

Teppo Järvinen\*, Jussi Valtonen\*, Jarkko Jokihäärä, Aulis Aarnio ja Samuli I. Saarni

# Hoitosuositukset, systemaattiset vinoumat ja luottamus lääkäreihin

Luotettavasti laaditut hoitosuositukset ovat työväline, jolla tarjotun hoidon laatua voidaan tutkitusti parantaa. Hoitosuositusten laatiminen on kuitenkin moniulotteinen prosessi, johon ei ole yhtä yksiselitteisesti oikeaa menetelmää ja joka sisältää näytön tulkinnan lisäksi myös monenlaisia arvovalintoja. Siksi hoitosuositusten laatimisprosessi on altis myös päätöksenteon systemaattisille vinoumille. Koska ne eivät johdu yksilöiden tietoisista valinnoista, niiden tehokkaat ehkäisykeinot ovat rakenteellisia. Käsittelemme tässä katsausartikkelissa mekanismeja, joilla päätöksenteko saattaa vinoutua, ja esitämme rakenteellisia ratkaisuja niiden ehkäisemiseksi. Kaksi erityisen merkittävää tekijää, jotka altistavat hoitosuositukset systemaattisille vinoumille, ovat taloudelliset sidonnaisuudet ja ammattikuntaedut. Vinoumien ehkäisykeinoiksi esitämme puolueettomien asiantuntijoiden käyttöä, metodologisen osaamisen vahvistamista ja moniammatillisia työryhmiä.

Luotettavat hoitosuositukset ovat arvokkaita koko yhteiskunnalle. Jos hoitosuositukset laaditaan huolellisesti ja niitä noudatetaan, ne parantavat tarjotun hoidon laatua (1). Mutta kuinka varmistetaan, että hoitosuosituksista tulee puolueettomia ja tieteellisesti luotettavia?

Hoitosuositusten laatimisen tarkasteleminen on tärkeää siksi, että näytön kerääminen ja tulkinta on moniulotteinen prosessi, jossa ei ole yhtä yksiselitteisesti oikeaa menetelmää tai lopputulosta. Koska eri tutkijat tekevät jopa täsmälleen samasta tutkimusaineistosta varsin erilaisia päätelmiä (2) ja koska prosessi sisältää näytön tulkinnan lisäksi myös monenlaisia arvovalintoja (3), hoitosuositustyöryhmät voivat päätyä keskenään jopa päinvastaisiin lopputuloksiin (4,5). Siksi kansainvälinen hoitosuositusverkosto Guidelines International Network (G-I-N) suosittelee, että hoitosuositustyö olisi tärkeää suojata tunnetuilta systemaattisten vinoumien lähteiltä (6).

## Päätöksentekoa vinouttavia yksilötason tekijöitä

Jokaisella meistä – myös koulutetuilla asiantuntijoilla – on ajattelussamme painotuksia ja

vinoumia, joista emme ole tietoisia (TAULUKKO). Mittava tutkimuskirjallisuus osoittaa, että vinoumat tiedonkäsittelyprosesseissa ovat yleisiä, huomaamattomia ja vaikeita välttää (7,8).

Käsitellessään tietoa ihminen hyödyntää kognitiivisia heuristiikkoja, oikopolkuja, jotka mahdollistavat päätöksenteon monimutkaisissa tilanteissa mutta johtavat päätöksentekoa usein myös harhaan. Päätöksentekoon vaikuttaa myös suuri joukko muita psykologisia ja sosiaalipsykologisia tekijöitä. TAULUKOSSA esitellään tunnettuja päättelytoimintojen ja päätöksenteon vinoumia, jotka ovat tunnusomaisia myös kokeneille asiantuntijoille (7–9).

## Taloudelliset eturistiriidat

Eturistiriita syntyy, kun toissijaiset päämäärät vaikuttavat epätarkoituksenmukaisesti ammatillaisen tekemisiin arvioihin (10). Taloudelliset hyödyt ovat toissijainen päämäärä, joka ei saisi joutua ristiriitaan terveydenhuollon asiantuntijoiden tärkeimpien tavoitteiden – potilaiden edun ja tieteellisen totuuden – kanssa. Ryhtyessään mihin tahansa yhteistyösuhteeseen jokainen meistä antautuu kuitenkin alttiiksi monenlaisille psykologisille vaikutuksille (11).

