

Loppuraportti

Käypä kuntoutus -hanke 2012–2014

Versio	1.0
Tallennettu	27.2.2015
Tekijät	Mari Honkanen Jorma Komulainen

27.2.2015

Sisältö

1	Johdanto	4
2	Projektinhallinnan arviointi	4
2.1	Ohjausryhmä	4
2.2	Projektiryhmä	5
2.2.1	Käytetty työaika	5
2.2.2	Projektinhallintaan liittyvät muut kustannukset	6
2.2.3	Aikataulu	6
3	Tavoitteiden toteutuminen	7
3.1	Rakenteet ja prosessit	8
3.1.1	Kuntoutuksen määrittely Käypä hoito -suosituksissa	8
3.1.2	Käypä hoito -toimittajan tehtävien määrittely kuntoutuksen huomioimisessa	9
3.1.3	Kuntoutustiedonhakujen menetelmän kuvaaminen	10
3.1.4	Kuntoutusasiantuntijoiden käyttö suositustyössä	11
3.1.5	Käypä hoito -toimitukselle järjestetyt kuntoutukseen liittyvät koulutukset	12
3.1.6	Muu KH-toimituksen koulutus kuntoutukseen liittyen	13
3.1.7	Menetelmäkäsikirjan päivitys	14
3.1.8	Työvälineitä työryhmien käyttöön	14
3.1.9	Mediaseuranta	15
3.2	Kuntoutuksen ja toiminta- ja työkyvyn arviointi Käypä hoito -suosituksissa	16
3.2.1	Hankkeen aikana julkaistut KH-suositukset	18
3.2.2	Kuntoutus-kappaleiden määrän lisääntyminen	21
3.2.3	Kuntoutusta käsittelevien näytönastekatsausten määrä suosituksissa lisääntyy ...	22
3.2.4	Viittaukset Toimia-tietokannan mittareihin lisääntyvät	22
3.3	Julkaisumuodot ja implementaatio	23
3.3.1	Ulkopuolisten tapahtumien ja koulutusten määrä	24
3.3.2	Luentomateriaalien ja interaktiivisten kaavioiden numeerinen arviointi	25
3.3.3	Kuntoutuksen huomioiminen muissa aineistoissa	26
3.4	Arviointi	26
3.4.1	Kongressijulkaisut	26
3.4.2	Julkaisut vertaisarvioituissa lehdissä	27

27.2.2015

3.4.3	Muut julkaisut	27
3.4.4	Hyödyt ja haitat Käyvälle hoidolle	30
3.4.5	Hyödyt sidosryhmille	31
4	Päätelmät	32
5	Liitteet	35
	Liite 1. Hankkeeseen osallistuneet KH-toimituksen jäsenet ja heidän tehtävänsä.....	36
	Liite 2. Prosessikaavio kuntoutuksen huomioimisesta Käypä hoito -suosituksissa suositusta laadittaessa tai päivitettäessä.....	38
	Liite 3. Kuntoutus, toimintakyky ja työkyky hakustrategiat lähtökohdaksi hakuihin.	39
	Liite 4. Tietokantojen kattavuus ja päällekkäisyys kuntoutukseen liittyvissä hauissa; vertailu Medline-tietokantaan.	42
	Liite 5. Kuntoutustoimet-lomake.	47
	Liite 6. Toiminta- ja työkykylomake.....	48
	Liite 7. Kuntoutus-suositusten väittämälauseet ja näytön asteet.	50

27.2.2015

1 Johdanto

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Kelan yhteistyöhanke *Käypä kuntoutus* oli jatkohanke vuonna 2011 toteutetulle *Hoitosuosituksen laadun ja käytettävyyden parantaminen* -kehittämishankkeelle, jossa kiinnitettiin erityistä huomiota tiettyjen Käypä hoito (KH) -suositusten kuntoutusta käsitteleviin osiin.

Tarve hankkeelle nousi aiemmasta hankkeesta sekä muista selvityksistä, joiden perusteella havaittiin kuntoutuksen olevan puutteellisesti käsitelty osassa KH-suosituksia. Hankkeen alussa tehdyssä selvityksessä kuntoutus kappale sisältyi 34/101 suosituksesta. Näissä kappaleissa näytönastekatsauksia oli yhteensä 56 kpl. Lisäksi kuntoutusta oli käsitelty osana muuta tekstiä 28 suosituksessa.

Hankkeen tavoitteena oli kehittää sellaiset menetelmät ja rakenteet, joiden avulla kuntoutuksen sekä siihen liittyen toiminta- ja työkyvyn arviointiin liittyvä tieto on jatkossa pysyvästi oleellinen osa KH-suosituksia.

KH-suositukset ovat riippumattomia, tieteelliseen tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia, joissa käsitellään sairauksien ehkäisyä, diagnostiikkaa, hoitoa ja kuntoutusta. Suosituksia laaditaan lääkäreille, terveydenhuollon ammattihenkilöstölle ja kansalaisille hoitopäätösten pohjaksi.

KH-suosituksen laatimiseen ja päivittämiseen kootaan työryhmä lääketieteen ja terveydenhuollon asiantuntijoista. Heitä avustavat KH-toimittajat, informaattikot ja muu KH-toimituksen henkilökunta. KH-suosituksia on laadittu jo 20 vuoden ajan, ja suositusten laatimiseen on kehitetty omat menetelmänsä.

KH-työryhmät laativat suosituksia itsenäisesti arvioiden käytössään olevaa tutkimusnäyttöä. KH-toimittaja ohjeistaa työryhmiä menetelmien käytössä ja toimii yhteyshenkilönä työryhmien ja toimituksen välillä. Uuden KH-suosituksen laatiminen kestää keskimäärin kaksi vuotta. KH-suositusten päivystarpeen arviointi tehdään noin kolmen vuoden kuluttua edellisestä julkaisusta, ja päivitystyö kestää noin vuoden.

2 Projektinhallinnan arviointi

2.1 Ohjausryhmä

Ohjausryhmään kuului sekä Kelan että Duodecimin edustajia:

Kuntoutuspäällikkö Tiina Huusko (puheenjohtaja), tutkimusprofessori Ilona Autti-Rämö, Duodecimin pääsihteeri Matti Rautalahti, Käypä hoito -johtoryhmän puheenjohtaja Minna Kaila (31.12.2013 asti), Käypä hoito -johtoryhmän puheenjohtaja Tuula Heinänen (1.1.2014 alkaen), Käypä hoito -päätoimittaja Jorma Komulainen ja kehittämispäällikkö Mari Honkanen.

Ohjausryhmä kokoontui hankkeen aikana kuusi kertaa ja piti kaksi sähköpostikokousta.

27.2.2015

2.2 Projektiryhmä

Projektiryhmään kuuluvat Käyvästä hoidosta: LT, dosentti Jorma Komulainen, FM Mari Honkanen (projektipäällikkö 1.3.2012 alkaen), LT, dosentti Katriina Kukkonen-Harjula, TtM Tiina Lamberg, LT, dosentti Antti Malmivaara, LT, dosentti Ville Mattila (1.1.–31.12.2013), LT Raija Sipilä, LT Joonas Sirola (31.12.2012 asti), LT, dosentti Heikki Tikkanen sekä Kelasta tutkimusprofessori Ilona Autti-Rämö ja dosentti Jyrki Kettunen Arcadasta (1.1.2013 alkaen Suomen Fysioterapeutit ry:n edustajana).

Projektiryhmä kokoontui hankkeen aikana yhteensä 16 kertaa. Dokumenttien jakamiseen projektiryhmällä oli käytössään ekstranet, johon hankkeen aikana kerätty aineisto tallennettiin.

Projektiryhmän lisäksi muu KH-toimitus osallistui hankkeeseen KH-suositusten laatimisessa toimenkuvansa mukaisesti. Henkilökunta tehtävineen on listattu [liitteessä 1](#).

2.2.1 Käytetty työaika

Projektipäällikkö kirjasi hankkeeseen käyttämänsä työajan koko hankkeen ajan. Muun projektiryhmän osalta kokouksiin osallistuminen kirjattiin kertoimella 1,5, koska muiden kuin projektipäällikön hankkeeseen käyttämää työaika ei katsottu olevan mahdollista kirjata tarkemmin.

Hankkeeseen liittyvien KH-toimituksen sisäisten projektien Hoitosuositustyöryhmien käsikirja- ja Julkaisujen kehittäminen -työryhmien jäsenten (6 jäsentä) käyttämä aika kirjattiin vastaavalla tavalla, ja tästä ajasta ¼ kirjattiin Käypä kuntoutus -hankkeelle.

Hankkeen alkaessa päätettiin, että suoraan Käypä hoito -toimintaan, kuten suositustyöryhmien kokouksiin, tiedonhakuihin, tutkimustiedon kriittiseen arviointiin tai muuhun suositusmateriaalin laadintaan käytettyä työaika ei kirjata, vaikka se liittyisikin hankkeen tavoitteiden toteuttamiseen.

Taulukko 1. Hankkeeseen käytetty työaika henkilötyöpäivinä vuosina 2012–14.

Henkilöresurssit	Henkilötyöpäivät
Projektipäällikkö	165
Projektiryhmä 2012–14 (11 jäsentä)	67
Hoitosuositustyöryhmien käsikirja -työryhmä 2012 (12 jäsentä)	13
Julkaisujen kehittäminen -projektiryhmä 2013–14 (6 jäsentä)	23
Yhteensä	268 htp

27.2.2015

2.2.2 Projektinhallintaan liittyvät muut kustannukset

Kela myönsi hankkeelle 1,2 miljoonan euron määrärahan vuosille 2012–14. Duodecim laskutti hankkeen aikana Kelalta 1 084 449,84 €. Projektin kustannukset on raportoitu erikseen Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin taloustoimiston toimittamassa kirjanpidossa.

2.2.3 Aikataulu

Hankkeelle laadittiin iteroitava työsuunnitelma, jota projektipäällikkö ylläpiti Excel- taulukossa. Työsuunnitelmaan merkittiin hankesuunnitelman mukaiset teemat (arviointi, järjestäytyminen, koulutus KH-toimittajille, menetelmät, raportointi, suosituksiin ja työryhmille), tehtävät, määräajan päivämäärät, vastuuhenkilöt, tehtävien tilat (odottaa, sovittu, työn alla, valmis, jatkuvaa) ja aikataulun poikkeamat. Työsuunnitelmaan kerättiin lisäksi tiedot projektiryhmän kokousten kestosta ja osallistujista sekä sisäisistä ja ulkoisista koulutuksista.

Aikataulu suunniteltiin alustavasti hankkeen ensimmäisen toimintavuoden aikana ja sitä tarkistettiin vuosittain. Hankkeen ensimmäisen vuoden alkupuoliskolla laadittiin hanketta määrittelevät suunnitelmat, jotka hyväksyttiin ohjausryhmässä. Hankkeelle laadittiin kirjalliset hanke-, työ-, tiedotus- ja arviointisuunnitelmat.

Kuntoutukseen liittyvien KH-suositusten laatiminen oli hankkeen keskiöissä, ja se jatkui keskeytyksettä koko hankkeen ajan. Kuntoutuksen ja työ- ja toimintakykyarvioinnin menetelmien selvitystyö aloitettiin heti hankkeen alussa, ja sitä tehtiin ensimmäisen toimintavuoden ajan. Selvitystyötä tehtiin Hoitosuositustyöryhmien menetelmäkäsikirjan päivityksen yhteydessä. Päivitetty käsikirja julkaistiin vuoden 2012 lopussa. KH-toimittajien koulutus jatkui koko hankkeen ajan.

Toisena toimintavuonna 2013 hankkeessa keskityttiin menetelmien käyttöönottoon ja kouluttamaan sekä KH-toimittaja että KH-työryhmiä menetelmien käytössä. Vuoden 2013 aikana käynnistettiin kehitystyö KH-suositusten julkaisumuotojen kehittämiseksi. Sen tuloksena Käypähoito.fi -sivusto uudistettiin ja suositusten julkaisua laajennettiin myös Aikakauskirja Duodecimin verkkolehteen.

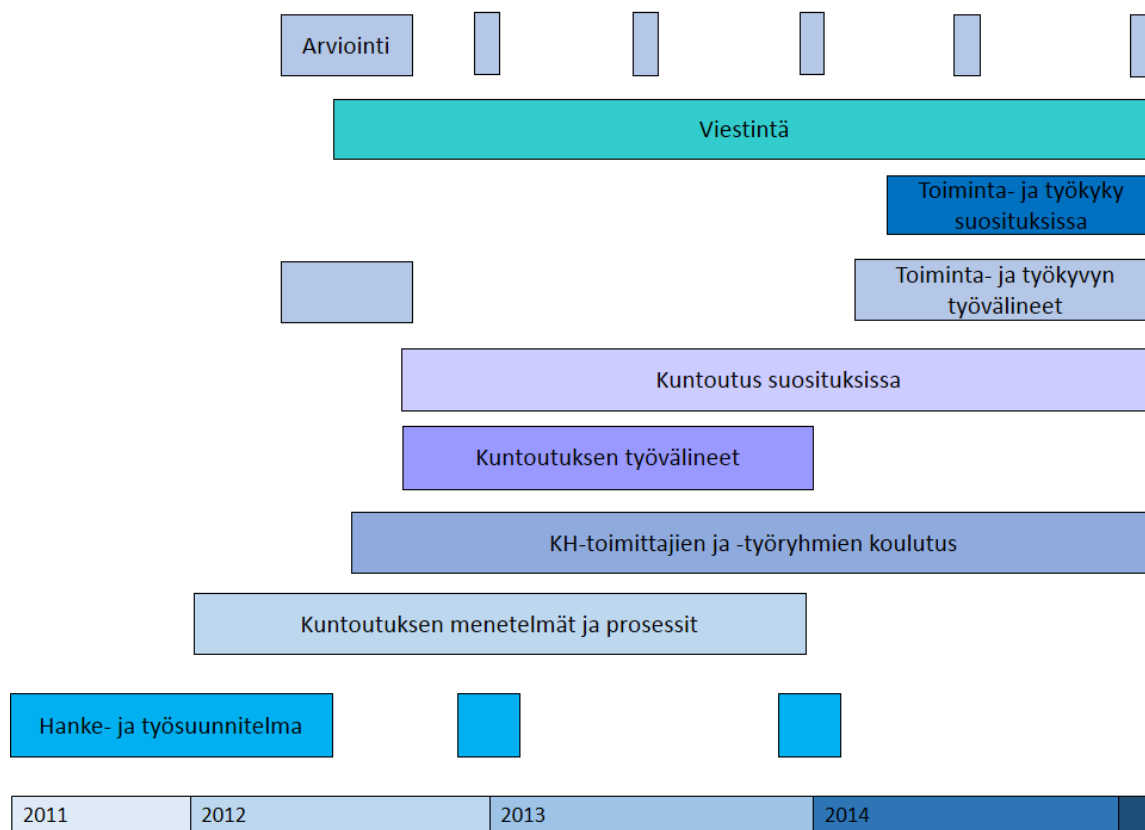
Viimeisenä toimintavuonna 2014 hankkeessa keskityttiin erityisesti toimintakyvyn arviointiin ja sen huomioimiseen suosituksissa. Projektiryhmä kehitti edelleen ja pilotoi jo hankkeen ensimmäisenä vuonna tehtyä lomaketta toimintakyvyn arviointiin. Lomake hyödyntää ICF-viitekehystä, ja sen käytöstä on saatu positiivista palautetta pilottityöryhmiltä. Tammikuussa 2014 projektiryhmä järjesti seminaarin otsikolla ”Näyttöön perustuva kuntoutus läpi hoitoketjun” ja tammikuussa 2015 toisen seminaarin otsikolla ”Vaikuttavaa kuntoutusta kehdosta keinutuoliin”.

Hankkeesta laadittiin sovitusti väliraportit maaliskuu-, kesä- ja syyskuussa. Lisäksi vuosittain Kelalle toimitettiin koko vuoden toimintaa käsittelevä vuosiraportti.

27.2.2015

Vuosiraporttien liitteenä toimitettiin seuraavat taloushallinnon raportit: Käypä hoito - toteuma, Käypä kuntoutus -hanke -toteuma sekä pääkirja.

Hanke eteni pääosin aikataulun mukaan. Aikataulussa pysymistä edesauttoi hankesuunnitelmaan eri toimintavuosille kohdistetut tavoitteet, joiden mukaan tehtävät määriteltiin ja aikataulutettiin. Merkittäviä poikkeamia aikatauluun ei projektin aikana tullut.



Kuva 1. Käypä kuntoutus -hankkeen eteneminen.

3 Tavoitteiden toteutuminen

Käypä kuntoutus -hankkeen hankesuunnitelmassa hankkeelle asetettiin seuraavat tavoitteet:

1. Luodaan **rakenteet ja prosessit** kuntoutukseen sekä toiminta- ja työkyvyn arviointiin liittyvien tekijöiden aiempaa laajamittaisemmaksi huomioimiseksi Käypä hoito -suosituksissa niin, että ne hankkeessa kehitettävät menetelmät ja prosessit hankkeen päätyttyä kuuluvat tavanomaiseen Käypä hoito -suositusten laatimiseen.

27.2.2015

2. Toteutetaan tavoitteen yksi mukainen **kuntoutuksen sekä toiminta- ja työkyvyn arviointi** vuosina 2012–14 julkaistavissa Käypä hoito -suosituksissa.
3. Kehitetään Käypä hoito -suositusten kuntoutukseen sekä toiminta- ja työkyvyn arviointiin liittyviä **julkaisumuotoja ja implementointivälineitä** niin, että ne aiempaa paremmin tukevat suositusten toimeenpanoa suomalaisessa terveydenhuollossa.
4. **Arvioidaan ja raportoidaan** kehittämistyön tuloksia suomalaisissa ja/tai kansainvälisissä tieteellisissä ja/tai ammatillisissa julkaistuissa.

Tavoitteiden toteutumisen seurantaan laadittiin sisäinen arviointisuunnitelma. Tässä loppuraportissa arvioidaan näiden tavoitteiden toteutuminen hankkeen arviointisuunnitelmassa asetettujen mittarien mukaisesti.

3.1 Rakenteet ja prosessit

3.1.1 Kuntoutuksen määrittely Käypä hoito -suosituksissa

KH-suosituksissa käytettäväksi kuntoutuksen määritelmäksi projektiryhmä esitti mukaeltua WHO:n määritelmää:

”Kuntoutus tarkoittaa prosessia, jonka avulla vammaisia tai vajaakuntoisia henkilöitä autetaan itse saavuttamaan ja ylläpitämään mahdollisimman hyvä fyysisen, aistimuksellisen, älyllisen, psyykkisen tai sosiaalisen toiminnan taso. Kuntoutus tarjoaa välineitä, joita he tarvitsevat itsenäiseen elämään ja itsemääräämisoikeuteen.”

Mukaiiltu lähteistä: Järvikoski A, Härkäpää K. Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkuuden muotoutuminen. Kirjassa Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A (toim.) Kuntoutus. Duodecim, 2008 ja WHO:n internetsivut <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/> (viitattu 21.3.2012)

Projektiryhmä muokkasi määritelmää vielä yleiskielisemmäksi KH-työryhmiltä saadun palautteen perusteella:

”Kaikki toimet, joilla autetaan potilasta (tai henkilöä, jolla toimintakyky on alentunut) itse auttamaan itseään. (Vertaa lääkehoito tai kirurgia, joissa potilas on passiivinen hoidon vastaanottaja.)”

Määritelmä lisättiin hankkeen esittelydioihin KH-toimittajien ja KH-työryhmien käytettäväksi. Määritelmästä keskusteltiin sekä ohjaus- että projektiryhmässä useasti, koska kuntoutuksen liittyvää terminologiaa käytetään eri tavoin, ja rajanveto hoidon ja kuntoutuksen välillä voi olla joissakin tapauksissa hankalaa.

27.2.2015

3.1.2 Käypä hoito -toimittajan tehtävien määrittely kuntoutuksen huomioimisessa

Käypä hoito -toimittajat tunnistettiin hankkeen alussa tärkeiksi toimijoiksi. KH-toimittaja toimii työryhmissä menetelmäasiantuntijana ja toimituksen yhteyshenkilönä.

