

KUNTOUTUKSEN HUOMIOIMINEN KÄYPÄ HOITO -SUOSITUKSISSA

Miten kuntoutusta ja siitä saatua tutkimusnäyttöä käsitellään hoitosuosituksissa?

Erilaiset hoitosuosituksissa arvioidut kuntoutustoimenpiteet voivat olla neuvontaa, ohjausta, ohjelmia, laitteita tai apuvälineitä ja ne voidaan toteuttaa yksilöllisesti tai ryhmässä, kotona tai laitoksessa. Toimenpiteet kohdistuvat henkilön terveydentilaan tai elimistön toimintoihin, hänen suorituksiinsa, tunteisiinsa, käyttäytymiseensä tai sosiaaliseen tai fyysiseen ympäristöön. Kuntoutusta koskeva tutkimus on monitieteistä. Tutkimukset kohdistuvat moniammatillisten asiantuntijoiden koordinoituihin interventioihin. Jos tutkimuksen seuranta-aika on lyhyt, ei aina ole mahdollista saada tietoa kaikista kuntoutuksen kannalta tärkeistä vaikutuksista. Toisaalta mitä pitempikestoinen seuranta-aika on, sitä moninai-sempia henkilökohtaisia ja ympäristöön liit-tyviä tekijöitä voi esiintyä, eivätkä ne välttä-mättä ole täysin kuntoutustiimin hallittavissa.

Näyttöön perustuva lääketiede (Evidence-Based Medicine, EBM, laajemmin evidence-based practice) on viitekehys sille, kuinka kliinisistä tutkimuksista tehtyjä julkaisuja tai muuta tutkimustietoa voidaan arvioida kliinistä päätöksentekoa varten yhdenmukaisin, teoreettisesti perustelluin, systemaattisin ja terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisen kannalta ymmärrettävin käsittein. Tutkimustiedon kriittisen arvion perusteella saadaan käsitys kyseisen tutkimustiedon eli näytön paikkansapitävyydestä, käytettävyydestä ja

yleistettävyydestä. EBM sisältää tutkimustiedon lisäksi myös kliinisen kokemuksen ja potilaan arvot (Autti-Rämö & Komulainen 2013).

Voiko kuntoutusta arvioida näyttöön perustuvan lääketieteen menetelmin? EBM:n tutkimustyyppihierarkian mukaan satunnaisesti kokeet ja niistä tehdyt järjestelmälliset katsaukset ovat luotettavimpia intervention tehon osoittajia. Näyttöä voidaan silti hakea myös muunlaisilla tutkimusasetelmilla, kuten havainnoivilla seurantatutkimuksilla. Kuntoutus on prosessi, ja kuntoutujien toiminnanvajauksen vaikeus, monimuotoisuus ja mahdolliset muut terveydentilaan liittyvät ongelmat vaihtelevat. Yhdessä satunnaistetussa tutkimuksessa on mahdoton ratkaista monia tutkimuskysymyksiä sekä selvittää yksilön kuntoutumisen prosessiin vaikuttavia tekijöitä. Kuntoutuksen oikea ajoitus on tärkeää, kuten myös kuntoutujan sitoutuminen ja kuntoutusammattilaisten ammattitaito ja aktiivisuus.

Kuntoutuksen vaikuttavuutta ja tutkimusnäyttöä on pohdittu kansainvälisesti (Graves ym. 2012) ja Suomessa (Pohjolainen 2006, Salminen & Rintanen 2014). Eri kuntoutusmenetelmien vaikutuksia on koottu järjestelmällisiin katsauksiin (Dijkers ym. 2012) ja näitä voidaan käyttää hoitosuosituksien pohjana. Hoitosuositus (clinical practice guideline) on asiantuntijoiden järjestelmällisesti laatima, tieteellisesti mahdollisimman hyvin perusteltu kannanotto, jota terveydenhuollon ammattilainen ja potilas voivat käyttää hoitopää-

töksen tukena. Kannanotto sisältää yleensä useampia yksittäisiä tai yksityiskohtaisempia suosituksia aiheesta. Tieteelliseen näyttöön perustuvilla hoitosuosituksilla on omat laatuvaatimuksensa (Qaseem ym. 2012).