**TAULUKKO.** Päätöksentekoa vinouttavia yksilötason tekijöitä.

Vinouma	Vaikutus päätöksentekoon
<b>Ankkuroituminen</b> (anchoring)	Päätelyprosessin alkupisteestä (esimerkiksi ensimmäisenä saadusta tiedosta) aiheutuva mittakaavavirhe
<b>Saavutettavuus</b> (availability)	Taipumus pitää helpoiten mieleen tulevaa tietoa ensisijaisena
<b>Edustavuus</b> (representativeness)	Taipumus pitää tyypillisyyttä todisteena ryhmän jäsenyydestä tai kahden asian välisestä yhteydestä
<b>Esiintyvyyvirhe</b> (base rate fallacy)	Vaikeus ottaa ilmiön yleistä esiintymistodennäköisyyttä huomioon ja painottaa päätöksenteossa sen sijaan yksittäistapaukseen liittyviä yksityiskohtia
<b>Kehysefekt</b> (framing effect)	Päätöksenteon taipumus vinoutua kontekstiin liittyvien epäolennaisten tekijöiden (esimerkiksi sanavalintojen) vuoksi
<b>Vahvistusvirhe</b> (confirmation bias)	Omia ennakkokäsityksiä tukevan tiedon painottuminen vastakkaisen näytön kustannuksella
<b>Tappion välttäminen</b> (loss aversion)	Taipumus painottaa mahdollisten tappioiden merkitystä päätöksenteossa liikaa suhteessa mahdollisiin voittoihin
<b>Ennenaikainen päättäminen</b> (premature closure)	Vaikeus ottaa vastaan ja huomioida olennaista uutta tietoa sen jälkeen, kun lupaa-va hypoteesi on muodostettu
<b>Toimintavinouma</b> (commission bias)	Taipumus reagoida ongelmaan toiminnalla silloinkin, kun tekemättä jättäminen todennäköisesti johtaisi parempiin tuloksiin
<b>Sisäryhmän suosiminen</b> (in-group bias, in-group favoritism)	Taipumus suosia omaa sosiaalista ryhmää (esimerkiksi tavoissa, joilla tietoa tulkitaan tai resursseja jaetaan)
<b>Yliluottamus</b> (overconfidence)	Yleinen taipumus arvioida oma asiantuntijuutensa erehtymättömämmäksi kuin se todellisuudessa on; myös ulkopuoliset pitävät asiantuntijan itsevarmuutta usein virheellisesti osoituksena päätelmien luotettavuudesta

Esimerkiksi klassikkotutkimuksessa 20 lääkäristä 19 uskoi etukäteen, että kaupallinen koulutus ei vaikuttaisi heidän päätöksiinsä, mutta jälkeenpäin osallistujat määräisivät esitellyjä lääkkeitä selvästi useammin kuin aiemmin ja enemmän kuin koulutukseen osallistumattomat lääkärit (12). Kuvittelemme helposti virheellisesti, että vaikka muut olisivat vaikuttamiselle alttiita, me pystymme torjumaan vaikutukset (13). Vaarallisinta on uskoa olevansa immuuni vaikuttamiselle (11).

Juuri julkaistussa systemoidussa katsauksessa osoitettiin, että taloudelliset sidonnaisuudet ovat yhteydessä hoitosuosituksen päätelmiin (14). Hoitosuositusryhmät, joiden jäsenillä oli taloudellisia suhteita lääketeollisuuteen, tekivät suopeampia päätelmiä. Yhteys näkyi hoitosuosituksen lisäksi myös muissa asiantuntijakannanotoissa ja mielipidekirjoituksissa (14). Jo aiemmin on osoitettu, että hoitosuositusryhmät, joilla on sidonnaisuuksia, ovat taipuvaisia laajentamaan sairauksien määritelmiä ja kiinnittämään vähän huomiota hoitojen haittoihin (15). Laajemmin ilmiötä kutsutaan rahoitusefektiksi: teollisuuden rahoittamien asiantuntijoiden päätelmät ovat

usein rahoittajille edullisia (11–13,15–17).

Näistä syistä taloudellisten sidonnaisuuksien katsotaan vaarantavan hoitosuositusryhmien kyvyn luotettavaan päätöksentekoon (4–6,17). Huolena ei ole se, että asiantuntijoiden ajateltaisiin tekevän tietoisesti puolueellisia valintoja, vaan se, että kaikki yhteistyösuhteet vaikuttavat kognitiivisiin toimintoihimme tavoilla, joita on vaikeaa huomata tai estää (13). Taloudellisten eturistiriitojen ongelmaa pidetään yhteiskunnallisesti niin merkittävänä, että New York Times -lehden päätoimittajakunta (14.9.2018) nimitti ongelmaa ”lääketehteen saastumiseksi”.

Sidonnaisuuksia ei pidä sekoittaa lahjuksiin tai muuhun lainvastaiseen toimintaan (18). Tehtävissä, joissa käytetään julkista valtaa, järjestelmän luotettavuus on kuitenkin vaarassa heikentyä, jos asiantuntijat eivät jäävää itseään rahoittajan liiketoimintaan vaikuttavista päätöksistä (KUVA 1) (19). Jäävämmistä pidetään tärkeänä paitsi siksi, että sidonnaisuudet vaikuttavat päätöksentekoon, myös siksi, että sidonnaisuudet eivät herätä ulkopuolisten silmissä luottamusta.

## Auttaako sidonnaisuuksien ilmoittaminen?

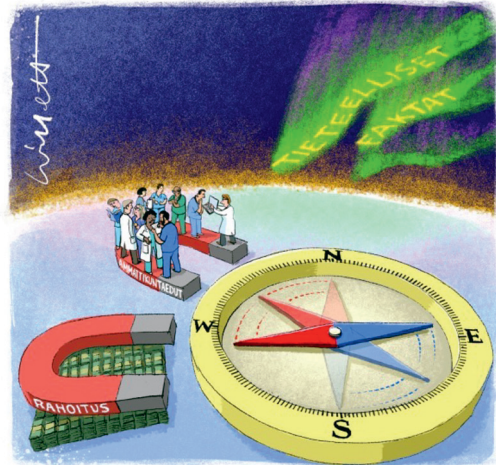
Yleinen tapa yrittää hallita eturistiriitaongelmia on pyytää hoitosuositusryhmien jäseniä ilmoittamaan sidonnaisuutensa. Menettelytavan oletetaan auttavan kahdella tavalla. Ensinnäkin ajatellaan, että ilmoittaminen auttaisi kuulijoita huomioimaan, että sidonnaisuudet voivat vaikuttaa asiantuntijan näkemyksiin. Toiseksi läpinäkyvyyden toivotaan auttavan asiantuntijaa itseään: ajatus on, että jos kerron yhteistyösuhteistani, osaan itsekkin varoa, etteivät näkemykseni pääse vinoutumaan.