Hankkeen ensimmäisenä keväänä KH-toimituksen kevätseminaarissa 2012 pidettiin työpaja, jossa määriteltiin ja kuvattiin KH-toimittajan tehtävät projektiryhmän ja KH-toimituksen yhteistyönä. KH-toimittajan tehtäviksi kuntoutuksen huomioimisessa määritettiin:

- Uuden suosituksen tai päivityksen alkaessa KH-toimittaja tunnistaa vaatiiko aihe kuntoutusta.
- KH-toimittaja sopii yhdessä puheenjohtajan kanssa työryhmän kokoonpanosta ja huolehtii siitä, että mukana on yksi tai useampi kuntoutusasiantuntija.
- Työryhmän ensimmäisessä kokouksessa KH-toimittaja informoi työryhmää hankkeesta ja kuntoutuksen huomioimisesta. KH-toimittajan avuksi projektiryhmä laati hankkeelle esittelydiat, joissa oli mukana kuntoutuksen määrittely ja prosessikaavio.
- Suositustyön alussa KH-toimittaja huolehtii, että kuntoutuksen huomioiminen on mukana suosituksen ydinkysymysten muotoilussa, sekä lisää tarvittaessa kuntoutus- ja toimintakyötsikot suosituksen rakenteeseen.
- KH-toimittaja vastaa siitä, että tarvittavat tiedonhaukset on tehty. Tiedonhakuja varten Käyvän hoidon informaattorit selvittivät kuntoutukseen liittyvän tutkimustiedon löytymistä eri tietokannoista ja laativat erillisen kuntoutuksen tiedonhakustrategian.
- Suositustyön loppuvaiheessa KH-toimittaja vastaa, että lausunnonantajatahoissa huomioidaan kuntoutusorganisaatiot ja että kuntoutus on mukana tiedotuksessa yhtenä painopistealueena.

Tehtävien kartoituksen perusteella projektiryhmä laati erillisen [prosessikaavion \(liite 2\)](#) kuntoutuksen huomioimisesta KH-suosituksia laadittaessa tai päivitettäessä. Kaavio lisättiin hankkeen esittelydioihin, KH-toimituksen käsikirjaan ja osaksi Käypä hoito -suositusten laatimisen prosessikaavioita, jotka ovat vapaasti saatavilla [Käypähoito.fi -verkkosivuilla](#).

Tehtävien perusteella tehtiin lisäksi KH-toimittajille kysely, jolla seurattiin miten tehtävät toteutuivat hankkeen aikana käytännössä. Kysely lähetettiin vuosina 2013 ja 2014 julkaistujen KH-suositusten toimittajille (vastauksia yhteensä 34/38).

27.2.2015

Taulukko 2. KH-toimittajien tehtävien toteutuminen itsearviointina vuosina 2013–14.

Tehtävä	Toteutunut / työryhmissä
Kuntoutus huomioitu tiedonhakuja tehtäessä	3
Kuntoutus huomioitu ydinkysymyksissä	10
Kuntoutus-kappale varmistettu suositusrungossa	16
Linkitys Toimia-tietokantaan	5
Kuntoutusorganisaatiot huomioitu lausuntoja pyydettäessä	11
Kuntoutus ollut painopistealueena tiedotuksessa	9

Parhaiten tehtävät toteutuivat kuntoutus-kappaleen varmistamisessa, lausunnonantajatahojen huomioimisessa ja ydinkysymysten laatimisessa. Linkitys Toimia-tietokantaan ja huomioiminen tiedonhauissa on jäänyt vähäisemmälle huomiolle. Tiedonhakujen osalta selitys lienee KH-työryhmien jäsenten omassa aktiivisuudessa tiedonhakupyynnöitä tehtäessä, jonka seurauksena toimittajat ovat aliarvioineet kuntoutukseen suunnattujen tiedonhakujen määrän. Lisäksi Käyvän hoidon informaattikot ovat aktiivisesti hankkeen aikana selvittäneet tiedonhakustrategiaa kuntoutukselle ja testanneet monia eri tietokantoja.

3.1.3 Kuntoutustiedonhakujen menetelmän kuvaaminen

Käyvän hoidon informaattikot selvittivät hankkeen aikana kuntoutukseen liittyvän tutkimustiedon löytymistä eri tietokannoista ja laativat erillisen [kuntoutuksen ja toimintakyvyn tiedonhakustrategian \(liite 3\)](#). Vastaavanlaista kuntoutukseen keskittyvää tiedonhakustrategiaa ei ole löytynyt muilta hoitosuositusorganisaatioilta.

Hankkeen kokemusten perusteella näyttöön perustuvaa kuntoutusta kannattaa hakea Medlinen lisäksi myös Embasesta. Erikoistietokannoista eniten lisähyötyä oli Pedrostasta. Myös monitieteinen Web of Science osoittautui käyttökelpoiseksi tietokannaksi näyttöön perustuvaa kuntoutusta haettaessa. Näyttöön perustuvan kuntoutuksen näkökulmasta vähiten lisäarvoa tuottivat Psycinfo ja spesifi kuntoutustietokanta Rehabdata.

Tiedon löytyvyys eri tietokannoista näyttäisi kuitenkin olevan paljon kiinni myös aiheesta. Tehdyn selvityksen mukaan aihespesifin lisätietokannan valitseminen biomedisiinisten tietokantojen ohelle näyttäisi olevan kannattavaa. Ks. [liite 4 Tietokantojen kattavuus ja päällekkäisyys kuntoutukseen liittyvissä hauissa; vertailu Medline-tietokantaan](#).

27.2.2015

3.1.4 Kuntoutusasiantuntijoiden käyttö suositustyössä

Arviointikyselyyn vastanneiden KH-toimittajien mukaan työryhmiin valittiin mukaan 23 kuntoutusasiantuntijaa. Vuosien 2013 ja 2014 aikana arviointikysely lähetettiin yhteensä 38 julkaistusta, määräaikaikäispäivitystyistä KH-suosituksesta. Kyselyä ei lähetetty niille suosituksille, joita hankkeen aikana päivitettiin kohdennetusti (vain yhteen tai muutamaun tunnistettuun yksityiskohtaan kohdistetut päivitykset).

Kuntoutus oli näissä 38 KH-suosituksessa huomioitu KH-toimittajan arvion mukaan 22 suosituksessa. Kuntoutuksen asiantuntija oli mukana 19 työryhmässä, joista 15 työryhmään henkilö valittiin erityisesti kuntoutukseen liittyvän asiantuntemuksen perusteella. KH-suositukset, roolit työryhmässä ja kuntoutusasiantuntijoiden nimikkeet on listattu taulukossa 3.

Taulukko 3. Kuntoutusasiantuntijoiden käyttö vuosina 2013 ja 2014 julkaistuissa Käypä hoito -suosituksissa.

Suositus	Rooli työryhmässä	Nimike
Alaselkikipu	Puheenjohtaja	Fysiatrian erikoislääkäri
Depressio	Työryhmän jäsen	Psykiatrian erikoislääkäri, psykoterapian, kuntoutuksen ja vakuutuslääketieteen erityispätevyys, asiantuntijalääkäri
Diabeettinen retinopatia	Kaksi asiantuntijaa	Silmätautien erikoislääkäri Fysiatrian erikoislääkäri, kuntoutuksen erityispätevyys
Diabetes	Työryhmän jäsen	Osastonylilääkäri
Epilepsiat (aikuiset)	Työryhmän jäsen	Apulaisylilääkäri, neuroalojen ja kuntoutuksen vastuualue
Epilepsiat ja kuumekouristukset (lapset)	Työryhmän jäsen	Lastenneurologian erikoislääkäri
Kaksisuuntainen mielialahäiriö	Työryhmän jäsen	Psykiatrian erikoislääkäri
Keuhkohtaumatauti	Työryhmän jäsen	Keuhkosairauksien erikoislääkäri
Kohonnut verenpaine	Asiantuntija	Liikuntalääketieteen erikoislääkäri
Käden ja kyynärvarren rasisairaudet	Työryhmän jäsen	Työfysioterapeutti

27.2.2015

MS-tauti	Työryhmän jäsen	Neurologian erikoislääkäri, kuntoutusjohtaja, vastaava ylilääkäri
Olkapään jännevaivat	Kaksi työryhmän jäsentä ja asiantuntija	OMT-fysioterapeutti Ylilääkäri lääkinällinen kuntoutus Asiantuntijalääkäri, Kela
Osteoporoosi	Kokoava kirjoittaja	Sisätautien, endokrinologian ja geriatrian erikoislääkäri
Raskausdiabetes	Puheenjohtaja	Sisätautien erikoislääkäri, diabeteksen hoidon erityispätevyys
Selkäydinvamma	Puheenjohtaja	Neurologian erikoislääkäri
Sepelvaltimotautikohtaus: epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja	Työryhmän jäsen	Sisätautien ja kardiologian erikoislääkäri
Sepsis (aikuiset)	Työryhmän jäsen	Tehohoidon ylilääkäri
Skitsofrenia	Työryhmän jäsen	Psykiatrian erikoislääkäri
Syömishäiriö	Työryhmän jäsen	Yleislääketieteen erikoislääkäri
Traumaperäinen stressireaktio	KH-toimittaja	Psykiatrian erikoislääkäri, asiantuntijalääkäri

3.1.5 Käypä hoito -toimitukselle järjestetyt kuntoutukseen liittyvät koulutukset

KH-toimitukselle ja projektiryhmälle järjestettiin omaa koulutusta hankkeeseen liittyen kaikkina kolmena toimintavuotena. Koulutukset osallistujamäärineen on koottu taulukkoon 4.

Koulutuksessa keskityttiin tutkimustiedon kriittisen arviointiin, ICF-viitekehykseen ja hoitosuosituksen menetelmäkehitykseen. KH-työryhmien puheenjohtajille hanketta ja kuntoutuksen huomioimista KH-suosituksissa esiteltiin Puheenjohtajatapaamisessa helmikuussa 2013.

27.2.2015

Taulukko 4. Käypä hoito -toimituksen järjestämä sisäinen kuntoutukseen liittyvä koulutus.

PVM	Koulutus	Osallistujia
9.5.2012	KH-toimituksen kevätseminaari 2012 (toimittajan tehtävät, suositusten muotoilu)	9
4.9.2012	Yliääkäri Matti Mäkelä, THL: läkkäiden toimintakyky, sen mittaaminen ja ICF	21
13.11.2012	Kuntoutusaiheinen kriittisen arvioinnin työpaja KH-toimittajille	16
12.2.2013	Käyvän hoidon Puheenjohtajatapaaminen	40
23.4.2013	KH-toimituksen kevätseminaari 2013 (Kotisivu-uudistus, hankkeen tilannekatsaus: ICF:n käyttö, arviointien tulokset)	20
5.9.2013	Asiantuntijalääkäri Tiina Suomela-Markkanen, Kela: ICF kuntoutuksessa	8
31.10.2013	Kuntoutusaiheinen NAK-paja KH-työryhmille	6
6.5.2014	KH-toimituksen kevätseminaari 2014 (ICF-viitekehys, toimintakyklomakkeen käyttö)	11
	Yhteensä: 8 tilaisuutta	131 osallistujaa

3.1.6 Muu KH-toimituksen koulutus kuntoutukseen liittyen

Käyvän hoidon oman koulutuksen lisäksi KH-toimittajat ja projektiryhmä osallistuivat muiden tahojen järjestämään koulutukseen.

Taulukko 5. Projektiryhmän osallistuminen kuntoutukseen liittyvään muiden tahojen järjestämään koulutukseen.

PVM	Koulutus	Osallistujia
22.3.2012	Valtakunnalliset kuntoutuspäivät	1
25.–27.6.2012	HTAi -konferenssi, Bilbao	1
22.–25.8.2012	Guidelines International Networkin hoitosuositus -konferenssi, Berliini	5
25.10.2012	Lääkinnällinen kuntoutus - Kelan ja terveydenhuollon yhteistyötä	1
31.1.2013	TOIMIA-seminaari	1
12.2.2013	Kelan kuntoutusseminaari	1
10.–11.4.2013	Kuntoutuspäivät 2013	2
19.–21.8.2013	Guidelines International Networkin hoitosuositus -konferenssi, San Francisco	7
10.–11.3.2014	Kuntoutuspäivät 2014	2
12.5.2014	THL/Dr. Madden ICF-keskustelutilaisuus	1
20.–23.8.2014	Guidelines International Networkin hoitosuositus -konferenssi, Melbourne	2
27.11.2014	Avokuntoutusfoorumi, Tampere	1
	Yhteensä: 12 koulutustilaisuutta	25 osallistujaa

27.2.2015

3.1.7 Menetelmäkäsikirjan päivitys

Hoitosuositustyöryhmien menetelmäkäsikirjan päivitystä varten perustettiin oma työryhmä KH-toimituksen sekä Kustannus Oy Duodecimin Lääkäriin tietokantojen ja EBM Guidelines -toimitusten edustajista. Uudistettu [Hoitosuositustyöryhmien käsikirja](#) julkaistiin Käypähoito.fi -verkkosivuilla 19.12.2012.

Uudistetussa käsikirjassa kuvataan kuntoutuksen ja toimintakyvyn sisällyttäminen hoitosuositukseen, tiedonhakujen strategia, formaalisen konsensuksen menetelmä sekä GRADE-menetelmien käyttöä suosituksissa. Käsikirja on avoimesti saatavilla ja kaikkien KH-työryhmien käytettävissä [Käypähoito.fi -verkkosivuilla](#).

Suositusrungosta kuntoutus-otsikko löytyi jo käsikirjan aiemmasta versiosta, mutta toiminta- ja työkyky -otsikko lisättiin päivityksen yhteydessä. Myös tiedonhakukappaleeseen lisättiin kuntoutuksen osuus.

Kuntoutusasiantuntijan rooli työryhmässä ja käyttö lausuntoja pyydettyäessä käsitellään käsikirjaan liittyvissä [prosessikaavioissa](#).

Käsikirjan osa II Tutkimustiedon kriittinen arviointi päivitettiin kokonaisuudessaan, ja se soveltuu myös kuntoutustoimien vaikuttavuuden arviointiin.

3.1.8 Työvälineitä työryhmien käyttöön

Käypä hoito -työryhmien käyttöön tehtiin seuraavat työvälineet: hankkeen esittelydiat, [kuntoutustoimet-taulukko](#), [toiminta- ja työkykytaulukko](#) ja [kuntoutus-tiedonhakustrategia](#).

Lisäksi projektiryhmä laati KH-työryhmien käyttöön kolme keskeistä kysymystä helpottamaan kuntoutuksen määrittelyä työryhmissä. Vastaamalla kysymyksiin voidaan helpommin arvioida, tuleeko kuntoutusta ja toimintakykyä huomioida kyseisessä suosituksessa:

1. Edellyttääkö toimintakyvyn paraneminen
 - a. henkilön omaa aktiivisuutta?
 - b. apuvälineitä tai ympäristöön liittyviä toimenpiteitä?
2. Tarvitseeko henkilö näiden toimenpiteiden sisällön suunnitteluun ammattihenkilöstön ohjausta?
3. Tarvitseeko henkilö ammattihenkilöstöä näiden toimenpiteiden toteuttamiseksi?

Työvälineiden käyttöä KH-työryhmissä seurattiin vuosittaisten arviointikyselyjen avulla. Vuonna 2013 julkaistuissa suosituksissa ei arviointikyselyjen mukaan vielä ollut otettu käyttöön hankkeen työvälineitä. Vuonna 2014 julkaistuissa työvälineiden käyttö alkoi jo näkyä.

KH-työryhmien työ kestää noin vuodesta kahteen vuoteen, joten kaikkiin jo aloitettuihin työryhmiin työvälineet eivät ehtineet mukaan. Useissa KH-toimittajien vapaissa kommentteissa toistui, että työ oli jo aloitettu ennen hankkeen työvälineiden valmistumista. Työvälineiden käyttö tulee näin ollen näkymään parhaiten hankkeen viimeisenä vuotena aloitetuissa KH-työryhmissä.

27.2.2015

Vuonna 2014 julkaistuista KH-suosituksista kyselyyn vastasi 23 KH-toimittajaa. Kysely lähetettiin 26 toimittajalle. Näistä 23 kuntoutusta käsiteltiin 12 KH-suosituksessa. Mikäli KH-suosituksessa ei käsitelty kuntoutusta, kysymykseen työvälineiden käytöstä ei pyydetty vastausta.

Taulukko 6. Työvälineiden käyttö vuonna 2014 julkaistuissa suosituksissa KH-toimittajan itsearviona (kyselyyn vastanneita 12/26).

	Kyllä	Ei
Hankkeen esittelydiat	5	7
Kuntoutustoimet-tilukko (liite 5)	2	8
Toiminta- ja työkykytilukko (liite 6)	1	11
Kuntoutus-tiedonhakustrategia (liite 3)	1	11

3.1.9 Mediaseuranta

KH-suosituksista on tiedotettu Duodecimin eri kanavissa; Duodecim.fi -sivuilla, Käypähoito.fi -sivuilla, Terveystieteen etusivulla ja Aikakauskirja Duodecimissa sekä Duodecimin sosiaalisen median kanavissa.

Hankkeen aikana Käypä hoito -tiedottaja ja Duodecimin viestintä on laatinut median käyttöön 11 tiedotetta ja järjestänyt neljä tiedotustilaisuutta kuntoutusaiheisista suosituksista. Tiedotteet lähetetään Duodecimin viestinnän laajalla jakelulla lääke- ja terveystieteen toimittajille.

Mediatiedotuksen lisäksi KH-työryhmät ovat laatineet 22 päivitysuutista Käypähoito.fi -verkkosivuilla ja Terveystieteen julkaisutalukoksi.

Koko vuoden kattavaa mediaseurantaa on Duodecimin viestinnässä tehty vuodesta 2014 alkaen. Aiempina vuosina mediaseuranta on ollut lyhytkestoisempaa, joten koko hankkeen kattavaa mediaseurantaa ei ollut mahdollista tehdä.

Vuoden 2014 osalta mediaosumien joukosta haettiin Käypä hoito -hakusanalla ja hakuvaatimuksiin lisättiin kuntoutus-termi. Näillä hakuehdoilla julkaistuja artikkeleja löytyi kahdeksaa KH-suositusta koskien.

Taulukko 7. Kuntoutus Käypä hoito -suosituksissa näkyi vuoden 2014 mediaseurannassa.

Julkaisut	Artikkelissa käsitelty KH-suositus
Fysioterapia, Terve potilas	Alaselkikipu
Pohjalainen, Suomen Lääkärilehti	Depressio
Diabetes-lehti	Diabetes
Savon Sanomat	Huumeongelman hoito

27.2.2015

Suomen Lääkärilehti	Lonkkamurtuma
MediUutiset	Olkapään jännevaivat
Yleislääkäri	Parkinsonin tauti
Fysioterapia	Polvi- ja lonkkanivelrikko

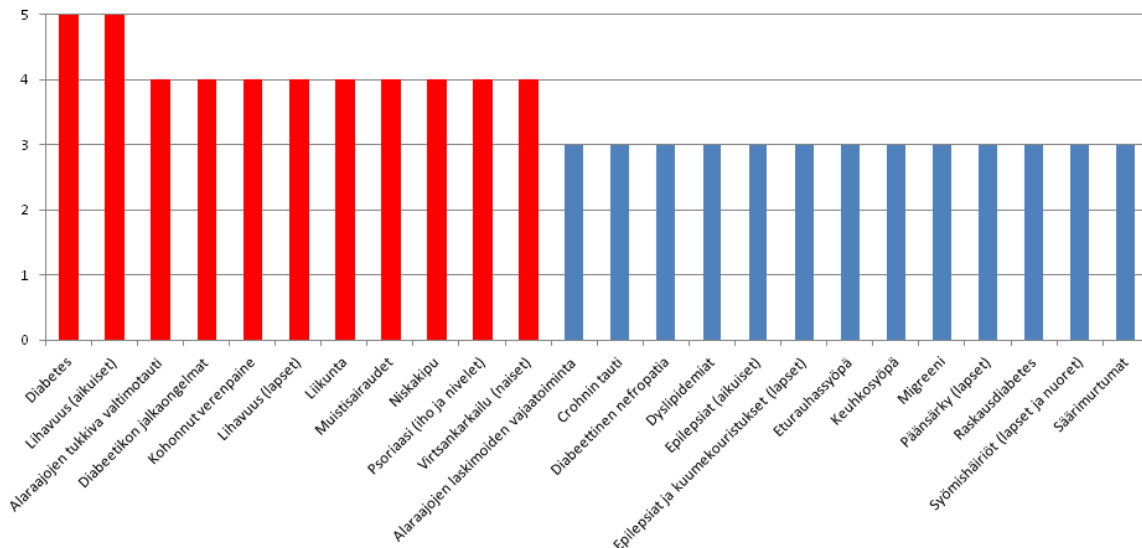
3.2 Kuntoutuksen ja toiminta- ja työkyvyn arviointi Käypä hoito -suosituksissa

Hankkeen alussa selvitettiin tarkemmin kuntoutuksen ja toiminta- ja työkyvyn osuutta KH-suosituksissa. Projektiryhmä kävi läpi kaikki alkuvuonna 2012 julkaistuna olleet 101 KH-suositusta selvittäen, missä KH-suosituksissa kuntoutusta ja toimintakykyä oli käsitelty. Kuntoutus-kappale löytyi 34 suosituksesta ja hakusanoilla "kuntoutus" tai "toimintakyky" löytyi lisäksi 28 suositusta, joissa näitä termejä oli käytetty tekstissä. Suosituksia, joissa kuntoutusta ei ollut käsitelty lainkaan, löytyi 39 kappaletta. Kuntoutusta käsitteleviä näytönastekatsauksia löytyi yhteensä 56 kappaletta, joka vastasi tuolloin noin 1,5 % kaikista KH-suosituksiin linkitetyistä näytönastekatsauksista.