Kuntoutuksen alueella voi olla pelkästään lääkinnällistä kuntoutusta käsitteleviä hoitosuosituksia tai aihetta käsitellään osana jonkin sairauden ehkäisyä, diagnostiikkaa ja hoitoa. Käypä hoito -suositukset noudattavat jälkimmäistä vaihtoehtoa.

Käypä hoito -suositusten laatimisperiaatteet

Käypä hoito (KH) -suositukset ovat riippumattomia, tieteelliseen tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia, jotka käsittelevät sairauksien diagnostiikkaa, ehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta. Suosituksia laatii ja päivittää Suomalainen Lääkäriseura Duodecimissa toimiva Käypä hoito -yksikkö yhdessä erikoislääkäriyhdistysten kanssa. Suosituksia laativat vapaaehtoistyönä kansalliset lääketieteen ja terveydenhuollon asiantuntijat ja heitä avustavat KH-toimittajat, informaattikot ja muu KH-toimitus. KH-suosituksia rahoittaa pääasiallisesti sosiaali- ja terveysministeriö (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos).

Työtä on tehty kaksikymmentä vuotta. Tällä hetkellä on valmiina 102 suositusta, joita pyritään päivittämään kolmen vuoden välein. Kymmenkunta uutta suositusta on valmistella. Vuodessa valmistuu keskimäärin kaksikymmentä suosituspäivitystä tai uutta suositusta, joista ulkopuoliset asiantuntijat antavat lausuntonsa ennen suosituksen julkaisemista.

KH-toimitus on kehittänyt oman sähköisen suositusmuotonsa, jossa yksittäisten suositusväittämien tieteellinen näyttö esitellään lyhyesti ns. näytönastekatsauksissa. Tieteellinen näyttö arvioidaan asteikolla A-D. A-taso tarkoittaa vahvaa tutkimusnäyttöä. Se perustuu vähintään kahteen tasokkaaseen tutkimukseen, joilla on yhteneväiset tulokset. Heikoin näyttö eli D-taso tarkoittaa asiantuntijoiden konsensusmielipidettä, kun suoraa tutkimusnäyttöä on hyvin vähän tai ei ollenkaan, mutta suositustyöryhmä katsoo asian tärkeäksi

ottaa esille ja antaa siitä oman suosituksensa. C- tai D-luokan näyttö ei tarkoita, ettei kyseistä hoito- tai kuntoutusmuotoa voisi käyttää käytännön työssä, vaan se kertoo epävarmuudesta arvioitaessa hoito- tai kuntoutustoimenpiteen tehoa ja vaikuttavuutta. C-D-luokan näytössä yksittäinenkin uusi tutkimus voi muuttaa paitsi näytön astetta myös näytön suuntaa; epävarma näyttö vaikuttavuudesta voi muuttua epävarmaksi näytöksi tehottomuudesta ja päinvastoin. Vaikuttava näyttö A-tasolla kertoo, että on epätodennäköistä, että uudet tutkimukset muuttaisivat arviota vaikutuksen suunnasta tai suuruudesta. Toisaalta uudet tutkimukset todennäköisesti vaikuttavat aiempaan C-luokan näytön arvioon vaikutuksen suuruudesta ja mahdollisesti sen suunnasta.