Tutkimusnäytön valossa sidonnaisuuksien ilmoittaminen ei näytä auttavan kummallakaan tavalla (20–22). Ilmoittaminen voi paradoksaalisesti jopa pahentaa suositusten vinoutumista (KUVA 2) (21–23).

## Ammattikuntajävyys

Vaikka eniten on keskusteltu taloudellisista suhteista, myös muunlaiset eturistiriidat voivat vaarantaa puolueettomuuden. Päätöksenteon vinoutuminen saattaa johtua myös ammattikuntaetuihin liittyvistä eturistiriidoista (5,19,24–27). Vaikka lääkäri ajattelisi tietoisesti vain potilaidensa parasta, hän on myös oman sosiaalisen ryhmänsä jäsen, ja jokainen ammattiryhmä on myös yhteiskunnallinen toimija. Se, mihin sosiaaliin ryhmiin kuulumme, vaikuttaa kognitiivisiin toimintoihimme: olemme taipuvaisia (tiedostamattamme) tulkitsemaan ja painottamaan havaintojamme tavoilla, jotka ovat edullisia omalle ryhmällemme. Vinouma tunnetaan termillä intergroup (tai in-group) bias (9).

Oman ammattikunnan tärkeyden korostaminen on osa perinteisen ammattikunta- ja ammattiyhdistysjärjestelmän ydintä. Lääkärikunnan erikoistuminen on siirtänyt sekä ammattiryhmäidentiteettiä että edunvalvontaroolia erikoisalatason. Vaikka erikoisala-asiantuntija itse kokisi toimivansa puolueettomasti, hän saattaa silti huomaamattaan painottaa monitulkintaista näyttöä tavalla, joka korostaa oman ammattiryhmän etua. Tätä lääkärit myös haluavat: kyselytutkimusten mukaan lääkärit toivo-

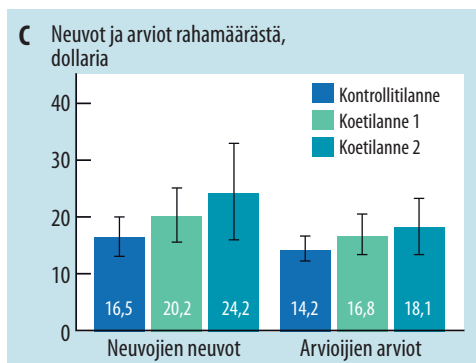
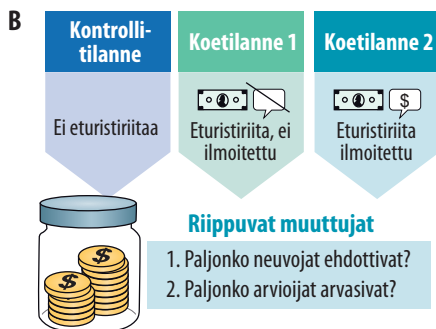
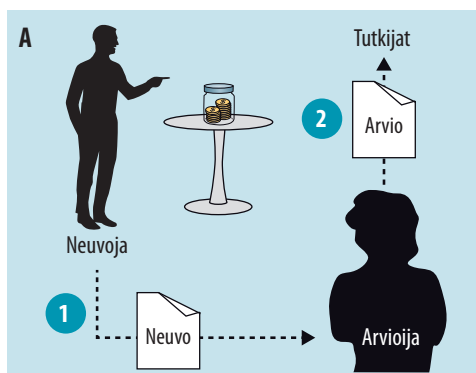


**KUVA 1.** Päätöksentekoa vinouttavia järjestelmätason tekijöitä. Hyvää tekemään perustettu järjestelmä saattaa joskus aiheuttaa vahinkoa, vaikka kaikki sen piirissä toimivat ihmiset tarkoittaisivat hyvää ja toimisivat laillisesti. Lawrence Lessigin mukaan järjestelmätason rapautumista (institutional corruption) aiheutuu, kun systeemiset tekijät pääsevät vaikuttamaan instituutioon sen ulkopuolelta ja johtamaan sitä sivuun sen ensisijaisesta tavoitteesta (19). Tämä heikentää instituutioon kykyä edistää päämääräänsä ja heikentää yleistä luottamusta instituutiota kohtaan. Järjestelmää rapauttavat tekijät ovat usein laillisia, eikä niitä välttämättä pidetä epäeettisinä. Yleisin esimerkki on raha, mutta myös muut tekijät voivat aiheuttaa rakenteellista rapautumista, jos puutteelliset suojarakenteet eivät riitä estämään ulkopuolisia tekijöitä vaikuttamasta strategisesti järjestelmän toimintaan. Kuva: Malcolm Willett, julkaistaan tekijän luvalla.

vat erikoisalayhdistystensä edistävän näyttöön perustuvia hoitoja mutta pitävät oman ammattikuntansa etujen edistämistä vielä tätäkin tärkeämpänä (24). Erikoisalayhdistyksiltä siis nimenomaan toivotaan asiantuntija-auktoriteetin ja edunvalvontaroolin yhdistämistä.

