



Lääke

sijoitus terveyteen
ja työkykyyn

Kallis sairaus olisi kallistunut hoitamatta

Astman hyvä hoito kääntyi hyödyksi

Lisää lääkkeitä pitkäaikaissairauden hoitoon, lisää kustannuksia yhteiskunnalle. Tämä päättelyketju ei aina pidä paikkaansa, sanoo osastonylilääkäri, dosentti Jussi Karjalainen Tampereen yliopistollisesta sairaalasta. Astma on yleistynyt rajusti, ja entistä useampi tarvitsee säännöllistä astmalääkitystä, mutta taudin kokonaiskustannukset eivät ole kasvaneet.

Vuoden 1987 Suomessa erityiskorvattavaan astmalääkitykseen oli oikeus 83 000 kansalaisella. Kaksikymmentä vuotta myöhemmin heitä oli jo 221 000. Kun lukuun otetaan mukaan taudin lievempää muotoa sairastavat, nousee potilasmäärä jo reilusti yli 400 000:een.

– Sama kehitys on jatkunut vuoden 2007 jälkeen, vaikka jotkut lähteet ovat arvioineet, että astmatapausten määrän kasvu olisi länsimaisissa jo osittain taittunut. Varmaa tietoa tällaisesta taitumisesta ei ole, Jussi Karjalainen huomauttaa.

Astmatapausten lisääntymiseen on vaikuttanut parantunut diagnostiikka eli tau-

ti osataan tunnistaa entistä aikaisemmin ja paremmin. Samaan aikaan jotain on tapahtunut myös ihmisten puolustuskyvyille: olemme herkistyneet ja entistä useampi reagoi ympäristön allergisoiville tekijöille.

– Niinpä astmaakin on enemmän, mutta se on nykyisin oireiltaan lievempää. Tämä tarkoittaa sitä, että taudin oireet pysyvät lääkityksellä hyvin kurissa. Vielä 20 vuotta sitten astmaatikot joutuivat lääkityksensä huolimatta säännöllisesti sairaala- ja tehohoitoon ja sairauteen myös menehdyttiin. Suomessa astmakuolemia ei enää tapahdu, mutta muualla maailmassa kyllä.

LÄPIMURTO OIKEAAN AIKAAN

Astmatilastojen valossa lääkehoito harppasi eteenpäin 1970–80-luvulla juuri oikeaan aikaan. Tuolloin markkinoille ja lääkäreiden käyttöön alkoivat tulla hengitettävät kortisonit. Niillä pystyttiin ensimmäistä kertaa hoitamaan paikallisesti keuhkoputkien tulehdusta, joka on astman oireiden päällenenäkymätön aiheuttaja. Kuten uudet lääkkeet lähes poikkeuksetta, myös uudet astmalääkkeet olivat aluksi kalliita.

Jussi Karjalainen sanoo, että potilasmäärän noususta ja astman lääkekustannusten haasteista selvittiin Suomessa oikean astmapolitiikan ansiosta. Se oli toimintastrategia, jonka keskiössä oli käsitys astmasta tulehdustautina. Sen sijaan, että astman oireita olisi vain lievitetty avaavilla lääkkeillä, meillä omaksuttiin periaate, jonka mukaan astmaa täytyy alusta alkaen hoitaa tehokkaasti tulehdusta hillitsevillä lääkkeillä.

Lääkkeet tähän oli kehitetty ja Suomessa erikoislääkärit myös tunsivat niiden käy-

tön. Siitä, että näin oli, on Karjalaisen mielestä annettava tunnustusta myös lääke-teollisuudelle, joka teetti kliinistä lääketutkimusta Suomessa. Suomen valikoituminen tutkimusmaaksi ei ollut sattumaa, vaan siihen vaikutti muun muassa se, että Suomessa oli paljon osaavia keuhkosairauksien erikoislääkäreitä ja tutkimuksiin myönteisesti suhtautuvia potilaita.

– Koska suomalaisia lääkäreitä oli tutkimuksissa mukana, he sekä näkivät uusien astmalääkkeiden tehon että perehtyivät valmisteiden tarkoituksenmukaiseen käyttöön, Jussi Karjalainen toteaa.