Selvitystyön lisäksi syksyllä 2012 projektiryhmä lähetti kyselyn 15 ulkopuoliselle kuntoutuksen asiantuntijalle. Heitä pyydettiin arvioimaan kuntoutus-kappaleen tarvetta sellaisissa KH-suosituksissa, joissa sitä ei vielä ollut (n = 67). Asiantuntijoita pyydettiin arvioimaan kuntoutus-kappaleen tarpeellisuus asteikolla 1–5 (1 = ei lainkaan tärkeää, 5 = erittäin tärkeää). Kyselyn vastausten perusteella projektiryhmä tunnisti 24 sellaista suositusta, joissa asiantuntijoiden arvioin mukaan kuntoutusta tulisi käsitellä. Näistä 11 kuntoutus-kappaleen lisääminen katsottiin erittäin tärkeäksi. Kyselyn tulokset esiteltiin KH-toimitukselle, ja tieto kuntoutus-osion lisäämisen tarpeesta kirjattiin KH-toimituksen tehtävälistaan kunkin suosituksen kohdalle.

27.2.2015

Kuntoutusosion tarve Käypä hoito -suosituksissa (n = 67),
joissa ei ole kuntoutusotsikkoa
Asteikko 1–5 (mediaanit)
1 = ei lainkaan tärkeää, 5 = erittäin tärkeää



Lähde: Kuntoutus-projektiryhmän kysely syyskuu 2012

Kuva 2. Kysely kuntoutuksen asiantuntijoille syyskuussa 2012.

Asiantuntijakyselyn esiin nostamista suosituksista päivitettiin hankkeen aikana seuraavat suositukset:

1. Diabetes: päivitys julkaistiin syyskuussa 2013, kuntoutus huomioidaan osana ajoterveysohjeita. Seuraava päivityskierros aloitetaan vuonna 2015.
2. Kohonnut verenpaine: päivitys julkaistiin syyskuussa 2014, kuntoutus huomioidaan osana elämäntapamuutoshoitoa
3. Psoriaasi (iho- ja nivelet): päivitys julkaistiin kesäkuussa 2012, joten hankkeen menetelmät eivät olleet tämän päivityksen osalta käytössä. Suosituksessa käsitellään toimintakykyä tekstissä, mutta ei omana kappaleenaan.
4. Dyslipidemiat: päivitys julkaistiin huhtikuussa 2013. Suosituksessa on mukana elämäntapa-osio, jossa käsitellään liikuntaharjoittelua.
5. Epilepsiat (aikuiset): päivitys julkaistiin helmikuussa 2014. Suositukseen lisättiin kuntoutus-kappale.
6. Epilepsia ja kuume-kouristukset (lapset): päivitys julkaistiin kesäkuussa 2013. Kuntoutus huomioidaan osana ei-lääkkeellistä hoitoa.
7. Eturauhassyöpä: päivitys julkaistiin toukokuussa 2014. Päivitys työ oli kuitenkin aloitettu jo ennen hankkeen alkua vuonna 2011. Työn valmistuminen viivästyi, ja tämän vuoksi hankkeen menetelmiä ei tässä päivityksessä huomioitu, vaikka se aiheen perusteella olisi ollut aiheellista.

27.2.2015

8. Raskausdiabetes: päivitys julkaistiin kesäkuussa 2013. Kuntoutus on huomioitu kappaleessa Äidin seuranta ja hoito raskausdiabeteksen jälkeen.
9. Syömishäiriöt (lapset ja nuoret): päivityksen yhteydessä suositusta laajennettiin koskemaan myös aikuisia. Uusi Syömishäiriöt-suositus julkaistiin joulukuussa 2014 ja se sisältää kappaleen sekä toimintakyvyn arvioinnista että kuntoutuksesta.

Parhaillaan päivitettävänä ovat seuraavat KH-suositukset, jotka olivat mukana asiantuntijakyselyn tuloksissa: Liikunta, Keuhkosityöpä, Migreeni, Muistisairaudet, Niskakipu ja Päänsärky (lapset).

3.2.1 Hankkeen aikana julkaistut KH-suositukset

Hankkeen aikana vuosina 2012–14 julkaistiin 54 Käypä hoito -suositusta.

Taulukko 8. Julkaistut KH-suositukset 2012–2014.

		Julkaisu -vuosi	Kuntoutus- kappale	Huomioitu muutoin	Kuntou- tus nak (n)	Muu- tos nak (n) +/-	TOIMIA- linkitys
1	ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret)	2012	Kyllä		0	0	Ei
2	Alaselkäkipu	2014	Kyllä		17	+17	Ei
3	Astma	2012	Kyllä		3	+/- 0	Ei
4	Depressio	2014	Kyllä		0	0	Kyllä
5	Diabeettinen retinopatia	2014	Kyllä		0	0	Ei
6	Epilepsiat (aikuiset)	2014	Kyllä		3	+3	Ei
7	Hengitysvajaus (äkillinen)	2014	Kyllä		1	-1	Ei
8	Huumeongelmai- sen hoito	2012	Kyllä		0	0	Ei
9	Kaksisuuntainen mielialahäiriö	2013	Kyllä		3	+3	Kyllä
10	Keuhkohtauma- tauti	2014	Kyllä		7	+3	Ei

27.2.2015

11	Käden ja kynärvarren rasitussairaudet	2013	Kyllä		5	+4	Ei
12	MS-tauti	2012	Kyllä		20	+16	Kyllä
13	MS-tauti	2014	Kyllä		21	+1	Kyllä
14	Munasarjasyöpä	2012	Kyllä		0	0	Ei
15	Olkapään jännevaivat	2014	Kyllä		7	+7	Ei
16	Osteoporoosi	2014	Kyllä		0	0	Ei
17	Polvi- ja lonkkanivelrikko	20112	Kyllä		29	+21	Ei
18	Raskausdiabetes	2013	Kyllä		2	+2	Ei
19	Selkäydinvamma	2012	Kyllä		6	+2	Kyllä
20	Sepelvaltimotauti- kohtaus: epästabiili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja	2014	Kyllä		1	+ / - 0	Ei
21	Sepsis (aikuiset)	2014	Kyllä		2	+2	Ei
22	Skitsofrenia	2013	Kyllä		12	+12	Ei
23	Suusyöpä	2012	Kyllä		1	+1	Ei
24	Syömishäiriöt	2014	Kyllä		15	+15	Ei
25	Traumaperäinen stressihäiriö	2014	Kyllä		0	0	Ei
26	Diabetes	2013	Muu tapa	Ajoterveys- ohjeissa	0	0	Ei
27	Epilepsia ja kuumekouristuk- set (lapset)	2013	Muu tapa	Osana ei- lääkkeellistä hoitoa	0	0	Ei
28	Kohonnut verenpaine	2014	Muu tapa	Hoito elintapamuu toksilla	6	+6	Ei
29	Psoriaasi (iho ja nivelet)	2012	Muu tapa	Toiminta- ja työkyky huomioitu	0	0	Ei

27.2.2015

30	Purentaelimistön toimintahäiriöt	2013	Muu tapa	Omahoito mukana	2	+ / - 0	Ei
31	Alahengitystieinfektiot (lapset)	2014	Ei		0	0	Ei
32	Dyslipidemiat	2013	Ei		0	0	Ei
33	Elvytys (vastasyntynyt)	2014	Ei		0	0	Ei
34	Eteisvärinä	2014	Ei		0	0	Ei
35	Eturauhasen hyvänlaatuinen liikakasvu	2012	Ei		0	0	Ei
36	Eturauhassyöpä	2014	Ei		0	0	Ei
37	Glaukooma	2014	Ei		0	0	Ei
38	Karieksen hallinta	2014	Ei		0	0	Ei
39	Kohdunulkoinen raskaus	2014	Ei		0	0	Ei
40	Krooninen alaraajahaava	2014	Ei		0	0	Ei
41	Kuolevan potilaan oireiden hoito	2012	Ei		0	0	Ei
42	Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön epäilyn tutkiminen	2013	Ei		0	0	Ei
43	Leikkausta edeltävä arviointi	2014	Ei		1	+1	Ei
44	Lihavuus (lapset)	2012	Ei		0	0	Ei
45	Lyhentyneen hammaskaaren hoito	2013	Ei		0	0	Ei
46	Melanooma	2012	Ei		0	0	Ei
47	Munuaisvaurio (akuutti)	2014	Ei		0	0	Ei
48	Nielutulehdus	2012	Ei		0	0	Ei
49	Raskaudenkeskeytys	2013	Ei		0	0	Ei

27.2.2015

50	Sivuontelotulehdus	2013	Ei		0	0	Ei
51	Sydäninfarktin diagnostiikka	2014	Ei		0	0	Ei
52	Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus	2012	Ei		0	0	Ei
53	Viisaudenhammas	2014	Ei		0	0	Ei
54	Ylävatsavaivaisen potilaan tutkiminen ja hoito	2012	Ei		0	0	Ei

3.2.2 Kuntoutus-kappaleiden määrän lisääntyminen

Kuntoutus-kappaleet lisääntyivät KH-suosituksissa vuosittain seuraavasti:

Taulukko 9. Kuntoutus-kappaleiden lisääntyminen vuosina 2012–14.

Kappaleet	Ennen päivitystä	Jälkeen päivityksen	Huomioitu muutoin
2012	8	8	1
2013	3	4	3
2014	9	13	1
Yhteensä	20	25	5

Hankkeen aikana julkaistiin viisi uutta KH-suositusta ja näistä kahdessa – Olkapään jännevaivat ja Syömishäiriöt – on mukana kuntoutuskappale. Kolmessa uudessa KH-suosituksessa – Alahengitystieinfektiot (lapset), Lyhentyneen hammaskaaren hoito ja Ylävatsavaivaisen potilaan tutkiminen ja hoito – kuntoutus ei työryhmän arvion mukaan ollut aiheen perusteella tarpeen.

Päivitetyissä KH-suosituksissa kuntoutuskappale lisättiin kolmeen suositukseen: Epilepsiat (aikuiset), Raskausdiabetes ja Sepsis (aikuiset). Aiempi kuntoutuskappale päivitettiin 20 KH-suositukseen.

Kuntoutuskappaleiden lisäksi kuntoutus huomioitiin muulla tavoin myös viidessä muussa KH-suosituksessa:

- Psoriaasi (iho ja nivelet): toiminta- ja työkykyä käsitellään suositustekstissä
- Diabetes: huomioitu ajoterveysohjeissa
- Epilepsia ja kuumekouristukset (lapset): osana ei-lääkkeellistä hoitoa
- Purentaelimistön toimintahäiriöt: käsitellään omahoitoa

27.2.2015

- Kohonnut verenpaine: osana hoitoa elintapamuutoksilla (ravitsemushoito, liikunta)

Kuntoutusta ei katsottu olevan suosituksen aiheen perusteella olleen tarpeellista käsitellä 24 KH-suosituksessa.

3.2.3 Kuntoutusta käsittelevien näytönastekatsausten määrä suosituksissa lisääntyy

Kuntoutusta ja toimintakykyä käsittelevien näytönastekatsausten määrä lisääntyi kolmen vuoden aikana julkaistuissa KH-suosituksissa huomattavasti. Ennen päivitystä näissä 54 KH-suosituksessa näytönastekatsauksia oli yhteensä 49 kappaletta. Päivitysten jälkeen näytönastekatsausten määrä nousi 115 kappaleella.

Näytönastekatsausten väittämälauseet ja näytön asteet (A–D) on kerätty [liitteeseen Kuntoutussuosituksen väittämälauseet](#).

Taulukko 10. Näytönastekatsausten määrän lisääntyminen vuosina 2012–14 julkaistuissa KH-suosituksissa.

	Ennen päivitystä					Päivityksen jälkeen				
JULKAISUT	A	B	C	D	YHT	A	B	C	D	YHT
2012	1	3	15	0	19	4	11	37	7	59
2013	0	0	2	1	3	7	9	5	3	24
2014	4	6	13	4	27	18	29	28	6	81
					49					164

3.2.4 Viittaukset Toimia-tietokannan mittareihin lisääntyvät

Toimia-verkoston toimintaa ja Toimia-tietokantaa esiteltiin KH-toimitukselle jo ennen hankkeen alkua elokuussa 2011. Hankkeen aikana linkitys Toimia-tietokantaan tehtiin seuraaviin mittareihin:

Taulukko 11. Linkitys Toimia-tietokannan mittareihin KH-suosituksista.

KH-suositus	Toimia-mittari
Depressio	Mielenterveysongelmiin liittyvä toimintakyvyn arviointi
Kaksisuuntainen mielialahäiriö	C-SSRS-lomake itsetuhoisuuden kartoittamiseen

27.2.2015

MS-tauti	Suositus aivoverenkiertohäiriö (AVH)- ja MS-kuntoutujan liikkumisen ja osallistumisen arviointiin
Selkäydinvamma	Suositus selkäydinvamman saaneiden henkilöiden toimintakyvyn arviointiin

3.3 Julkaisumuodot ja implementaatio

Vuonna 2013 käynnistettiin projekti KH-suositusten julkaisumuotojen kehittämiseksi. Projektissa uudistettiin Käypähoito.fi -verkkosivusto ja laajennettiin suositusten julkaisua Aikakauskirja Duodecimin verkkolehteen.

KH-suositusten erikoisaloittaista löytymistä helpotettiin tuomalla erikoisalalistaus samaan näkymään suositusten kanssa. Kuntoutuksen ja työterveyshuollon erikoisaloihin liittyvät suositukset listattiin ja lisättiin tarvittaessa erikoisalaotsikoiden alle. Kuntoutus ja toimintakyky -termit lisättiin rutiininomaisesti näytönastekatsausten indeksointiin helpottamaan niiden löytymistä.

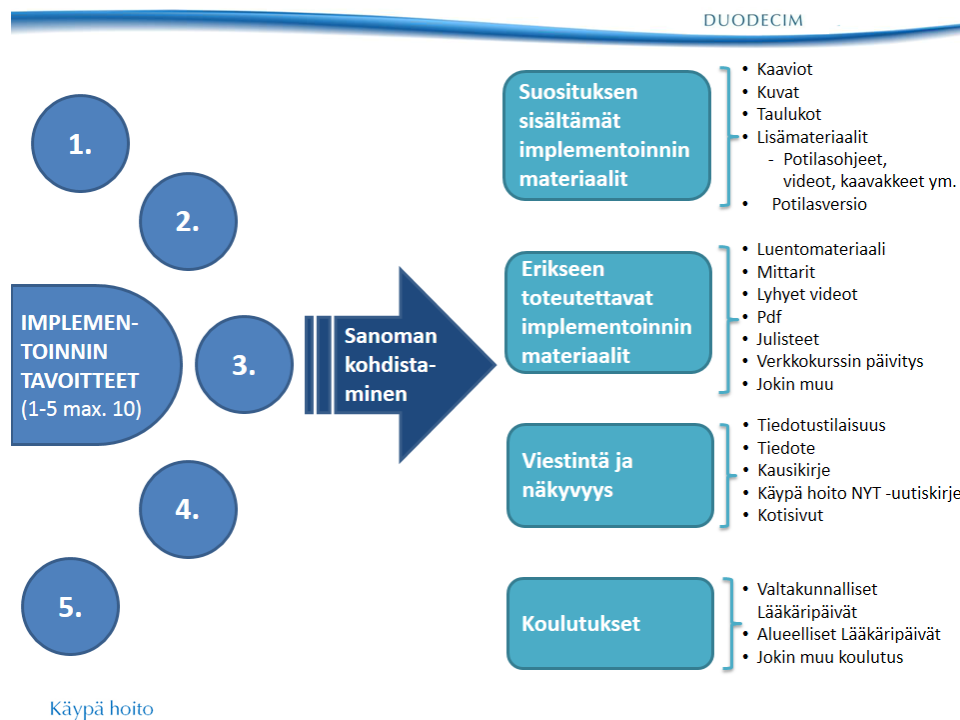
Uudistuksen yhteydessä suositusten luettavuusominaisuuksia kehitettiin, sivustolle lisättiin reittejä suositusten löytymisen helpottamiseksi ja mobiililaitteiden käyttöominaisuuksia parannettiin. Liiteaineistot (näytönastekatsaukset, lisätietoartikkelit ja kuvat) tuotiin uudistuksessa käyttäjälle helpommin löydettäväksi suosituksen yläosasta löytyviltä välilehdiltä.

Suosituksen sisällysluettelo, jossa otsikot toimivat linkkeinä suositustekstin kappaleisiin löytyy suositussivun vasemmasta laidasta, ja uutena toimintona suositussivun oikeaan laitaan tuodaan keskeisimmät implementoinnin välineet (keskeiset lomakkeet ja laskurit, luentomateriaalit, tiivistelmät potilasversiot ja PDF-versiot).

Käyvän hoidon implementoinnin kanavia ja tuotteita kartoitettiin vuonna 2014, jolloin laadittiin Käyvän hoidon implementointistrategia vuosille 2014–16.

Kanavat ja tuotteet on esitetty [kuvassa 3](#). Hankkeen aikana tehdyt implementointitoimenpiteet kuvataan tämän raportin seuraavissa kappaleissa.

27.2.2015



Kuva 3. Käyvän hoidon implementoinnin kanavat ja tuotteet.

3.3.1 Ulkopuolisten tapahtumien ja koulutusten määrä

Taulukko 12. Käyvän hoidon järjestämä kuntoutukseen liittyvä ulkopuolisille järjestetty koulutus ja niihin osallistuneet.

PVM	Koulutus	Osallistujia
8.1.2013	Helsingin lääkäripäivät: Näyttöön perustuva kuntoutus	50
8.1.2013	Helsingin lääkäripäivät: Neurologisten sairauksien Käypää hoitoa: <ul style="list-style-type: none"> • Aikuisten epilepsia • Lasten epilepsia ja kuumekouristus • Lasten päänsärky • MS-tauti • Parkinsonin tauti • Muistisairaudet 	50
20.2.2013	Pohjolan Lääketiedetapahtuma: Kuntoutuksen huomioiminen hoitosuosituksissa	184
17.–18.9.2013	Tutkimustiedon kriittisen arvioinnin kurssi	45
26.9.2013	Kuopion lääketiedetapahtuma: Kuntoutus hoitosuositusten valossa	50

27.2.2015

6.11.2013	Turun lääketiedetapahtuma: Kuntoutus hoitosuosituksen valossa	30
9.1.2014	Helsingin lääkäripäivät: Lonkkamurtumapotilaan hoitoketju kuntoon (pienryhmä)	10
9.1.2014	Helsingin lääkäripäivät: Mitä uutta psykiatrisissa Käypä hoito -suosituksissa? <ul style="list-style-type: none">Kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja skitsofrenian kognitiivinen kuntoutus	135
30.1.2014	Seminaari: Näyttöön perustuva kuntoutus läpi hoitoketjun: Miten edistämme moniammatillisesti potilaittemme kuntoutumista?	142
10.–11.3.2014	Kuntoutuspäivät: Kuntoutus hoitosuosituksen valossa	30
28.8.2014	G-I-N 2014: Rehabilitation and functional capacity in Clinical Practice Guidelines. A Collaboration of the G-I-N Nordic Regional Community (suullinen esitys)	50
16.–17.9.2014	Tutkimustiedon kriittisen arvioinnin kurssi	45
27.11.2014	Depressio-päivityksen 2014 julkistamisseminaari: Depression hyvä hoito – tarua vai totta?	131
29.1.2015	Seminaari: Vaikuttavaa kuntoutusta kehdosta keinutuoliin – miten elämän eri vaiheissa	180
19.2.2015	Pohjolan lääketiedepäivät: Syömishäiriöt	50
17.3.2015	Tampereen lääkäripäivät: Kuntoutukseen!	Tulossa oleva koulutus
	Yhteensä: 16 tilaisuutta	1 182 osallistujaa

3.3.2 Luentomateriaalien ja interaktiivisten kaavioiden numeerinen arviointi

Käyvän hoidon implementointistrategian 2014–16 mukaan luentomateriaaleja laaditaan harkiten ja niiden sisältö kohdennetaan implementoinnin suosituskohdaisiin tavoitteisiin.