Hoitosuositukset vaikuttavat myös suoraan siihen, kuinka uskottavilta eri palveluntuottajien tarjoamat hoidot näyttävät markkinoilla. Ammattikuntavinoumat muodostuvat ongelmaksi siksi, että lääketieteelliset asiantuntijat suosittelvat mieluiten hoitoja, joita heidän oma erikoisalansa tarjoaa – vaikka se ei olisi potilaiden ja yhteiskunnan kokonaisedun kannalta viisainta (26,27).

Vastaavasti erikoisalat karsivat mieluummin hoitoja, jotka eivät heikennä alan omaa toimintaa tai tulonmuodostusta (24,28). Erityisen ongelmalliseksi tämän tekee se, että lääkärit



**KUVA 2.** Eturistiriidan ilmoittamisen paradoksaalinen vaikutus.

A. Carnegie Mellonin yliopistossa tehdyissä kokeissa 147 koehenkilöä arvottiin kahteen rooliin, "arvioijiksi" tai "neuvojiksi" (20). Arvioijien piti näönvaraisesti veikata, paljonko rahaa lasipurkkiin oli sijoitettu. Neuvojat saivat tarkastella purkkia lähempää ja auttaa arvioijia ehdottamalla sopivaa summaa.

B. Tutkijat halusivat selvittää, miten eturistiriita vaikuttaisi arvioihin. Arvioijat palkittiin aina arvausten tarkkuudesta. Kontrollitilanteessa myös neuvojat palkittiin. Kahdessa koetilanteessa (1 ja 2) neuvojat palkittiin kuitenkin siitä, mitä suurempia arvioita arvioijat esittivät. Neuvojien oma etu oli siis antaa puolueellisia neuvoja koetilanteissa 1–2, kun taas arvioijat olisivat hyötynet puolueettomista neuvoista.

C. Eturistiriita vinoutti sekä neuvoja että arvioita: neuvojat (vasemmanpuoleiset pylväät) antoivat suurempilukuisia neuvoja silloin, kun heidät palkittiin suuremmista arvioista (vihreät pylväät). Myös arvioijat (oikeanpuoleiset pylväät) arvasivat sitä suurempia summia, mitä puolueellisempia neuvot olivat. Kiinnostavaa oli, että eturistiriidan ilmoittaminen pahensi vinoumaa eikä vähentänyt sitä: neuvojat, jotka ilmoittivat sidonnaisuutensa (tummanvihreä), antoivat paradoksaalisesti vieläkin suurempilukuisia neuvoja kuin jos eturistiriidasta ei tarvinnut kertoa (vaaleanvihreä). Tämä johti myös arvioijien suuriin arvioihin.

ovat taipuvaisia näkemään hoitajensa hyödyt ja haitat todellisuutta myönteisemmässä valossa (29). Ammattikuntajääviys onkin monella erikoisalalla johtanut tehottomien hoitojen käyttöön pitkään sen jälkeen, kun tieteellinen näyttö on osoittanut toimet turhiksi (24,27,28). Tämä aiheuttaa turhia kustannuksia ja altistaa potilaita hoitojen haitoille.

Erikoisaloikohtaiset hoitosuositusjärjestelmät ovat osaltaan johtaneet länsimaissa myös siihen, että terveydenhuollon kustannukset lisääntyvät teknologiavetoisesti ja yhteiskuntien kantokyvystä riippumatta. Äärimmäinen esimerkki on eurooppalaisten sydän- ja verisuoni-

tautien erikoisalayhdistysten verenpainetaudin hoitosuositus: mikäli yhdistyksen vuoden 2007 suositusta olisi noudatettu, yli 90 % norjalaisista, maailman terveimmästä kansasta, olisi tarvinnut lääkehoitoa, ja suositus olisi syönyt Norjan koko perusterveydenhuoltoon varatut terveydenhuoltoresurssit (30). Samanlainen ammattikuntajääviys koskee myös muita erikoisaloja (4,5,24,25,27,31).

Muun muassa näistä syistä kansainvälinen Guideline Panel Review working group -suosituspaneelityöryhmä katsoo, että erikoisalojen omat sisältöasiantuntijat ovat yleisesti jäävejä arvioimaan oman erikoisalansa aihepiirejä (5).

Tämän vuoksi on ongelmallista, että juuri erikoisalajien sisältöasiantuntijat usein johtavat suositusryhmiä.

## Tulkinnat ja asiantuntijamielipiteet

Voisi ajatella, että suositustyöryhmän kokoonpanolla ei ole suurta merkitystä, koska näyttö hoitotoimien vaikuttavuudesta on useimmiten niin vakuuttavaa, että päätelmät olisivat joka tapauksessa kutakuinkin samansuuntaisia. Näin ei käytännössä kuitenkaan ole.

Hoidosuosituksiin päätyy nimittäin usein toimia, joiden vaikuttavuudesta puuttuu vakuuttava tieteellinen näyttö (32). Jo vuonna 2009 JAMA:n pääkirjoituksessa pidettiin ongelmallisena, että Yhdysvaltain kardiologiyhdistysten hoitosuositukset olivat enemmänkin yhteenve-toja asiantuntijoiden mielipiteistä kuin tutkimusnäytön kriittistä tieteellistä arviointia (33). Tilanne ei vuoteen 2018 mennessä muuttunut: samojen yhdistysten 2 930 hoitosuositukses-ta vain alle 10 %:ssa näytönaste oli A (näyttö useista tai yhdestä laajasta kontrolloidusta sa-tunnaistetusta tutkimuksesta) (34). Hoitosuo-situsryhmillä on siis päätöksenteossa paljon liikkumavaraa. Monella muulla erikoisalalla vakuuttavaa näyttöä on vielä vähemmän kuin sydäntaudeissa (32), ja suosituksia joudutaan tekemään edellistäkin epätäydellisemmän näy-tön varassa.