Käypä kuntoutus -hanke 2012–14

KH-suositusten kuntoutusta käsittelevää sisältöä on aiemmin arvioitu Kuoppalan ym:iden (2007) tutkimuksessa. Siinä käytiin läpi kaikki 54 KH-suositusta vuonna 2004 ja etsittiin niitä kuntoutusta käsittelevät tekstikappaleet. 15 suosituksessa käsiteltiin kuntoutusta ja niiden sisältämät 310 lausetta käytiin läpi kielellisestä näkökulmasta. Keskeinen mielenkiinnon kohde oli se, miten näytönastekatsauksien väittämälause ja suositusteksti vastasivat toisiaan kielellisesti. Tuloksena oli, että hoitosuosituksien laatua on aiheellista parantaa täsmentämällä suosituksissa käytettyä kieltä.

Kuoppalan ym:iden (2007) selvityksen jälkeen KH-suositusten määrä on kaksinkertaistunut ja samanaikaisesti kuntoutus- ja hoitomenetelmät ovat osin muuttuneet. Muutokset perustuvat lisääntyneeseen tutkimustietoon; esimerkiksi nivelreuman uudet biologiset lääkkeet ovat myös muuttaneet kuntoutusmuotoja (Hakala & Häkkinen 2012).

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim aloitti vuoden 2012 alussa Kansaneläkelaitoksen rahoituksen turvin kolmivuotisen hankkeen kuntoutuksen sekä työ- ja toimintakyvyn arvioinnin edistämiseksi KH-suosituksissa. Näitä kahta kokonaisuutta arvioidaan suosituksissa näyttöön perustuvan lääketie-

teen menetelmin ja luotettavan tutkimusnäytön puuttuessa asiantuntijoiden konsensusmenettelyllä eli siis samoin periaattein kuin aina KH-suosituksia laadittaessa. Lisäksi kuntoutushankkeessa kuvataan hyviä kuntoutus- ja arviointikäytäntöjä. Tavoitteena on kehittää KH-suositusten sisältöä ja julkaisumuotoja kuntoutuksen osalta.

Hanketta varten perustettiin työryhmä, johon kuuluvat päätoimittaja ja toimittajia Käypä hoito -toimituksesta sekä kaksi ulkopuolista kuntoutuksen asiantuntijaa. Työryhmää vetää projektipäällikkö. Työnsä aluksi työryhmä määritteli Käypä hoito -suosituksia varten kuntoutuksen käsitteen (mukaillen WHO:n määritelmää) seuraavasti: ”Kuntoutus tarkoittaa prosessia, jonka avulla henkilöitä, joiden toimintakyky on alentunut, autetaan saavuttamaan ja ylläpitämään mahdollisimman hyvää fyysisen, aistimuksellisen, älyllisen, psyykkisen tai sosiaalisen toiminnan taso. Kuntoutus tarjoaa keinoja ja välineitä, joita he tarvitsevat mahdollisimman itsenäiseen elämään ja itsemääräämisoikeuteen.” Kuntoutukseen siis kuuluvat kaikki toimet, joilla autetaan mahdollisimman itsenäiseen elämään henkilöä, jonka toimintakyky on heikentynyt.

Kuntoutushankkeen alussa käytiin läpi kaikki Käypä hoito -suositukset (yhteensä 101 kappaletta) ja selvitettiin, missä suosituksissa kuntoutusta tai toiminta- ja työkykyä on käsitelty. Selvityksen perusteella erillinen kuntoutus-kappale löytyi 34 suosituksesta. Hakusanoja ”kuntoutus” tai ”toimintakyky” käyttäen saatiin selville, että aihetta oli käsitelty lisäksi 28 suosituksessa. 39 suosituksessa kuntoutusta ei käsitelty lainkaan.

Laajimpia kuntoutusosioita löytyi mm. seuraavista KH-suosituksista: Aivoinfarkti, Keuhkohtaumatauti ja Selkäydinvamma. Sen sijaan kuntoutusta ei käsitelty muun muassa Elvytyksen (vastasyntyneet), Jälkiehkäisyn (raskaus) ja Sydäninfarktin diagnostiikan KH-suosituksissa, mikä selittyy hoitosuosituksien kohdentumisella yksittäisiin toimenpiteisiin tai diagnostiikkaan.