Hyvän astman hoidon suunnan varmisti lopullisesti terveydenhuollossa vuosina 1994–2004 toteutettu valtakunnallinen astmaohjelma. Se levitti perusterveydenhuoltoon yhtenäiset, hyväksi havaitut tavat tode- ta ja hoitaa tätä yleistyvää tulehdustautia.

Entä muu maailma? Jussi Karjalaisen mukaan monissa maissa astamadiagnostiikka on keskitetty edelleen erikoissairaanhoidon ja astmatulehdusta hoidetaan riittämättömästi. Hoitostrategia näkyy Suomea huonompina hoitotuloksina, eli muun muassa useampina astmaattikkojen tarvitsemina sairaalahoitojaksoina ja suurempana tehohoidon tarpeena.



Kun astma on kerran puhjennut, taipumus siihen säilyy koko elämän. Tauti voidaan usein saada oireettomaksi, mutta myös oireiden uusiminen kuuluu sairauteen, kertoo Jussi Karjalainen.

ARI KORKKALA

TERVEYDELLÄ SÄÄSTÖJÄ

Suomessa astman hoidon kehittyminen, kansallinen astmaohjelma, lääkkeiden oikea käyttö ja lääkekehitys ovat tuottaneet yhteiskunnalle selvää säästöä. Astman hoidon kustannukset ovat pysähtyneet vuoden 1987 tasolle 240 miljoonaan euroon. Kulut olivat vielä 2005 samaa luokkaa. Pysähdys on merkittävä, kun otetaan huomioon, että astmaa sairastavien määrä kasvoi nopeasti ja myös terveydenhuol-

lon yleiset kustannukset ovat nousseet vuodesta 1987 selvästi.

Suurimmat säästöt ja hyödyt yhteiskunta on saavuttanut potilaiden kasvaneen terveyden kautta. Vielä 1980-luvulla astmapotilaat joutuivat olemaan sairauslomilla, sairaalahoitossa ja ehkä jopa jäämään työkyvyttömyyseläkkeelle sairautensa vuoksi. Nyt astmaatikot jatkavat työelämässä, oireet pysyvät kurissa niin, että sairauslomia ei tarvita entiseen tapaan, sairaalajaksoista puhumattakaan. En-

nen astman hoito oli erikoissairaanhoidon leiviskää, nyt se hoidetaan pääosin avohoitona perusterveydenhuollossa.

VIELÄ EI VOI TUULETTAA

– Pienenä haittapuolena on, että vaikeahoitoista astmaa ei aina tunnisteta eikä esimerkiksi tahdota hyväksyä työkyvyttömyyseläkkeen perustaksi. Meillä on yhä joukko astmaatikkoja, 10–15 prosenttia kaikista potilaista, jotka eivät saa nykyisistä astman perushoidoista riittävää apua, Jussi Karjalainen toteaa.

Vaikeahoitoiset astmat kuuluvat erilaisiin alatyyppeihin, jotka vaativat räätälöityä lääkettä. Uusista lääkkeistä, joita lääketeollisuus on osin vasta kehittämässä, toivotaan löytyvän apu näiden potilaiden hoitoon.

– Astman hoito kaipaa yhä uusia lääkkeitä. Itse olen huolissani siitä, että astman hyvä yleistilanne on tuudittanut yhteiskunnan ja päättäjät käsitykseen, ettei astmaan tarvitse enää satsata. Hoitojärjestelmän ensimmäiset rapautumisen merkit näkyvät jo muun muassa niin, että kaikista perusterveydenhuollon yksiköistä ei enää löydy astman vastuulääkäriä ja astmahoitajaa, Karjalainen sanoo.

Lääketeollisuus tutki astman hintaa Suomessa vuosina 1987–2005

- Erytiskorvattavaa astmalääkitystä saavia potilaita oli 83 000 vuonna 1987. Vuonna 2005 luku oli 221 000.
- Astmahoidon lääkekustannukset nousivat eritoten valtakunnallisen astmaohjelman aikana 1994–2004.
- Astmahoidon kokonaiskustannukset olivat 1987 noin 240 miljoonaa euroa. Kustannukset olivat osapuilleen samat vuonna 2005.
- Hyvällä astman hoidolla säästettiin eniten työkyvyttömyyseläkkeissä ja sairauspäivärahoissa, jotka laskivat tutkimuskautena 66 miljoonasta eurosta 39 miljoonaan euroon. Astman takia menetetyt tuottavuuden tappiot laskivat vuosina 1987–2005 noin 100 miljoonasta eurosta 66 miljoonaan euroon.