Usein ajatellaan, että hoitosuositukset ei-vät ole sitovia, vaan klinikko voi itse arvioida, miten potilaita hoitaa. Todellisuudessa hoito-suosituksen noudattamisesta muodostuu usein käytäntö, joka muistuttaa juridista laatustandar-dia, josta poikkeaminen vaatii erityisiä peruste-luja (35).

## Miten hoitosuositusryhmät tulisi muodostaa?

Koska tieteellisen tiedon tulkinta ei ole yksise-litteistä eikä arvovapaata, systemaattisia vinou-mia hoitosuositusryhmissä on tärkeää ehkäistä ennalta. Yksilöllisiä tulkintapainotuksia on kuitenkin vaikeaa tai mahdotonta estää, koska ne eivät johdu yksilöiden tietoisista valinnoista. Siksi yksilöiden tietoisiin valintoihin kohdistu-

## Ydinasiat

- ▶ Ihmisaivojen tiedonkäsittelyyn vaikuttaa suuri joukko tunnettuja kognitiivisia vinoumia, joiden vaikutuksista yksilö ei usein ole tietoinen.
- ▶ Vinoumat saattavat vaarantaa hoitosuo-situsten luotettavuuden, mikäli laatimis-prosessia ei ole rakenteellisesti suojattu tunnistetuilta systemaattisten vinoumien lähteiltä.
- ▶ Merkittävinä päätöksenteon vinoutumi-sen lähteinä hoitosuosituksissa pidetään työryhmien jäsenten taloudellisia sidon-naisuuksia ja ammattikuntaetuja.
- ▶ Näitä systemaattisia vinoumia voidaan ehkäistä suosimalla riippumattomia asi-antuntijoita ja vahvistamalla metodolo-gien roolia suositusryhmissä.
- ▶ Puolueettomuus toteutuu parhaimmin, jos hoitosuositusjärjestelmä rahoitetaan kokonaan julkisin varoin.

vat uudistukset kuten sidonnaisuuksien ilmoit-taminen eivät todennäköisesti ole hyödyllisiä (13,21,22).

Systemaattisiin vinoumiin voidaan sen si-jaan puuttua rakenteellisin keinoin (19). Tämä tarkoittaa siitä huolehtimista, että tunnistetut vinoumat eivät vaikuta työryhmän useampien jäsenten osalta samaan suuntaan. Yksittäisen jäsenen omat painotukset eivät samalla tavalla vaaranna yhteistä päätöksentekoa, jos työryh-mä on tasapainoisesti muodostettu.

Rakenteellisten ehkäisykeinojen tarkoitus on siis estää olosuhteet, joissa ulkopuoliset intressit pääsevät heikentämään itse *järjestelmän* kykyä huolehtia tärkeimmästä tarkoituksestaan (19) (KUVA 1). Olennaista on turvata *hoitosuo-situsjärjestelmän* kykyä tuottaa tieteellisesti luotettavia kannanottoja, joissa potilaiden ja yhteiskunnan etu ei joudu toissijaiseksi suhteessa ammattilaisten taloudellisiin tai ammattikunta-intresseihin.

Taloudellisissa eturistiriidoissa näyttöön pe-rustuva ratkaisu on asiantuntijoiden mukaan yksinkertainen. Koska taloudellisten intressien

**TIETOLAATIKKO.** Ehdotus hoitosuositusorganisaatioksi (5,17,25,39,40).

**Organisaatio**

Rahoitus julkinen ja läpinäkyvä, jotta toiminta pysyy riippumattomana

Huolehtii siitä, että taloudelliset eturistiriidat on karstittu ja että työryhmät eivät painotu ammattikuntiin, joiden oma klininen työ tai erikoisala on sidoksissa arvioitaviin hoitoihin

**Työryhmät**

Koostuvat näytön arvioinnin ammattilaisten lisäksi tasapuolisesti muun muassa sisältöasiantuntijoista, yleislääkäreistä, muista terveydenhuollon ammattilaisista ja potilaiden edustajista

- Ei suosituksen aiheeseen liittyviä taloudellisia eturistiriitoja
- Ammattikuntajääviydet huomioitu: yksikään ammattiryhmä tai näkökanta ei saa hallitsevaa asemaa

Kaksikamarinen toimintamalli (ks. Suosituksen laatimisprosessi)

**Puheenjohtaja**

Näytön arvioinnin ammattilainen (metodologi)

Ei suosituksen aiheeseen liittyviä taloudellisia eikä ammattikuntaeturistiriitoja

Vastaa siitä, että ulkopuoliset intressit eivät pääse vaikuttamaan suositusten sisältöön

**Suosituksen laatimisprosessi**

Työryhmä määrittelee keskeisimmät kysymykset potilaiden näkökulmasta

- Mikä potilaille on kaikkein tärkeintä?