Hankkeen aikana on julkaistu 15 luentomateriaalia niistä suositusaiheista, joihin kuuluu kuntoutusta ja toimintakykyä käsittelevät osiot. Nämä suositukset ovat:

1. ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret)
2. Alaselkäkipu
3. Astma
4. Depressio
5. Diabetes
6. Huumeongelmaisen hoito

27.2.2015

7. Kaksisuuntainen mielialahäiriö
8. Keuhkohtaumatauti
9. Kohonnut verenpaine
10. Osteoporoosi
11. Polvi- ja lonkkanivelrikko
12. Raskausdiabetes
13. Sepsis (aikuiset)
14. Skitsofrenia
15. Syömishäiriöt

Interaktiivisia kaavioita löytyy Diabetes- ja Osteoporoosi-suosituksista. Parhaillaan tekeillä ovat interaktiiviset kaaviot Nivelreuma- ja Liikunta-suosituksiin, joiden päivitykset julkaistaan vuoden 2015 aikana.

3.3.3 Kuntoutuksen huomioiminen muissa aineistoissa

Indikaattorityö on parhaillaan käynnissä ja asiantuntijaverkostossa arvioidaan mittareita seuraaville kuntoutusosioita sisältäville suosituksille:

1. Aivoinfarkti
2. Depressio
3. Diabeettinen retinopatia
4. Diabetes

Hankkeen aikana laaditun implementointiselvityksen perusteella verkkokursseista on päätetty luopua, eikä niitä sen vuoksi ole päivitetty. Verkkokurssit poistetaan julkaisusta seuraavan päivityksen julkaisun jälkeen.

3.4 Arviointi

3.4.1 Kongressijulkaisut

Hanketta esiteltiin sekä ulkomaisissa että kotimaisissa kongresseissa seuraavaksi:

1. [Posterisitys](#) Quality and safety in health-care -kongressissa Lontoossa huhtikuussa 2013
 2. Kuntoutus hoitosuosituksen valossa -symposium Kuntoutuspäivillä Helsingissä maaliskuussa 2014
 3. Suullinen esitys 'Rehabilitation and functional capacity in Clinical Practice Guidelines. A Collaboration of the G-I-N Nordic Regional Community' Guidelines International Networkin G-I-N2014 -kongressissa Melbournessa elokuussa 2014
 4. Posterisitys 'Including Evidence-Based Rehabilitation in Clinical Practice Guidelines' hyväksytty Congress of European Forum for Research in Rehabilitation (EFRR2015) -kongressiin Helsingissä toukokuussa 2015
-

27.2.2015

5. Kuntoutus hoitosuositusten valossa -symposium on pidetty Helsingin lääkäripäivillä 2013, ja sen jälkeen kaikissa alueellisissa lääketiedetapahtumissa (tulossa vielä Tampereen lääkäripäivillä maaliskuussa 2015).

3.4.2 Julkaisut vertaisarvioituissa lehdissä

Hankkeesta, kuntoutuksesta KH-suosituksissa ja tutkimustiedon kriittisestä arvioinnista julkaistiin vertaisarvioituissa lehdissä seuraavat artikkelit:

1. Autti-Rämö I, Komulainen J. Kuntoutus perustuu tietoon - kuntoutumisen mahdollistavat asenteet, prosessit, osaaminen ja yksilöllisyys. Pääkirjoitus. Duodecim 2013;129(5):452-3
2. Duodecimin toimintaa: Kuinka edistämme potilaiden kuntoutusta? Duodecim 2013;129(22):2405-6
3. Vainikainen T. Kuntoutus kuntoon kautta hoitoketjun. Duodecim 2014;130(6):610-1
4. Kukkonen-Harjula K, Honkanen M, Malmivaara A ym. Kuntoutuksen huomioiminen Käypä hoito -suosituksissa. Kuntoutuslehti 2014;3:35-39
5. Komulainen J, Vuorela P, Malmivaara A. Satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen periaatteita ja sudenkuoppia. Duodecim 2014;130(14):1439-44
6. Vuorela P, Malmivaara A, Komulainen J, Pekka Jousilahti P. Miten arvioin ja hyödynnän havainnoivan tutkimuksen tuottamaa tietoa? Duodecim 2014;130(15):1545-50
7. Malmivaara A, Komulainen J. Luotettavaa vaikuttavuustietoa järjestelmällisistä katsauksista. Duodecim 2014;130(16):1635-41

3.4.3 Muut julkaisut

Taulukko 13. Muut julkaisut Käypä kuntoutus -hankkeesta ja kuntoutuksesta KH-suosituksissa.

KH-tiedottajan kausikirjeet lääketieteen toimittajille	
Kappale: Kuntoutukseen lisähuomiota	Kesäkirje 2012
Kappale: Kuntoutusta laitettu kuntoon	Kesäkirje 2013
Kappale: Täsmätietoa Käypä hoito -suosituksista netissä	Kesäkirje 2014

27.2.2015

Käypä hoito NYT -uutiskirjeet	
Kuntoutuksen sekä toiminta- ja työkyvyn osuutta vahvistetaan Käypä hoito suosituksissa / Jorma Komulainen	nro 1 / 2012
Grade ja kuntoutus Käypä hoito -suositukseen / Ilona Autti-Rämö	nro 3 / 2012
Ilmoitus Puheenjohtajatapaamisesta 2013 Ilmoitus KH:n ohjelmasta Lääkäripäivillä 2013	nro 4 / 2012
Miten kuntoutus näkyy Käypä hoito -suosituksissa / Katriina Kukkonen-Harjula	nro 1 / 2013
Ilmoitus kuntoutuksen nak-pajasta Ilmoitus seminaarista Näyttöön perustuva kuntoutus läpi hoitoketjun	nro 2 / 2013
Hoitosuositusryhmä Olkapään jännevaivat kokeilee erilaista työskentelytapaa / Ville Mattila Ilmoitus seminaarista Näyttöön perustuva kuntoutus läpi hoitoketjun	nro 3 / 2013
Ilmoitus seminaarista Näyttöön perustuva kuntoutus läpi hoitoketjun ja KH:n osallistumisesta Kuntoutuspäiville Tietoa verkkosivu-uudistuksesta, suositusten julkaisusta Duodecimin verkkolehdessä ja KH:n osallistumisesta Lääkäripäiville 2014	nro 4 / 2013
Tietoa verkkosivu-uudistuksesta Ilmoitus Hoitosuositusryhmien käsikirjasta	nro 1 / 2014
Kuntoutuminen Alaselkäkipu-suosituksen keskiössä / Antti Malmivaara Ilmoitus Hoitosuositusryhmien käsikirjasta Vaikuttavaa kuntoutusta kehdosta keinutuoliin -seminaarin ennakoilmoitus Osteoporoosin Käypä hoito -suosituksen päivityksen tiedote	nro 2 / 2014
Kohonneen verenpaineen Käypä hoito -suosituksen päivityksen tiedote Depressio Käypä hoito -suosituksen tiedotustilaisuus Vaikuttavaa kuntoutusta kehdosta keinutuoliin -seminaarin ilmoitus	nro 3 / 2014

27.2.2015

Viimeisimmät julkaistut Käypä hoito -suositukset Syömishäiriöt Käypä hoito -suosituksen tiedotustilaisuus Juttu Depression hyvä hoito – totta vai tarua? -seminaarista Ilmoitus KH:n ohjelmasta Helsingin Lääkäripäivillä Ilmoitus Vaikuttavaa kuntoutusta -seminaarista	nro 4 / 2014
Tesso	
Kuntoutus osaksi Käypä hoito -suosituksia	10.3.2014
Kuntoutusportti	
Verkkoartikkeli Kuntoutus Käypä hoito -suosituksissa	Kuntoutusportti » Kuntoutusmuodot » Kuntoutus Käypä hoito -suosituksissa
Muut hankkeeseen liittyvät tiedotteet Käypähoito.fi -sivuilla	
Seuraa Twitterissä #Kuntoutusseminaari 29.1.!	Seminaari 2015
Ilmoittaudu NAK-pajaan	Nak paja 4.2.2015
Käypä hoito mukana Helsingin Lääkäripäivillä	Lääkäripäivät 2015
Kutsu seminaariin: Vaikuttavaa kuntoutusta kehdestä keinutuoliin – miten elämän eri vaiheissa	Seminaari 2015
Kutsu seminaariin: Depression hyvä hoito – totta vai tarua?	Depression Käypä hoito -suosituksen 2014 päivityksen julkistamisseminaari 27.11.2014
Merkitse kalenteriisi: Käyvän hoidon seminaari	Seminaari 2015
Käypä hoito mukana Kuntoutuspäivillä	Kuntoutuspäivät 2014
Näyttöön perustuva kuntoutus läpi hoitoketjun: Miten edistämme moniammatillisesti potilaittemme kuntoutumista?	Seminaari 2014
Käypää hoitoa jo 20 vuotta – terveydenhuollon tueksi ja potilaan parhaaksi	Lääkäripäivät 2014, seminaari 2014, Käypä hoito 20 vuotta -artikkelit
Duodecim ja Kela yhteistyöhön Käypä hoito -suositusten kuntoutusosioiden kehittämisessä	Ensimmäinen tiedote hankkeeseen liittyen (julkaistu 7.3.2012)

27.2.2015

3.4.4 Hyödyt ja haitat Käyvälle hoidolle

Hankkeen hyötyjä ja haittoja Käyvälle hoidolle selvitettiin KH-toimitukselta ja johtoryhmältä kyselyllä aina kunkin toimintavuoden jälkeen. Kyselyn liitteenä toimitettiin hankkeen vuosiraportit arvioinnin tueksi.

Kaikkina kolmena arviointivuotena suurin osa vastaajista näki hyödyt selvästi haittoja suuremmiksi. Avoimissa vastauksissa hyötyjä korostettiin. Hyötyinä mainittiin etenkin suositusten näkökulman laajeneminen, uudet yhteistyömahdollisuudet Kelan ja muiden kuntoutustoimijoiden kanssa, KH-suositusten näkyvyyden lisääntyminen sekä lisärahoituksen saaminen.

Useissa vastauksissa pohdittiin myös kuntoutuksen vaikuttavuuden tieteellistä arviointia ja näytön tuomisesta KH-suosituksiin. Nähtiin myös, että kuntoutusosioiden lisääminen monipuolistaa KH suosituksia. Hyödyissä mainittiin myös tiedon leviäminen; KH-työryhmien ja KH-suosituksia lukevien tietoisuus kuntoutuksesta lienee lisääntynyt. Hankkeen hyötyinä nähtiin myös sen suunnitelmallinen eteneminen ja systematiikan tuominen kuntoutusosioiden laatimiseen, jota voidaan hyödyntää myös jatkossa muissakin KH-suositusten osioissa.

Taulukko 14. Hyödyt Käyvälle hoidolle vuosina 2012–14 asteikolla 1–5 (ei lainkaan, erittäin paljon).

Ei lainkaan	1	2	3	4	5	Erittäin paljon	Vastaajia
2012	0	1	5	14	7		27
2013	0	0	3	15	4		23
2014	0	0	2	13	6		21

Hankkeesta koettiin olevan Käyvälle hoidolle varsin vähän haittaa. Haittoja pohdittaessa esiin hankkeen ensimmäisen vuoden arvioinnin jälkeen näytön arvioinnin menetelmät, jolloin huolena oli, että KH-suosituksiin tulisi mahdollisesti osia selvästi vähäisemmällä näytöllä. Toisena mahdollisena haittana nähtiin suositusten luettavuuden hankaloituminen, ja joissakin työryhmissä koettiin haastavaksi käydä läpi kuntoutusta ja toiminta- ja työkykyä. Jonkinlaisena haittana nähtiin toimituksen osalta myös työajan riittävyys.

Taulukko 15. Haitat Käyvälle hoidolle vuosina 2012–14 asteikolla 1–5 (ei lainkaan, erittäin paljon).

Ei lainkaan	1	2	3	4	5	Erittäin paljon	Vastaajia
2012	16	9	2	0	0		27
2013	14	6	1	1	0		23
2014	12	5	4	0	0		21

27.2.2015

3.4.5 Hyödyt sidosryhmille

Vuonna 2013 käynnistettiin Guidelines International Networkin pohjoismaisten jäsenten G-I-N Nordic -verkostossa yhteistyöprojekti, jossa selvitetään kuntoutuksen huomioista eri pohjoismaiden hoitosuosituksissa. Projektin alussa tehtiin selvitys eri maiden nykytilanteesta. Selvityksen tulokset esiteltiin G-I-N2014 -konferenssissa Melbournessa, jossa Käyvän hoidon koulutusvastaava, dosentti Piia Vuorela piti suullisen esityksen otsikolla *Rehabilitation and functional capacity in Clinical Practice Guidelines. A Collaboration of the G-I-N Nordic Regional Community*. Yhteistyö jatkuu selvityksillä siitä, miten esimerkiksi näytönastekatsauksia voidaan hyödyntää yhteisesti pohjoismaiden kesken.

Hankkeen aikana on tehty yhteistyötä muiden kotimaisten toimijoiden kuntoutukseen liittyviin hankkeisiin. Päätoimittaja Jorma Komulainen on ollut koko hankkeen ajan Käyvän hoidon edustajana mukana THL:n TOIMIA-hankkeen työvaliokunnassa sekä Aivoliiton AVH ja onnistunut työllistyminen -hankkeen johtoryhmässä. Yhteistyötä hankkeen ajan tehty myös Suomen Fysioterapeuttien kanssa, joilta on ollut mukana edustaja hankkeen projektiryhmässä.

Tammikuussa 2015 pidetyn Vaikuttavaa kuntoutusta kehdestä keinutuoliin -seminaarin palautekyselyssä oli mukana kolme yleistä kysymystä, joilla kartoitettiin osallistujien näkemyksiä kuntoutuksen huomioimisesta KH-suosituksissa.

Asteikolla 1–5 (1 = ei lainkaan, 5 = erittäin paljon) vastaajia pyydettiin arvioimaan seuraavia asioita:

1. Käsitykseni mukaan kuntoutusta käsitellään tällä hetkellä Käypä hoito -suosituksissa
 - a. Vastausten keskiarvo oli 3,13 ja mediaani 3 (vastaajia 100 / 177)
 2. Käsitykseni mukaan Käypä hoito -suosituksissa vaikuttavaksi todettuja kuntoutusmenetelmiä tulisi käyttää
 - a. Vastausten keskiarvo oli 4,42 ja mediaani 4,5 (vastaajia 100 / 177)
 3. Sellaisia kuntoutusmenetelmiä, joiden vaikuttavuutta ei Käypä hoito -suositusten mukaan ole osoitettu, tulisi käyttää
 - a. Vastausten keskiarvo oli 2,98 ja mediaani 3 (vastaajia 101 / 177)
-

27.2.2015

4 Päätelmät

Käypä kuntoutus -hankkeelle asetettiin tavoitteiksi rakenteiden ja prosessien luomisen kuntoutuksen ja toimintakyvyn arviointiin, näiden rakenteiden ja prosessien käyttö hankkeen aikana julkaistavissa KH-suosituksissa, julkaisumuotojen ja implementointi välineiden kehittäminen sekä hankkeen arviointi ja raportointi. Hanke organisoitiin ja aikataulutettiin näiden tavoitteiden mukaan, ja niissä edettiin systemaattisesti. Hanke pysyi aikataulutavoitteissaan ja sai aikaan tuloksia muun muassa niin näytönastekatsausten määrän lisääntymisessä kuin asennemuutoksen käynnistämisessäkin.

Rakenteet ja prosessit

Tutkimustiedon kriittisen arvioinnin menetelmien kuvaus on ollut tärkeä osa Käypä kuntoutus -hanketta, jonka yhtenä tavoitteena oli selvittää parhaat menetelmät kuntoutustutkimusten arviointiin. Hankkeen kokemusten perusteella kuntoutustutkimuksia voidaan arvioida samoin perustein kuin muitakin tutkimuksia. Näin ollen samat näyttöön perustuvan lääketieteen menetelmät soveltuvat myös kuntoutustutkimusten arviointiin.

Menetelmien kehittäminen sekä yhteistyö muiden hoitosuositus- ja kuntoutusorganisaatioiden kanssa olivat hankkeen keskeisiä osa-alueita. Hoitosuositustyöryhmien käsikirjan päivityksen yhteydessä tutkimustiedon kriittisen arvioinnin menetelmät kuvattiin aiempaa laajemmin. Hoitosuositustyöryhmien käsikirjan päivityksen yhteydessä myös Käypä hoito -suositusten laatimisen prosessikuvaukset päivitettiin ja kuntoutuksen huomioimiselle laadittiin oma kaavionsa.

KH-suositusten perustana on systemaattinen tiedonhaku, joka tehdään jokaiselle alkavalle uudelle suositukselle ja päivityksille. Hankkeen aikana Käyvän hoidon informaattikot laativat kuntoutukselle oman tiedonhakustrategian ja selvittivät parhaat mahdolliset tietokannat kuntoutustutkimusten löytämiseen. Tiedonhakustrategia tullaan julkaisemaan osana Hoitosuositustyöryhmien käsikirjaa, jolloin se on vapaasti myös muiden toimijoiden käytettävissä.

Suositusjulkaisut

Käypä kuntoutus -hankkeen aikana julkaistiin yhteensä 54 Käypä hoito -suositusta. Näistä 30:ssa käsiteltiin kuntoutusta ja toiminta- ja työkykyä suositustekstissä, näytönastekatsauksina ja lisätietoartikkeleina.

Näytönastekatsaukset ovat KH-suositusten keskeistä sisältöä, joissa parhaasta saatavilla olevasta kirjallisuudesta tiivistetään kokonaisuus, jonka avulla näytön aste (A, B, C tai D) kuvataan. Näytönastekatsausten määrän lisääntyminen KH-suosituksissa on ollut yksi hankkeen onnistumisista, sillä kuntoutusta ja toimintakykyä käsittelevien näytönastekatsausten määrä kasvoi hankkeen aikana julkaistuissa KH-suosituksissa 49:stä 164:ään. Uusia kuntoutusta ja toimintakykyä käsitteleviä näytönastekatsauksia julkaistiin kolmen vuoden aikana näin ollen 115 kappaletta.

27.2.2015

Julkaisumuodot ja implementointi

KH-suositusten julkaisua kehitettiin hankkeen aikana. Verkkosivut uudistettiin ja suositusten käytettävyyttä parannettiin. Samoin suositusten indeksointia ja erikoisalojen merkitsemistä täsmennettiin suositusten ja niiden liiteaineistojen löytymisen helpottamiseksi. Myös otsikointiin on kiinnitetty enemmän huomiota, koska hankkeen kokemusten perusteella kuntoutus on ollut aiemmin ”piilossa” muiden termien tai otsikoiden alla.

Hankkeen aikana KH-suositukset ovat saaneet näkyvyyttä nyt myös kuntoutuksen kautta. Käypä hoito -suosituksista tiedotetaan aktiivisesti, ja ne näkyvät usein myös mediassa. KH-suosituksista tiedottamisen lisäksi Käypä kuntoutus -hankkeesta julkaistiin artikkeleja ammatillisissa julkaisuissa sekä verkossa.

Arviointi ja raportointi

Käypä hoito -toimitus osallistui ja järjesti kuntoutukseen liittyvää koulutusta. Koulutustapahtumiin osallistui hankkeen aikana yhteensä yli 1 000 henkilöä.

Koulutusten lisäksi KH-toimitus ja -työryhmät ovat käyneet paljon keskusteluja hoidon ja kuntoutuksen eroista ja yhteneväisyyksistä, ja näiden keskustelujen avulla on onnistuttu toteuttamaan asennemuutosta kuntoutuksen sisällyttämisestä KH-suosituksiin.