Niissä 34 suosituksessa, joissa oli erillinen kuntoutuskappale, kuntoutustoimenpiteiden tieteellistä näyttöä oli esitelty 56 näytönas-

tekatsauksessa, mikä vastaa 1,5 %:a kaikista KH-suositusten näytönastekatsauksista. Kaikkiaan ”kuntoutus”-termillä indeksoituja näytönastekatsauksia oli 198 (5,3 % kaikista KH-näytönastekatsauksista). Yksi syy kuntoutuksen vähäiseen osuuteen hoitosuosituksissa on todennäköisesti se, että useissa sairausryhmissä läikehoidoista julkaistaan useammin satunnaistettuja tutkimuksia kuin lääkkeettömistä hoitomuodoista.

Syksyllä 2012 projektiryhmä lähetti 15 kuntoutusasiantuntijalle sähköisen kyselyn, jossa pyydettiin arvioimaan kuntoutusosion tarvetta sellaisissa KH-suosituksissa (n = 67), joissa sitä ei vielä ollut, ja perustelemaan kantansa. Kyselyn tuloksena tunnistettiin 24 sellaista suositusta, joissa kuntoutusta tulisi asiantuntijoiden mukaan käsitellä. Erityisen tärkeää olisi saada kuntoutusta käsittelevä tekstikappale yhteentoista KH-suositukseen. Kuntoutusnäkökulmaa kaivattiin mukaan diabetesta ja aikuisten lihavuutta käsitteleviin suosituksiin. Seuraavaksi useimmin mainittiin mm. Alaraajoja tukkivan valtimotaudin, Liikunnan ja Muistisairauksien hoitosuositukset.

Kokemuksemme mukaan kuntoutuksen ammattilaiset ja klinikot käyttävät kuntoutuksen liittyvää terminologiaa eri tavoin (vertaa esimerkiksi: fyysinen aktiivisuus, liikunta, liikuntaharjoittelu ja liikunnallinen kuntoutus). Kun tarkastellaan diabetesta ja aikuisten lihavuutta käsitteleviä suosituksia, niin osa niihin kuuluvista kuntoutustoimenpiteistä sisältyy myös omahoidon käsitteeseen (Routasalo 2009). Omahoito on itsehoitoa laajempi, ja sen toteutuminen on keskeinen tavoite esimerkiksi ruokavalion muutokseen, liikkumisen lisäämiseen tai unen huoltoon tähtäävässä elintapaneuvonnassa. Elintapaneuvonnassa rajat ehkäisyn, hoidon ja kuntoutuksen välillä ovat liukuvia. Omahoito voi olla lopullinen päämäärä, ja siihen pääsemiseksi voidaan tarvita kuntouttavia toimenpiteitä eli siis asiantuntija-apua toimenpiteiden suunnittelussa ja toteutuksessa, kun toimintakyky on heikentynyt. Verenkiertoelimistön ja aineenvaihdunnan kansansairauksien (valtimosairaus ja diabetes) ehkäisyssä ja osin hoi-

dossakin omahoito saattaa riittää, ja kuntoutustoimenpiteet tulevat kyseeseen, kun sairaus on edennyt oireiseksi tai on todettu liitännäissairauksia.

Miten kuntoutus huomioidaan uusissa tai päivitettävissä Käypä hoito -suosituksissa?

Uutta tai päivitettävää hoitosuositusyötä aloitettaessa vastuullinen KH-toimittaja keskustelee työryhmän puheenjohtajan kanssa muun muassa siitä, vaatiiko aihe kuntoutusnäkökulmaa, jos sitä aiemmin ei ole ollut tai se on esitelty suppeasti. Tämä on otettava huomioon myös työryhmän kokoamisessa (kuntoutusasiantuntijuus).