Koko työryhmä auttaa näytön kokoamisessa

Vain työryhmän menetelmäosaajat arvioivat näytön ja käyttävät kansainvälisesti hyväksyttyä toimintatappaa (esim. GRADE):

- Eri interventioiden absoluuttiset ja suhteelliset hyödyt ja haitat

- Näytön laatu (quality of the evidence)

- Tarvittavat voimavarat

Muut jäsenet voivat halutessaan kommentoida näytön arvioita kirjallisesti

Riippumattomat työryhmän jäsenet tekevät päätökset tieteellisestä näytöstä:

- Onko mahdollista antaa vahva tai heikko suositus?
- Onko suositus "puolesta" vai "vastaan"?

Tavoitteena mahdollisimman läpinäkyvät ja objektiiviset perustelut

**Hoitosuositus**

Esittelee tutkimusnäytön eri interventioista

Tuo selvästi esille myös

- Näytön aukot (evidence gaps) ja

- Potilaiden arvot ja mieltymykset sekä sen, että potilaat arvostavat ja painottavat asioita eri tavoin

Varoo

- Täyttämästä näytön aukkoja asiantuntijoiden mielipiteillä tai mielipiteillä

- Priorisoimasta sisältöasiantuntijoiden arvoja tai mielipiteitä potilaiden näkemysten kustannuksella

- Perustelemasta suositusta tieteellisellä näytöllä silloin, kun näyttö ei ole objektiivisesti vakuuttavaa

Työryhmä voi toki suosittelaa toimenpiteitä, joista ei ole vakuuttavaa näyttöä (esimerkiksi tutkimustiedon tai hyvien vaihtoehtojen puuttuessa), kunhan tämä perustellaan avoimesti

mukanaan tuoma puolueellisuus on tiedostamatonta ja tahatonta, sen hallitsemisesta ei ole tutkijoiden mukaan juuri toivoa silloin kun taloudellisia intressejä vallitsee (13). Siksi eturistiriitoihin on välttämätöntä puuttua muilla tavoin, jos lääkärit haluavat säilyttää laajan julkisen luottamuksen (13).

Ensimmäisen kerran hoitosuosistusten siistimistä eturistiriidoista ehdotti jo yli vuosikymmen sitten Yhdysvalloissa Institute of Medicine (nykyisin The National Academy of Medicine) (36). Ehdotuksen mukaan hoitosuositustyöryhmien puheenjohtajilla ei tulisi olla lainkaan taloudellisia eturistiriitoja, eikä mieluiten työryhmien jäsenilläkään (5). Aloite sai heti laaja-

alaista tukea (17,37,38). Tällaisia ratkaisuja on jo käytössä kansainvälisesti.

**Miten ammattikuntajääviys minimoidaan?**

Entä kuinka ammattikuntajääviyttä koskevat ongelmat voitaisiin ratkaista? Ongelman ytimen voi pelkistää kysymykseen riippumattomuudesta: kuinka todennäköisesti ammattijärjestö suosittelisi oman alansa painoarvon tai resurssien vähentämistä? Sisältöasiantuntijoiden johtavan roolin kyseenalaistaminen johtaa toisaalta ilmeiseen vastakysymykseen: miten lääketieteellisistä hoitolinjauksista voisivat päättää

muut kuin alan kokeneimmat ammattilaiset, jotka tuntevat myös palvelujärjestelmän? Ratkaisu ei ole sisältöasiantuntijoiden poistaminen hoitosuositusryhmistä vaan oikea työnjako eri ammattikuntien välillä.

Yhä useammalla kansainvälisellä foorumilla on ehdotettu, että metodologisen tutkimusosaamisen asemaa tulisi vahvistaa hoitosuositustyössä (5,25,31). Kansainvälisen suosituspaneeliryhmän ehdotuksen mukaan tutkimusnäytön arvioinnin ammattilaisten tulisi johtaa hoitosuositustyötä sisältöasiantuntijoiden sijaan (5). Tällöin erikoisala-asiantuntijoiden perehtyneisyys olisi työryhmän käytössä entiseen tapaan, mutta raja tieteellisen näytön ja (tiedostamattoman) ammatillisen edunvalvonnan välillä olisi rakenteellisesti paremmin suojattu.

Harvoin kysymyksiin potilastyössä voi kuitenkin vastata ainoastaan saatavilla olevan tieteellisen näytön perusteella. Hoitosuositusten laatijat tulevat ottaneeksi kantaa huomattavan monitulkintaisiin ja arvosidonnaisiin kysymyksiin, huomattiin sitä tai ei. Koska omia ammatikuntapainotuksia on vaikea itse huomata, olisi tärkeää huolehtia rakenteellisesti myös siitä, että muiden kuin erikoisalan lääkäreiden mielipiteet kuuluisivat nykyistä herkemmin. Erityisesti potilaiden roolin vahvistaminen olisi tärkeää kysymyksissä, joihin tutkimusnäyttö ei yksin vastaa.

Vaikka monissa maissa hoitosuositusryhmiin kutsutaan muitakin kuin isäntäerikoisalan sisältöasiantuntijoita, nämä ulkojäsenet muodostavat työryhmissä usein vähemmistön. On kyseenalaista, paljonko vaikutusvaltaa heillä todellisuudessa on (25).