Lääkekehitys tuo hoidon kotiin

Psykiatriassa on siirrytty laitoshoidosta avohoitoon. HUS:ssa on enää vain muutama vuodepaikka reumapotilaille. Ovatko nämä hyviä vai huonoja uutisia ja ennen kaikkea, mitä tekemistä kaikella tällä on lääkekehityksen kanssa? Entä miksi tässä yhteydessä voi puhua myös Heinolan reumasairaalan lopettamisesta?

Reumatologian professori Marjatta Leirisalo-Repo HUS:sta iloitsee. – Reumatologia on nyt ehkä lääketieteen edistynein alue. Meillä on jo yhdeksän biologista lääkettä käytössä ja uusia on tulossa. Reuman hoidossa voimme ja meidän tulee tähdätä oireettomuuteen.

1970-luvulla nivelreumaa pidettiin lievähkönä tautina. Potilaita hoidettiin suurilla annoksilla aspiriinia ja kun oireet pahenivat, aloitettiin kultapistoshoito. Hoito ei estänyt nivelvaurioita, vaan niitä tuli suurelle osalle potilaista. Nivelreuman hoitofilosofia muuttui ratkaisevasti, kun 1980-luvun alussa ymmärrettiin, että taudin hoito pitää aloittaa mahdollisimman tehokkaasti heti kun se on diagnosoitu.

Lääkerintamalla alkoi myös tapahtua, kun kyllä ja kipulääkkeiden rinnalle saatiin indometasiini ja sittemmin muita tulehduskipulääkkeitä. – Se oli jo iso mullistus, muistaa Leirisalo-Repo. Vähitellen kehitys johti lääkeyhdistelmiin, joista tehokkaimmaksi osoittautuivat metotreksaatin, sulfasalasiinin, hydroksiklorokiinin ja kortisonin eri yhdistelmät. Näin syntyi suomalainen ReKo-hoitomalli, jonka mukaan edetään yhä jokaisen uuden nivelreumapotilaan kanssa.

TYÖKYKY PELASTUU

– Jos potilas tulee hoitoon alle vuoden sisällä siitä kun hänen oireensa ovat alkaneet, saamme heistä noin puolet oireettomaksi ReKolla.

Siten heidän ennusteensa on aivan toista kuin se olisi muuten. Lääkityksen ansiosta heidän työ- ja toimintakykynsä säilyy, eivätkä he saa taudista pysyviä vaurioita niveliinsä, Leirisalo-Repo kertoo. Hän huomauttaa, että ReKo-hoito vaatii lääkäreiltä tarkkaa potilaan seurantaa: oikea yhdistelmä löytyy kokeillen ja lääkkeitä vaihdellen.

Elleivät tavalliset lääkeyhdistelmät pure potilaan nivelreumaan, lääkäreillä on valttikorttinaan vielä biologiset lääkkeet. Ne ovat täsmälääkkeitä, jotka estävät solujen tulehdusta molekyyllitasolla. Biologiset lääkkeet ovat kalliita ja voivat herkistää potilasta infektioille. Mutta hoitotulokset ovat kiistattomat.

– Yhdistettynä muihin reumalääkkeisiin biologiset valmisteet pysäyttävät potilaan nivelissä meneillään olevan vaurioitumisen ja voivat siten estää hänen invalidisoitumisensa. Biologisten lääkkeiden turvin pystymme pitämään entistä useamman potilaan kivuttomana ja toimintakykyisenä. Ne ovat yksinkertaisesti todella hyviä aineita!

VAIN 3–5 VUODEPAIKKAA

Nivelreuman lääkekehitys näkyy jo reumakirurgiassa, sillä niin sanottuja nivelten puhdistusleikkauksia tehdään yhä harvemmin. Vielä ei tiedetä, kuinka paljon biologinen lääkitys vaikuttaa tekoniivelleikkausten määrään, mutta todennäköisesti reumaattikkojen osuus niistä pienenee.

SUURIN MUUTOS ON TAPAHTUNUT LAITOSHOIDOSSA

– Vuonna 2000 meillä oli HYKS:ssa – siis noin miljoonaan asukkaan piirissä – nivelreumapotilaille 24 vuodepaikkaa. Nyt paikkoja on 3–5 ja nekin eivät ole täynnä. Hoitoajat sairaalassa ovat parin kolmen päivän mittaisia.

