttaminen väestötasolla heikkenee.

Työryhmän työn aikana nousi usein esiin defensiivisen medisiinan haaste ja epävarmuuden sieto. Negatiivisten seuraamusten pelossa ylitutkitaan ja ylihoitetaan terveydenhuollon palvelujen käyttäjiä. Lääkäri voi pelätä oikeudellisten prosessien lisäksi esimerkiksi potilaiden valituksia, johdon kritiikkiä ja omaa epäonnistumista. Jälkimmäiset lienevät Suomessa merkittävämpiä, sillä oikeudelliset prosessit ovat harvinaisia Potilasvakuutuksen vuoksi. Defensiivisen medisiinan taustalla saattaa olla myös potilaiden liialliset odotukset sekä lääkärin kyvyttömyys kieltäytyä potilaan haluamista tai vaatimista tutkimuksista tai toimenpiteistä.

Kalliiden hoitojen käyttäminen viimeisenä oljenkortena, ilman lääketieteellisiä perusteita, on ylihoitoa. Hoidon lopettamatta jättäminen voi liittyä sekä ylihoitoon että defensiiviseen medisiinaan. Lääkärien koulutuksessa korostuu lääkkeen määrääminen (prescribing), mutta ei lääkityksen lopettaminen (describing). Lääkkeiden aloitukseen ei ole totuttu asettamaan vaikuttavuustavoitteita.

Kaikelle hoidolle on asetettava tavoite, jonka saavuttamista tulee seurata. Mikäli tavoitetta ei saavuteta, on sekä tavoite että sen saavuttamisen keinot arvioitava uudelleen.

Suomen nykyisessä sosiaaliturvajärjestelmässäänkin on elementtejä, jotka omalta osaltaan tukevat medikalisaatiota. Monissa etuuksissa on olennaista etuuden saajan määrittely sairaaksi. Tämä luo potilaalle tarpeen saada tietty diagnoosi, vaikka se ei olisi potilaan ongelman hoitamisen kannalta olennaista, tarpeellista tai lääketieteellisesti perusteltua.

Uudet digitaaliset palvelut ja tekoälyn hyödyntäminen tuovat terveydenhuoltoon paljon uusia mahdollisuuksia, mutta medikalisaation ja siihen liittyvien ilmiöiden näkökulmasta myös haasteita. Yksi tähän liittyvä nouseva ilmiö on biomedikalisaatio ja omatoiminen kehon toiminnan mittaaminen, joka kohdistuu terveyshaittoja ja -riskejä omaavien sijaan koko väestöön (terveet mukaan lukien). Siinä korostetaan terveyden edistämistä, kehon tarkkailua, kehon toiminnan parantamista ja muokkaamista sekä riskien hallintaa, ei niinkään sairauksien hoitoa.

Lääkäreille ilmiö näyttäytyy esimerkiksi silloin, kun potilas tulee vastaanotolle itse käyttämien mittareiden tulosten kanssa, jotka potilaan mukaan osoittavat lääkärin hoidettavia terveysongelmia tai sairauksia.

Nykyajan uudenaikaisista medikalisaation trendeistä esimerkkejä ovat erilaiset dieetit ja ympäristöyliherkkyydet.