## Minkäläinen olisi optimaalinen hoitosuositusorganisaatio?

Ihanne olisi, että toissijaiset tekijät eivät pääsisi vaikuttamaan hoitosuositusten sisältöön ja että työryhmät kykenisivät selvästi erottamaan korkeatasoiseen tutkimusnäyttöön tukeutuvat käytännöt niistä, joita tukee ainoastaan erikoisala-asiantuntijoiden yhtenevä mielipide (**TIETO-LAATIKKO**).

Kansainvälisen suosituspaneeliryhmän ehdotus on, että riippumattomat tutkimusme-

todologian asiantuntijat arvioisivat tieteellistä näyttöä itsenäisesti mutta kuuntelisivat tarkasti sisältöasiantuntijoita ja muuta työryhmää (5). Kysymyksissä, joihin näyttö ei vastaa, koko moniammatillisen työryhmän näkemykset, myös potilaiden ja omaisten, otettaisiin tasapuolisesti huomioon. BMJ:n Rapid Recommendations -hoitosuositusohjelma toimii jo näiden periaatteiden mukaisesti (39).

## Lopuksi

Mikäli hoitosuosituksista halutaan ammattikuntaintresseistä riippumattomia, järjestelmän tulisi olla myös rahoitukseltaan puolueeton. Muutos vaatisi monissa länsimaissa yhteiskunnalta merkittävän taloudellisen lisäpanostuksen hoitosuositusjärjestelmään. Poliitiikan tutkijoiden mukaan riippumaton hoitosuositusjärjestelmä maksaisi kuitenkin itsensä moninkertaisesti takaisin sekä parempana kansanterveytenä että säästyneinä kuluina, koska nykyinen käytäntö johtaa sekä tarpeettomiin hoitoihin että suureneviin kustannuksiin, jotka ovat yhteiskunnallisesti kestäättömiä (24). Rakenteellisesti turvattu puolueettomuus edistäisi luottamusta niin hoitosuositusjärjestelmää kuin koko lääkärikuntaakin kohtaan. ■

\* \* \*

Kiitokset: Koneen säätöille Jussi Valtosen tutkimustyön tukemisesta.

### TEPPO JÄRVINEN\*, ortopedian ja traumatologian professori

Ortopedia ja traumatologia, Helsingin yliopisto ja HUS

### JUSSI VALTONEN\*, tutkijatohtori

Psykologian ja logopedian osasto, lääketieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto

### JARKKO JOKIHAARA, käsi- ja jalkakirurgian apulaisprofessori

Tuki- ja liikuntaelinsairauksien vastuualue, TAYS ja Tampereen yliopisto

### AULIS AARNIO, yhteiskuntatieteiden emeritusprofessori, OTT

Helsingin yliopisto  
Tampereen yliopisto

### SAMULI I. SAARNI, sosiaali- ja psykiatrian ja terveydenhuollon etiikan dosentti

Helsingin yliopisto, psykiatria  
Turun yliopisto, lääketieteellinen etiikka

\*Samanarvoinen osuus

**KIRJALLISUUTTA**

1. Lugtenberg M, Burgers JS, Westert GP. Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 2009;18:385–92.
2. Silberzahn R, Uhlmann EL. Crowdsourced research: many hands make tight work. *Nature* 2015;526:189–91.
3. Saarni SI, Hofmann B, Lampe K, ym. Ethical analysis to improve decision-making on health technologies. *Bull World Health Organ* 2008;86:617–23.
4. Cosgrove L, Shaughnessy AF, Peters SM, ym. Conflicts of interest and the presence of methodologists on guideline development panels: a cross-sectional study of clinical practice guidelines for major depressive disorder. *Psychother Psychosom* 2017;86:168–70.
5. Lenzer J, Hoffman JR, Furberg CD, ym. Ensuring the integrity of clinical practice guidelines: a tool for protecting patients. *BMJ* 2013;347:f5535.
6. Schunemann HJ, Al-Ansary LA, Forland F, ym. Guidelines international network: principles for disclosure of interests and management of conflicts in guidelines. *Ann Intern Med* 2015;163:548–53.
7. Kahneman D. Thinking, fast and slow. 1. painos. New York: Farrar, Straus and Giroux 2011.
8. Restrepo D, Armstrong KA, Metlay JP. Annals clinical decision making: avoiding cognitive errors in clinical decision making. *Ann Intern Med* 2020;172:747–51.
9. Hewstone M, Rubin M, Willis H. Intergroup bias. *Annu Rev Psychol* 2002;53:575–604.
10. Thompson DF. Understanding financial conflicts of interest. *N Engl J Med* 1993;329:573–6.
11. Ojanen M. Sidonnaisuuksien psykologiaa. *Suom Lääkäril* 2017;72:1471.
12. Orłowski JP, Wateska L. The effects of pharmaceutical firm enticements on physician prescribing patterns. There's no such thing as a free lunch. *Chest* 1992;102:270–3.
13. Dana J, Loewenstein G. A social science perspective on gifts to physicians from industry. *JAMA* 2003;290:252–5.
14. Nejtgaard CH, Bero L, Hróbjartsson A, ym. Association between conflicts of interest and favourable recommendations in clinical guidelines, advisory committee reports, opinion pieces, and narrative reviews: systematic review. *BMJ* 2020;371:m4234.
15. Moynihan RN, Cooke GP, Doust JA, ym. Expanding disease definitions in guidelines and expert panel ties to industry: a cross-sectional study of common conditions in the United States. *PLoS Med* 2013;10:e1001500.
16. Lundh A, Lexchin J, Mintzes B, ym. Industry sponsorship and research outcome. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;2:MR000033.
17. Guyatt G, Akl EA, Hirsh J, ym. The vexing problem of guidelines and conflict of interest: a potential solution. *Ann Intern Med* 2010;152:738–41.
18. Hietanen P. "Tämä ei ole vaikuttanut ajatteluuni". *Suom Lääkäril* 2013;68:3049.
19. Lessig L. Foreword: "Institutional corruption" defined. *J Law Med Ethics* 2013;41:553–5.
20. Cain DM, Loewenstein G, Moore DA. The dirt on coming clean: perverse effects of disclosing conflicts of interest. *J Legal Stud* 2005;34:1–25.
21. Loewenstein G, Sah S, Cain DM. The unintended consequences of conflict of interest disclosure. *JAMA* 2012;307:669–70.
22. PLoS Medicine Editors. Does conflict of interest disclosure worsen bias? *PLoS Med* 2012;9:e1001210.
23. Saloheimo P. Sidonnaisuudet: seuraava askel? Pääkirjoitus. *Suom Lääkäril* 2017;72:2279.
24. Patashnik EM, Gerber AS, Dowling CM. Unhealthy politics: the battle over evidence-based medicine. Princeton: Princeton University Press 2020.
25. Ioannidis JPA. Professional societies should abstain from authorship of guidelines and disease definition statements. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2018;11:e004889.
26. Fowler FJ, McNaughton Collins M, Albertsen PC, ym. Comparison of recommendations by urologists and radiation oncologists for treatment of clinically localized prostate cancer. *JAMA* 2000;283:3217–22.
27. Gotsche PC, Ioannidis JP. Content area experts as authors: helpful or harmful for systematic reviews and meta-analyses? *BMJ* 2012;345:e7031.
28. Morden NE, Colla CH, Sequist TD, ym. Choosing wisely--the politics and economics of labeling low-value services. *N Engl J Med* 2014;370:589–92.
29. Hoffmann TC, Del Mar C. Clinicians' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA Intern Med* 2017;177:407–19.
30. Pettersson H, Getz L, Sigurdsson JA, ym. Current European guidelines for management of arterial hypertension: are they adequate for use in primary care? Modeling study based on the Norwegian HUNT 2 population. *BMC Fam Pract* 2009;10:70.
31. Hirsh J, Guyatt G. Clinical experts or methodologists to write clinical guidelines? *Lancet* 2009;374:273–5.
32. Fleming PS, Koletsi D, Ioannidis JPA, ym. High quality of the evidence for medical and other health-related interventions was uncommon in Cochrane systematic reviews. *J Clin Epidemiol* 2016;78:34–42.
33. Shaneyfelt TM, Centor RM. Reassessment of clinical practice guidelines: go gently into that good night. *JAMA* 2009;301:868–9.
34. Fanaroff AC, Califf RM, Windecker S, ym. Levels of evidence supporting American College of Cardiology/American Heart Association and European Society of Cardiology guidelines, 2008-2018. *JAMA* 2019;321:1069–80.
35. Lehtonen L. Potilaan itsemäärämisoi-keuden ja lääkärin vastuun rajankäynti. *Suom Lääkäril* 2017;48:2828–30.
36. Lo M, Fields M, toim. Institute of Medicine of the National Academies. Conflict of interest in medical research, education, and practice. Washington: National Academies Press 2009. [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK22942/pdf/Bookshelf\\_NBK22942.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK22942/pdf/Bookshelf_NBK22942.pdf).
37. Steinbrook R. Controlling conflict of interest--proposals from the Institute of Medicine. *N Engl J Med* 2009;360:2160–3.
38. Rothman DJ, McDonald WJ, Berkowitz CD, ym. Professional medical associations and their relationships with industry: a proposal for controlling conflict of interest. *JAMA* 2009;301:1367–72.
39. Siemieniuk RA, Agoritsas T, Macdonald H, ym. Introduction to BMJ rapid recommendations. *BMJ* 2016;354:i5191.
40. Mehta R, Lehman R. A solution for guideline overkill--more guidelines or shared understanding? *JAMA Intern Med* 2020;180:1508–9.

**SIDONNAISUUDET**

**Teppo Järvinen:** Hankkeet (Paulon säätiö/Symposium-apuraha, Too Much Medicine -kokous)  
**Jussi Valtonen:** Apuraha (Suomen Kulttuurirahasto, Koneen säätiö), luentopalkkio (Suomen Lääkäriliitto, HUS), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Suomen neuropsykologinen yhdistys ry), luottamustoimet (Paulon säätiö, lääketieteellisen symposiumin järjestelytoimikunnan jäsen), hankkeet (Taideyliopiston Health, Narrative and the Arts -hanke (Jenny ja Antti Wihurin rahasto))  
**Jarkko Jokihäärä:** Luottamustoimet (asiatuntija, Liikenne- ja potilassvahinkolautakunta)

**Aulis Aarnio:** Ei sidonnaisuuksia  
**Samuli I. Saarni:** Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Public Value Oy), luottamustoimet (Jalmari ja Rauha Ahokkaan säätiö), muut sidonnaisuudet (osakeomistuksia Public Value Oy, Uudenmaan Lääkäripalvelut Oy)

**VASTUUTOIMITTAJA**  
 Jaana Suvisaari ja Annikka Kalliokoski

Lisälukemistoa artikkelin eri aihepiireistä on koottu **INTERNETOHEISAINESTOON.**