Käypä kuntoutus -työryhmä muotoili seuraavat keskeiset kysymykset, joilla arvioidaan, käsitelläänkö KH-suosituksessa laajemmin kuntoutusta ja toiminta- ja työkykyä:

- Edellyttääkö toimintakyvyn paraneminen
 - henkilön omaa aktiivisuutta?
 - apuvälineitä tai ympäristöön liittyviä toimenpiteitä?
- Tarvitseeko henkilö näiden toimenpiteiden sisällön suunnitteluun ammattihenkilöstön ohjausta?
- Tarvitseeko henkilö ammattihenkilöstöä näiden toimenpiteiden toteuttamiseksi?

Käypä kuntoutus -hankkeen aikana on koulutettu KH-toimittajia ja suositustyöryhmien jäseniä kuntoutusaiheisten näytönastekatsauksien laatimiseksi sekä tuotettu keskeisiin kuntoutuskysymyksiin ja työ- ja toimintakyvyn arviointiin liittyvää oheismateriaalia. KH-informaattikot ovat laatineet kuntoutukseen ja työkykyyn liittyvän hakuseulan, ja he käyttävät hakuihin kansainvälisiä ja kotimaisia tietokantoja. Hoitosuositusryhmille tarkoitettu menetelmäkäsikirja on päivitetty ja siihen on lisätty kuntoutusta ja toiminta- ja työkykyä käsitteleviä osioita. Käsikirja, joka käsittelee hoitosuosituksen laatimista ja tutkimustiedon kriittistä arviointia, on vapaasti saatavilla osoitteessa www.kaypahoito.fi/web/kh/suositusryhmien-kasikirja. Lääketie-

teellinen aikakauskirja Duodecimissa on hiljan alkanut KH-toimittajien kirjoittama julkaisusarja tutkimustiedon arvioimisesta erilaisissa julkaisutyypeissä (Komulainen ym. 2014).

Toiminta- ja työkyvyn osalta KH-toimitus tekee yhteistyötä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen TOIMIA-verkoston (www.toimia.fi) ja Suomen Fysioterapeuttien (www.suomenfysioterapeutit.fi) Hyvä fysioterapiakäytäntö -hankkeen kanssa. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallisen asiantuntijaverkoston TOIMIA-tietokanta täydentyy jatkuvasti. Sen tavoitteena on yhtenäistää ja kehittää toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin käytäntöjä Suomessa sekä yhtenäistää toimintakyvyn käsitteitä. Tietokannassa julkaistaan asiantuntijaryhmien laatimia mittariarvioita, soveltuvuusarvioita sekä suosituksia toimintakyvyn mittaamisesta eri käyttötilanteissa. Hyvä fysioterapiakäytäntö -hanke on julkaissut lähinnä TULE-sairauksiin liittyviä suosituksia, joiden laatimisperiaate on samantyyppinen kuin Käypä hoito -suosituksissa. Myös ICF-viitekehys otetaan huomioon (International Classification of Functioning, Disability and Health) (Valkeinen & Anttila 2014).

Johtopäätöksiä

Kuntoutus on yläkäsite kuten diagnostiikka tai hoito. Monet monipuoliset, intensiiviset ja oikea-aikaisesti ajoitetut kuntoutustoimenpiteet ovat tieteellisissä tutkimuksissa osoittautuneet useissa sairauksissa hyviksi keinoiksi parantaa potilaan toimintakykyä ja vaikuttaa taudin kulkuun, ja ne voivat täydentää tai jopa korvata muita konservatiivisia tai kirurgisia hoitomuotoja. Ainakin lääkinnällistä kuntoutusta voidaan arvioida samoilla näyttöön perustuvan lääketieteen menetelmillä kuin hoitointerventioita, mutta yksilön kuntoutumisen mahdollistavien tekijöiden sekä ajallisesti pitkän ja moniulotteisen prosessin arviointi edellyttää usein monimenetelmäisen tutkimusasetelman.