Moderni reumahoito on siis koti- ja avohoittoa, vuodeosastohoitoa tarvitaan harvoin, jos lainkaan. Myös laituskuntoutuksen tarve on vähentynyt. Reumapotilaiden sairastumisen keski-ikä on 54 vuotta, mikä tarkoittaa sitä, että osa potilaista on vielä työssä. Ne, jotka ovat jo eläkkeellä, pärjäävät omillaan ainakin reuman puolesta.

– Tiedämme, että jos potilas saadaan puolessa vuodessa oireettomaksi, hän on vielä viiden vuoden kuluttua työssä. Mutta jos

hoitotulos jää vajaaksi, esimerkiksi vain 50 prosenttiin, potilas on paljon todennäköisemmin viiden vuoden kuluttua eläkkeellä. Kalleinta reumassa ovat taudin aiheuttavat työkyvyttömyyseläkkeet ja sairauslomamat, Marjatta Leirisalo-Repo toteaa.

Reuman hoidon keventyminen ja hyvät hoitotulokset olivat seikkoja, jotka olivat osallaan ajamassa Heinolan reumasairaalaan alas. Alan erikoislaitosta ei enää tarvittu, varsinkin kun se oli viime vuosina keskittynyt nimenomaan kuntoutukseen.

– Sille kävi kuten kävi aikanaan keuhkotautiparantoloille, tarve poistui, toteaa Leirisalo-Repo, itsekin Heinolassa työssä ja opisalla ollut.

SKITISOFRENIA POIS LAITOKSISTA

Psykiatriset sairaudet ovat nivelreumaan verrattuna toista maata, mutta myös psykiat-

Reuma-ala on lääketieteen ja lääkekehityksen aallonharjalla, sanoo Marjatta Leirisalo-Repo. Hänestä kalleimmatkin reumalääkkeet ovat hintansa arvoisia, koska niiden turvin ihminen voi pysyä työssä tai elää eläkkeellä toimintakykyisenä.



riassa suunta on ollut laitoshoidosta pois. Suuntausta on kritisoitu, mutta ainakin skitsofreniassa hyöty näkyy selvästi. Jos skitsofrenian hoito olisi jatkunut entiseen malliin enimmäkseen laitoksissa, lasku yhteiskunnalle olisi 400 miljoona euroa enemmän kuin mitä se nyt on. Nykyarvion mukaan skitsofreniasta maksetaan Suomessa suoria kuluja noin 1,3 miljardia euroa vuosittain.

– Skitsofrenian aiheuttamat kulut ja-kautuvat siten, että osan niistä maksaa terveystoimi ja toisen osan sosiaalipuoli. Koko yhteiskunnalle skitsofreniasta tulee kallista potilaan työpanoksen menettämisen ja varhaisen eläkkeelle siirtymisen kautta, toteaa psykiatrian professori Björn Appelberg HUS:in psykiatriakeskuksesta.

PUHKEAA NUORENA

Skitsofreniaan sairastutaan yleensä nuorena, 16–30 vuotiaana. Sairastuva ei ehkä ole ehtinyt kouluttautua eikä olla työelämässä, per-

Björn Appelberg muistuttaa, että skitsofreniapotilaan läheiset ovat myös kovilla. Heidän antamalleen hoidolle ja tuelle ei ole määriteltä hintaa.



JAMNIS KERKIS

hekin on usein vielä perustamatta. Taudin hoito perustuu moderneille antipsykooteille eli psykiäläkkeille. Potilaat tarvitsevat edelleen ajoittain myös laitoshoidoa, mutta pitkistä laitoshoidojaksoista on päästy eroon.

– Skitsofreenikot tarvitsevat sekä laitosta että avohoitoa, mutta ilman moderneja antipsykootteja avohoito ei olisi ollenkaan mahdollista, Appelberg sanoo.

Skitsofreenikkoja on Suomessa noin 50 000 ja useimmat heistä tarvitsevat lääkitystä lopun elämää. Lääkekustannukset ovat viime vuosina tulleet nopeasti alas, joten verrattuna vaikkapa laitoshoidon hintaan, lääkekustannukset ovat skitsofreniassa toisarvoiset. Lääkitys vähentää potilaiden oireita ja auttaa heitä pärjäämään arkielämässä.