Taulukko: Medikalisaatioon liittyviä ilmiöitä

Ilmiö	Selitys
Toiveajattelu	Potilaan toive parantua sairaudesta, lääkärin halu olla hyvä lääkäri, parantaja
Sairauden määritelmien laajentaminen	Sairauden ja ei-sairauden välinen harmaa alue määritellään sairaudeksi, joka edellyttää hoitoa, esimerkiksi verenpaineen tai kolesterolin hoito yhä pienemmillä riskitasoilla
Lääketieteellisten uutuuk-sien kritiikön käyttöö-otto	Yksiköiden välinen kilpailu, halu esiintyä nykyaikai-simpia menetelmiä käyttävänä yksikkönä, tehokkuuden ja nykyaikaisuuden illuusio
Sairauksien markkinointi	Taloudellista hyötyä tavoitellen määritellään aikai-semmin normaalin vaihteluksi tulkittuja tiloja hoidet-taviksi sairauksiksi
Sairauden ja kuoleman ul-koistaminen	Sairaus ja kuolema on siirtynyt ammattilaisten hoi-dettaviksi, korostetaan sairauden ja kuoleman poik-keuksellisuutta.
Kansalaisten odotusten kasvu	Kansalaiset odottavat lääketieteen voivan ratkaista lähes kaikki terveysongelmat. Usko lääketieteen pa-rantavaan voimaan ylittää omien elintapojen vaiku-tukset
Lääketieteellisten uutisten liioittelu	Lääketieteellinen uutisointi on usein liioittelevaa, yli-optimistista. Kyseessä voi olla tutkijoiden liioittelu rahoituksen toivossa tai lehdistön liioiteltu tulkinta.
Defensiivinen lääketiede, pelko joutua syytetyksi hoitovirheestä	Osa tutkimuksista ja hoidoista toteutetaan juridisen taustan varmistamiseksi ja ammatillisen roolin säi-lyttämiseksi.
Alentunut epävarmuuden sieto	Epävarmuuden sieto vaihtelee potilailla ja ammatti-laisilla. Odotusten kasvuun liittyy epävarmuuden sietokyvyn yleinen heikkeneminen.
Uusi teknologia	Uusi teknologia luo kasvavia odotuksia ja tuottaa tu-loksia, joiden merkitystä ei vielä ymmärretä. Tekno-logian käyttöönottoa ohjaa usko teknologian yliver-taisuuteen.
Rahoitusjärjestelmä	Suoritepohjainen korvaus houkuttelee hoitavaa ta-hoa laajentamaan tutkimuksia ja hoitoja erityisesti tilanteissa, joissa potilasvirta hiljenee eikä pitkiä jo-noja ole.
Tutkimusmenetelmistä johtuva hoidon hyötyjen yliarviointi	Sekä havainnoivat tutkimukset että valikoituneilla potilasaineistoilla tehdyt satunnaistetut kontrolloidut kokeet usein yliarvioivat hoidon vaikuttavuuden käy-tännön kliinisessä työssä.
Yksilötasoa koskevan lää- ketieteellisen tiedon puute	Lääketiedettä on vaikea rajoittaa, koska on vaikeaa tietää optimaalista hoitoratkaisua yksittäisen poti- laan kohdalla.
Haittojen aliarviointi	Toiveajattelulle tyypillistä on hyötyjen yliarviointi ja haittojen aliarviointi.
Kaupallinen tai poliittinen paine ylihoitoon	Kaupallisuus tai poliittinen paine, esim. pelko yksi- köiden lakkautuksesta voi lisätä ylihoitoa.

6. Medikalisaation hillintäkeinoja

Medikalisaatiota ja siihen liittyviä ilmiöitä voidaan vastustaa sitoutumalla tieteelliseen näyttöön ja hyvään lääketieteelliseen osaamiseen sekä kustannusvaikuttavuuden huolellisella analyysillä. Tämä on erityisen tärkeää, kun uusia menetelmiä otetaan käyttöön.

Medikalisaatiokehityksen hallitsemisessa hoitosuosituksilla on erittäin tärkeä rooli. Tässä Duodecimin Käypä hoito on avainasemassa. Käypä hoidolle tulee turvata riittävät resurssit. Hoitosuositusryhmien jäsenten taloudellisia ja älyllisiä sidonnaisuuksia tulee vähentää ja niiden mahdollista heijastumista hoitosuositusten kannanottoihin tulee hallita kehittämällä edelleen hoitosuositusten laatimisen menetelmiä. Myös muiden kansallisia hoitosuosituksia laativien tahojen on noudatettava kansainvälisiä toimintatapoja.

Lääkärien tulisi pystyä nykyistä paremmin kommunikoidaan potilaille sairauksien riskeistä sekä hoitojen hyödyistä ja riskeistä. Tulisi lisätä tietoisuutta siitä, että kaikkea ei tarvitse hoitaa, eikä diagnoosi automaattisesti oikeuta hoitoa tai muita etuisuuksia.

Yksi syy yli diagnostiikalle on alidiagnostiikan pelko. Toinen taustatekijä yli diagnostiikalle on uteliaisuus ja oppiminen. Tehdään tutkimuksia hoidollisten perusteiden sijaan mielenkiinnon takia tai sen takia että lääkäri oppii sairaudesta jotain uutta. Ennen jokaista tutkimusta pitäisi ensin miettiä vaikuttaisiko tulos jotenkin hoitolinjaan. On myös muistettava, että mitä useampi tutkimus tehdään, sitä todennäköisimmin jokin niistä on viitevälin raja-arvojen ulkopuolella.