Käypä hoito -suosituksen laatimisen ja päivittämisen prosessi on pitkä, joten hankkeen aikana käyttöön otettujen menetelmien näkyminen suositusjulkaisuissa vie aikaa. Hankkeen aikana aloitettu keskustelu ja kuntoutusaiheiden aktiivinen esiin nostaminen tulevat näkymään jatkossa KH-suosituksissa varsinkin vuosina 2015–17 toteutettavan Kuntoutussuositusten implementointi -hankkeen tukemana.

Kuntoutus jatkossa olennaisena osana Käypä hoito -prosesseja

Hankkeen päättyessä kuntoutuksen ja toimintakyvyn huomioiminen on muodostunut kiinteäksi osaksi KH-suositusten laatimisen prosesseja. Kuntoutus tullaan huomioimaan niissä suosituksissa, joissa se on aiheen kannalta perusteltua. KH-suositusten kuntoutusosioita tullaan ylläpitämään suositusten päivitysten yhteydessä.

Käypä kuntoutus -hankkeessa määritellyt tehtävät, menetelmät ja laaditut työvälineet on viety osaksi Hoitosuositusryhmien käsikirjaa sekä KH-toimituksen omaa sisäistä käsikirjaa. Myös ICF-viitekehystä tullaan jatkossa tuomaan KH-työryhmien käyttöön.

Näyttöä vaikuttavista kuntoutusmenetelmistä on tämän hankkeen aikana tuotu 30 KH-suositukseen. Seuraava haaste on tiedon vieminen käytäntöön, josta Käypä hoito -toimitus aloittaa jatkohankkeen alkuvuonna 2015. Hanke keskittyy kuntoutussuositusten implementointiin kuntoutukselle keskeisissä potilasryhmissä.

Toiminta jatkossa

Hankkeen jälkeen kuntoutus on vakiintunut osa KH-suosituksia, ja sitä käsitellään yhdenvertaisesti ehkäisyn, diagnostiikan ja hoidon kanssa. Käypä hoito -toimituksen ja -työryhmien kasvanut osaaminen kuntoutustoimien vaikuttavuuden arvioinnissa

27.2.2015

takaavat sen, että terveydenhuollon ammattilaiset, organisaatiot, viranomaiset ja potilaat voivat luottaa KH-suositusten kannanottoihin kuntoutuksen osalta ja toimia niiden mukaan. Kuntoutustoimien vaikuttavuuden arviointi tulee jatkumaan niissä puitteissa, joita Käypä hoito -toiminnalla jatkossa on käytettävissä.

Kaikkia hankkeessa kehitettyjä työvälineitä ei hankkeen aikana ole pystytty täysimääräisesti ottamaan käyttöön rutiininomaisessa hoitosuositustyössä. Ne on kuitenkin pilotoitu, ja niiden implementointi ja mahdollinen jatkokehitys KH-työryhmiin toteutetaan lähivuosien kuluessa ilman siihen tarvittavaa erillistä resursointia.

ICF-viitekehys on hankkeessa todettu hyvin hoitosuositukseen soveltuvaksi. Muiden toimijoiden kuin Käyvän hoidon tehtävänä on ICF:n saattaminen yleiseen käyttöön suomalaisessa terveydenhuollossa. Käypä hoito on valmis osaltaan tukemaan tätä tavoitetta.

KH-suositukseen sisältyvien kuntoutussuositusten käyttöönotto ei toteudu ilman erityisiä ponnistuksia niiden implementoinniksi. Duodecim onkin solmimassa Kelan kanssa sopimuksen vuosina 2015–17 tapahtuvaksi kuntoutussuositusten implementointihankkeeksi.

27.2.2015

5 Liitteet

[Liite 1. Hankkeeseen osallistuneet KH-toimituksen jäsenet ja heidän tehtävänsä.](#)

[Liite 2. Prosessikaavio kuntoutuksen huomioimisesta Käypä hoito -suosituksissa suositusta laadittaessa tai päivitettäessä.](#)

[Liite 3. Kuntoutus, toimintakyky ja työkyky hakustrategiat lähtökohdaksi hakuihin.](#)

[Liite 4. Tietokantojen kattavuus ja päällekkäisyys kuntoutukseen liittyvissä hauissa; vertailu Medline-tietokantaan.](#)

[Liite 5. Kuntoutustoimet-lomake.](#)

[Liite 6. Toiminta- ja työkykylomake.](#)

[Liite 7. Kuntoutussuositusten väittämälauseet.](#)

27.2.2015

Liite 1. Hankkeeseen osallistuneet KH-toimituksen jäsenet ja heidän tehtävänsä.

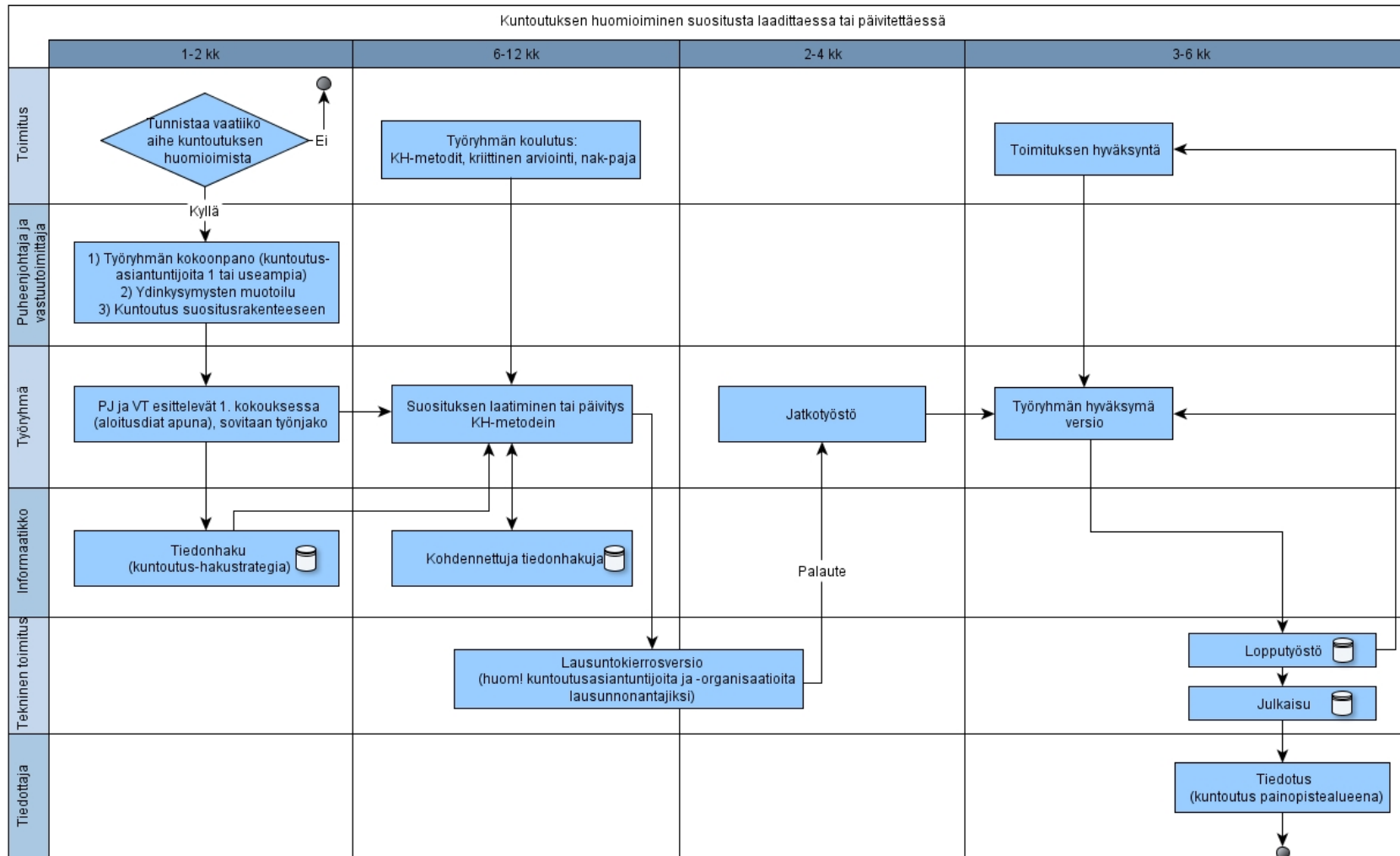
Nimi	Koulutus- ja ammattinimike	Tehtävä hankkeessa
Jorma Komulainen	LT, dosentti, Päätoimittaja	Hankkeen johtaja, suositustyöryhmät (lastentaudit)
Raija Sipilä	LT, Toimituspäällikkö	Suosituustyöryhmät (yleislääketiede)
Mari Honkanen	FM, Kehittämispäällikkö	Projektipäällikkö
Heikki Tikkanen	LT, dosentti, KH-toimittaja	Asiantuntija
Katriina Kukkonen-Harjula	LKT, dosentti, KH-toimittaja	Suosituustyöryhmät (liikuntalääketiede)
Antti Malmivaara	LKT, dosentti, KH-toimittaja	Asiantuntija, menetelmät, suositustyöryhmät (fysiatria)
Pekka Jousilahti	Tutkimusprofessori, KH-toimittaja	Suosituustyöryhmät (epidemiologia)
Marja Pöllänen	HLT, EHL, KH-toimittaja	Suosituustyöryhmät (hammaslääketiede)
Tanja Laukkala	LT, psykiatrian erikoislääkäri, KH-toimittaja	Suosituustyöryhmät (psykiatria)
Ville Mattila	LT, dosentti, KH-toimittaja	Suosituustyöryhmät (yleislääketiede ja ortopedia)
Tuula Meinander	LL, BSc (Laboratorioanalyttikko), KH-toimittaja	Suosituustyöryhmät (yleislääketiede ja sisätaudit)
Eero Mervaala (1.9.2012 alkaen)	LT, professori, KH-toimittaja	Suosituustyöryhmät (kliininen farmakologia ja lääkehoito)
Piia Vuorela	LT, dosentti, KH-toimittaja	Koulutus, suositustyöryhmät (naistentaudit)
Arja Tuunainen (1.9.2013 alkaen)	LT, dosentti, KH-toimittaja	Suosituustyöryhmät (psykiatria)
Sari Atula	LT, KH-toimittaja	Suosituustyöryhmät (neurologia)
Juho Kivistö (1.2.2013 asti)	LT, KH-toimittaja	Suosituustyöryhmät (lastentaudit)
Joonas Sirola (31.3.2013 asti)	LT, dosentti, KH-toimittaja	Suosituustyöryhmät (ortopedia)
Niina Aho	Kokouspalvelusihteeri	Kokousjärjestelyt
Marjo Lepistö	Koordinaattori	Luentomateriaalit, koulutusten järjestelyt
Karin Torp	Sihteeri	Suosituustyöryhmiin liittyvät järjestelyt
Heljä Rasilainen	Kuvatoimittaja	KH-suositusten kuvat, interaktiiviset kaaviot, visuaalinen ilme
Kirsi Tarnanen	Tekninen toimittaja, potilasversioista vastaava	Julkaisut, uudet suositukset, potilasversiot
Minna Haukio	Tekninen toimittaja	Julkaisut, päivitykset
Anu Koivusipilä	Tekninen toimittaja	Julkaisut, päivitykset

27.2.2015

Tiina Tala	Oppimateriaalitoimittaja	Luentomateriaalit, verkkokurssit
Leena Lodenius	FM, Tietopalvelupäällikkö	Tiedonhaku, tiedonhakustrategia
Tiina Lamberg	TtM, Informaatikko	Tiedonhaku, tiedonhakustrategia
Kristiina Ilvesviita	Kirjastosihteeri, Meilahden kampuskirjasto Terkko	Kirjastopalvelut
Tuula Vainikainen (30.6.2014 asti)	FM, KH-tiedottaja	Tiedotus
Outi Romero	Viestintäpäällikkö	Tiedotus

27.2.2015

Liite 2. Prosessikaavio kuntoutuksen huomioimisesta Käypä hoito -suosituksissa suositusta laadittaessa tai päivitettäessä.



27.2.2015

Liite 3. Kuntoutus, toimintakyky ja työkyky hakustrategiat lähtökohdaksi hakuihin.

Ota mukaan **spesifit kuntoutusmenetelmät ym.** mikäli työryhmä sellaisia nimeää

KUNTOUTUS MEDLINE

1. exp Physical Therapy Modalities/
2. rehabilitat*.ti.
3. Rehabilitation Nursing/
4. exp Rehabilitation/
5. exp Exercise/
6. (exercise* or physiotherap* or occupational therap*).ti.
7. physical therap*.ti.
8. exp Stroke/rh [Rehabilitation] (muuta aina tämä viimeinen)

TOIMINTAKYKY MEDLINE

1. "International Classification of Functioning, Disability and Health"/
2. icf.ti.
3. disabilit*.ti.
4. "Activities of Daily Living"/
5. (function* adj2 (capacity or ability or status)).ti.
6. Disability Evaluation/
7. functioning.ti.
8. (function* adj2 (impairment or assessment*)).ti.
9. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8

TYÖKYKY MEDLINE

1. Work/
2. (work* or occupation*).ti.
3. Sick Leave/
4. exp Absenteeism/
5. exp Occupational Health/ or exp Occupational Health Services/ or exp Occupational Medicine/
6. exp Occupational Health Physicians/ or exp Occupational Health Nursing/
7. exp Return to Work/

27.2.2015

8. exp Workload/
9. exp Work Simplification/
10. exp Work Capacity Evaluation/
11. exp Workplace/
12. JOB.ti.
13. exp Psychology, Industrial/
14. Job Description/
15. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14

KUNTOUTUS COCHRANE

- #1 MeSH descriptor: [Rehabilitation] explode all trees
- #2 MeSH descriptor: [Rehabilitation Nursing] explode all trees
- #3 MeSH descriptor: [Exercise] explode all trees
- #4 MeSH descriptor: [Physical Therapy Modalities] explode all trees
- #5 rehabilit*:ti or physiotherap*:ti or occupational next therap*:ti or exercis*:ti or physical next therap*:ti (Word variations have been searched)

- #6 MeSH descriptor: [Stroke] explode all trees and with qualifier(s): [Rehabilitation - RH]
muuta aina tämä viimeinen

TOIMINTAKYKY COCHRANE

- #1 MeSH descriptor: [International Classification of Functioning, Disability and Health] explode all trees
- #2 disabilit*:ti or function* near/2 (status or capacity or ability):ti or "ICF":ti (Word variations have been searched)
- #3 MeSH descriptor: [Activities of Daily Living] explode all trees
- #4 MeSH descriptor: [Disability Evaluation] explode all trees
- #5 function* near/2 (impairment* or assess*):ti or functioning:ti (Word variations have been searched)
- #6 #1 or #2 or #3 or #4 or #5

TYÖKYKY COCHRANE

- #1 MeSH descriptor: [Work Capacity Evaluation] explode all trees
 - #2 MeSH descriptor: [Work] explode all trees
 - #3 MeSH descriptor: [Sick Leave] explode all trees
 - #4 MeSH descriptor: [Psychology, Industrial] explode all trees
 - #5 MeSH descriptor: [Occupational Health] explode all trees
 - #6 MeSH descriptor: [Occupational Health Nursing] explode all trees
 - #7 MeSH descriptor: [Occupational Health Physicians] explode all trees
 - #8 MeSH descriptor: [Occupational Health Services] explode all trees
 - #9 MeSH descriptor: [Occupational Medicine] explode all trees
 - #10 MeSH descriptor: [Workplace] explode all trees
 - #11 MeSH descriptor: [Workload] explode all trees
-

27.2.2015

- #12 MeSH descriptor: [Work Simplification] explode all trees
 - #13 MeSH descriptor: [Job Description] explode all trees
 - #14 "work":ti or occupation*:ti or "job":ti (Word variations have been searched)
 - #15 #1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14
-

27.2.2015

Liite 4. Tietokantojen kattavuus ja päällekkäisyys kuntoutukseen liittyvissä hauissa; vertailu Medline-tietokantaan.

Tiina Lamberg

Leena Lodenius

2.12.2014

TAUSTAA

Kuntoutus on monitieteinen ja laaja aihealue, jossa käsitellään monenlaisia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia kysymyksiä. Aihealueen laajuuden vuoksi sopivien ja riittävien tietokantojen valinta on erityisen haastavaa. Tämä on herättänyt kysymyksen kuinka hyvin perinteinen biomedisiininen Medline kattaa kuntoutuksen aihealueen ja mistä muista tietokannoista kuntoutusta kannattaisi hakea.

Käytännössä ei usein ole mahdollista hakea kovin monista tietokannoista, joten valintaa on tehtävä. Mitään näyttöön perustuvaa ohjetta siitä, kuinka tietokantoja tulisi priorisoida tai kuinka monesta tietokannasta olisi haettava, ei tietojemme mukaan kuitenkaan ole (Beyer & Wright 2013). Kolmensadan (Medlinesta v. 2004 löytyneen) systemaattisen katsauksen tutkimuksessa kirjallisuushakuihin käytettyjen tietokantojen mediaanimäärä oli viisi (Moher 2007).

Vaikka tietokantojen valinta ja hakemisen riittävyys on varmasti monen informaation ja terveyden ammattilaisen pulma, on tietokantojen valintaan tai vertailuun liittyviä tutkimuksia terveyden alueella tehty 2000-luvulla melko vähän. Keskeisesti kuntoutukseen liittyviä tietokantojen vertailuja on tehty vain muutamia, joten viittaamme tässä myös kuntoutusta sivuaviin tietokantatutkimuksiin. Brettlen ja Longin tutkimuksessa (2001) vertailtiin eri tietokantojen kattavuutta kuntoutuksen alueella. Aiheena oli vakavien mielenterveysongelmien kuntoutus, josta etsittiin tutkimusjulkaisut systemaattista katsausta varten. Kaikkiaan 96 tutkimusartikkelia hyväksyttiin katsauksen aineistoksi. Tietokantavertailussa mukana olivat Medline, Cochrane, Psyclit, Cinahl, Sociofile (*Sociofile* sisältää sosiologian ja sosiaalipolitiikan sekä lähitieteiden yli 1600 kausijulkaisun viitetiedot, lisäksi viitteitä myös monografioiden ja konferenssipapereihin sekä vuodesta 1986 väitöskirjoihin) ja Social citation index (dataa 3000 maailman johtavista sosiaalitieteiden lehdistä. Sisältyy Web of Scienceen). Tietokannoista löytyi 86 artikkelia katsaukseen hyväksytyistä 96 artikkelista. Eniten artikkeleja löytyi Psyclitistä, 44 %, ja vähiten Cinahlista ja Sociofilesta 7 %. Medline kattoi 39 % katsauksen artikkeleista, SCI 36 % ja Cochrane-kirjasto 19 %. 42 % katsaukseen hyväksytyistä artikkeleista löytyi yhdestä tietokannasta. Toisesta löytyi 31 % ja kolmannelta 8 %. Muutama artikkeli löytyi neljännestä tietokannasta, mutta viidennestä ja kuudennesta ei enää yhtään. Tutkimuksen johtopäätöksenä todettiin, että yhteen tietokantaan ei voi luottaa ja myös muita menetelmiä, kuten käsin hakua, tulee käyttää tiedon kokoamisessa.

Toisessa kuntoutukseen liittyvässä tutkimuksessa (Minozzi ym. 2000) analysoitiin kahden keskeisen biomedisiinisen tietokannan, Medlinen ja Embasen, käytettävyyttä kuntoutuksen alueella. Tutkimuksessa etsittiin vuoden 1990 jälkeen ilmestyneitä neurologiseen, ortopediseen,

27.2.2015

urologiseen, reumatologiseen ja hengityselinten sairauksien kuntoutukseen liittyviä artikkeleja. Haku toteutettiin avainsanoilla ja vapaatekstisanoilla, tutkimustyyppirajauksena oli cross-over. Medlinesta löytyi 165 artikkelia ja Embasesta 159. Päällekkäisiä artikkeleja oli 17 % artikkeleista. Vain 32 % Medlinen artikkeleista ja 35 % Embasen artikkeleista oli relevantteja. 214:sta ei-päällekkäisestä artikkelista 84 % oli julkaisu lehdessä, joka löytyi kummastakin tietokannasta, mutta ne oli indeksoitu eri tavoin. Tutkimuksen johtopäätös oli, että vähintään kahta tietokantaa olisi käytettävä kattavan kirjallisuushaun varmistamiseksi.