– Uuden polven lääkkeissäkin on parantamisen varaa, mutta hyvää niissä on se, että ne aiheuttavat ensimmäisen polven lääkkeisiin verrattuna vähemmän hankalia sivuoireita. Potilaiden hoitoon sitoutuminen on uusilla lääkkeillä parempaa.

TYÖTÄ JA HOITOA

Björn Appelbergin mielestä skitsofrenian yhteiskunnalle aiheuttamaa rasitusta voitaisiin vähentää, jos potilaat voisivat tehdä työtä sairautensa

sallimissa rajoissa. Nyt se on lähes mahdotonta. Työssäkäyvältä vaaditaan koulutusta, kokemusta ja sataprosenttista panostusta työhön. Myös nykyistä parempi avohoito auttaisi torjumaan sairauden pahenemista siihen pisteeseen, että se vaatii uuden laitoshoidonjakson.

– Laitoshoidon alajosta huolimatta potilaille ei ole järjestetty joka paikassa hyvää ja

joustavaa avohoitoa. Joustavuus tarkoittaa sitä, että oireiden pahetessa potilaan pitäisi saada apua heti. Häntä ei auta se, että, aika lääkärille luvataan 2–3 viikon päähän, Appelberg toteaa.

Lääketeollisuus tutki nivelreuman ja skitsofrenian kustannuksia 1987–2004:

- Nivelreuman ja skitsofrenia aiheuttamista kokonaiskustannuksista terveydenhuollon osuus on vain kolmas.
- Suurin kustannuserä kummassakin taudissa on työpanoksen menetys.
- Nivelreuman kustannukset pysyivät ennallaan ja skitsofrenia kustannukset laskivat 1987–2004, vaikka samaan aikaan terveydenhuollon kustannukset nousivat 30 prosenttia.
- Eniten kustannuksia on leikannut laitoshoidon vähentäminen, jonka ovat mahdollistaneet lääkeshoidon ja hoitomenetelmien kehitys.
- Mikäli vuoden 1987 menetelmät olisivat jääneet käyttöön, maksaisi sekä skitsofrenian että nivelreuman hoito tänään yhteiskunnalle satoja miljoonia euroja enemmän.

Syöpälääkkeet ja -hoidot kehittyvät

Toive paluusta työhön ja arkeen voi jo toteutua

Syöpä on sairaus, joka järkyttää ja pysäyttää ihmisen elämän. Yhä useampi syöpätarina saa kuitenkin onnellisen lopun, kun potilaan toive paluusta normaaliin arkeen, perheen ja työn pyörytykseen toteutuu. Syövän hoitoon käytetyt eurot ovat hyvin käytettyä rahaa, sanoo Syöpäjärjestöjen ylilääkäri Matti Rautalahti.

Vuosittain noin 27 000 suomalaisen ja heidän läheistensä elämä muuttuu syöpädiagnoosin vuoksi. Vuoteen 2015 mennessä ikäviä uutisia lääkäritään saavien ihmisten joukon arvellaan kasvaneen jo yli 30 000:een. Samalla syöpätautien yhteiskunnalle aiheuttamat kustannukset noussevat noin 320 miljoonasta eurosta 520 miljoonaan euroon. Jos mukaan otetaan sairauden aiheuttamat tuotannon menetykset, kustannukset lähestyvät miljardia euroa.

Synkkiin tilastolukuihin on vaikuttamassa osaltaan väestön ikääntyminen. Matti Rautalahti muistuttaa, että vaikka julkisuus esit-

telee usein nuorehkoja syöpään sairastuneita ihmisiä, potilaiden keski-ikä on 60–61 vuoden tienoissa. Tavoite työurien pidentämisestä ja eläkeiän nostosta tuovat tämän luvun uuteen valoon. Näyttää, että tulevaisuuden työelämä tarvitsee myös +60 -vuotiaansa.

Seulonnat, aikainen diagnostiikka ja taudin mukaan räätälöity hoito ovat modernia syöpähoitoa. Yhdessä syöpätaudissa ne ovat jo tätä päivää. Ja vielä enemmänkin: sairastuneista suurin osa palaa takaisin työelämäään. Kyseessä on rintasyöpä, naisten yleisin syöpätauti.