Erityisen haavoittuva ryhmä medikalisaation ja siihen liittyvien ilmiöiden näkökulmasta on terveet, jotka päätyvät syystä tai toisesta lääkärin vastaanotolle. Tällaista voi aiheutua esimerkiksi suuntaamattomissa terveystarkastuksissa. Näissä tilanteissa erityisesti korostuu vaatimus näytöstä toiminnan terveyshyödyistä. Tämä liittyy esimerkiksi työterveyshuoltoon ja kouluterveydenhuoltoon.

Hyvä alusta medikalisaatiolle ja siihen liittyville ilmiöille on potilaiden hyvinvoinnin ongelmat, joihin ei ole lääketieteellistä ratkaisua. Tämä on lääkärille vaativa tilanne, potilaalle ei pitäisi kokea jääneensä ongelmineen heitteille, vaikka asiaan ei löydy lääketieteellistä vastausta. Tässä korostuu lääkäri-potilas -suhteen ja pitkien hoitosuhteiden merkitys. Mahdollisuus toisen lääkärin arvioon tarvittaessa (second opinion) lisää oikein käytettynä potilas-lääkäri -suhteen luottamusta.

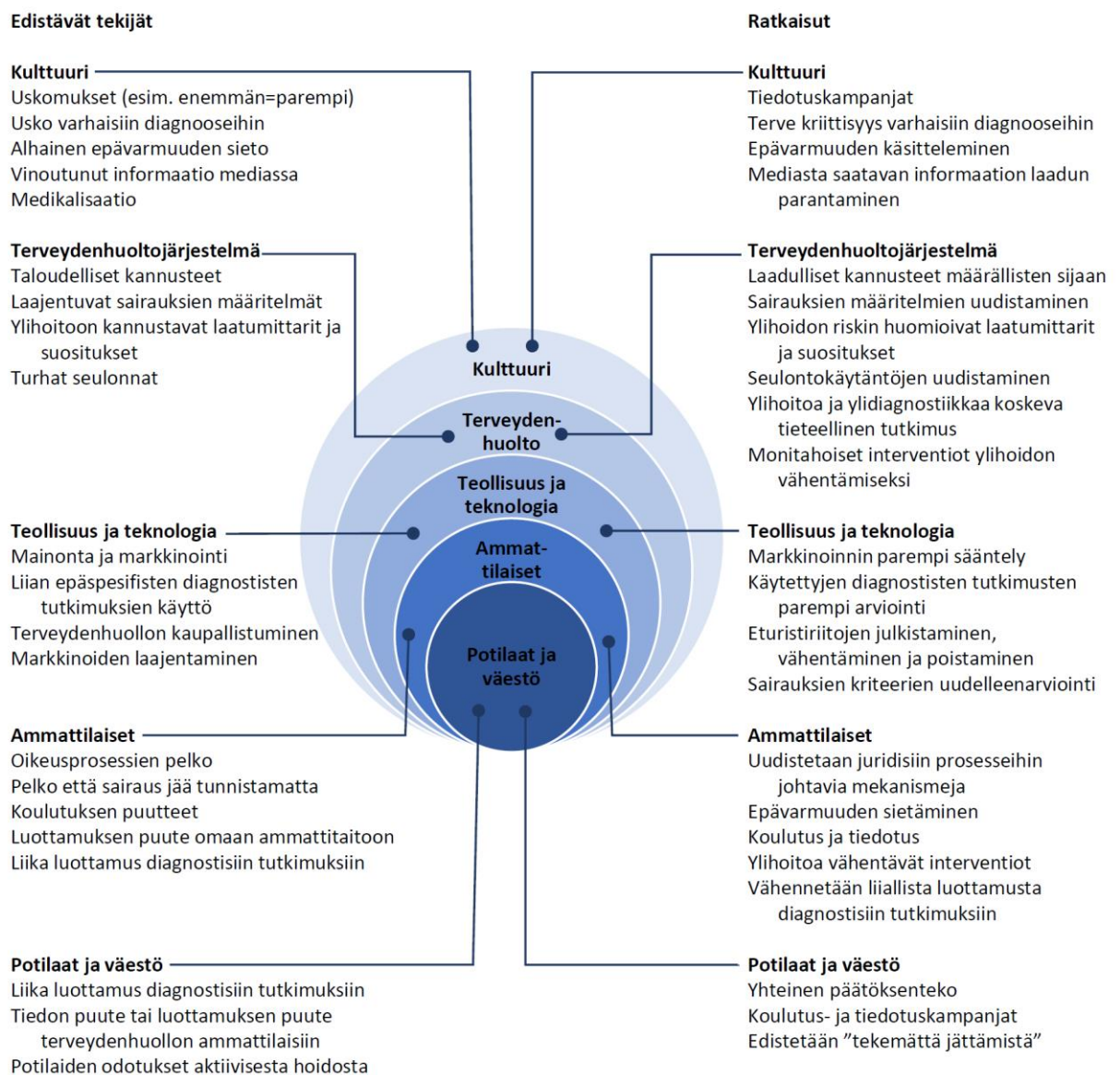
Lääkitysten lopettamiseen pitää kiinnittää nykyistä enemmän huomiota, erityisesti ikääntyneillä. Tämä on tärkeä taito, jota ei hallita tarpeeksi hyvin. Lääkkeiden lopettamisesta tarvitaan lisää tutkimustietoa, koulutusta ja ohjeita. Tulee tarkemmin seurata onko lääkkeellä haluttua vaikutusta ja lopettaa lääkitys tarvittaessa. Viime aikoina tähän on kiinnitetty aiempaa enemmän huomiota, ja lääkäreiden peruskoulutukseen on tullut tähän liittyviä elementtejä.