Kuntoutusnäkökulma on aiemmissa Käypä hoito -suosituksissa osin saattanut ollut piilossa muiden otsikoiden ja termien alla. Tärkeää on yhtenäistää kuntoutustermistön käyttöä niin, että vaikkapa erilaisten fysioterapiamu-

tojen käsitteet (esimerkiksi ”therapeutic exercise”) sekä niiden sisältö ja näyttö vaikuttavuudesta ovat selviä lääkärille, joka harkitsee niiden käyttöä potilaalleen. Tulevaisuudessa terveydenhuollon ja sosiaalialan ammattihenkilöt etsivät erilaisten kuntoutustoimenpiteiden vaikutuksesta luotettavaa tutkimusnäyttöä Käypä hoito -suosituksista, jotka esittelevät kuntoutusta entistä kattavammin.

Katriina Kukkonen-Harjula, LKT, dosentti, Käypä hoito, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Helsinki, ja Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri Eksote, Lappeenranta

Mari Honkanen, FM, Käypä hoito, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Helsinki

Antti Malmivaara, LKT, dosentti, THL, Helsinki

Ilona Autti-Rämö, LKT, tutkimusprofessori, Kela tutkimusosasto, Helsinki

Jyrki Kettunen, TtT, dosentti, Arcada, Helsinki

Tiina Lamberg, TtM, Käypä hoito, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Helsinki

Raija Sipilä, LT, Käypä hoito, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Helsinki

Heikki Tikkanen, LT, professori, Itä-Suomen yliopisto, Kuopio

Jorma Komulainen, LT, dosentti, Käypä hoito, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Helsinki

Kirjallisuutta

- Autti-Rämö I, Komulainen J (2013) Kuntoutus perustuu tietoon – kuntoutumisen mahdollistavat asenteet, prosessit, osaaminen ja yksilöllisyys. *Duodecim* 129, 5, 452 - 453.
- Dijkers MP, Bushnik T, Heinemann AW, Heller T, Libin AV, Starks J, Sherer M, Vandergoot D (2012) Systematic reviews for informing rehabilitation practice: an introduction. *Arch Phys Med Rehabil* 93, 5, 912-8.
- Graves DE, Seel RT, Dijkers MP, Johnston MV (toim.) (2012) Developing and using evidence to improve rehabilitation practice. *Arch Phys Med Rehabil* 93, 8 (Suppl 2), A1-A8, S97 - S200.
- Hakala M, Häkkinen A (2012) Kuntoutuksen tarve ja luonne ovat muuttuneet nivelreumassa. *Duodecim* 128, 22, 2295 - 2297.
- Komulainen J, Vuorela P, Malmivaara A (2014) Satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen periaatteita ja sudenkuoppia. *Duodecim* 130, 14, 1439 - 1444.
- Kuoppala J, Lamminpää A, Malmivaara A (2007) Kun-

toutusta koskevien suositusten ja näytön vastavuus Käypä hoito -suosituksissa – kielellinen näkökulma. *Duodecim* 123, 3, 325 - 333.

Qaseem A, Forland F, Macbeth F, Ollenschläger G, Phillips S, van der Wees P, Board of Trustees of the Guidelines International Network (2012) Guidelines International Network: toward international standards for clinical practice guidelines. *Ann Intern Med* 156, 7, 525 - 531.

Pohjolainen T (2006) Mitä tiedetään terveydenhuollossa käytettyjen kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta? *Kuntoutus* 29, 3, 3 - 18.

Routasalo P, Airaksinen M, Mäntyranta T, Pitkälä K (2009) Potilaan omahoidon tukeminen. *Duodecim* 125, 21, 2351 - 2359.

Salminen A-L, Rintanen S (2014) Monialainen kuntoutus. Kartoittava kirjallisuuskatsaus. Työpapereita 55/2014. Kela. ISSN 2323 - 9239. <http://hdl.handle.net/10138/44880>.

Valkeinen H, Anttila H (2014) ICF-luokitus ja toimintakykymittarit: mitä, miten ja miksi? *Fysioterapia* 61, 4, 5 - 10.