– Rintasyöpä on esimerkki taudista, jossa potilaan ennuste on parantunut huomasti. Viiden vuoden kuluttua taudin toteamisesta

elossa olevien määrä on 90 prosentin tuntumassa, Matti Rautalahti vahvistaa.

LÄÄKEHOIDOT ELINTÄRKEITÄ

Useimpien syöpien ensisijaista hoitoa ovat leikkaus-, säde- ja lääkehoito. Rintasyövässä ja eritoten sen ilkeän piirteen, pitkään väijyvän uusimisen vaaran, estossa lääkehoidot ovat olleet Matti Rautalahden mukaan hyvin tärkeitä.

– Lääkehoito on koko kehon hoitoa, jolla pyritään eliminoimaan muualle mahdollisesti karanneet pahanlaatuiset solut. Tämä rooli on lääkkeillä keskeinen.

Lääkkeen haittavaikutukset on seikka, joka syövän lääkehoidossa tahtoo jäädä tehon varjoon. Haittavaikutuksista saattavat kuitenkin riippua niin ihmisen työssä pysyminen kuin työhön paluukin.

– Uusien syöpälääkkeiden haittavaikutukset ovat vanhemman polven lääkkeitä pienemmät. Näin potilaalla on mahdollisuus palata töihin nopeammin tai jopa olla enimmäkseen töissä hoitojen ajanakin. Se, et-



Uusia syöpälääkkeitä, joissa on sekä tehoa että vähemmän haittavaikutuksia, tarvitaan edelleen, sanoo yllilääkäri Matti Rautalahti Syöpäjärjestöistä.

JAMNIS KERKIS

tä elämä ei ole pelkkää sairautta, on monelle rintasyöpäpotilaalle tärkeää.

– Vähäiset haittavaikutukset olisivat etu muissakin syöpätyypeissä. Ajatellaanpa, että syöpälääke kehittyy niin, että sillä ei enää ole tiettyä hankalaa sydänvaikutusta. Sen jälkeen useampi syöpäpotilas kestää lääkkeen ja sitä voidaan käyttää kenties tehokkaammilla annoksilla ilman että – kuten sanotaan – hoito onnistui hyvin, mutta potilas kuoli.

KALLISTA MITTATILAUSHOITOA

Rintasyöpäpotilaiden hyödyksi on koitunut vilkas rintasyövän perustutkimus. Se on osoittanut, ettei rintasyöpä ole yksi yhtenäinen tauti, vaan rypäs tauteja. Matti Rautalahti kertoo, että rintasyövästä on tunnistettu 60–70 erilaista tyyppiä. Tieto sairauden laadusta on tärkeä taudin hoitoa suunniteltaessa.

Rintasyövässä kehityksen käänköpuoli on ollut, että sairauden hoidosta koituneet kustannukset ovat nousseet rajusti. Potilaita on enemmän, mutta laskua ovat kasvattaneet myös lääkekustannukset. Lääketeollisuuden teettämän tutkimuksen mukaan vuosina 1987–2005 rintasyövän hoidon vuosittaiset kustannukset nousivat 70 miljoonasta eurosta 160 miljoonaan euroon. Suu-

rinta kulujen kasvu oli sairaalalääkkeissä. Toisaalta samaan aikaan potilaiden laitoshoido vähentyi ja yhä harvempi nainen siirtyi työkyvyttömyyseläkkeelle.

Matti Rautalahti sanoo, että rintasyöpälääkkeet ja syöpälääkkeet yleensä ovat hintansa väärtejä. Rintasyövässä lääkitys voi suoda naiselle hyvää aikaa vuosissa mitaten, mutta lääketieteelle riittää muissa syövässä muutama kuukausikin. Jos uusi lääke pidentää potilaan elinaikaa noin kolme kuukautta verrattuna aiemmin käytössä olevaan lääkkeeseen, uusi lääke voidaan ottaa käyttöön lähes hinnasta huolimatta, Rautalahti selvittää. Lääkekehitys etenee näin, murentaen syövän valtaa pala palalta, askel askeleelta.

– Evoluutiota, mutta harvemmin revoluu-tiota, sitä lääkekehitys on.

EI ELINKAUTINEN

Syöpähoitojen kalleutta on syytä pohtia myös hoidon pituuden näkökulmasta, Matti Rautalahti muistuttaa.