Tiedolla johtaminen on tulossa voimakkaasti osaksi terveydenhuollon toimintaa. Tämä tuo uusia mahdollisuuksia medikalisaation ja siihen liittyvien ilmiöiden haittojen ehkäisemiseen mm. hoitokäytäntöjen ohjaamisen kautta. Lääkärien tulisi nähdä tämän tyyppinen tiedolla johtaminen positiivisesti. Terveydenhuollossa pitäisi tuoda selkeämmin esiin hoitokäytäntöjen vaihtelu ja

käydä keskustelua vaihtelun syistä. Tietoa hoitokäytäntöjen eroista voidaan tulevaisuudessa nykyistä enemmän saada mm. laaturekistereistä.

Myös hoitojen kustannuksiin suhtautumisessa ja kustannustietoisuudessa on lääkärikunnassa parantamisen varaa. Medikalisaatio ja siihen liittyvät ilmiöt lisäävät terveydenhuollon kustannuksia, ja nämä resurssit ovat väistämättä pois muualta. Kustannustietoisuuden puute osaltaan tukee medikalisaatiokehitystä.

Kuvio: Yli diagnostiikkaa ja -hoitoa edistävät tekijät ja mahdolliset ratkaisut



Lähde: Pathirana T, Clark J, Moynihan R (2017) Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions. BMJ 2017;358:j3879.

7. Toimenpide-ehdotuksia

Työryhmä ehdottaa seuraavia toimenpiteitä medikalisaation ja siihen liittyvien ilmiöiden haittojen vähentämiseksi.

Lääkäriliiton toimenpiteet

- Medikalisaatiotyöryhmän loppuraportti käsitellään kaikissa jaoksissa ja valiokunnissa. Se myös lähetetään kaikille Lääkäriliiton ala- ja paikallis-osastoille, jotta he käyvät asiaa läpi omalta kannaltaan ottaen jäsenistön mukaan keskusteluun. Loppuraportti lähetetään myös kaikille erikois-alayhdistyksille.
- Lääkäriliitto tekee jäsenkyselyn terveystalvendien markkinoinnin epäkohdista.
- Lääkäriliitto tekee aloitteen terveystalvendien markkinoinnin valvonnan tiukentamiseksi (vastaavalla tavalla kuin lääkkeiden markkinointia säädelään).
- Lääkäriliitto myöntää tutkimusapurahaa tutkimuksiin ja hankkeisiin, joissa tutkitaan medikalisaatiota ilmiönä ja sen ehkäisemistä.
- Keskustelun lisääminen medikalisaatiosta, yli diagnostiikasta ja ylihoitodosta sekä niiden hillitsemisestä niin lääkärikunnan sisällä kuin yhteiskunnassakin.
- Lääkäri-potilas -suhteen jatkuvuuden tavoittelu ja perusterveydenhuollon vahvistaminen eri toimin.
- Lääkäreiden some/media-koulutuksen lisääminen (tutkimukseen perustuvan lääketieteen esiin tuominen).
- Lääkäreille lisää taitoja hillitä medikalisaatiota ja sen riskiä niin yleisesti kuin yksittäisen potilaan hoidossa.
- Medikalisaatoriskien esiin tuominen sosiaaliturvauudistuksessa.