Medlinea ja Embasea on vertailtu myös toisessa tutkimuksessa (Suarez-Almazor ym. 2000). Tässä tutkimuksessa etsittiin englannin kielellä julkaistuja kontrolloituja kliinisiä kokeita nivelreumasta, osteoporoosista ja alaselkävauriosta. Haku oli yleishaku valituista aihepiireistä ja koski siis muutakin kuin kuntoutusta. Haku tavoitti Embasesta 16 % enemmän kontrolloituja kliinisiä kokeita kuin Medlinesta. Myös tässä tutkimuksessa todettiin, että kattavaan tiedonhakuun tarvitaan vähintään kaksi tietokantaa. Tämän lisäksi myös käsin haku valikoiduista lehdistä todettiin tarpeelliseksi.

Watson & Richardson (1999) vertailivat kolmen tietokannan, Medlinen, Embasen ja Psycinfon, sensitiivisyyttä ja tarkkuutta. Haun aiheena olivat satunnaistetut kontrolloidut kokeet masennuksen kognitiivisesta terapiasta. Haku toteutettiin käyttäen indeksi- ja vapaatekstitermejä. Sensitiivisyydet asiantuntijan tekemissä hauissa olivat Embase 76 %, Medline 97 % ja Psycinfo 65 %. Medline siis tunnisti tehokkaimmin psykologisen hoidon arviointiin liittyviä artikkeleja.

Löhösen ym. tutkimuksen (2010) tavoitteena oli selvittää kattavuutta ja päällekkäisyyttä kolmessa mielenterveyden tutkimuksessa tavallisimmin käytetyissä tietokannoissa (PubMed, Web of Science ja Psycinfo). Systemaattisia hakuja tehtiin neljästä aiheesta: ADHD:n esiintyvyys, skitsotyyppinen persoonallisuus, aivojen MRI skitsofreniassa ja toipuminen skitsofreniasta. PubMed oli kattavin tietokanta ADHD:ssa, jossa se kattoi 85 % kaikkien kolmen tietokannan hakutuloksista ja MRI-tutkimuksissa, joissa vastaava luku oli 71 %. Psycinfo oli tehokkain skitsofreniasta toipumisessa (62 %) ja skitsotyyppisessä persoonallisuudessa (72 %). Kattavin kahden tietokannan yhdistelmä skitsotyyppisen persoonallisuuden ja skitsofreniasta toipumisen kohdalla oli PubMed + Psycinfo (kattavuus skitsotyyppinen persoonallisuus 96 % ja skitsofreniasta toipuminen 97 %). ADHD:ssa ja MRI:ssa kattavin yhdistelmä oli PubMed + Web of Science (ADHD 94 % ja MRI 96 %).

Beckles ym. (2013) analysoivat tutkimuksessaan hoitotieteen tietokantaa, Cinahlia. Tutkimuksen tavoite oli ilmaista määrällisesti kuinka paljon uniikkia, käyttökelpoista tietoa Cinahl tuottaa Nicen (National Institute for Health and Clinical Excellence) kliinisille hoitosuosituksille. Aineistona käytettiin Nicen 15 satunnaisesti valittua julkaistua hoitosuositusta (mm. nivelreuma, lasten ja nuorten masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, dementia) vuosilta 2005-2009. Kuntoutuksen osuudesta näissä 15 suosituksessa meillä ei ole tietoa. Vain 0,33 % viitteistä hoitosuositusta kohti oli uniikkeja Cinahlille. Cinahlille uniikkien viitteiden erittäin pieni osuus vahvisti, että tietokannan käytön voi turvallisesti rajoittaa pikemminkin selektiivisiin kuin rutiinihakuihin.

Beyer ja Wright (2013) tutkivat miten hyvin eri tietokannat tunnistivat systemaattiseen katsaukseen (jäätynneen olkapään hoito) valikoituja tutkimuksia ja mikä oli pienin tietokantojen yhdistelmä, joka löysi kaikki valikoidut tutkimukset. He laskivat valikoitujen tutkimusten määrän 15 tietokannasta ja tutkivat eroja viitteiden esiintymisessä kussakin tietokannassa. 30 kaikkiaan 31 tutkimuksesta löytyi ainakin yhdestä tietokannasta. Kattavuus vaihteli nollassa prosentista 90

27.2.2015

prosenttiin (mediaani oli 23 %). Kaksi tietokantakombinaatiota tunnisti kaikki 30 tutkimusta: Cochrane Central Register of Controlled Trials (Central) ja Science Citation Index (SCI, sisältyy Web of Scienceen) sekä Central, Medline ja PreMedline. Vähintään kaksi tietokantaa ja kirjallisuusluetteloiden läpikäynti vaadittiin, jotta kaikki systemaattiseen katsaukseen valikoidut tutkimukset löytyivät.

Stevinson ja Lawlor (2004) tutkivat, tunnistivatko erikoistietokannat lisäviitteitä Medline-hakuun, jossa etsittiin kontrolloituja kokeita liikuntainterventioista syöpäpotilailla. Haut tehtiin Medlinen lisäksi kahdessa muussa lääketieteellisessä tietokannassa Embasessa ja Cochrane-kirjastossa sekä neljässä erikoistietokannassa: CancerLitissä, Cinahlissa, Psycinfossa ja SportDiscuksessa (Liikuntalääketiede). Haussa löydettiin yhteensä 749 julkaisua, joista 18 täytti inklusiokriteerit. 15 (83 %) näistä löytyi Medlinesta ja 3 (17 %) kolmesta erikoistietokannasta. Seitsemän inklusiokriteerit täyttävää lisätutkimusta löytyi kirjallisuusluetteloista ja asiantuntijayhteydenotoista. Tässä esimerkissä haku Medlinesta ja erikoistietokannoista sekä kirjallisuusviitteiden läpikäynti ja yhteydenotto asiantuntijoihin oli tehokkain tapa varmistaa, että kaikki relevantit tutkimukset olivat mukana katsauksessa.

TAVOITTEET

Tämän tutkimuksen tavoitteena on verrata perinteisen biomedisiinisen Medlinen hakutuloksia muissa tietokannoissa tehtyihin hakuihin kuntoutuksen alueella. Kuinka paljon haut muissa tietokannoissa tuovat lisäviitteitä Medlineen verrattuna ja mistä tietokannoista kuntoutusta ja erityisesti näyttöön perustuvaa kuntoutusta (systemaattiset katsaukset/meta-analyysit, satunnaistetut kontrolloidut kokeet ja etenevät/prospektiiviset/seurantatutkimukset) kannattaisi hakea.

MENETELMÄT

Tutkimuksen aiheeksi valittiin multippeliskleroosin kuntoutus, koska sen arveltiin sisältävän niin fyysistä, psyykkistä kuin sosiaalistakin kuntoutusta. Lisätietokantojen arviointi perustui niille uniikkeihin artikkeleihin: kuinka monta lisäartikkelia ja kuinka monta tieteelliseen näyttöön (EBM) perustuvaa lisäartikkelia (systemaattiset katsaukset/meta-analyysit, satunnaistetut kontrolloidut kokeet ja etenevät/prospektiiviset/seurantatutkimukset) muista tietokannoista löytyi verrattuna Medlinesta jo löytyneisiin viitteisiin.

Tiedonhaut toteutettiin Medlinen lisäksi kahdessa muussa lääketieteellisessä tietokannassa (Embasessa ja Cochrane-kirjastossa), kuudessa erikoistietokannassa: Cinahl (hoitotyö), PsycInfo (psykologia), Pedro (fysioterapia), OT-Seeker (toimintaterapia), Rehabdata (kuntoutus), Cirrie (kuntoutus) ja yhdessä monitieteellisessä yleistietokannassa (Web of Science).

Haut rajattiin julkaisuvuoteen 2012. Hakustrategiat muodostettiin MeSH-hakutermin (jos mahdollista) ja relevanttien vapaatekstitermien avulla. Hakutulokset analysoitiin viitteiden määrien ja eri julkaisutyypin (systemaattiset katsaukset, satunnaistetut kokeet, etenevät tutkimukset) määrien perusteella.

27.2.2015

TULOKSET

Prosentuaalisesti eniten päällekkäistä materiaalia Medlineen verrattuna löytyi Cochranesta (15 % omaa materiaalia) ja OT-Seekeristä (18 % omaa materiaalia). Prosentuaalisesti eniten omaa materiaalia löytyi Cirriestä ja Embasesta. Cirrien materiaali, vaikkakin määrällisesti pieni, oli kokonaan tietokannalle uniikkia. Embaselle uniikkia oli noin 4/5 materiaalista.

Noin neljännes Embasen, WOS:n ja Cirrien uniikista materiaalista oli EBM-tyyppistä materiaalia (systemaattiset katsaukset, RCT:t, etenevät tutkimukset). Paras EBM-tutkimusten lisätiedonlähde oli Pedro, jossa puolet materiaalista oli Pedrolle uniikkia ja kokonaan EBM-materiaalia. Vähiten omaa EBM-materiaalia löytyi Psycinfosta ja Rehabdatasta. Määrällisesti eniten EBM-lisämateriaalia löytyi Embasesta, 57 viitettä.

Taulukko 1. Viitteiden määrät tietokannoissa. Medlinen ulkopuolelle jääneet viitteet eri tietokannoissa.

Tietokannat	Viitteitä (n)	Ei Medlinessa n (%)	Ei Medlinessa RCT (n)	Ei Medlinessa: systemaattiset katsaukset (n)	Ei Medlinessa: etenevät tutkimukset (n)	Ei Medlinessa: EBM-viitteitä n (%)
Medline	156	-				
Cochrane	20	3 (15)	3	-	-	3 (100)
Psycinfo	39	18 (46)	-	1	-	1 (6)
Cinahl	82	41 (50)	1	3	1	5 (12)
Pedro	30	15 (50)	7	8	-	15 (100)
OT-seeker	17	3 (18)	3	-	-	3 (100)
Rehabdata	62	27 (44)	2	-	-	2 (7)
Cirrie	9	9 (100)	-	2	-	2 (22)
Embase	305	249 (82)	29	9	19	57 (23)
Web of Science	167	75 (45)	9	4	1	14 (19)

JOHTOPÄÄTÖKSET

Mitä useammasta tietokannasta haetaan, sitä suurempi on yleensä löytyneiden viitteiden määrä. Usein käytännössä, johtuen ajallisista, rahallisista ja/tai resurssisyyistä, ei hakua kuitenkaan ole mahdollista ulottaa kovin moniin tietokantoihin. Useissa tutkimuksissa suositellaan hakemista vähintään kahdesta tietokannasta ja löytyneiden relevanttien viitteiden viitelistojen läpikäymistä. Systemaattisia katsauksia varten suositellaan hakemista vielä useammista tietokannoista. Mediaani systemaattisten katsausten kohdalla lienee viiden tietokannan paikkeilla, mutta joskus raja, jonka jälkeen hakemisesta ei enää ole hyötyä, voi tulla vastaan aiemminkin (Brettle & Long 2001).

Tämän esimerkkitutkimuksemme perusteella näyttöön perustuvaa kuntoutusta kannattaa hakea, kuten aiemmissakin tutkimuksissa on todettu, Medlinen lisäksi myös Embasesta. Erikoistietokannoista eniten lisähyötyä oli Pedrosta. Myös monitieteinen Web of Science osoittautui käyttökelpoiseksi tietokannaksi näyttöön perustuvaa kuntoutusta haettaessa. Näyttöön perustuvan kuntoutuksen näkökulmasta vähiten lisäarvoa tuottivat Psycinfo ja spesifi kuntoutustietokanta Rehabdata.

Tiedon löytyvyys eri tietokannoista näyttäisi kuitenkin olevan paljon kiinni myös aiheesta. Aiheespesifin lisätietokannan valitseminen biomedisiinisten tietokantojen ohelle näyttäisi olevan

27.2.2015

kannattavaa. Multippeliskleroosissa painottuu fyysinen kuntoutus ja siksi fysioterapiaan keskittynyt Pedro saattoi tuottaa hyvin materiaalia. Selvemmin psyykkisellä puolella (Brettle & Long 2001, Löhönen ym. 2010) psykologisista tietokannoista näyttäisi olevan enemmän hyötyä kuin tässä esimerkkitutkimuksessa. Varsinaiset kuntoutustietokannat (Rehabdata ja Cirrie) tuottivat tässä esimerkkitutkimuksessa yllättävän vähän lisäarvoa, vain muutamia EBM-tyyppisiä viitteitä.

KIRJALLISUUS

1. Beckles Z, Glover S, Ashe J, Stockton S, Boynton J, Lai R, Alderson P. Searching CINAHL did not add value to clinical questions posed in NICE guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology* 2013;66(9):1051-7
 2. Beyer FR, Wright K. Can we prioritise which databases to search? A case study using a systematic review of frozen shoulder management. *Health Info Libr J.* 2013; 30(1):49-58
 3. Brettle AJ, Long AF. Comparison of bibliographic databases for information on the rehabilitation of people with severe mental illness. *Bull Med Libr Assoc* 2001;89(4):353-62
 4. Löhönen J, Isohanni M, Nieminen P, Miettunen J. Coverage of the bibliographic databases in mental health research. *Nordic Journal of Psychiatry* 2010;64(3):181-8
 5. Minozzi S, Pistotti V, Forni M. Searching for rehabilitation articles on MEDLINE and EMBASE. An example with cross-over design. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* 2000;81(6):720-2
 6. Moher D. Epidemiology and reporting characteristics of systematic reviews. *PLoS Medicine* 2007;4:e78
 7. Stevinson C, Lawlor DA. Searching multiple databases for systematic reviews: added value or diminishing returns? *Complementary Therapies in Medicine* 2004;12(4):228-32
 8. Suarez-Almazor ME, Belseck E, Homik J, Dorgan M, Ramos-Remus C: Identifying clinical trials in the medical literature with electronic databases: MEDLINE alone is not enough. *Control Clin Trials* 2000;21:476-87
 9. Watson RJ, Richardson PH. Identifying randomized controlled trials of cognitive therapy for depression: comparing the efficiency of Embase, Medline and PsycINFO bibliographic databases. *Br J Med Psychol* 1999;72(4):535-42
-

27.2.2015

Liite 5. Kuntoutustoimet-lomake.

Terveysongelma (Kuvaa tähän se terveysongelma, johon kohdistuvia kuntoutusinterventioita jatkossa tarkastellaan.)		
Kuntoutusinterventio (Kirjoita tähän tarkasteltavan intervention kuvaus.)	Näyttö (Kirjoita tähän tiivistelmä intervention vaikuttavuutta kuvaavasta tutkimusnäytöstä tai sen puuttuessa asiantuntijakonsensuksesta.)	Suositus (Kirjoita tähän suositus siitä, kuinka k.o. interventiota tulisi tai ei tulisi käyttää. Huomioi tarvittaessa potilaan ominaisuudet ja konteksti.)
	Viitteet	
Kuntoutusinterventio	Näyttö	Suositus
	Viitteet	
Kuntoutusinterventio	Näyttö	Suositus
	Viitteet	

27.2.2015

ICF-luokituksen osa-alueet:

- Ruumiin/kehon toiminnot
 1. Mielentoiminnot
 2. Aistitoiminnot ja kipu
 3. Ääni- ja puhetoiminnot
 4. Sydän ja verenkierto-, veri-, immuuni- ja hengitysjärjestelmän toiminnot
 5. Ruoansulatus-, aineenvaihdunta- ja umpieritysjärjestelmän toiminnot
 6. Virtsa- ja sukuelin- sekä suvunjatkamisjärjestelmän toiminnot
 7. Tuki- ja liikuntaelimistöön ja liikkeisiin liittyvät toiminnot
 8. Ihon ja ihoon liittyvien rakenteiden toiminnot
 - Ruumiin rakenteet
 1. Hermojärjestelmän rakenteet
 2. Silmä, korva ja niihin liittyvät rakenteet
 3. Ääneen ja puheeseen liittyvät rakenteet
 4. Sydän ja verenkierto-, immuuni- ja hengitysjärjestelmän rakenteet
 5. Ruoansulatus-, aineenvaihdunta- ja umpieritysjärjestelmän rakenteet
 6. Virtsa- ja sukuelin- sekä suvunjatkamisjärjestelmän rakenteet
 7. Liikkeeseen liittyvät rakenteet
 8. Ihon rakenne ja ihoon liittyvät rakenteet
 - Suoritukset ja osallistuminen
 1. Oppiminen ja tiedon soveltaminen
 2. Yleisluontoiset tehtävät ja vaateet
 3. Kommunikointi
 4. Liikkuminen
 5. Itsestä huolehtiminen
 6. Kotielämä
 7. Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet
 8. Keskeiset elämänalueet
 9. Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä
 - Ympäristötekijät
 1. Tuotteet ja teknologiat
 2. Luonnonmukainen ympäristö ja ihmisen tekemät ympäristömuutokset
 3. Tuki ja keskinäiset suhteet
 4. Asenteet
 5. Palvelut, hallinto ja politiikat
-

27.2.2015

Liite 7. Kuntoutus-suositusten väittämälauseet ja näytön asteet.

Suositus	Väittäjä	Näytön aste
Suusyöpä	Hammasimplantein toteutetulla purennan kuntouttamisella suusyövän hoidon jälkeen lienee hyvä ennuste; hoito parantane potilaan ravitsemusta.	C
Astma	Fyysinen harjoittelu parantaa kardiorespiratorista suorituskykyä, mutta ei vaikuta keuhkojen toimintaan.	B
Astma	Fyysinen harjoittelu parantaa kardiorespiratorista suorituskykyä, mutta ei vaikuta keuhkojen toimintaan.	B
Astma	Fysioterapia parantaa astmapotilaiden rasituksen sietoa tilastollisesti merkitsevästi.	C
Selkäydinvamma	Funktionaalinen sähköstimulaatio saattaa vahvistaa tarttumisotetta selkäydinvammaisilla, joilla on nelirajahalvaus.	C
Selkäydinvamma	Funktionaalinen sähköstimulaatio osittaisella painokevennyksellä kävelymatolla saattaa nopeuttaa kävelyn kehittymistä osittaisilla selkäydinvammaisilla.	C
Selkäydinvamma	Sähköstimulaatio saattaa tehostaa vastusharjoittelua lihasvoiman vahvistamiseksi selkäydinvammaisilla.	C
Selkäydinvamma	Kontrolloitu ylihengitysharjoittelu saattaa parantaa hengityslihasten voimaa ja kestävyyttä ja vähentää hengityskomplikaatioita selkäydinvammaisilla, joiden hengityskapasiteetti on heikentynyt.	C
Selkäydinvamma	Ratsastusterapialla saattaa olla lyhytkestoista vaikutusta spastisuuteen ja psyykkiseen hyvinvointiin selkäydinvammaisille henkilöille, joilla on motorisesti täydellinen vaurio, mutta luotettava näyttö puuttuu.	D
Selkäydinvamma	Allasterapia osana kuntoutusohjelmaa voi auttaa vähentämään lääkityksen määrää spastisuuden hoidossa, mutta luotettava tieto puuttuu.	D
Polvi- ja lonkkanivelrikko	Vedessä suoritettu ohjattu harjoittelu parantaa jossain määrin polven tai lonkan nivelrikkopotilaan toimintakykyä ja elämänlaatua ja vähentää hieman kipua lyhytaikaisesti.	A
Polvi- ja lonkkanivelrikko	Voimaharjoittelu ja aerobinen harjoittelu parantavat toimintakykyä polven nivelrikossa.	A