– Syövän hoidon lääkekustannukset keskittyvät varsin lyhyeen aikaan, emme yleensä puhu elinikäisestä lääkityksestä kuten monessa kansantaudissa.

Uusia syöpälääkkeitä tarvitaan, siitä ei Rautalahten mielestä ole epäilystäkään.

– Missään nimessä syöpien lääkehoito ei vielä ole päätepysäkillä! Meillä on vielä syöpätyyppejä, joissa ei joko ole lääkehoitoa ollenkaan tai joissa lääkehoito jättää paljon toivomisen varaa.

Rautalahti näkisi mielellään myös lääkeyrityksistä riippumatonta lääketutkimusta. – Ehkä suunnitteilla olevan kansallinen syöpäkeskus tuo siihen ratkaisun, hän aprikoi.

Lääketeollisuus tutki rintasyövän kustannuksia Suomessa 1987–2005

- Tutkimusaikana rintasyövän esiintyvyys maassa kaksinkertaistui.
- Sairausten hoidon kustannukset kasvoivat enemmän kuin kaksinkertaiseksi eli 70 miljoonasta eurosta 160 miljoonaan euroon.
- Potilasta kohden hoitokustannukset nousivat tutkimusaikana noin 13 %.
- Puolet vuosittain sairastuneista naisista on 25–59-vuotiaita.
- Vuonna 1987 työikäisistä rintasyöpäpotilaista oli työkyvyttömyyseläkkeellä 17 prosenttia. Vuonna 2005 vastaavaa luku oli 10 %.
- Rintasyövän hoidon kehittyminen toi teoreettista säästöä 30 miljoonaa euroa, josta lääkkeiden osuus oli 30–50 prosenttia (säästö on laskettu olettaen, että potilasmäärä olisi kehittynyt todellisella vauhdilla ja kustannukset per potilas samalla kuin terveydenhuollossa yleensä).

Tiedolle ahne lääkekehitys ei pysähdy

Jos FIMM-professori Jonathan Knowles saisi päättää, joku keksisi lääkkeen, joka vahvistaisi ihmisen immuunisysteemin toimintaa. Professori Hilikka Soininen taas soisi saavansa käsiinsä lääkkeen, joka ehkäisisi ennakolta Alzheimerin taudin. Lääkkeiden kehittäjiltä ei työsarkea lopu, vaan päinvastoin, se on vasta alussa.



Jonathan Knowles on yksi maailman tunnetumpia lääkealan toimijoita. Hän uskoo, että Suomesta voitulla uuden lääkekehityksen edelläkävijämaa, jos täällä oleva tietotaito saataisiin puhaltamaan yhteen hiileen.

JAMNIS KERKIS

Jonathan Knowlesin kuvaama toivelääke olisi ihmelääke, mutta todellisuudessa Suomen molekyyliilääketeen instituutin (FIMM) professori ei usko lääkekehityksessä ihmeisiin. Päinvastoin, Knowles on sitä mieltä, että lääkkeiden kehitystyössä ei pitäisi edes tavoitella niin sanottuja taikaluoti- eli magic bullet-keksintöjä. Magic bullet lääkkeillä tarkoitetaan suuria läpimurtolääkkeitä, jotka tuovat keralla avun johonkin vaikeaan sairauteen tai sairausryhmään.

– Magic bullet-ajattelussa lähdetään siitä, että lääke vaikuttaa samalla tavalla kaikissa niissä ihmisissä, joilla on sama sairaus. Me tiedämme, että näin ei ole, eikä tule olemaan. Ihmiset ovat yksilöitä ja lääkkeet vaikuttavat heissä eri tavalla, Knowles toteaa.

Saman ilmiön käänttöpuoli on ongelmallinen vaade siitä, että lääke ei aiheuta yhdellekään käyttäjälle haittavaikutuksia.

– Mansikat ovat luonnontuote, mutta ne eivät sovi kaikille, ja osalle ihmisistä pähkinät ovat suorastaan hengenvaarallisia! Mutta lääkkeestä ajatellaan, että sen pitää sopia kaikille.

MOLEKYYLITASON TYÖTÄ

Uusia lääkkeitä ei Knowlesin mukaan tuoda markkinoille ilman, että lääkkeen kehittäjät tuntevat tarkasti hoidettavan sairauden molekyyli-taustan. Lääkkeestä osataan tulevaisuudessa kertoa, mihin se vaikuttaa, miten ja kenelle se sopii. Huomisen lääkehoidot ovat yksilöllisiä, potilaan ja hänen tautinsa mukaan suunniteltuja.