Terveystalvientojärjestelmän toimenpiteet

- Lääkärin ansaintamalleissa siirtyminen kohti malleja, joissa painotettaisiin suoritteiden sijaan saavutettua terveystalvientoä.
- Lisää aikaa potilaan kohtaamiseen ja pitkäaikaisten potilassuhteiden mahdollistaminen.
- Biopsykososiaalisen ajattelun ja moniammatillisen yhteistyön lisääminen.
- Vaikuttavuusperusteisen tutkimuksen lisääminen, jonka menetelmissä huomioidaan ylihoitodon ja yli diagnostiikan riski.
- Työnantajien kustantaman koulutuksen lisääminen ja lääkeyritys- ja laitevalmistajalähtöisen koulutuksen vähentäminen.
- Kokonaisvaikutuksia arvioivien tarkistuslistojen käyttö silloin, kun hoitosuosituksiryhmissä pohditaan mahdollisuutta muuttaa sairauden diagnostisia kriteereitä.
- Vahvistetaan potilaan ja lääkäriin yhteisen päätöksenteon periaatteita, joissa huomioidaan niin hyötyjen kuin haittojen todennäköisyys. Vältä viisaasti -suosituksista tehdään potilasversiot.
- Choosing Wisely -verkostossa tehdyn ”viisi kysymystä lääkäriillesi” potilasohjeen käytön edistäminen yhteisen päätöksenteon välineenä.

- Ylidiagnostiikan ja ylihoidon indikaattoreiden sisällyttäminen terveydenhuollon laatumittareihin ja kliinisiin laaturekistereihin.
- Lisätään resursseja taloudellisesti riippumattomien korkealaatuisten hoitosuosituksen tekemiseen ja hoitokäytäntöjen ohjaamiseen. Pyritään vähentämään hoitosuosituspaneelien jäsenten taloudellisia ja älyllisiä sidonnaisuuksia.

Lisäksi tarvittaisiin lisää koulutusta seuraavista teemoista (soveltuvin osin perus-, jatko- ja täydennyskoulutukseen):

- Näyttöön perustuva päätöksenteko, terveydenhuollon kustannusvaikutavuus sekä vaihtoehtoiskustannukset.
- Vuorovaikutustaidot ja hoitolinjoista päättäminen potilaan kanssa.
- Tarpeettomien interventioiden lopettaminen.
- Epävarmuuden sieto ja vahinkojen juridiikka (mm. potilasvakuutus) erityisesti lääkäriopintojen loppuvaiheeseen.

8. Viestintä

Medikalisaatiosta käytävää keskustelua on järkevää edistää askeleittain. Keskustelua voisi hyvin aloittaa termien esiintuomisella. Työryhmä hahmoteli neljä keskeistä viestinnän kohderyhmää: väestö, lääkärit, toimittajat ja päättäjät. Näille eri ryhmille voisi olla hieman erilaiset pääviestit ja iskulauseet. Viestinnässä tarvitaan myös erilaisia toimenpiteitä eri ryhmille.

Ensimmäinen askel on medikalisaatiota käsittelevä sessio Lääkäri 2020 -tapahtumassa. Yksi viestintäkanava lääkäreille voisi olla myös artikkelisarja Lääkärilehdessä. Keskustelun edistämiseksi loppuraportista tehdään tiivis yhteenveto ja power-point esitys.

9. Kansainvälisten lääkärijärjestöjen kannanottoja

WMA: Statement on medical liability reform

<https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-medical-liability-reform/>

CPME: Position Paper on Defensive Medicine

<https://www.cpme.eu/cpme-position-paper-on-defensive-medicine/>

Wonca Europe: Position Paper On Overdiagnosis And Action To Be Taken

<https://www.woncaeurope.org/content/overdiagnosis-and-action-to-be-taken---position-paper-2018>

10. Kansallisia ohjeita

Rationaalisen lääkehoidon toimeenpano-ohjelma - loppuraportti. STM Raportteja ja muistioita 15/2018

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3915-8>

<https://www.hoidonjatkuuus.fi/>

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019

<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161496>