27.2.2015

Polvi- ja lonkkanivelrikko	Paikallisesti käytettävät tulehduskipulääkkeet lievittävät nivelrikkopotilaan kipua ja parantavat toimintakykyä paremmin kuin lumelääke.	A
Polvi- ja lonkkanivelrikko	WOMAC-indeksin kipua ja toimintakykyä mittaavat osiot ovat ilmeisesti luotettavia osoittamaan potilaan nivelrikkokipua, suoritusrajoitusta ja hoidon vaikuttavuutta.	B
Polvi- ja lonkkanivelrikko	Yhdistetty laihdutus- ja liikuntaharjoittelu ilmeisesti parantaa ylipainoisten ja lihavien polvinivelrikkopotilaiden objektiivista toimintakykyä ja vähentää subjektiivista toimintahaittaa.	B
Polvi- ja lonkkanivelrikko	Akupunktio ilmeisesti parantaa hieman toimintakykyä lyhytaikaisesti polven nivelrikossa.	B
Polvi- ja lonkkanivelrikko	Keski-ikäisillä polvinivelrikkopotilailla liikuntaharjoittelu tai itsehoidon ohjaus tai näiden yhdistelmä ilmeisesti parantaa toimintakykyä ja vähentää kipua.	B
Polvi- ja lonkkanivelrikko	Itsehoidon ohjauksella ei ilmeisesti ole vaikutusta kipuun tai toimintakykyyn nivelrikon hoidossa.	B
Polvi- ja lonkkanivelrikko	Raskas liikunta saattaa lisätä lonkkanivelrikon vaaraa.	C
Polvi- ja lonkkanivelrikko	Lonkan tekonivelleikkausta edeltävä fysioterapia tai perusteellinen ohjeistus saattaa jonkin verran kohentaa toimintakykyä ja vähentää kipua ennen leikkausta. Preoperatiivinen fyysinen harjoittelu saattaa jonkin verran edistää leikkauksenjälkeistä liikkumiskykyä.	C
Polvi- ja lonkkanivelrikko	Perioperatiivinen fysioterapia ja ohjeistus ennen ja jälkeen leikkauksen saattaa lyhentää sairaalassaoloaikaa ja edistää jonkin verran toiminta- ja kävelykykyä pitkäkestoisestikin.	C
Polvi- ja lonkkanivelrikko	Tehostettu fysioterapia lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen saattaa jonkin verran nopeuttaa toiminta- ja kävelykyvyn saavuttamista postoperatiivisessa sairaalavaiheessa. Vaikutus saattaa yltää vuodenkin päähän.	C
Polvi- ja lonkkanivelrikko	Sääriluun yläosan valgisoiva osteotomia saattaa vähentää kipuja ja parantaa toimintakykyä polven mediaalista nivelrikkoa sairastavilla potilailla.	C
Polvi- ja lonkkanivelrikko	Laihtuminen saattaa lievittää kipua ja parantaa toimintakykyä polvinivelrikkopotilailla.	C
Polvi- ja lonkkanivelrikko	Sisäsivultaan korotettujen tukipohjallisten käyttö yhdessä elastisen nilkkatuen kanssa saattaa vähentää kipua ja parantaa toimintakykyä polvinivelen ulkosivun nivelrikossa, johon liittyy polvinivelen valgus-suuntainen virheasento.	C

27.2.2015

Polvi- ja lonkkanivelrikko	Manuaalinen terapia yksinään sekä yhdistettynä ohjattuun terapeuttiseen harjoitteluun ja kotiharjoitteluun saattaa vähentää kipua ja edistää toimintakykyä polven nivelrikossa ainakin lyhytaikaisesti.	C
Polvi- ja lonkkanivelrikko	Ulkosivultaan korotettu tukipohjallinen ei vähentäne kipua ja parantane toimintakykyä polvinivelen sisäsivun nivelrikossa, johon liittyy polvinivelen varus-suuntainen virheasento. Näyttö on osin ristiriitaista.	C
Polvi- ja lonkkanivelrikko	Polvituen käyttö saattaa vähentää kipua ja parantaa toimintakykyä polven nivelrikossa. Valgisoivalla polvituella saattaa olla merkitystä polvinivelen sisäsivun nivelrikossa, johon liittyy polvinivelen varus-suuntaista virheasentoa.	C
Polvi- ja lonkkanivelrikko	TENS-hoito saattaa hieman kohentaa polven nivelrikkoa sairastavien toimintakykyä.	C
Polvi- ja lonkkanivelrikko	Terapeuttinen ultraääni saattaa hieman parantaa toimintakykyä polven nivelrikkopotilailla.	C
Polvi- ja lonkkanivelrikko	Interferenssivirta saattaa vähentää kipua polven nivelrikossa, mutta sillä ei liene vaikutusta toimintakykyyn.	C
Polvi- ja lonkkanivelrikko	Polven tekonivelleikkausta edeltävä fyysinen harjoittelu ei kohentane koettua toimintakykyä ennen leikkausta mutta saattaa lisätä potilaiden lihasvoimia.	C
Polvi- ja lonkkanivelrikko	Manuaalinen terapia, johon on yhdistetty liikuntaneuvonta, saattaa vähentää kipua ja kohentaa toimintakykyä lonkan nivelrikossa.	C
Polvi- ja lonkkanivelrikko	Maalla tapahtuvalla terapeuttisella harjoittelulla ei liene vaikutusta toimintakykyyn lonkan nivelrikkopotilailla, mutta näyttö on ristiriitainen.	C
Polvi- ja lonkkanivelrikko	Syketaajuudeltaan korkeaintensiteettisellä ergometriharjoittelulla ja matalamman syketaajuuden harjoittelulla ei liene eroa polven nivelrikkopotilaan kipuun ja toimintakykyyn.	C
Polvi- ja lonkkanivelrikko	Kävelykepin käyttö saattaa vähentää kipua ja kohentaa toimintakykyä polven nivelrikkoa sairastavilla potilailla.	C
Polvi- ja lonkkanivelrikko	lääkäillä polven ja lonkan nivelrikkoa potevilla terveysneuvonta yhdistettynä liike- ja liikuntaharjoitteluun saattaa vähentää kipua ja parantaa	C
Polvi- ja lonkkanivelrikko	Itsehoidon ohjauksella ei liene vaikutusta perusterveydenhuollon lääkärikäynteihin polvi- ja lonkkanivelrikkopotilailla.	C

27.2.2015

Polvi- ja lonkkanivelrikko	Kipu tai toimintakyvyn aleneminen yhdessä radiologisten löydösten pahenemisen kanssa ovat merkittävimmät indikaatiot tekonivelleikkaukselle, mutta kokeellisten tutkimusten puutteen vuoksi ei voida asettaa yksittäisiä raja-arvoja, vaan leikkauksen aiheellisuus perustuu aina ortopedin tekemään yksilölliseen arvioon.	D
MS-tauti 2012	Glatirameeriasetaatti vähentää pahenemisvaiheiden määrää ja parantaa toimintakykyä aaltomaisessa MS-taudissa.	A
MS-tauti 2012	Beetainterferoni 1a ilmeisesti hidastaa toimintakyvyn heikkenemistä aaltomaista MS-tautia sairastavilla potilailla kahden vuoden seuranta-aikana.	B
MS-tauti 2012	Beetainterferoni 1b:llä ei ilmeisesti ole vaikutusta toimintakykyyn aaltomaista MS-tautia sairastavilla potilailla kahden vuoden seurannassa.	B
MS-tauti 2012	Hengityselimistön harjoittelu etenkin hengitystä vastustavien laitteiden (Treshold trainer) avulla on ilmeisesti tehokasta lisäten suuremman toimintahaitan (EDSS 6,5–9,5) omaavien MS-kuntoutujien hengityslihasten voimaa verrattuna hoitamattomuuteen.	B
MS-tauti 2012	Vastusharjoittelu ilmeisesti lisää lievän toimintakyvyn haitan omaavien, itsenäisesti kävelevien MS-kuntoutujien alaraajojen lihasvoimaa. Myös progressiivinen harjoittelu polkupyöräergometrillä ilmeisesti lisää kyseisten kuntoutujien alaraajojen lihasvoimaa ja -massaa sekä parantaa kävelysuoritusta.	B
MS-tauti 2012	Energianhallintakurssi ilmeisesti lievittää MS-kuntoutujien kokemaa uupumusta, terveyteen liittyvää elämänlaatua tarmokkuuden osalta, elämänhallintaa ja pätevyyden tunnetta. Vaikutukset saattavat säilyä vähintään vuoden ajan.	B
MS-tauti 2012	TENS-kipuhoito saattaa vähentää MS-kuntoutujien selkäkipua, yläraajojen kipua tai epämiellyttäviä tuntemuksia lumehoitoon verrattuna. Lisäksi se saattaa vähentää yläraajojen kipua tai epämiellyttäviä tuntemuksia yhtä tehokkaasti kuin nortriptyliinilääkitys.	C
MS-tauti 2012	Moniammatillinen kuntoutus saattaa kohentaa lyhyellä aikavälillä MS-tautia sairastavien suorituksia ja osallistumista.	C
MS-tauti 2012	Neuropsykologinen kuntoutus saattaa kohentaa MS-tautiin liittyviä kognitiivisia oireita ja mielialaoireita.	C
MS-tauti 2012	Varhain aloitettu beetainterferoni 1b saattaa vähentää 3 vuoden seurannassa toimintakyvyn heikkenemistä potilailla,	C

27.2.2015

	joilla on ollut yksittäinen demyelinaatiotapahtuma (KEO, kliinisesti eriytynyt oireyhtymä) ja joiden riski kehittää kliiniset kriteerit täyttävä MS-tauti on arvioitu suureksi. Varhain aloitetulla hoidolla verrattuna myöhemmin aloitettuun hoitoon ei liene vaikutusta toimintakykyyn 5 ja 8 vuoden kohdalla tehtyjen analyysien mukaan.	
MS-tauti 2012	Varhain aloitettu beetainterferoni 1b saattaa vähentää 3 vuoden seurannassa toimintakyvyn heikkenemistä KEO (kliinisesti eriytynyt oireyhtymä) -potilailla mutta 5 ja 8 vuoden kohdalla sillä ei liene enää vaikutusta. Myöskään beetainterferoni 1a:n varhaisella aloittamisella KEO-potilailla ei liene vaikutusta toimintakykyyn 10 vuoden seurannassa.	C
MS-tauti 2012	Tasapainon motoristen ja sensoristen strategioiden harjoittelu sekä tasapainon pelkkien motoristen strategioiden harjoittelu laitoshoidossa saattaa parantaa MS-kuntoutujien toiminnallista tasapainoa. Avokuntoutuksessa eri menetelmillä toteutettu terapeutti harjoittelu lienee tehokasta MS-kuntoutujien tasapainon parantamiseksi. Tasapainon yleisten harjoittelumenetelmien vaikuttavuudessa toisiinsa verrattuna ei liene eroa.	C
MS-tauti 2012	MS-kuntoutujien kävelynopeus ja -kestävyys saattavat parantua spesifillä kävelyharjoittelulla kävelymatolla, robottivälineillä kävelyharjoittelulla ja painokevennetyllä kävelyharjoittelulla. Fysioterapia lienee tehokasta lievän toimintahaitan omaavien liikuntakykyyn ja saattaa vähentää masentuneisuutta tai ahdistuneisuutta sekä parantaa päivittäisistä toiminnoista selviytymistä, elämänhallintaa ja elämänlaatua.	C
MS-tauti 2012	Aktiivinen fysioterapia spastisuuden lääkehoitoon yhdistettynä saattaa vähentää MS-kuntoutujien spastisuutta.	C
MS-tauti 2012	Aerobinen harjoittelu saattaa lisätä lievän toimintakyvyn haitan omaavien, itsenäisesti kävelevien (EDSS ≤ 6,5) MS-kuntoutujien hapenottokykyä ja vähentää uupumusta sekä lievittää toiminnanrajoituksia.	C
MS-tauti 2012	Lantionpohjan ohjatusta lihasharjoittelusta saattaa olla oireenmukaista hyötyä MS-kuntoutujien virtsarakon toiminnan häiriöiden hoidossa. Sen lisänä annettu sähköstimulaatiohoito saattaa lisätä terapian vaikuttavuutta. Biopalaute yhdistettynä lantionpohjan lihasharjoitteluun saattaa parantaa lantionpohjan lihasten kestävyttä ja elämänlaatua sekä vähentää oireiden haittaavuutta.	C

27.2.2015

MS-tauti 2012	Ammatillisen kuntoutuksen vaikutuksesta MS-tautia sairastavien työkykyyn ei ole riittävästi näyttöä.	D
MS-tauti 2012	Glatirameeriasetaatti (GA) saattaa vähentää pahenemisvaiheiden määrää ja parantaa toimintakykyä aaltomaisessa MS-taudissa 15 vuoden seurannassa, mutta luotettava näyttö puuttuu.	D
MS-tauti 2012	Beetainterferoni 1b ei näytä vaikuttavan liikunta- ja toimintakykyyn aaltomaisessa MS-taudissa 16 vuoden seurannassa, mutta luotettava näyttö tästä puuttuu.	D
MS-tauti 2012	Puheterapian vaikutuksesta MS-taudin aiheuttamiin nielemisen ja puheenkäytön ongelmiin ei ole riittävästi näyttöä.	D
Skitsofrenia	Tuettu työllistyminen ("sijoita ja kuntouta") parantaa työharjoittelua paremmin skitsofreniapotilaiden työllistymistä ja selviytymistä avoimilla työmarkkinoilla.	A
Skitsofrenia	Sosiaalisten taitojen harjoittelu parantaa skitsofreniapotilaiden sosiaalisia taitoja ja sosiaalista toimintakykyä.	A
Skitsofrenia	Kognitiivinen kuntoutus parantaa skitsofreniapotilaiden toiminnanohjausta, tarkkaavaisuutta, sanallista muistia ja sosiaalista kognitiota sekä parantaa toimintakykyä muuhun kuntoutukseen yhdistettynä.	A
Skitsofrenia	Ensipsykoosipotilaille tarkoitetut integroidut hoito-ohjelmat, jotka sisältävät perhehoitoa ja kognitiivis-behavioraalista hoitoa, lievittävät oireita, parantavat sosiaalista toimintakykyä ja vähentävät sairauden uusiutumisia tavanomaista hoitoa enemmän.	A
Skitsofrenia	Kognitiivisen kuntoutuksen yhdistäminen työ kuntoutukseen tai tuettuun työllistymiseen ilmeisesti parantaa skitsofreniapotilaiden työllistymismahdollisuuksia ja työssä suoriutumista.	B
Skitsofrenia	Pitkän sairaalahoidon aikana totutettu ensipsykoosin kuntoutus saattaa lisätä sairaalahoidon tarvetta seuraavina vuosina verrattuna avohoidossa annettuun kuntoutukseen.	B
Skitsofrenia	Kognitiivis-behavioraalinen terapia (KBT) ilmeisesti lievittää skitsofreniapotilaiden positiivisia ja negatiivisia oireita ja parantaa heidän toimintakykyään.	B
Skitsofrenia	Elinympäristön muokkaaminen kompensoimaan potilaan kognitiivisia puutosoireita (kognitiivinen adaptaatio) saattaa parantaa avohoitopotilaan sosiaalista toimintakykyä.	C

27.2.2015

Skitsofrenia	Vertaisryhmät saattavat lisätä osallistujien saamaa sosiaalista tukea ja parantaa heidän sosiaalista verkostoaan.	C
Skitsofrenia	Musiikkiterapia muun hoidon lisänä saattaa vähentää skitsofreniapotilaiden oireilua ja mahdollisesti parantaa myös heidän sosiaalista toimintakykyään, mikäli terapiaistuntoja on riittävästi.	C
Skitsofrenia	Psykoosipotilaille tarkoitetut asumisyksiköt saattavat olla hyödyllisiä, mutta tutkimusnäyttö aiheesta puuttuu.	D
Skitsofrenia	Hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa ja seurannassa suositellaan käytettäväksi standardoituja mittareita.	D
Käden ja kynärvarren rasitussairaudet	ESWT-hoito (sokkiaallot) ei ilmeisesti lievitä kipua tai paranna toimintakykyä kroonisen epikondyliitin hoidossa.	B
Käden ja kynärvarren rasitussairaudet	Lastoitus näyttää vähentävän rannekanavaoireyhtymän oireita ja parantavan toimintakykyä.	B
Käden ja kynärvarren rasitussairaudet	Työhön paluun tukemiseen tähtäävillä toimenpiteillä (liikuntaharjoitteet, käyttäytymisterapia ja työpaikalla tehtävät järjestelyt) voidaan ilmeisesti vähän nopeuttaa työhön paluuta ja vähentää tuki- ja liikuntaelinsairauksiin liittyviä sairauspoissaoloja.	B
Käden ja kynärvarren rasitussairaudet	Osasairausvapaan avulla voidaan ilmeisesti nopeuttaa työhön paluuta ja vähentää tuki- ja liikuntaelinsairauksiin liittyviä sairauspoissaoloja.	B
Käden ja kynärvarren rasitussairaudet	Oirekuvan vakavuus, työn raskaus, potilaan odotukset sairausloman pituudesta sekä psykologiset tekijät, kuten ahdistuneisuus, saattavat viivästyttää työhön paluuta rannekanavaleikkauksen jälkeen.	C
Kaksisuuntainen mielialahäiriö	Perheille annettu psykoedukaatiohoito vähentää mielialahäiriön uusiutumista perheillä, joiden toimintakyky on häiriintynyt.	A
Kaksisuuntainen mielialahäiriö	Pitkäkestoinen psykososiaalinen hoito parantaneekin kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien toimintakykyä paremmin kuin lyhyt psykoedukaatiohoito.	B
Kaksisuuntainen mielialahäiriö	Kognitiivinen remediaatio saattaa olla hyödyllistä yksi- tai kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien kognitiota kohentavana kuntoutusmuotona.	C
Raskausdiabetes	Liikunnan lisäämiseen ja ylipainoisilla laihtumiseen tähtäävä elämäntapainterventio (verrattuna tavalliseen ohjaukseen)	A

27.2.2015

	vähentää tyyppin 2 diabeteksen ilmaantuvuutta henkilöillä, joilla on suurentunut diabetesriski.	
Raskausdiabetes	Sekä metformiini että tehostettu elintapainterventio (terveellinen ruokavalio ja liikunta) vähentävät itsenäisesti raskausdiabeteksen sairastaneiden naisten riskiä sairastua tyyppin 2 diabetekseen noin 50 % verrattuna tavalliseen ohjaukseen.	A
Purentaelimistön toimintahäiriöt	Aktiivinen ohjeistettu omahoito ilmeisesti vähentää TMD:n oireita.	B
Purentaelimistön toimintahäiriöt	Fysioterapeuttiset hoitomuodot saattavat vähentää TMD-oireita ja -löydöksiä, mutta luotettava näyttö puuttuu.	D
Epilepsiat (aikuiset)	Epilepsiapotilailla esiintyy enemmän ahdistuneisuutta ja masennusta kuin väestössä keskimäärin.	A
Epilepsiat (aikuiset)	SSRI-lääkitys ei heikentäne epilepsian hoitotasapainoa.	C
Epilepsiat (aikuiset)	Epilepsiaa sairastavat saattavat hyötyä kohdennetuista hoito- ja kuntoutusinterventioista, mutta luotettava näyttö puuttuu.	D
Sepsis (aikuiset)	Varhainen kuntoutuksen aloittaminen saattaa edistää vaikeaa sepsistä sairastavan potilaan toimintakyvyn palautumista.	C
Sepsis (aikuiset)	Vaikean sepsiksen jälkeen saattaa ilmetä uusia kognition ja toimintakyvyn muutoksia.	C
Hengitysvajaus (äkillinen)	Äkillisen hengitysvajauksen takia teho-osastolla hoidettujen potilaiden elämänlaatu on ilmeisesti edelleen heikentynyt vielä vuoden kuluttua sairastamisesta.	B
Keuhkohtaumat auti	Liikunnallinen kuntoutus myös heti keuhkohtaumataudin pahenemisvaiheen jälkeen on turvallista ja pienentää uuden sairaalahoidon ja kuoleman riskiä.	A
Keuhkohtaumat auti	Keuhkohtaumatautipotilaan kuntoutuksen tulee perustua tavoitteelliseen liikuntaharjoitteluun ja tähdätä pysyvästi aktiivisempaan elämäntapaan. Liikunnallinen kuntoutus parantaa keuhkohtaumapotilaan suorituskykyä ja vähentää oireita sekä pahenemisvaiheita.	A
Keuhkohtaumat auti	Fyysinen inaktiivisuus ennustaa suurempaa kuolleisuutta.	A
Keuhkohtaumat auti	Keuhkohtaumatautipotilailla fyysinen aktiivisuus on vähentynyt	A