– Uusissa lääkkeissä ja sairauksien diagnostiikassa käytetään hyväksi tietoa ihmisen geenistöstä, joka on nyttemmin saatu selvitettyä kokonaan, Knowles huomauttaa.

Lääkevalmisteiden hinta on lääkkeen maksajalle, Suomen tapauksessa koko yhteiskunnalle, tärkeä. Jonathan Knowles sanoo, että valmisteen käyttöönottoa pohdittaessa päätäjät katsovat luonnollisesti lääkkeen hinta-hyöty suhdetta. Jos lääke on hyvin kallis, mutta tuo tietyille ryhmälle potilaita hyvän tai erin-

Hilka Soininen sanoo olevansa optimisti ja uskovansa, että muistisairauksiin saadaan pian uusia tehokkaita valmisteita. – On hyvä ottaa huomioon, että tarvitsemme pitkään vielä myös oireenmukaista hoitoa, hän toteaa.



omaisen avun, päätös siitä tuodaanko lääke potilaiden ulottuville, on helpompi. – Itse ajattelen, että läheiseni tai oma henki ja terveys ovat asioita, jotka ovat materiaa tärkeämpiä, Knowles sanoo.

LIEVITYS EI RIITÄ

Muistisairaudet on sairausryhmä, joka oli vielä pari vuosikymmentä sitten vailla lääkkeitä. Tänä päivänä Alzheimeriin ja muihin muistisairauksiin on tarjolla neljä valmistetta. – Käytämme niitä paljon, ja lääkkeitä on apua potilaalle ja hänen omaisilleen, sanoo professori Hilka Soininen Kuopion yliopistollisen sairaalan neurologian poliklinikalta. Neurologina hän ei silti ole vielä tyytyväinen.

– Nyt käytössä olevat lääkkeet vähentävät muistisairauksien oireita ja pidentävät potilaan omatoimista aikaa. Ne eivät kuitenkaan paranna sairautta, vaan se etenee omassa tahdissa, Soininen tähdentää. Hän ja muut muistisairauksia hoitavat lääkärit odottavat valmistetta, joka pysäyttäisi Alzheimerin taudin alkuunsa.

Soininen toteaa, että lääketieteellä alkaa jo olla keinot löytää ne ihmiset, jotka ovat tulevaisuudessa suurimassa vaarassa sairastua muistisairauksiin, erityisesti Alzheimerin tau-

tiin. Lienee vain ajan kysymys, koska sairautta ennakoivia merkkejä osataan etsiä laboratoriotutkimuksilla. Jos testatuille ja vaaravyöhykkeessä oleville saataisiin lääke, joka estää Alzheimeria etenemästä oirehtivaan vaiheeseen, muistisairauksien hoito mullistuisi.

– Lääkkeen olisi oltava turvallinen, koska sitä pitäisi käyttää hyvin pitkään. Samasta syystä se ei voisi olla kovin kallis, Soininen hahmottelee. Hän toteaa, että lääkkeen "vaihettavuuden" vaade korostuu silloin, kun lääkettä käytetään vielä terveellä ihmisellä ehkäisemään mahdollista sairastumista.

Yhteiskunnalle jokainen edistysaskel muistisairauksien hoidossa olisi tärkeä, koska väestön ikääntyessä nämä sairaudet yleistyvät nopeasti. Niin kauan kun muistisairauksiin ei ole parantava tai ehkäisevä lääke, nyt käytössä olevista pitäisi ottaa täysi hyöty irti.

– Varsin paljon näkee potilaita, joilta lääkitys on lopetettu liian varhain tai niin, ettei heillä ole kokeiltu kuin yhtä valmisteista. Lääkkeiden edut kullekin potilaalle näkee vain kokeilemalla, Soininen sanoo.

Lääketeollisuus ry

Porkkalankatu 1, 00180 Helsinki

PL 206, 00181 Helsinki

Puh. (09) 6150 4900 Fax (09) 6150 4940

Sähköposti: etunimi.sukunimi@pif.fi

www.laaketeollisuus.fi



LÄÄKETEOLLISUUS