27.2.2015

Keuhkohtaumat auti	Liikunnallinen kuntoutus on ilmeisesti hyödyksi myös lievässä keuhkohtaumataudissa, jos potilaan suorituskyky on heikentynyt	B
Keuhkohtaumat auti	Potilasohjaus, perheenjäsenten neuvonta ja potilaan psykososiaalinen tukeminen on katsottu oleelliseksi osaksi keuhkohtaumapotilaiden kuntoutusta, mutta näyttö niiden itsenäisestä vaikutuksesta kuntoutuksen tulokseen on melko vähäinen.	C
Keuhkohtaumat auti	Rasitushypoksemian korjaaminen rasituksenaikaisella happilisällä saattaa parantaa yksittäisen harjoitussuorituksen tulosta silloinkin, kun pysyvää happihoitokriteerit täyttävää hypoksemiaa eli valtimoveren hapenpuutetta ei ole kehittynyt, mutta tutkimusnäyttöä rasituksenaikaisen happilisan hyödyistä pidemmällä aikavälillä ei ole.	C
Leikkausta edeltävä arviointi	Preoperatiivinen hengityselinvoimaa ja hengityksen dynamiikkaa parantava kannustava fysioterapia (incentive spirometry) ilmeisesti vaikuttaa keuhkokomplikaatioiden esiintyvyyteen kirurgian jälkeen.	B
Sepelvaltimotauti kohtaus: epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja	Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan liikuntapainotteisen kuntoutuksen vähentää kokonais- ja sydänkuolleisuutta sekä vaikuttaa edullisesti sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöiden tasoon.	A
Kohonnut verenpaine	Kohtuukuormitteinen kestävyysliikuntaharjoittelu vähentää lepoverenpainetta keskimäärin 8/5 mmHg henkilöillä, joilla on kohonnut verenpaine. Liikuntaharjoittelun vaikutus normaalialueella olevaan lepoverenpaineeseen on vähäinen.	A
Kohonnut verenpaine	Kohtuukuormitteinen lihasvoimaharjoittelu kuntosalilla ilmeisesti alentaa kohonnutta verenpainetta muutaman mmHg-yksikön verran erityisesti henkilöillä, joiden verenpaine on kohonnut lievästi (tai se on normaalialueella).	B
Kohonnut verenpaine	Ambulatorisesti mitattu päiväaikainen verenpaine normo- ja hypertensiivisillä ilmeisesti pienenee kestävyysliikuntaharjoittelun jälkeen noin 3/3 mmHg. Muutos on suunnilleen samansuuruinen kuin lepoverenpaineen kertamittauksiin perustuvassa seurannassa. Yöaikainen verenpaine ei muutu.	B
Kohonnut verenpaine	Vähäenergiaisen ruokavalion avulla saavutettu noin 4 %:n laihtuminen alentaa liikapainoisten hypertensiivisten henkilöiden systolista ja diastolista verenpainetta noin 6/3 mmHg:ä ja pienentää lääkehoidon tarvetta. Orlistatin avulla	B

27.2.2015

	saavutettu laihtuminen alentaa verenpainetta vähemmän kuin ruokavalion avulla.	
Kohonnut verenpaine	Runsaasti hedelmiä ja kasviksia sisältävä ruokavalio ilmeisesti alentaa kohonnutta verenpainetta. Vaikutus tehostuu, jos ruokavalioon lisätään niukasti tyydyttynyttä rasvaa sisältäviä vähärasvaisia maitovalmisteita tai natriumin saantia vähennetään.	B
Kohonnut verenpaine	Laihtuminen, joka on saatu aikaan vähäenergisellä dieetillä ja jota voidaan täydentää vähänatriumisella dieetillä, näyttää pienentävän sydämen vasemman kammion massaa. Samantyyppinen edullinen vaikutus saadaan ilmeisesti myös liikuntaharjoittelulla, joka aiheuttaa laihtumista.	C
Alaselkäkipu	Akuutissa selkävussa liikehoito ei ole vaikuttavampaa kuin hoidotta jääminen tai jokin muu konservatiivisen hoidon menetelmä.	A
Alaselkäkipu	Liike- ja liikuntahoidot lievittävät jonkin verran kipua ja parantavat toimintakykyä kroonisessa alaselkäkipussa.	A
Alaselkäkipu	Asteittain lisääntyvä terapeuttinen harjoittelu vähentää kipua ja parantaa toimintakykyä pitkittyvässä ja kroonisessa alaselkäkipussa.	A
Alaselkäkipu	Moniammatillinen biopsykososiaalinen kuntoutus, johon liittyy toiminnallinen harjoittelu, parantaa toimintakykyä, lisää kroonisessa selkävussa työhön osallistumista, työtoimintaa, elämänlaatua ja vähentää ilmeisesti kipua.	A
Alaselkäkipu	Välilevytyräleikkauksen jälkeen 4–6 viikon sisällä aloitettava aktiivinen ja intensiivinen harjoittelu vähentää kipua ja parantaa toimintakykyä, mutta ei lisää uusintaleikkauksia. Mitä intensiivisempää harjoittelu on, sitä paremmat ovat tulokset.	A
Alaselkäkipu	Hoitojakson jälkeen jatkuva terapeuttinen harjoittelu ehkäisee alaselkävun uusiutumista.	A
Alaselkäkipu	Työpaikalla tehtävillä toimenpiteillä sekä moniammatillisella kuntoutuksella voidaan ilmeisesti vähentää alaselkävuiesta johtuvien sairauspoissaolojen kestoa ja määrää, mutta työntekijöiden terveys tai toimintakyky eivät ilmeisesti parane.	B
Alaselkäkipu	Selän hieronta yhdistettynä terapeuttiseen harjoitteluun ja ohjaukseen ilmeisesti vähentää kipua ja parantaa toimintakykyä subakuutissa ja kroonisessa alaselkäkipussa; pelkän hieronnan vaikutus on lyhytkestoinen.	B

27.2.2015

Alaselkäkipu	Moniammatillisella kuntoutuksella voidaan ilmeisesti vähentää päivittäisen ja kiusallisen kivun määrää, vähentää tutkimus- ja hoitokustannuksia ja lisätä hoitotyytyväisyyttä.	B
Alaselkäkipu	Lannerangan luudutuskirurgia tarkoin valituilla kroonisilla selkäpotilailla ilmeisesti johtaa samanlaisiin tuloksiin kuin intensiivinen kognitiivis-behavioristisen osuuden sisältävä kuntoutus kivun ja toimintakyvyn suhteen. Kirurgiaan liittyy suuremmat terveydenhuollon kustannukset.	B
Alaselkäkipu	Ohje pysytellä aktiivisena johtanee hieman nopeampaan kivun lievittymiseen ja toimintakyvyn palautumiseen akuutissa alaselkäkipussa kuin ohje vuodelevosta. Välilevytyrän aiheuttamassa iskiaksessa näiden kahden ohjeen välillä ei liene eroa vaikuttavuudessa.	B
Alaselkäkipu	Lämpöhoito ilmeisesti lievittää selkäkipua ja parantaa toimintakykyä lyhytkestoisesti akuutissa ja subakuutissa selkäkipussa.	B
Alaselkäkipu	Yksilölliseen riskiprofiiliin perustuva hoito ilmeisesti lievittää kipua ja parantaa toimintakykyä paremmin kuin luokitteluun perustumaton hoito.	B
Alaselkäkipu	Dekompressiivinen kirurgia lievittää keskivaikeaan spinaalistenosiin liittyvää kipua ja haittaa sekä parantaa elämänlaatua neljän vuoden seurannassa. Kävelykykyyn leikkauksella ei näytä olevan vaikutusta.	B
Alaselkäkipu	Akupunktio kroonisessa alaselkäkipussa saattaa olla hoitamatta jättämistä ja lumeakupunktiota tehokkaampi kivunlievityksessä ja toimintakyvyn paranemisessa. Akupunktion tehosta akuutin alaselkäkipun hoidossa ei ole luotettavaa näyttöä.	C
Alaselkäkipu	Kuntoutuslaitoksessa toteutettu kuntoutus saattaa vähentää selkäkipusta aiheutuvaa sairauspoissaoloa ja kipulääkkeiden käyttöä kolmen vuoden aikana kuntoutuksen päättymisestä.	C
Alaselkäkipu	TENS saattaa hieman lievittää kroonista alaselkäkipua lumehoitoon verrattuna mutta ei vaikuta toimintakykyyn.	C
Olkapään jännevaivat	Fysioterapeutin ohjaama ja valvoma harjoitteluterapia on tehokas hoitomuoto olkapäänpinnepotilailla.	A
Olkapään jännevaivat	Olkalisäkkeen avarrusleikkaus ei tuota lisähyötyä fysioterapeutin ohjaamaan harjoitteluun olkalisäkkeen alaisen kivun hoidossa.	A

27.2.2015

Olkapään jännevaivat	Kiertäjäkalvosimen korjausleikkauksen jälkeinen aggressiivinen mobilisaatio ei ilmeisesti paranna olan leikkauksenjälkeistä liikkuvuutta, mutta pitkä immobilisaatio (6 viikkoa) saattaa kuitenkin lyhyen seurannan perusteella lisätä kivuliaisuutta ja huonontaa olan liikkuvuutta.	B
Olkapään jännevaivat	Osasairausvapaan avulla voidaan ilmeisesti nopeuttaa työhön paluuta ja vähentää tuki- ja liikuntaelinsairauksiin liittyviä sairauspoissaoloja.	B
Olkapään jännevaivat	Korkean intensiteetin kohdennettu harjoittelu saattaa nopeuttaa töihin paluuta verrattuna matalan intensiteetin harjoitteluun.	C
Olkapään jännevaivat	Välitön ohjattu passiivinen liikeharjoittelu ei tuottane parempaa toiminnallista lopputulosta kuin lyhytaikainen immobilisointi ja heiluriharjoitteet kiertäjäkalvosimen leikkauksen jälkeen.	C
Olkapään jännevaivat	Valvottu harjoittelu leikkauksen jälkeen saattaa tuoda hyötyä ohjattuun omatoimiseen harjoitteluun verrattuna, mutta luotettava tutkimusnäyttö asiasta puuttuu.	D
MS-tauti 2014	Glatirameeriasetaatti vähentää pahenemisvaiheiden määrää ja parantaa toimintakykyä aaltomaisessa MS-taudissa.	A
MS-tauti 2014	Alemtutsumabi vähentää relapsiriskiä aaltomaisessa MS-taudissa tehokkaammin kuin beetainterferoni 1a. Alemtutsumabi vähentää myös toimintakyvyn pysyvää laskua hieman kauemmin sairastaneilla potilailla. Lisäksi se vähentää uusien T2-leesioiden ja gadoliniumilla tehostuvien leesioiden muodostumista verrattuna lumehoitoon ja beetainterferoniin mutta ei vaikuta T2-leesioiden kokoon.	A
MS-tauti 2014	Beetainterferoni 1a ilmeisesti hidastaa toimintakyvyn heikkenemistä aaltomaista MS-tautia sairastavilla potilailla kahden vuoden seuranta-aikana.	B
MS-tauti 2014	Beetainterferoni 1b:llä ei ilmeisesti ole vaikutusta toimintakykyyn aaltomaista MS-tautia sairastavilla potilailla kahden vuoden seurannassa.	B
MS-tauti 2014	Neuropsykologinen kuntoutus ilmeisesti kohentaa MS-tautiin liittyviä kognitiivisia oireita ja mielialaoireita sekä vähentää koettua kognitiivista haittaa.	B
MS-tauti 2014	Hengityselimistön harjoittelu etenkin hengitystä vastustavien laitteiden (Threshold trainer) avulla on ilmeisesti tehokasta lisäten suuremman toimintahaitan (EDSS 6,5–9,5) omaavien MS-kuntoutujien hengityselimistön voimaa verrattuna hoitamattomuuteen.	B

27.2.2015

MS-tauti 2014	Vastusharjoittelu ilmeisesti lisää lievän toimintakyvyn haitan omaavien, itsenäisesti kävelevien MS-kuntoutujien alaraajojen lihasvoimaa. Myös progressiivinen harjoittelu polkupyöräergometrillä ilmeisesti lisää kyseisten kuntoutujien alaraajojen lihasvoimaa ja -massaa sekä parantaa kävelysuoritusta.	B
MS-tauti 2014	Energianhallintakurssi ilmeisesti lievittää MS-kuntoutujien kokemaa uupumusta, terveyteen liittyvää elämänlaatua tarmokkuuden osalta, elämänhallintaa ja pätevyyden tunnetta. Vaikutukset saattavat säilyä vähintään vuoden ajan.	B
MS-tauti 2014	Asiakaskeskeinen toimintaterapia ja tavanomainen toimintaterapia ilmeisesti vaikuttavat samalla tavoin MS-tautia sairastavan autonomiaan, osallistumiseen ja toimintakykyyn.	B
MS-tauti 2014	TENS-kipuhoito saattaa vähentää MS-kuntoutujien selkäkipua, yläraajojen kipua tai epämiellyttäviä tuntemuksia lumehoitoon verrattuna. Lisäksi se saattaa vähentää yläraajojen kipua tai epämiellyttäviä tuntemuksia yhtä tehokkaasti kuin nortriptyliinilääkitys.	C
MS-tauti 2014	Moniammatillinen kuntoutus saattaa kohentaa lyhyellä aikavälillä MS-tautia sairastavien suorituksia ja osallistumista.	C
MS-tauti 2014	Varhain aloitettu beetainterferoni 1b saattaa vähentää 3 vuoden seurannassa toimintakyvyn heikkenemistä potilailla, joilla on ollut yksittäinen demyelinaatiotapahtuma (kliinisesti eriytynyt oireyhtymä, KEO) ja joiden riski kehittää kliiniset kriteerit täyttävä MS-tauti on arvioitu suureksi. Varhain aloitetulla hoidolla verrattuna myöhemmin aloitettuun hoitoon ei liene vaikutusta toimintakykyyn 5 ja 8 vuoden kohdalla tehtyjen analyysien mukaan.	C
MS-tauti 2014	Varhain aloitettu beetainterferoni 1b saattaa vähentää 3 vuoden seurannassa toimintakyvyn heikkenemistä KEO-potilailla (kliinisesti eriytynyt oireyhtymä) mutta 5 ja 8 vuoden kohdalla sillä ei liene enää vaikutusta. Myöskään beetainterferoni 1a:n varhaisella aloittamisella KEO-potilailla ei liene vaikutusta toimintakykyyn 10 vuoden seurannassa.	C
MS-tauti 2014	Tasapainon motoristen ja sensoristen strategioiden harjoittelu sekä tasapainon pelkkien motoristen strategioiden harjoittelu laitoshoidossa saattaa parantaa MS-kuntoutujien toiminnallista tasapainoa. Avokuntoutuksessa eri menetelmillä toteutettu terapeuttiivinen harjoittelu lienee tehokasta MS-kuntoutujien tasapainon parantamiseksi. Tasapainon yleisten	C

27.2.2015

	harjoittelumenetelmien vaikuttavuudessa toisiinsa verrattuna ei liene eroa.	
MS-tauti 2014	MS-kuntoutujien kävelynopeus ja -kestävyys saattavat parantua spesifillä kävelyharjoittelulla kävelymatolla, robottiaivusteisella kävelyharjoittelulla ja painokevennetyllä kävelyharjoittelulla, mutta eroja menetelmien tuloksissa ei välttämättä ole. Fysioterapia lienee tehokasta lievän toimintahaitan omaavien liikuntakykyyn ja saattaa vähentää masentuneisuutta tai ahdistuneisuutta sekä parantaa päivittäisistä toiminnoista selviytymistä, elämänhallintaa ja elämänlaatua.	C
MS-tauti 2014	Aktiivinen fysioterapia spastisuuden lääkehoitoon yhdistettynä saattaa vähentää MS-kuntoutujien spastisuutta.	C
MS-tauti 2014	Lantionpohjan ohjatusta lihasharjoittelusta saattaa olla oireenmukaista hyötyä MS-kuntoutujien virtsarakon toiminnan häiriöiden hoidossa. Sen lisänä annettu sähköstimulaatiohoito saattaa lisätä terapian vaikuttavuutta. Biopalaute yhdistettynä lantionpohjan lihasharjoitteluun saattaa parantaa lantionpohjan lihasten kestävyyttä ja elämänlaatua sekä vähentää oireiden haittaavuutta.	C
MS-tauti 2014	Ammatillisen kuntoutuksen vaikutuksesta MS-tautia sairastavien työkykyyn ei ole riittävästi näyttöä.	D
MS-tauti 2014	Puheterapian vaikutuksesta MS-taudin aiheuttamiin nielemisen ja puheenkäytön ongelmiin ei ole riittävästi näyttöä.	D
MS-tauti 2014	Glatirameeriasetaatti saattaa vähentää pahenemisvaiheiden määrää ja parantaa toimintakykyä aaltomaisessa MS-taudissa 15 vuoden seurannassa, mutta luotettava näyttö tästä puuttuu.	D
MS-tauti 2014	Beetainterferoni 1b ei näytä vaikuttavan liikunta- ja toimintakykyyn aaltomaisessa MS-taudissa 16 vuoden seurannassa, mutta luotettava näyttö tästä puuttuu.	D
Syömishäiriöt	Systeemistyyppinen perheterapia saattaa olla alle 18-vuotiaille nuorille laihuushäiriötä sairastaville tehokkaampaa kuin yksilöhoito.	C
Syömishäiriöt	Nuorten 12–18-vuotiaiden laihuushäiriötä sairastavien hoidossa lyhytkestoinen (6 kuukauden) perheterapia saattaa olla yhtä tehokas kuin pitkäkestoinen (12 kuukauden) perheterapia.	C
Syömishäiriöt	Sekä koko perheen yhteinen terapia (conjoint family therapy, CFT) että perheen vanhemmille ja potilaalle erikseen annettu	C

27.2.2015

	perheterapia (separated family therapy, SFT) saattavat olla yhtä tehokkaita laihuushäiriön hoidossa teini-ikäisillä.	
Syömishäiriöt	Mikään yksittäinen yksilöterapiamuoto ei ilmeisesti ole muita parempi aikuisten laihuushäiriöpotilaiden avohoidossa.	B
Syömishäiriöt	Kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian tehosta ahminnan ja oksentelun hoidossa muihin terapioihin verrattuna on ristiriitaista tietoa.	C
Syömishäiriöt	Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia ilmeisesti vähentää ahmintaa ja oksentelua tehokkaammin kuin hoidon odottaminen.	B
Syömishäiriöt	Ohjattu liikuntaharjoittelu on ilmeisesti turvallista laihuushäiriötä sairastavilla eikä näytä vaikuttavan haitallisesti valikoituihin antropometriin, fysiologisiin tai psykologisiin mittareihin.	C
Syömishäiriöt	Tietoisuustaitojen tai hyväksyvän tietoisien läsnäolon harjoittamisen (mindfulness) lisääminen osaksi syömishäiriötä sairastavien potilaiden hoitoa saattaa lieventää ahdistuneisuutta ja edistää toipumista.	C
Syömishäiriöt	Tietoisuustaitojen harjoittaminen saattaa edistää ahmintahäiriötä sairastavien potilaiden toipumista.	C
Syömishäiriöt	Perhepohjainen hoito (FBT) on ilmeisesti 12–18-vuotiaille laihuushäiriötä sairastaville nuorille 12 kuukauden seurannassa tehokkaampaa kuin yksilökeskeinen terapia (AFT).	B
Syömishäiriöt	Ryhmämuotoinen kognitiivis-behavioraalinen terapia saattaa vähentää lyhyellä aikavälillä ahmintojen määrää enemmän verrattuna painonhallintaohjelmaa seuranneisiin, mutta 12 kuukauden seurannassa KBT ei ilmeisesti eroa painonhallintaohjelmasta ahmintojen vähentämisessä.	B
Syömishäiriöt	Kognitiivis-behavioraalinen terapia (KBT) ilmeisesti vähentää ahmintoja ja muita syömishäiriöoireita ahmintahäiriössä enemmän verrattuna hoitoa saamattomiin.	B
Syömishäiriöt	Ryhmämuotoinen interpersoonallinen terapia (IPT) ja kognitiivis-behavioraalinen terapia (KBT) ovat yhtä tehokkaita vähentämään ahmintojen määrää ja syömishäiriön muita oireita yhden, kahden ja neljän vuoden seurannassa.	A
Syömishäiriöt	Ryhmämuotoinen dialektinen käyttäytymisterapia saattaa vähentää ahmintoja ja muita syömishäiriöoireita verrattuna epäspesifiseen terapiaan tai hoitoa saamattomiin.	C

27.2.2015

Syömishäiriöt	Ohjatut fysioterapeuttiset interventiot saattavat vähentää masennus- ja syömishäiriöoireita laihuus- ja ahmimishäiriötä sairastavilla.	C
----------------------	--	---
